



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite - mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Approvato dal Collegio Docenti - Delibera n. 26 dell'11/09/2023

Approvato dal Consiglio di Istituto – Delibera n. 93 del 13/11/23

Aggiornato dal Collegio Docenti – Delibera n. 31 del 16/09/24

Il presente protocollo evidenzia le procedure finalizzate all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico" 25/11/2005_Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, Ministro della salute.
- Protocollo di intesa interistituzionale per la somministrazione dei farmaci ad alunni in contesti extra-familiari, educativi o scolastici. (Allegato "A" alla delibera di G.P. n. 124 del 17 luglio 2013)

QUANDO SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA

La somministrazione di farmaci deve avvenire solamente sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'ASL e non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica. La richiesta deve essere formalmente presentata al Dirigente Scolastico dai genitori, o dallo studente se maggiorenne, assieme alla certificazione rilasciata dal medico curante.

PROCEDURA DI INTERVENTO

La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte integrante di questo protocollo.

IL RICORSO AL PRESENTE PROTOCOLLO SI RENDE NECESSARIO NEI CASI IN CUI L'ALUNNO:

- Sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare il farmaco (né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco)
- Sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



IL DIRIGENTE SCOLASTICO SI IMPEGNA A:

- Organizzare momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'Istituto in situazione congiunta tra la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato.
- Fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione della messa in atto di questo Protocollo.
- Richiedere alla famiglia dell'alunno minorenne o allo stesso studente maggiorenne, che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (allegati 1 e 2 e certificati medici).
- Individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci.
- Autorizzare, se prevista e certificata, l'auto-somministrazione del farmaco.
- Concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere nei locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica).
- Verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente ed ATA, in via prioritaria tra quanti preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D.M. 388/03) (allegato 3).
- Organizzare la tenuta del registro giornaliero (allegato n. 4 del presente protocollo) relativo alla somministrazione dei farmaci per ciascun allievo/a, affinché sia attestata ogni somministrazione e il nome dell'adulto autorizzato che ha provveduto o assistito alla medesima;
- Comunicare, annualmente in forma scritta, alla famiglia il/i nome/i del/i responsabile/i dell'istituzione a cui fare riferimento per eventuali emergenze o difficoltà, ferma restando la responsabilità diretta dell'Istituzione educativa-scolastica relativamente alle necessità di primo soccorso (allegato n. 3 del presente protocollo);
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.
- Coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali ogniqualvolta risulti indispensabile ricorrere ad essi per mancanza di risorse o disponibilità o competenze interne all'Istituto, al fine di attuare la piena realizzazione del diritto allo studio e garantire il diritto alla salute degli alunni.

IL PERSONALE SCOLASTICO SI IMPEGNA A:

- Collaborare ad una efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente.
- Partecipare a momenti di formazione congiunta con personale specializzato.
- Segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica qui contemplata.
- Provvedere alla somministrazione del farmaco.
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

LA FAMIGLIA (o chi ne esercita la potestà) SI IMPEGNA A:



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



- Segnalare al Dirigente Scolastico tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico.
- Consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni mediche richieste.
- Consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale di consegna (allegato 4).
- Fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ogniqualvolta esso si esaurisce.
- Informare tempestivamente di eventuali variazioni nella terapia prescritta.
- Consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste.

LA SANITÀ SI IMPEGNA A:

- Individuare per la parte di competenza dei professionisti/servizi coinvolti nel percorso integrato per la somministrazione dei farmaci a scuola (prescrizione del curante, rilascio della certificazione e trasmissione dell'informazione alla scuola, semplificazione delle procedure),
- Individuare i professionisti/servizi per le azioni trasversali di supporto e raccordo relative alla formazione del personale dell'istituzione educativa - scolastica e al monitoraggio del percorso integrato.

GESTIONE DELLE EMERGENZE

Resta prescritto il ricorso al Sistema sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

SOMMINISTRAZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE ESTERNE ALL'EDIFICIO SCOLASTICO

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite didattiche, attività sportive, etc.) la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile. In caso contrario lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare (o persona con delega scritta) che assicuri la somministrazione del farmaco. Il consiglio di classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati quando ciò è previsto dalla stessa e da parte di studenti che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (allegato 1 e certificati medici). Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco sarà comunque prevista la presenza di un adulto per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione.



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



Fanno parte integrante del presente Protocollo:

- **Allegato 1 RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO (A CURA DELLA FAMIGLIA)**
- **Allegato 2 INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA -CONTIENE DATI SENSIBILI- (A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE)**
- **Allegato 3 PROSECUZIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA -CONTIENE DATI SENSIBILI – (A CURA DELLA FAMIGLIA)**
- **Allegato 4 VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI DA SOMMINISTRARE ORARIO SCOLASTICO (A CURA DELLA FAMIGLIA)**
- **Allegato 5 DISPONIBILITA' PERSONALE SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE FARMACO A SCUOLA (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)**
- **Allegato 6 RICHIESTA ATTIVAZIONE FORMAZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (A CURA DEL DS)**
- **Allegato 7 DESIGNAZIONE/AUTORIZZAZIONE DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE – COMUNICAZIONE ALLA FAMIGLIA - (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)**
- **Allegato 8 AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO**
- **Allegato 9 AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI ALUNNO (A CURA DEL DS)**
- **Allegato 10 REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACO - (A CURA DEI DOCENTI FORMATI)**
- **Allegato 11 INFORMATIVA E CONSENSO PRO VACY SOMMINISTRAZIONE FARMACI (A CURA DEL DS E GENITORI)**

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**

I sottoscritti (Cognome e Nome).....
genitori/tutore dello studente (Cognome e Nome).....
nato ail.....
residente ain via.....
che frequenta la classe ... sez ... della scuola
sita in Via Cap
Località prov.

consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDONO (barrare la scelta)

☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da certificazione medica rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL in allegato (scrivere nome commerciale del farmaco _____), personalmente o tramite _____ da me incaricato oppure:

AUTORIZZANO

☐ il personale dell'Istituto scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i, in orario scolastico, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

☐ Il minore stesso alla auto-somministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate, come da certificazione medica rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL in allegato (scrivere nome commerciale del farmaco_____).

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e/o ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico, lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto "G. Cestoni" di Montegiorgio dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D. Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo "G. Cestoni" di Montegiorgio dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott.ssa Simona FLAMMINI.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione..... Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Si allegano:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
 - Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

Allegato 2

**Al Dirigente Scolastico
Dell'ISC Fracassetti Capodarco di Fermo
Dott.ssa Simona FLAMMINI**

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (CONTIENE DATI SENSIBILI)
(A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE)**

Il minore

CognomeNome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N. Città.....

affetto dalla seguente patologia:..... nel

caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

..... ne-

cessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG

Allegato 3

Al Dirigente Scolastico
dell'ISC Fracassetti Capodarco di Fermo
Dott.ssa Simona FLAMMINI

PROSECUZIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti _____ Genitori
dell'alunno/a _____ nato/a _____
iscritto/a alla classe _____ Sez _____ Plesso _____;
avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario
scolastico;
considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della
somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chie-
dono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico _____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e,
resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo per-
sonale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché
effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione
dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo
non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni pas-
saggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguata-
mente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute
dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle
necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in
caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita
apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed
alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del
118

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto _____ dichiara che il trattamento dei
dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del
D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto
_____ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio
di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza
previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati
raccolti.

Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. _____ dell'Istituto _____.

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

_____, li _____

I Genitori

VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI DA SOMMINISTRARE ORARIO SCOLASTICO

In data alle ore la/il sig..... ge-
nitore dell'alunno/a

..... frequentante la classe
..... della sede di consegna a.....una confe-
zione nuova ed integra del farmaco..... da somministrare all'alunno/a se-
condo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consegnato in segreteria e in
copia qui allegata.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medici-
nale sarà terminato.
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. La famiglia è
sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti nu-
meri telefonici:

.....

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola che riceve il farmaco (qualifica).....

I genitori

Luogo e data

Firma dei genitori

.....
.....



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112 CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite - mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



Allegato 5

Ai docenti classe xxx
Ai Collaboratori Scolastici
Scuola xxxx

Oggetto: Disponibilità somministrazione farmaco a scuola.

Dando seguito alla richiesta dei genitori Prot. n. xxxx, effettuata in data xxxx per il trattamento dell'evento imprevedibile che può interessare l'alunno xxxx.;

VISTA l'esigenza, in caso di impellente necessità, di somministrare all' alunno xxx il farmaco specifico, come da certificazione del medico curante che attesta la necessità di assunzione dello stesso,

si chiede la disponibilità

delle SS.LL. a svolgere tale intervento, supportati da una formazione con medici qualificati.

Docenti di Classe:
(firma per attestata disponibilità)

Collaboratori Scolastici:
(firma per attestata disponibilità)

XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXX

Si chiarisce che, in caso di esito negativo, la non disponibilità può configurarsi come mancato soccorso e che la somministrazione necessita di una semplice e breve formazione, con il medico competente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Simona Flammini

Numeri telefonici da contattare non appena si verifica l'evento acuto: **118**

Madre **xxxxx**

Padre **xxxx**

Dott.ssa Pirri Barbara **0734/6255047**

Segue autorizzazione della Dirigente con istruzioni per il trattamento del caso.



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



Allegato 6

All'ASL di _____

Oggetto: Richiesta di attivazione formazione somministrazione farmaci a scuola

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Vista** la Certificazione medica ed il piano terapeutico presentati dai genitori (o esercenti la responsabilità genitoriale) dell'alunno _____, assunti agli atti della scuola con prot. n. _____ del _____;
- Vista** la Richiesta per la somministrazione del/i farmaco/i durante l'orario scolastico, prot. n. _____ del _____, inoltrata dai medesimi;
- Considerata** la necessità che il personale scolastico venga adeguatamente formato al fine di provvedere alla somministrazione dei farmaci come meglio sotto specificati,

CHIEDE

per il personale scolastico individuato a seguito di propria disponibilità ed operante presso l'Istituzione scolastica in intestazione, l'attivazione di un corso di formazione per i seguenti farmaci:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Si fa presente che il personale da formare è così composto:

- n. docenti _____;
- n. personale ATA _____.

Luogo e data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Simona Flammini



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



Allegato 7

Ai genitori dell'alunno

Oggetto: Designazione/autorizzazione del personale alla somministrazione del farmaco - comunicazione alla famiglia

La presente per informarVi che a seguito della Vostra richiesta prot. _____ del _____ per la somministrazione di farmaco salvavita all'alunno _____ questo istituto ha provveduto ad avviare le procedure stabilite dalla nota n. 2312 del 25.11.2005 del Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, dal titolo "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica".

In particolare si precisa che l'Art.4 "Modalità di intervento" di tale nota prevede che:

1. "La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).
2. I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci: - effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci; - concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci; - verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati.
3. Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94".

La informiamo che a seguito dell'indagine condotta dall'istituto ha dato la disponibilità alla somministrazione del farmaco il seguente personale dell'istituto

_____ (indicare nome, cognome e qualifica)

_____ (indicare nome, cognome e qualifica)

_____ (indicare nome, cognome e qualifica)

Il personale individuato, opportunamente istruito sulle modalità di somministrazione del farmaco, non è in possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e si atterrà nella somministrazione alle disposizioni contenute nella documentazione medica allegata alla vostra richiesta.

Al fine di procedere con la somministrazione dei farmaci chiediamo la formale autorizzazione al personale scolastico sopra indicato attraverso la compilazione del modulo di autorizzazione allegato alla presente.

Il Dirigente Scolastico

Allegato 8

Autorizzazione dei genitori alla somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico

Dell'istituto _____

Il sottoscritto/a _____ genitore/tutore dello/a studente _____ nato/a
a _____ il _____ residente a _____ in
Via _____ frequentante la classe _____ sez _____
della scuola _____ di Via _____

dopo aver ricevuto dall'istituto la comunicazione dell'accoglimento della richiesta di somministrazione
farmaci in orario scolastico

AUTORIZZA

gli operatori scolastici _____, che si sono resi disponibili, a somministrare i
farmaci previsti all'alunno _____.

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Data _____



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



Allegato 9

Ai docenti della classe XXX sez.

Ai Collaboratori Scolastici

Scuola xxxx Plesso XXXX

E p.c. ai Genitori dell'alunno

Oggetto: Autorizzazione Somministrazione Farmaci alunno x.y classe xxx

Vista	la domanda della famiglia corredata da prescrizione medica sottoscritta dal Dot. XXX del XXX;
Viste	le raccomandazioni dei Ministri della Salute e della Pubblica Istruzione del 25 novembre 2005;
Acquisita	la disponibilità alla somministrazione del farmaco necessario alla cura dell'alunno XXX classe XXX;
Preso atto	della formazione effettuata dal personale scolastico: xxxx xxxxx xxxxx xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxx relativa alla somministrazione farmaci a scuola per l'alunno alunno x y classe xxx
Acquisita	L'autorizzazione da parte dei genitori alla somministrazione del farmaco da parte del personale sopra riportato

SI AUTORIZZANO

in caso di necessità i Docenti della classe in indirizzo, e i Collaboratori Scolastici in servizio presso la Scuola XXX, sopra elencati, alla somministrazione del farmaco all'alunno **x y**, della classe XXX, secondo quanto prescritto nel certificato medico che viene allegato.

Si ricorda di contattare immediatamente i familiari dell'alunno ogni qual volta si renda necessaria la somministrazione dei farmaci, nonché il 118.

Il farmaco da somministrare è XXX.

Il suddetto **si trova XXXX**.



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



Si esorta tutto il personale informato a tenere sempre in evidenza i numeri telefonici che necessitano e ad **aver cura della riservatezza delle informazioni contenute nella presente comunicazione.**

Numeri telefonici da contattare non appena si verifica l'evento acuto: 118

Madre XXX

Padre XXX

Dottore XXX tel. XXX

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Simona Flammini

REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACO DI (nome e cognome allievo): _____			A.S. _____
			Mese _____
ISTITUZIONE SCOLASTICA _____			N. _____
NOME FARMACO _____ SCADENZA FARMACO _____			
DURATA TERAPIA _____ MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE _____			
DATA SOMMINISTRAZIONE	NOME COGNOME OPERATORE	FIRMA DELL'OPERATORE	NOTE



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



Allegato 11

INFORMATIVA PRIVACY relativa alla somministrazione di farmaci a scuola

Ad integrazione dell'informativa generale già fornita agli interessati per i trattamenti di dati personali operati dalla scuola e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale, cui rimandiamo, forniamo le seguenti informazioni integrative.

A seguito della richiesta inoltrata dai genitori la scuola potrà procedere al trattamento dei dati personali pertinenti, non eccedenti e necessari per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico allo scopo di garantire il benessere, la salute ed il diritto all'istruzione dell'alunno. La base legale per il trattamento dei dati personali necessari alla somministrazione dei farmaci agli alunni a seguito di richiesta inoltrata dai genitori è individuata:

- nell'art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR: l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità;
- nell'art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR: il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica

Per conseguire le finalità sopra individuate saranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (quali, ad esempio, certificati e prescrizioni mediche) che siano indispensabili per garantire lo svolgimento delle attività previste e la sicurezza della somministrazione. Tali dati, che dovranno essere consegnati dal genitore assieme alla richiesta di somministrazione del farmaco, potranno essere portati a conoscenza di tutti coloro che hanno necessità dell'informazione per garantire la sicurezza e la tempestività dell'intervento, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire la somministrazione richiesta;
- Enti territoriali, ASL ed altre strutture pubbliche che, a diverso titolo, possono mettere a disposizione degli operatori ed esperti
- Professionisti incaricati dai genitori dell'allievo
- Gestori del servizio di refezione (ove necessario e se previsto)
- Fornitori di servizi sui sistemi informatici (nominati allo scopo responsabili del trattamento)

I medesimi dati e documenti non saranno oggetto di invio ad altro Istituto destinatario in caso di trasferimento dell'alunno senza il consenso dei genitori.

Non è previsto il trasferimento di dati in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali, quali i diritti dell'interessato, sono a disposizione nell'informativa generale già fornita in occasione dell'iscrizione e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale della scuola, cui rimandiamo.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste al titolare del trattamento all'indirizzo email: apic841002@istruzione.it o al Responsabile Protezione Dati (RPD/DPO) all'indirizzo email dpo@vargiuscuola.it.



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:
apic841002@istruzione.it
Istituto a indirizzo musicale



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PESONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____
frequentante la classe ____ sez. _____ della scuola _____

DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa privacy e

PRESTANO IL CONSENSO

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data _____, _____

Firme _____

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____