



**Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "Giuseppe Bonafini"**  
Via Cortiglione n.17 - 25040 Cividate Camuno (BS)  
Codice meccanografico: BSIC807004 - CF: 90009580177  
TEL. 0364/340454 - FAX 0364/342026

<http://www.icividate.edu.it>

**e-mail:** [bsic807004@istruzione.it](mailto:bsic807004@istruzione.it)  
codice univoco a fatturazione elettronica: **UF77BM**

P.E.C.:  
[bsic807004@pec.istruzione.it](mailto:bsic807004@pec.istruzione.it)

## **PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA** **approvato dal Consiglio d'Istituto in data 11 marzo 2019**

### **CONSIDERATO CHE**

la tutela della salute e del benessere degli alunni che richiedono interventi durante l'orario scolastico in relazione a patologie acute e croniche è una priorità di sistema e richiede il raccordo tra i diversi attori coinvolti al fine di garantire un appropriato percorso di gestione degli interventi nel contesto scolastico

l'accoglienza scolastica del bambino con patologia è un momento delicato ed importante perché ha un impatto determinante sulla crescita e sul processo di inserimento sociale

### **RICHIAMATI**

le Raccomandazioni del 25 novembre 2005 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca d'intesa con il Ministero della Salute aventi ad oggetto "*Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico*"

la Legge regionale n. 33/2009 ("*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*") e le successive modifiche ed integrazioni

il Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola (R.U. prot. n. 19593 del 13/09/2017)

il Protocollo d'intesa tra ATS della Montagna, ASST Valcamonica e USTIV di Brescia (Delibera Direzione Generale ATS della Montagna prot. n. 554 del 04/10/2018)

### **PREMESSO CHE**

a) gli Atti richiamati in premessa sono riferiti alle seguenti situazioni:

- continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica
- effettiva ed assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute

b) la seguente regolamentazione è finalizzata

- a garantire un'appropriata assistenza agli alunni che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci in orario scolastico
- ad evitare incongrue somministrazioni di farmaci
- a sostenere gli insegnanti per garantire un contesto che aiuti scuola, famiglie e alunni a gestire al meglio la patologia e, là dove ne sussistano le condizioni, a promuovere un percorso di empowerment individuale nella gestione autonoma dei bisogni connessi alla patologia

- c) è da evitare la somministrazione in orario scolastico di terapie per il trattamento di patologie non croniche e l'eventuale ed improrogabile somministrazione di farmaci non deve richiedere cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale scolastico, che viene comunque sollevato da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- d) nelle situazioni che presentassero particolari criticità, al fine di individuare le modalità di gestione più appropriate, il percorso individuale sarà oggetto di esame congiunto e potrà prevedere il coinvolgimento di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti, programmando, se necessario, attività di formazione a favore del personale che ha fornito la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco
- e) in tutti i casi che possano rivestire i caratteri dell'urgenza resta in ogni modo prescritto il ricorso al Servizio di Emergenza (112) che valuterà l'eventuale necessità di intervento diretto

## **L'ISTITUTO COMPRENSIVO "GIUSEPPE BONAFINI" DI CIVIDATE CAMUNO**

al fine di garantire un approccio omogeneo ed appropriato agli interventi di somministrazione dei farmaci in ambito scolastico

### **STABILISCE QUANTO SEGUE:**

#### **A) PROCEDURA ATTUATIVA**

Considerato che i farmaci a scuola non possono essere somministrati se non in seguito a specifica certificazione medica, i genitori, in caso di necessità, presentano al Dirigente scolastico la prevista richiesta di autorizzazione (allegato n. 1) completa della certificazione dello stato di malattia e il relativo Piano Terapeutico (allegato n. 2) redatti dal medico curante (appartenente al SSR in convenzione o dipendente da struttura medica accreditata).

I **genitori** (o chi esercita la potestà genitoriale):

- nella richiesta di somministrazione dichiarano di
  - essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
  - autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
  - impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
  - impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
- autorizzano, se del caso e se prescritto dal medico, l'auto-somministrazione del farmaco
- acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/2003

Il **Dirigente scolastico**:

- verifica la sussistenza di tutti gli elementi che giustificano la somministrazione di farmaci in orario scolastico e comunica ai genitori l'avvio della procedura;

- informa il personale scolastico interessato (docenti, collaboratori scolastici, personale assistenziale)
- individua gli operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici, personale assistenziale) volontariamente disponibili a somministrare i farmaci;
- garantisce la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso;
- garantisce la tutela della privacy;
- in assenza di disponibilità interne alla scuola, chiede la collaborazione di ATS della Montagna per attivare l'analisi del bisogno e per indicazioni sulla somministrazione del farmaco in orario scolastico come da protocollo condiviso.

### **Il medico curante:**

Per il rilascio della prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola il medico curante si atterrà ai seguenti criteri:

- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità, da parte di chi somministra il farmaco, in relazione a tempi, posologia, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.

Il modulo di prescrizione deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile e senza possibilità d'equivoci o errori:

- dati dell'alunno destinatario dell'intervento;
- nome commerciale del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO  
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

(la richiesta ha validità per l'anno scolastico in cui viene presentata e si deve rinnovare in ogni caso di trasferimento/passaggio ad altro Istituto in corso d'anno)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

n. di telefono : \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ sita

a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data \_\_\_\_\_

dal dott. \_\_\_\_\_ n. di telefono: \_\_\_\_\_

I genitori dichiarano di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso

Autorizzano l'auto-somministrazione del farmaco (se prescritto dal medico nell'allegato n. 2)

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Firma dei genitori: \_\_\_\_\_  
(o di chi esercita la potestà genitoriale)

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

**Titolare del trattamento:** Istituto comprensivo "Giuseppe Bonafini" di Cividate Camuno, Via Cortiglione, 17 - 25040 Cividate Camuno (BS) – Tel. 0364/340454. L'istituto scolastico ha nominato il proprio Responsabile della protezione dei dati che si può contattare via mail a [rpd@icivodate.it](mailto:rpd@icivodate.it)

**Finalità e base giuridica del trattamento:** I dati raccolti sono trattati al solo scopo di erogare agli interessati il servizio di somministrazione dei farmaci a scuola. Il trattamento è svolto per assistenza e terapia sanitaria (articolo 9 comma 2 lettera h. del Regolamento 2016/679/UE), sulla base di quanto disposto dal *Protocollo d'intesa tra ATS della Montagna, ASST Vallecamonica e UST di Brescia per la somministrazione di farmaci a scuola* approvato con Deliberazione dell'ATS della Montagna n. 554 del 04.10.2018..

**Durata della conservazione:** I dati raccolti sono conservati per un anno dal termine dell'anno scolastico in cui è stata presentata la richiesta.

**Destinatari dei dati:** I dati non sono comunicati a terzi e non sono trasmessi fuori dall'Unione Europea.

**Diritti dell'interessato:** L'interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento. In alcuni casi, ha, inoltre, il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali. Può esercitare tali diritti rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo [rpd@icivodate.it](mailto:rpd@icivodate.it). L'interessato ha, infine, il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON  
SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico: Dott. Roberto Salvetti

**Piano terapeutico del farmaco da somministrare**

Stato di malattia certificato: \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco e principio attivo: \_\_\_\_\_

Forma farmaceutica: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_ Dosaggio: \_\_\_\_\_

Orario: \_\_\_\_\_

Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico): dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Capacità di **auto-somministrazione** perché paziente istruito:  SI  NO

Terapia di mantenimento: \_\_\_\_\_

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata): \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco: \_\_\_\_\_

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN ORARIO SCOLASTICO**

**DA COMPILARE A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Vista l'idoneità della documentazione presentata (allegato 1 e 2 secondo il protocollo) dai genitori dell'alunno/a

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in orario scolastico come da allegata proposta rilasciata in data \_\_\_\_\_

dal Dr. \_\_\_\_\_ (MMG/PLS)

Individuato il personale volontariamente disponibile ad intervenire nella/e persona/e di:  
docente: \_\_\_\_\_  
collaboratore/trice scolastico/a: \_\_\_\_\_

Non avendo individuato alcun docente/personale ATA disponibile volontariamente ad intervenire CHIEDO ad ATS Montagna di attivare l'analisi del bisogno sovraespresso e di dare indicazioni perché si possa procedere alla somministrazione del farmaco in orario scolastico come da protocollo condiviso.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Dirigente scolastico)

Recapito telefonico del Dirigente scolastico: 0364/340454

Recapito email del Dirigente scolastico: [bsic807004@istruzione.it](mailto:bsic807004@istruzione.it)