

**INDICAZIONI OPERATIVE: CASI NEI QUALI VIENE ATTIVATO IL PROTOCOLLO D'INTESA
SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA 2025-2028**

- Continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
- Somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

GENITORI/TUTORI

Consegna al Dirigente Scolastico:

- Richiesta autorizzazione somministrazione farmaci (**allegato 1**)
- Certificazione stato di malattia e relativo Piano Terapeutico, redatti dal Medico (**allegato 2**)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Deve dare risposta entro 10 gg dalla richiesta

- Compila la richiesta: somministrazione farmaci in orario scolastico (**allegato 3**)
- Informa il Consiglio di Classe
- Individua i Docenti e/o il personale ATA che si rendano volontariamente disponibili riportando i nominativi sull'allegato 3 e valuta l'opportunità di costituire un gruppo di coordinamento
- Verifica le condizioni ambientali per la conservazione del farmaco

Invia gli allegati (allegato 1 allegato 2 allegato 3) al
Dipartimento Funzionale di Prevenzione
ASST VALTELLINA E ALTO LARIO

E-mail: prevenzione@asst-val.it
Recapiti telefonici: 0342 521007
(dalle ore 08:30 alle ore 12:30)

DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI
PREVENZIONE di ASST VALCAMONICA

- Assicura e provvede alla formazione specifica del personale scolastico resosi disponibile.

- Invia ad ATS file con elenco delle richieste di attivazione entro il 30/09 di ogni anno
- Invia ad AREU l'elenco delle segnalazioni di alunni con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi e di farmaci anticrisi per l'interruzione di crisi epilettiche prolungate, aggiornando l'elenco tempestivamente per ogni nuova richiesta.

ATS MONTAGNA

Invia i dati aggregati ricevuti da ASST
VALTELLINA E ALTO LARIO alla DG
WELFARE entro il 30 GIUGNO di ogni anno
con aggiornamento del n° di studenti dell'A.S.

UST SONDRIO

Organizza, in occasione dell'avvio di ogni anno scolastico, in collaborazione con ATS Montagna, ASST Valtellina e Alto Lario e le Associazioni di pazienti riconosciute, incontri informativi di sensibilizzazione rivolti a tutto il personale scolastico. Diffonde per quanto di competenza, il protocollo

Allegato n. 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

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

I sottoscritti - il/la sottoscritto/a
genitori di Nato/a a il
codice fiscale residente a
in via.....
frequentante la classe della Scuola
sita a in via
soggiornante c/o il convitto.....

ESSENDO AFFETTO/A 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 Dr.....

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.), 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

Autorizzare, se del caso, l'auto-somministrazione del farmaco.

Acconsento al trattamento dei dati personali e particolari da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 e del GDPR Regolamento (UE) n.2016/679 esclusivamente se tale trattamento sia utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta.

Data SI NO

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale o firma alunno maggiorenne

Numeri di telefono utili:

- Genitori _____
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

**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 o dell'alunno maggiorenne e constatata l'assoluta necessità

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

Cognome Nome

Data di nascita Codice fiscale

Residente a in via

Telefono

Classe della Scuola/Convitto

sita a in via

Dirigente Scolastico

PIANO TERAPEUTICO DEL FARMACO DA SOMMINISTRARE

Stato di malattia certificato.....

Nome commerciale del farmaco e principio attivo.....

Forma farmaceutica.....

Dosaggio Modalità di conservazione del farmaco.....

Modalità e tempi di somministrazione del farmaco.....

Gestione dei dispositivi.....

Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico)

dal..... al.....

Capacità di auto-somministrazione perché paziente istruito SI NO

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

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

Data

Timbro e firma del Medico



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO 2 "DAMIANI" DI MORBEGNO
Via Prati Grassi, 76 - 23017 Morbegno (SO)
Tel. 0342 610837 - Fax. 0342 600315 - CF. 91016190141
e-mail: soic823003@istruzione.it - soic823003@pec.istruzione.it
sito web: www.ic2damianimorbegno.edu.it

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, 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 potranno essere richieste al Responsabile Protezione Dati: STUDIO AG.I.COM. SRL UNIPERSONALE contattabile al numero 0290601324 o all'email AGICOM@PEC.AGICOMSTUDIO.IT

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI

I sottoscritti _____ e _____ genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe ____ sez. ____ dell'I.C. 2 Damiani di Morbegno plesso _____

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 _____

Eventuale: 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.

Firma del genitore _____