**Immagine che contiene testo

Descrizione generata automaticamente**



Distretto 33 - Cod Mecc. NAIC87400E - Via De Carolis, 4 -80040 VOLLA(Napoli)

Direzione Amm.va Tel/Fax 0817734492 - Succursale 0817731678 - Cod Fisc 80160310639

[naic87400e@istruzione.it](mailto:naic87400e@istruzione.it) - [naic87400e@pec.icsdesica.it](mailto:naic87400e@pec.icsdesica.it) - [www.istitutocomprensivodesica.edu.it](http://www.istitutocomprensivodesica.edu.it/)

**Con L’Europa, investiamo nel Vostro Futuro**

***COMUNICAZIONE N. 11***

***AI DOCENTI***

***Al DSGA***

***AL PERSONALE ATA***

**Oggetto: somministrazione farmaci in orario scolastico**

La somministrazione di farmaci, in orario scolastico, riguarda gli alunni affetti da patologie per le quali è indispensabile, sulla base di specifica certificazione rilasciata dal medico curante, assumere la terapia durante le ore di frequenza scolastica al fine di consentire all’alunno di fruire del diritto allo studio.

Le Raccomandazioni del 22.11.2005, emanate dal MIUR e dal Ministero della Salute, contenenti le Linee Guida per la definizione degli interventi finalizzati all’assistenza di tali studenti, all’articolo 1, sanciscono il diritto allo studio, alla salute e al benessere degli allievi suddetti.

N. B.: **La somministrazione può avvenire solo dietro specifica autorizzazione dell’ASL territorialmente competente** (art. 2) e vede coinvolti (art. 3), ciascuno secondo le proprie competenze e responsabilità, i seguenti soggetti:

* **la famiglia** dell’alunno o chi esercita la potestà genitoriale;
* **la scuola** (dirigente scolastico, personale docente e ATA);
* **i servizi sanitari** (i medici di base e le AUSL competenti territorialmente);
* **gli enti locali** (operatori assegnati in riferimento al percorso d’integrazione scolastica e formativa dell’alunno).

N. B.: **L’iter,** che permette la somministrazione dei farmaci, **prende avvio (art. 4) dalla richiesta formale (scritta) avanzata dai genitori dell’alunno,** corredata da apposita certificazione medica, attestante lo stato di malattia dell’allievo, con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

Il dirigente scolastico, ricevuta la richiesta da parte dei genitori, si attiva affinché la stessa venga soddisfatta:

* Individuando il luogo idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
* Autorizzando, qualora richiesto, i genitori dell’alunno ad accedere ai locali scolastici, durante le ore di lezione per la somministrazione dei farmaci;
* Verificando la disponibilità del personale docente e ATA a somministrare i farmaci all’alunno, qualora non siano i genitori stessi a farlo.
* Il personale docente e ATA va individuato tra coloro i quali abbiano seguito corsi di pronto soccorso, ai sensi del D. Lgs. n.° 81/08 o apposite attività di formazione promosse dagli U.S.R., anche in collaborazione con l’ASL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.
* Il dirigente scolastico, qualora non vi sia disponibilità alla somministrazione da parte del personale, può stipulare accordi e convenzioni con altri soggetti istituzionali del territorio o, in caso di impossibilità, con i competenti assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, attraverso il ricorso ad Enti e Associazioni di volontariato (Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada …).
* Se nessuna delle soluzioni sopra indicate sarà possibile, il dirigente scolastico ne darà comunicazione alla famiglia e al Sindaco del Comune di residenza dell’alunno bisognoso di intervento.
* Le raccomandazioni (art. 5) prevedono che: “Nei casi in cui si riscontri l’inadeguatezza dei provvedimenti programmabili, secondo le linee guida ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza, si ricorra al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso”.

Da quanto detto, risulta chiaro che:

* 1. la somministrazione dei farmaci, in orario scolastico, può essere effettuata dai genitori dell’alunno, dal personale docente e ATA della scuola, da altri soggetti istituzionali o anche da associazioni di volontariato.
  2. I detti soggetti sono indicati in successione, secondo un ordine che sembra essere prioritario, pertanto, se la somministrazione non è effettuata dai genitori, il dirigente scolastico deve:
     1. verificare la disponibilità dei docenti o del personale ATA;
     2. In mancanza di disponibilità, rivolgersi ad altri soggetti istituzionali presenti nel territorio e, in ultima analisi, ad associazioni di volontariato;
     3. In mancanza di ulteriore impossibilità, il dirigente scolastico ne darà comunicazione alla famiglia e al Comune in cui risiede l’alunno.
* Il personale scolastico, per effettuare la somministrazione, deve essere in possesso dell’attestato di partecipazione a corsi di pronto soccorso, ai sensi del D. Lgs n.° 81/2008 o ad apposite attività di formazione promosse dagli UU. SS. RR., anche in collaborazione con le ASL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.
* Le Raccomandazioni, relativamente ai docenti e al personale ATA, come del resto per gli altri soggetti, parlano di **disponibilità** e non di **obbligo**:

“… verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati.

* Qualora […] non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l’assistenza sanitaria…”

Alla luce di quanto affermato nelle Raccomandazioni e in assenza di obblighi contrattuali, **non esiste alcun vincolo per il personale docente di somministrare, a scuola, farmaci agli alunni,** a meno che lo stesso non abbia dato, volontariamente, la disponibilità a svolgere tale funzione e, comunque, non prima che la scuola abbia acquisito formalmente la richiesta della famiglia o di chi esercita la potestà genitoriale.

**Accertata la disponibilità del personale, il dirigente scolastico dispone l’autorizzazione con il relativo Piano di intervento per la Somministrazione del farmaco, come da modulistica disponibile sul sito.**

**N. B.: - I docenti e il personale ATA, disponibili alla somministrazione di farmaci, sono invitati a compilare l’Allegato D e inviarlo via email, entro e non oltre il giorno 30 c. m.**

Volla, 24.09.2021

**La Dirigente Scolastica**

**Prof.ssa Mariarosaria Stanziano**

(Firma autografa omessa ai sensi dell’art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993)

**Modulistica:**

* **Allegato A –** Richiesta somministrazione farmaci;
* Allegato B - Prescrizione medico curante;
* Allegato C - Prosecuzione somministrazione farmaco salvavita (contiene dati sensibili);
* Allegato D – Dichiarazione di disponibilità del personale docente e/o ATA alla somministrazione di farmaci in orario scolastico;
* Circolare.

|  |
| --- |
| **Allegato A** |

Al Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti..........................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

genitori di............................................................................................................................................

nato 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 autorizzazione medica rilasciata in data ………………………………..

dal dott. …............................................................................................................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 101/18 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI NO

Data.............................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

................................................................ ................................................................

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

* Genitori...................................................................................................
* Pediatra di libera scelta/medico curante.................................................

|  |
| --- |
| **Allegato B** |

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Si certifica che I‘alunno Cognome ……………………………….. Nome .………………….. Data di nascita …………………………………… Residente a ………………………………… in Via ……………………………………………………………… Frequentante la scuola ………………………………............ classe ..................................... affetto da .................................................................................................................

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento …………………….……………………………………………………………………………….....…….....

che si manifesta con la seguente sintomatologia ………………………………………..…………..

..…………………………………………………………………………………………………

Nome commerciale dl farmaco …………………………………………………………………….

Modalità di somministrazione ……………………………………………………………………...

Modalità di conservazione del farmaco …………………………………………………………..

Orario………………………………………………………………………………………………….

Durata terapia………………………………………………………………………………..…..........

Effetti collaterali………………………………………………………………………………....…....

Note …………………………………………………………………………………………..………..

……………………………………………………………………………………………………..……

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell’edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

NO SI con le seguenti modalità ………………….…………………………………..

Data.............................

TIMBRO E FIRMA

PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O

DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**Allegato C**

**Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO: PROSECUZIONE 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 chiedono

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 personale 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 passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente 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 112***

**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 la Dirigente scolastica pro-tempore, Prof.ssa Mariarosaria Stanziano dell’ICS “V. de Sica” di Volla.

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D. lgs 101/2018 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

I Genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato D Al Dirigente Scolastico**

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il Sottoscritto........................................................................., insegnante/ addetto del personale ATA dell'Istituto Comprensivo ………………………………………………., Scuola............................................................, classe.............................. (per il personale docente); dichiara la propria disponibilità a somministrare in orario scolastico, il farmaco indispensabilie/salvavita all'alunno/a.............................................., della classe................................., della scuola...................................................................., affetto/a da........................................................, come da certificazione medica consegnata. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ...............................................

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_/09/2021**

Al D.S.G.A

A tutto il personale docente

Ai Genitori e/o esercenti responsabilità genitorialedegli alunni dell’Istituto

Sito d’Istituto

**OGGETTO: somministrazione farmaci salvavita a scuola**

In merito all’oggetto, con la presente si ricorda alle SS. LL che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente. Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente i moduli **A e B** da compilare a cura dei genitori e del medico curante e da portare all’attenzione della Dirigente Scolastica, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione (**allegato D**) da parte degli alunni.

Se i genitori hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia), devono **solo comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno scolastico in corso**, compilando esclusivamente **l'allegato C** e l’eventuale auto somministrazione (**allegato D)**

Le SS.LL., sono invitate a inviare i moduli, entro il 30 Settembre 2021, corredati di **copia del documento di identità** di entrambi i genitori, esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica: **naic87400e@istruzione.it**

Nota bene: l’oggetto della mail deve contenere la seguente dicitura: “**Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy".**

Successivamente i genitori verranno contattati dall' Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco. I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

**La Dirigente Scolastica**

**Prof.ssa Mariarosaria Stanziano**

(Firma autografa omessa ai sensi dell’art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993)