



COMUNE DI GENOVA

Direzione Servizi Educativi

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

ATTO N. DD 2806

ADOTTATO IL 13/05/2025

ESECUTIVO DAL 13/05/2025

OGGETTO: RECEPIMENTO DEL PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA APPROVATO CON D.G.R. 724/2024

IL DIRIGENTE

VISTO il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 contenente il testo unico sull'ordinamento degli enti locali e, in particolare, l'art. 107 "Funzioni e responsabilità della dirigenza";

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 in tema di norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche e, in particolare, l'art. 4, comma 2, relativo alle funzioni e responsabilità dirigenziali;

VISTO il vigente Statuto del Comune di Genova approvato con deliberazione del Consiglio Comunale del 12 giugno 2000, n. 72 ed in particolare gli artt. 77 e 80 in materia di funzione dirigenziale e competenze dei dirigenti;

VISTO il vigente Regolamento comunale sull'Ordinamento degli Uffici e dei Servizi approvato con deliberazione della Giunta Comunale del 16 luglio 1998, n. 1121 e, in particolare, il Titolo III "Funzioni di direzione dell'Ente";

VISTO il provvedimento del Sindaco n. 20 del 04/02/2025 con cui è stato conferito l'incarico di Dirigente della struttura "Servizi educativi" nell'ambito della Direzione di Area Scuola, con decorrenza 04/02/2025 e scadenza 06/04/2026;

VISTO l'Atto di Raccomandazioni prot. n. 2312 del 25 novembre 2005 contenente le linee guida

ministeriali per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;

VISTA la D.G.R. 724/2024 di approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa da sottoscrivere tra Regione Liguria, l'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria e Alisa ad oggetto "Protocollo per la somministrazione di farmaci a scuola".

PRESO ATTO che:

- Regione Liguria, Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria e Alisa hanno sottoscritto il Protocollo per la somministrazione di farmaci, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato A);
- il Protocollo di cui sopra si pone quale riferimento regionale in materia di somministrazione farmaci in ambiente scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute e il benessere degli studenti all'interno delle strutture educative;
- il Protocollo in oggetto raccomanda (art. 4) la stesura di una procedura per la somministrazione farmaci specifica per ogni scuola, così come previsto dal "Documento pratiche raccomandate e sostenibili della scuola ligure che promuove salute (S.L.P.S)" (DGR 1100-2022);

DATO ATTO CHE:

- per il servizio educativo erogato dalla Civica Amministrazione si ritiene opportuno adottare una procedura unica per tutte le strutture, recependo interamente il Protocollo di cui alla D.G.R. 724/2024, pur con i necessari adeguamenti alle peculiarità del servizio comunale;
- per coordinare le modalità di approvvigionamento dell'adrenalina indicate all'art. 7 del Protocollo regionale, relativamente allo shock anafilattico dei bambini, con l'art. 6 del Capitolato speciale d'appalto per la gestione del servizio di ristorazione scolastica del Comune di Genova, si è reso necessario integrare gli allegati 1 e 4 del Protocollo regionale, così come meglio specificato all'interno dell'Allegato B1 unito al presente provvedimento;
- il capitolato di cui sopra prevede infatti che sia a carico dell'azienda appaltatrice la fornitura di un Kit composto da una siringa di adrenalina autoiniettabile per ogni utente affetto da allergia alimentare con rischio di anafilassi per plesso scolastico ad inizio di ogni anno scolastico, previa verifica della scadenza di quello già in dotazione;
- si è reso necessario altresì adeguare la terminologia degli allegati 1, 2 e 3 del Protocollo regionale all'assetto organizzativo della Direzione scrivente, sostituendo "dirigente scolastico" con "Funzionario titolare di Elevata Qualificazione" o, più semplicemente, "Responsabile", così come meglio specificato all'interno dell'Allegato C1 accluso al presente atto;

PRECISATO che, con riferimento alla somministrazione del farmaco per continuità terapeutica, l'adesione volontaria del personale dovrà essere ricercata in primo luogo in coloro i quali abbiamo ricevuto la formazione in materia di primo soccorso;

VALUTATA l'opportunità di recepire l'allegato Protocollo per la somministrazione di farmaci per

garantire un approccio omogeneo sul territorio cittadino, precisando che in tutte le situazioni di emergenza è comunque necessario comporre il numero unico di emergenza 112;

DATO ATTO che l'istruttoria del presente atto è stata svolta dalla Dott.ssa Chiara Mariani, Responsabile del procedimento, che attesta la regolarità e correttezza dell'azione amministrativa per quanto di competenza, ai sensi dell'art.147 bis del D. Lgs. 267/2000 e che provvederà a tutti gli atti necessari all'esecuzione del presente provvedimento, fatta salva l'esecuzione di ulteriori adempimenti posti a carico di altri soggetti;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri finanziari e conseguente mente non necessita dell'apposizione del visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria della spesa previsto dal D. lgs. 267/2000.

CONSIDERATO che, con la sottoscrizione del presente atto, il dirigente attesta altresì la regolarità, la correttezza dell'azione amministrativa, assieme al responsabile del procedimento, ai sensi dell'art.147 bis del D. Lgs. 267/2000;

DETERMINA

- 1) di recepire il Protocollo per la somministrazione di farmaci, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato A), con le precisazioni esplicitate in premessa;
- 2) di approvare gli allegati B1, B2, C1 e C2 contenenti i necessari adeguamenti/integrazioni del Protocollo regionale alle peculiarità del servizio comunale nella duplice versione 1 con modifiche in chiaro e 2 definitiva;
- 3) di disporre l'utilizzo e l'osservanza del Protocollo, così come recepito con il presente atto, in tutte le strutture ove viene erogato il servizio educativo comunale.

IL DIRIGENTE

Dr.ssa Tiziana Di Matteo

Documento firmato digitalmente

DOTT.SSA TIZIANA DI MATTEO

Allegato 1

ATTESTAZIONE di MEDICO/STRUTTURA SANITARIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI IN AMBITO SCOLASTICO

(FACSIMILE)

Per anafilassi occorre la scheda identificativa rilasciata
dai centri di Allergologia sotto riportata

SCHEDA ANAFILASSI



LO STUDENTE

Data e luogo di nascita

ISTITUTO SCOLASTICO

Iscritto al Servizio di Ristorazione scolastica SI NO

Ha una **allergia alimentare grave** ai seguenti alimenti

CODICE ANAFILASSI



<ul style="list-style-type: none">• CIBI DA EVITARE • E' in possesso di una fiala di adrenalina• Dosaggio• Scadenza.....

NOME	PARENTELA	CELLULARE	TEL LAVORO	TEL CASA

In caso di ingestione certa o sospetta di un alimento segnalato sopra, somministrare immediatamente antiistaminico e steroide per os:

Se compare più di una delle manifestazioni seguenti, In caso di ingestione certa o sospetta di un alimento segnalato sopra, come riconoscere una crisi anafilattica :

- Pelle: orticaria, gonfiore, prurito, arrossamento, rash cutaneo
- Respirazione: fischi e sibili, respiro corto, sensazione di gola chiusa, tosse, voce roca, sensazione di dolore e costrizione al torace, naso tappato, naso che cola, starnuti, occhi che lacrimano, , difficoltà ad inghiottire
- Gastrointestinale: nausea, dolore, vomito, diarrea
- Cuore: pallore, polso debole, svenimento, shock
- Altri: male di testa, ansietà

Agire prontamente: la crisi può essere rapida

- Chiamare il 112
- Somministrare la Adrenalina
- Chiamare i genitori o chi ne fa le veci

Il sottoscritto genitore o facente funzione del suddetto minore,
dopo aver letto e compreso le Linee Guida denominate **“Procedure integrate per la gestione dell'emergenza anafilassi a scuola”** ed **“Erogazione delle diete sanitarie e menù alternativi per motivi etico-religiosi”** (allegate al **“Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico”** del Comune di Genova) ovvero il **“Protocollo Anafilassi a Scuola”** della Regione Liguria (allegato alla **“Linee di indirizzo per l'alimentazione preventiva, la nutrizione clinica e la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica della regione Liguria”** Delibera Regionale n. 695-2022), autorizza:

- l'utilizzazione dei dati qui esposti per garantire la sicurezza del minore suddetto affetto da allergia alimentare;
- il trattamento dei dati personali e sensibili del suddetto minore ai sensi del decreto legge 196/2003 e autorizza la comunicazione dei medesimi dati per le sole finalità sopra esposte;
- la somministrazione del farmaco salvavita **adrenalina auto-iniettabile** in caso di necessità.

Firma Genitore

Firma Medico Centro Allergologico

Numeri di riferimento email

Data

CODICE ANAFILASSI: REAZIONI GRAVI O POTENZIALMENTE GRAVI. SOGGETTO IN POSSESSO DI ADRENALINA AUTOINIETTABILE

DIAGNOSI BASATA SU:

- Storia clinica
- TEST CUTANEO
- TEST IN VITRO

REVISIONE SCHEDA:

- Ogni sei mesi
- Annuale
-

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/___

Residente in _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe e Sezione _____

Necessita della terapia nei locali e in orario scolastico secondo il Piano Terapeutico allegato, considerando che la somministrazione non richiede il possesso di competenze specialistiche sanitarie e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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.

~~Data ___/___/___~~ ~~Timbro e firma del medico (o struttura accreditata)~~

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data ___/___/___

Timbro e firma del dirigente scolastico

PIANO TERAPEUTICO
(FACSIMILE)

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Trattasi di farmaco: salvavita oppure indispensabile

Nome principio attivo del farmaco: _____

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e orario di somministrazione: _____

Modalità di somministrazione: _____

Circostanza/condizione per la quale somministrare il farmaco: _____

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia: _____

Modalità di conservazione: _____

Eventuali note di primo soccorso (descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco): _____

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

Sì No

Altre indicazioni: _____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'ASL: _____

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico

Allegato 4

ATTESTATO DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE DA SOMMINISTRARE ALL'ALUNNO/A

(FACSIMILE)

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori ~~o allo studente, se~~ **Maggiorenne e in caso dell'adrenalina** anche all'azienda di ristorazione)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a _____

esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno _____

Incaricato dell'Azienda di Ristorazione Sig./Sig.ra _____
Azienda _____

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a _____, nato a _____, il ____/____/____
~~e residente a _____, iscritto alla classe _____ sez. _____ dell'Istituto~~

Consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. _____ n _____ ~~un flacone nuovo ed integro del/i~~ **fiala di adrenalina dosaggio:** _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da attestazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, _____
rilasciata in data ____/____/____ dal (barrare la voce corrispondente):

- Servizio di pediatria dell'ASL ;
- medico pediatra di libera scelta dott. _____;
- Medico di medicina generale dott. _____;
- Servizio di allergologia dott.** _____.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di Intervento Personalizzato, nel seguente luogo:

_____ con le seguenti modalità:

Il genitore/ l'esercente la responsabilità genitoriale/~~lo studente~~ si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Solo nel caso della fiala di adrenalina l'azienda di Ristorazione si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario.

Luogo _____ Data ___/___/___

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale/dello studente _____

Firma dell'incaricato dell'azienda di ristorazione _____

N.B. Si specifica che per l'adrenalina, il modulo potrebbe essere compilato due volte:

- in attesa della fornitura da parte dell'azienda di ristorazione sarà il genitore a fornire il farmaco e a compilare il modulo

- nel momento in cui l'azienda di ristorazione fornisce il farmaco, verrà riconsegnata alla famiglia la sua fiala e il modulo dovrà essere compilato dall'incaricato dell'Incaricato aziendale

Se la fiala viene consegnata prima dell'avvio della frequentazione del bambino, verrà compilato solo dall'I.A.

Allegato 1

ATTESTAZIONE di MEDICO/STRUTTURA SANITARIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI IN AMBITO SCOLASTICO

(FACSIMILE)

Per anafilassi occorre la scheda identificativa rilasciata
dai centri di Allergologia sotto riportata

SCHEDA ANAFILASSI



A.L.A. Associazione Ligure Allergici

LO STUDENTE

Data e luogo di nascita

ISTITUTO SCOLASTICO

Iscritto al Servizio di Ristorazione scolastica SI NO

Ha una **allergia alimentare grave** ai seguenti alimenti

CODICE ANAFILASSI



- CIBI DA EVITARE
- E' in possesso di una fiala di adrenalina
- Dosaggio
- Scadenza.....

NOME	PARENTELA	CELLULARE	TEL LAVORO	TEL CASA

In caso di ingestione certa o sospetta di un alimento segnalato sopra, somministrare immediatamente antiistaminico e steroide per os:

Se compare più di una delle manifestazioni seguenti, In caso di ingestione certa o sospetta di un alimento segnalato sopra, come riconoscere una crisi anafilattica :

- Pelle: orticaria, gonfiore, prurito, arrossamento, rash cutaneo
- Respirazione: fischi e sibili, respiro corto, sensazione di gola chiusa, tosse, voce roca, sensazione di dolore e costrizione al torace, naso tappato, naso che cola, starnuti, occhi che lacrimano, , difficoltà ad inghiottire
- Gastrointestinale: nausea, dolore, vomito, diarrea
- Cuore: pallore, polso debole, svenimento, shock
- Altri: male di testa, ansietà

Agire prontamente: la crisi può essere rapida

- Chiamare il 112
- Somministrare la Adrenalina
- Chiamare i genitori o chi ne fa le veci

Il sottoscritto genitore o facente funzione del suddetto minore,
dopo aver letto e compreso le Linee Guida denominate **“Procedure integrate per la gestione dell'emergenza anafilassi a scuola”** ed **“Erogazione delle diete sanitarie e menù alternativi per motivi etico-religiosi”** (allegate al **“Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico”** del Comune di Genova) ovvero il **“Protocollo Anafilassi a Scuola”** della Regione Liguria (allegato alla **“Linee di indirizzo per l'alimentazione preventiva, la nutrizione clinica e la ristorazione ospedaliera, assistenziale e scolastica della regione Liguria”** Delibera Regionale n. 695-2022), autorizza:

- l'utilizzazione dei dati qui esposti per garantire la sicurezza del minore suddetto affetto da allergia alimentare;
- il trattamento dei dati personali e sensibili del suddetto minore ai sensi del decreto legge 196/2003 e autorizza la comunicazione dei medesimi dati per le sole finalità sopra esposte;
- la somministrazione del farmaco salvavita **adrenalina auto-iniettabile** in caso di necessità.

Firma Genitore

Firma Medico Centro Allergologico

Numeri di riferimento email

Data

CODICE ANAFILASSI: REAZIONI GRAVI O POTENZIALMENTE GRAVI. SOGGETTO IN POSSESSO DI ADRENALINA AUTOINIETTABILE

DIAGNOSI BASATA SU:

- Storia clinica
- TEST CUTANEO
- TEST IN VITRO

REVISIONE SCHEDA:

- Ogni sei mesi
- Annuale
-

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ___/___/___

Residente in _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe e Sezione _____

Necessita della terapia nei locali e in orario scolastico secondo il Piano Terapeutico allegato, considerando che la somministrazione non richiede il possesso di competenze specialistiche sanitarie e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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.

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data ___/___/___

Timbro e firma del dirigente scolastico o del Responsabile

PIANO TERAPEUTICO
(FACSIMILE)

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Trattasi di farmaco: salvavita oppure indispensabile

Nome principio attivo del farmaco: _____

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e orario di somministrazione: _____

Modalità di somministrazione: _____

Circostanza/condizione per la quale somministrare il farmaco: _____

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia: _____

Modalità di conservazione: _____

Eventuali note di primo soccorso (descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco): _____

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

Sì No

Altre indicazioni: _____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'ASL: _____

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico

Allegato 4

ATTESTATO DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE DA SOMMINISTRARE
ALL'ALUNNO/A

(FACSIMILE)

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori e **in caso dell'adrenalina** anche all'azienda di ristorazione)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

- genitore dell'alunno/a _____
- esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno _____
- Incaricato dell'Azienda di Ristorazione Sig./Sig.ra _____
Azienda _____

Consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. _____ n _____
fiala di adrenalina dosaggio: _____
da somministrare all'alunno/a _____ come da attestazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, _____
rilasciata in data / / _____ dal (barrare la voce corrispondente):

- Servizio di pediatria dell'ASL ;
- medico pediatra di libera scelta dott. _____;
- Medico di medicina generale dott. _____;
- Servizio di allergologia dott. _____.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di Intervento Personalizzato, nel seguente luogo:

_____ con le seguenti modalità:

Il genitore/ l'esercente la responsabilità genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Solo nel caso della fiala di adrenalina l'azienda di Ristorazione si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario.

Luogo _____ Data ___/___/___

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/esercente la responsabilità genitoriale/dello studente _____

Firma dell'incaricato dell'azienda di ristorazione _____

N.B. Si specifica che per l'adrenalina, il modulo potrebbe essere compilato due volte:

- in attesa della fornitura da parte dell'azienda di ristorazione sarà il genitore a fornire il farmaco e a compilare il modulo

- nel momento in cui l'azienda di ristorazione fornisce il farmaco, verrà riconsegnata alla famiglia la sua fiala e il modulo dovrà essere compilato dall'incaricato dell'Incaricato aziendale

Se la fiala viene consegnata prima dell'avvio della frequentazione del bambino, verrà compilato solo dall'I.A.

Allegato 2

ATTESTAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI GENITORI/ESERCENTI RESPONSABILITÀ GENITORIALE IN AMBITO SCOLASTICO

Al ~~dirigente scolastico~~ **Responsabile** _____, dell'Istituto _____

- Il sottoscritto _____, nato a _____ (___), il _____, residente a _____ (___), indirizzo: _____
- la sottoscritta _____, nata a _____ (___), il _____, residente a _____ (___), indirizzo: _____

nella qualità di genitori (o soggetto che esercita la responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____ nato/a il _____ a (Luogo di nascita) _____ e frequentante nell'anno scolastico _____ la classe (d'infanzia/ primaria/ secondaria I grado / secondaria II grado) _____ sezione _____ della scuola _____

CHIEDE/ONO la somministrazione alla/o stessa/o di terapia farmacologica di continuità terapeutica/salvavita in ambito scolastico, come da Attestazione medica e Piano Terapeutico allegati rilasciati dal medico dott. _____, in data __/__/__

AUTORIZZA/ANO contestualmente:

- il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico consapevole che tale procedura viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico;
- che mio/a o nostro/nostra figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Sarà mia/nostra cura provvedere a:

- fornire l'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato;
- rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente;
- documentare adeguatamente al ~~dirigente scolastico~~ **Responsabile**, 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.

Numeri di telefono utili: medico curante _____, genitori/ esercente la responsabilità genitoriale _____

Privacy policy

Con la presente clausola i genitori/esercenti responsabilità genitoriale autorizzano, strettamente per le finalità riportate del documento, il trattamento dei dati personali

Luogo e Data, _____ Firma del/i genitore/i - esercente la responsabilità genitoriale

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto " _____ " di _____ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data, _____ Firma del ~~dirigente scolastico~~ Responsabile _____

Note: La richiesta/autorizzazione ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico indicato, e viene rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia. Dopo la presentazione del documento, viene fissato, qualora ritenuto necessario dal ~~dirigente scolastico~~ Responsabile, un incontro in presenza o da remoto con il personale docente e non della classe interessata, cercando di coinvolgere il numero maggiore di operatori e la presenza dei genitori. Viene stilato un verbale dell'incontro firmato dai presenti. Se necessario viene coinvolto un medico a cui spetta il compito di esporre, se necessario, chiarire o approfondire le procedure di somministrazione rispondendo ad eventuali dubbi e quesiti.

Allegato 3

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Alla famiglia dell'alunno/a

_____ (o

ppure) All'alunno/a _____

Al personale individuato per la somministrazione del
farmaco Agli insegnanti della classe _____ sezione

_____ Al fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Il sottoscritto ~~dirigente scolastico~~ **Responsabile** _____,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne) _____, iscritto/a alla classe _____ sez. _____ dell'Istituto _____, plesso _____, sito in via _____, località _____;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal medico dott. _____ in data ___/___/___, nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome principio attivo e nome commerciale) _____ da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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;

Vista la tipologia di farmaco (indicare se salvavita o indispensabile):

Farmaco (nome commerciale, principio attivo)	Tipologia (salvavita o indispensabile)

Per la somministrazione di farmaco indispensabile, constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati nelle date indicate nella tabella sottostante;

Dispone:

- che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra _____; che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: _____;
- che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.): _____;
- che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico/parenti indicati dalla famiglia/operatori associazioni, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal **dirigente scolastico Responsabile** in accordo con la famiglia:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile)	Data dell'Attestato di formazione rilasciato

Il **dirigente scolastico Responsabile**

Prof. _____

Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la responsabilità genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) _____,

Viste le determinazioni assunte dal **dirigente scolastico Responsabile** con la presente:

- esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;
- si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____. Data ____/____/_____

Firma del genitore
o dell'esercente la responsabilità
genitoriale o dello studente (se
maggiorenne)

Allegato 2

ATTESTAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI GENITORI/ESERCENTI RESPONSABILITÀ GENITORIALE IN AMBITO SCOLASTICO

Al Responsabile _____, dell'Istituto _____

- Il sottoscritto _____, nato a _____ (____), il _____, residente a _____ (____), indirizzo: _____
- la sottoscritta _____, nata a _____ (____), il _____, residente a _____ (____), indirizzo: _____

nella qualità di genitori (o soggetto che esercita la responsabilità genitoriale) dell'alunno/a _____ nato/a il _____ a (Luogo di nascita) _____ e frequentante nell'anno scolastico _____ la classe (d'infanzia/ primaria/ secondaria I grado / secondaria II grado) _____ sezione _____ della scuola _____

CHIEDE/ONO la somministrazione alla/o stessa/o di terapia farmacologica di continuità terapeutica/salvavita in ambito scolastico, come da Attestazione medica e Piano Terapeutico allegati rilasciati dal medico dott. _____, in data __/__/__

AUTORIZZA/ANO contestualmente:

- il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico consapevole che tale procedura viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico;
- che mio/a o nostro/nostra figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Sarà mia/nostra cura provvedere a:

- fornire l'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato;
- rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente;
- documentare adeguatamente al Responsabile, 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.

Numeri di telefono utili: medico curante _____, genitori/ esercente la responsabilità genitoriale _____

Privacy policy

Con la presente clausola i genitori/esercenti responsabilità genitoriale autorizzano, strettamente per le finalità riportate del documento, il trattamento dei dati personali

Luogo e Data, _____ Firma del/i genitore/i - esercente la responsabilità genitoriale

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto " _____ " di _____ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data, _____ Firma del Responsabile _____

Note: La richiesta/autorizzazione ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico indicato, e viene rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia. Dopo la presentazione del documento, viene fissato, qualora ritenuto necessario dal Responsabile, un incontro in presenza o da remoto con il personale docente e non della classe interessata, cercando di coinvolgere il numero maggiore di operatori e la presenza dei genitori. Viene stilato un verbale dell'incontro firmato dai presenti. Se necessario viene coinvolto un medico a cui spetta il compito di esporre, se necessario, chiarire o approfondire le procedure di somministrazione rispondendo ad eventuali dubbi e quesiti.

Allegato 3

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Alla famiglia dell'alunno/a

_____ (o

ppure) All'alunno/a _____

Al personale individuato per la somministrazione del
farmaco Agli insegnanti della classe _____ sezione

Al fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Il sottoscritto Responsabile _____,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne)

_____, iscritto/a alla classe _____ sez. _____ dell'Istituto
_____, plesso _____, sito in via
_____, località _____;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal medico dott. _____ in data ___/___/, nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome principio attivo e nome commerciale) _____ da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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;

Vista la tipologia di farmaco (indicare se salvavita o indispensabile):

Farmaco (nome commerciale, principio attivo)	Tipologia (salvavita o indispensabile)

Per la somministrazione di farmaco indispensabile, constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati nelle date indicate nella tabella sottostante;

Dispone:

- che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra _____; che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: _____;
- che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.): _____;
- che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico/parenti indicati dalla famiglia/operatori associazioni, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Responsabile in accordo con la famiglia:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile)	Data dell'Attestato di formazione rilasciato

Il Responsabile _____

Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la responsabilità genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) _____,

Viste le determinazioni assunte dal Responsabile con la presente:

esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____. Data ____/____/_____

Firma del genitore
o dell'esercente la responsabilità
genitoriale o dello studente (se
maggiorenne)

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. All._A_protocollo.pdf



¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento