I. C. Gorlago

SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA



In riferimento al Protocollo d'intesa tra regione Lombardia e ufficio scolastico regionale per la Lombardia per la somministrazione dei farmaci a scuola

(DELIBERA REGIONALE N° X / 6919 Seduta del 24/07/2017)

La somministrazione di farmaci a scuola è riferita alle seguenti situazioni

1) Continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;

2) Somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

La somministrazione di farmaci a scuola, oggetto del presente protocollo, **è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità**, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute.

In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere

di Emergenza/Urgenza è comunque

indispensabile comporre

il numero unico dell'emergenza 112.



Condizione necessaria alla somministrazione di farmaci a scuola è la presentazione, presso la segreteria scolastica, di:

Una richiesta dei genitori/tutori: ALLEGATO A

- **da presentare al Dirigente Scolastico ad ogni cambio di ciclo scolastico;**
- **in caso di trasferimento/passaggio ad altra Istituzione Scolastica;**
- **in caso di nuova esigenza in corso d'anno;**
- **in caso di modifica del pianto terapeutico.**
- Certificato medico/piano terapeutico redatto dal medico oppure **ALLEGATO B,** compilato dal pediatra**.**

Inoltre le famiglie interessate devono presentare:

- ALLEGATO C, all'inizio di ogni anno scolastico, il modulo di proseguimento della somministrazione (con piano terapeutico non variato);

- ALLEGATO D, modulo di autosomministrazione del farmaco (ove necessario);

- ALLEGATO E, modulo di rinuncia, in caso di cessato bisogno.

La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge diversi attori:

A) GENITORI o gli esercenti la potestà genitoriale;
B) STUDENTI
C) MEDICO
D) SCUOLA (Dirigente, docenti, ATA, personale amministrativo)
E) SOGGETTI SANITARI: Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata), Agenzie Territoriali della Salute (ATS), Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza (AREU)

- **GENITORI (o esercenti la potestà genitoriale)**
- **Formulano la richiesta** al Dirigente Scolastico fornendo la certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico redatti dal Medico,
- **Forniscono disponibilità** e recapiti per essere contattati in caso di necessità/consulenza
- **Segnalano tempestivamente** al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso
- **Forniscono il farmaco** ed eventuali presidi, provvedendo al loro regolare approvvigionamento

B) ALUNNI- STUDENTI

-Sono coinvolti in maniera appropriata rispetto ad età e competenze nella gestione della terapia e dei sintomi della malattia;

-Nelle condizioni previste si autosomministrano il farmaco;

-Comunicano tempestivamente eventuali criticità legate alla patologia e/o alla gestione della patologia

C)MEDICO

(medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata)

- certifica lo stato di malattia
- redige il Piano Terapeutico con le indicazioni per la corretta somministrazione del farmaco.
- Fornisce eventuali informazioni e delucidazioni per l'applicazione del Piano Terapeutico.

D) LA SCUOLA

Il Dirigente Scolastico, in esito alla verifica della sussistenza di tutti gli elementi di cui ai precedenti punti:

- **Informa il Consiglio di Classe**

- **Individua i Docenti, il personale ATA**, che si rendano volontariamente disponibili e recepisce la **eventuale disponibilità di altri soggetti volontari individuati e formalmente autorizzati dal Genitore**.

-**Verifica le condizioni ambientali** atte a garantire una corretta modalità alla **conservazione del farmaco**;

-**Garantisce la tutela della privacy**;

-**Comunica ai genitori l'avvio della procedura**;

trasmette alla ATS i riferimenti dei casi di somministrazione del farmaco, con indicata anche l'eventuale prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi.
-protocollo@pec.ats-bg.it

-In caso di richiesta di intervento per crisi anafilattica la scuola comunica all'operatore AREU che trattasi di un paziente per cui è attivo il "Protocollo Farmaci" affinché sia gestito tempestivamente l'evento
- si può avvalere della collaborazione di ATS/ASST in particolare richiedendo il supporto in caso di eventuali criticità relative alla attuazione del Piano Terapeutico (inadeguatezze dei locali, mancanza di disponibilità da parte di Docenti e Personale ATA, fabbisogni formativi del personale, etc.), la cui soluzione può prevedere anche il coinvolgimento di EELL, Associazioni di Pazienti, nonché eventuali altri soggetti della comunità locale a vario titolo competenti.

Allegato A

Al Dirigente Scolastico
I.C. ALDO MORO - Gorlago

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti ..... e ..... genitori di .....nato a ..... il ..... residente a ..... in via.....

n. ….……frequentante la classe ……. della Scuola Primaria/Secondaria di I grado plesso scolastico di ……..……essendo il minore affetto dalla seguente patologia …. …….. ……. ……. ……. ….....e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,** i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data___/___/____ dal dott./dott.ssa_____;

(oppure)

□ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario**,** i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento_____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data___/___/____ dal dott./dott.ssa_____;

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 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 "ALDO MORO" di Gorlago 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 di Gorlago 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 Remigi Marco.

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.

Luogo e data, _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitori .....cell/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

.....

.....

Allegato B

Al Dirigente Scolastico
I.C. ALDO MORO - Gorlago

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale))*

Il minore Cognome ……Nome ……

Nato il…… a……..…… Residente a ……

In via/piazza …… N. …. Città……

affetto dalla seguente patologia:…….... nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza…….....

……

……

…… necessita della somministrazione del seguente farmaco……..

……

Modalità di somministrazione ……..…..

……

Dose:……

Eventuali note:

……

…….....

……

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG

Allegato C

Al Dirigente Scolastico
I.C. ALDO MORO - Gorlago

OGGETTO: 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 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 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 Aldo Moro di Gorlago 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 Aldo Moro di Gorlago 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 Remigi Marco dell'Istituto Aldo Moro di Gorlago.

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).

Luogo e data, _____

I Genitori

_____

_____

Allegato D

Al Dirigente Scolastico
I.C. ALDO MORO - Gorlago

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori dell'alunno/a

.....

nato/a a .....il.....

residente a ..... in via.....

frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....

sita a .....

Essendo il minore effetto da .....
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .....dal dott. ….....
Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento 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).

Luogo e data, _____

I Genitori

_____

_____

Allegato E

Al Dirigente Scolastico
I.C. ALDO MORO - Gorlago

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ _____(prov. ____) il _____ residente in

_____ (prov. ____) via _____

genitore dell'alunno/a_____

classe_____plesso_____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a **non necessità** per l'a.s. _____/_____della somministrazione del farmaco, come da richiesta precedentemente presentata agli atti dell'Istituto.

Dichiara altresì di aver effettuato dichiarazione 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 e di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, _____

Il dichiarante

_____