



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo di Calusco d'Adda (BG)

Piazza S. Fedele, 258 – 24033 CALUSCO D'ADDA (BG)

TEL. : 035/791286

Email: bgic833004@istruzione.it – P.E.C: bgic833004@pec.istruzione.it

Sito web: www.scuolacalusco.gov.it

Codice mecc.: BGIC833004 – Codice Fiscale: 82004810162

Codice Univoco Ufficio: UFLTP8

Prot. n. 4293/04-08

Calusco D'Adda, 04 /09 /2018

Ai genitori degli alunni
IC Calusco d'Adda

e p.c. – Ai docenti
– Al personale ATA

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI: DISPOSIZIONI A CARATTERE PERMANENTE

Al fine di rendere applicabile in provincia di Bergamo il "PROTOCOLLO D'INTESA TRA REGIONE LOMBARDIA E UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA" per la somministrazione dei farmaci a scuola (dgr N. 6919/2017), l'ATS di Bergamo ha predisposto il MODELLO ORGANIZZATIVO di seguito sintetizzato.

A. OBIETTIVI DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA:

- garantire a tutti gli alunni che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci in orario scolastico la possibilità di ricevere una appropriata assistenza e di evitare incongrue somministrazione di farmaci;
- sostenere, dove ve ne sono le condizioni, il percorso di autostima e di sviluppo di **COMPETENZE DEGLI ALUNNI, RELATIVAMENTE ALLA GESTIONE DELLA PROPRIA PATOLOGIA.**

B. QUANDO?

La somministrazione di farmaci a scuola è riferita alle seguenti situazioni:

- 1. CONTINUITÀ TERAPEUTICA**, intesa come terapia programmata e improrogabile per il trattamento di una patologia cronica.
- 2. SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN SEGUITO A UNA EMERGENZA**, intesa come manifestazione acuta correlata a una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.
- 3.** La somministrazione di farmaci a scuola, oggetto del protocollo, è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute.

C. PIANO INDIVIDUALE D'INTERVENTO

Il PIANO INDIVIDUALE DI INTERVENTO per la somministrazione di farmaci a scuola coinvolge il bambino/ragazzo, la sua famiglia, il medico e l'Istituto scolastico.

I docenti e il personale scolastico IN VIA VOLONTARIA POSSONO SOMMINISTRARE FARMACI a condizione che tale somministrazione non debba richiedere il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

La prima somministrazione di farmaco non deve avvenire in ambiente scolastico ad eccezione di specifiche situazioni.

In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere di emergenza/urgenza è comunque indispensabile comporre il **NUMERO UNICO DELL'EMERGENZA: 112.**

D. **LA PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE**

DOCUMENTI NECESSARI

1. Richiesta scritta da parte dei genitori al Dirigente Scolastico e/o Coordinatore Responsabile
2. Certificato di stato di malattia con Piano Terapeutico redatto dal medico.

E. **COSA FANNO I GENITORI O ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ**

- Formulano la richiesta al Dirigente Scolastico (**ALLEGATO A**) fornendo la certificazione dello stato di malattia con il Piano Terapeutico redatti dal Medico (**ALLEGATO B**)
- 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
- **Solo in caso di prescrizione medica di adrenalina, compilano l'ALLEGATO C, da richiedere in segreteria, "INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" per consentire all'Istituto Comprensivo di Calusco d'Adda di trasmettere tramite PEC all'ATS di Bergamo (che provvederà poi alla trasmissione ad AREU) le generalità di studenti e genitori al fine di organizzare qualora fosse necessario un adeguato soccorso.**
- La richiesta di somministrazione dei farmaci in orario scolastico, deve essere inoltrata al Dirigente Scolastico a **ogni cambio di ciclo scolastico** e anche **in caso di trasferimento/passaggio ad altra istituzione scolastica.**

F. **COSA FANNO GLI STUDENTI**

- Gli alunni/studenti, se minorenni, sono coinvolti in maniera appropriata rispetto a 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

G. **COSA FA IL MEDICO**

Il medico:

- Certifica lo stato di malattia e redige il Piano Terapeutico con le indicazioni per la corretta somministrazione del farmaco (**ALLEGATO B**)

- Fornisce eventuali informazioni e delucidazioni per l'applicazione del piano terapeutico

H. **COSA FA 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 rendono volontariamente disponibili e recepisce l'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 privacy
- Comunica ai genitori l'avvio della procedura
- può richiedere la collaborazione di ATS – Uffici di Sanità Pubblica territorialmente competenti – in caso di eventuali criticità rilevate relativamente alla documentazione presentata (inadeguatezze dei locali, mancanza di disponibilità da parte di Docenti e personale ATA, fabbisogni formativi del personale, ecc.), la cui soluzione può prevedere anche il coinvolgimento di EELL, Associazioni di Pazienti, nonché eventuali altri soggetti della comunità locale a vario titolo competenti.

LE RICHIESTE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI PRESENTATE NEGLI ANNI SCORSI SECONDO MODELLI DIVERSI DA QUELLI ALLEGATI ALLA PRESENTE VANNO RIFORMULATE SECONDO LE INDICAZIONI DI QUESTE CIRCOLARI. I MODELLI A, B, C, DEBITAMENTE COMPILATI, VANNO CONSEGNATI ALLA SEGRETERIA DELL'I.C.

Cordiali saluti,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DOTT.SSA GIOVANNA LAURA SALA

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.Lgs. n.39/1993)*

ALLEGATO A: RICHIESTA DEI GENITORI (o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico dell'IC di Calusco d'Adda

I sottoscritti
genitori dell'alunno/a
della classe Scuola
residente a in via
comune Prov. Tel.

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr e presentati in allegato alla presente richiesta.

Chiedono la disponibilità della scuola alla somministrazione e 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
- di 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
- di impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco/farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili, in seguito all'avvenuto consumo e/o data di scadenza
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

Autorizzano:

- se del caso, l'auto-somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

Chiedono:

- la possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte (specificare se genitore, parente, volontario,)

Per ogni comunicazione relativa a eventuali necessità, i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

NOME TEL.

NOME TEL.

A disposizione per le necessità, si ringrazia e si porgono distinti saluti.

(Data) Firma di entrambi i genitori

Compilare e firmare in caso di firma da parte di uno solo dei genitori.

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”

ALLEGATO B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che nato/a a il residente in via Comune Prov frequentante la classe della scuola di È affetto/a dalla seguente patologia per la quale:

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco, con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- La somministrazione 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.

NOME DEL FARMACO FORMA FARMACEUTICA DOSAGGIO

DESCRIZIONE DELL’EVENTO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

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

DOSE DA SOMMINISTRARE:

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE E DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO:
.....

PRESCRIZIONE ADRENALINA: SÌ NO

In fede

Data

Firma e timbro del medico



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo di Calusco d'Adda (BG)**

Piazza S. Fedele, 258 – 24033 CALUSCO D'ADDA (BG)- TEL. : 035/791286

Email: bgic833004@istruzione.it – P.E.C.: bgic833004@pec.istruzione.it

Sito web: www.scuolacalusco.gov.it

Codice mecc.: BGIC833004 – C.F. : 82004810162

Codice Univoco Ufficio: UFLTP8

INFORMATIVA PRIVACY

Redatta ai sensi degli Artt. da 13 a 15 del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

ALUNNO/A _____

NATO IL _____

	<p>La comunicazione all'Istituto dei dati inerenti allo stato di salute dell'allievo, fatta al fine di garantire la somministrazione di farmaci in orario scolastico ai sensi del "Protocollo di intesa stipulato tra Regione Lombardia e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola del 13/09/2017" ed il "Modello organizzativo per la gestione della somministrazione di farmaci a scuola – ATS di Bergamo del 15/12/2017" e sue note esplicative del 17/01/2018, avviene al fine di salvaguardare la salute dell'allievo stesso.</p> <p>Le istruzioni operative per la somministrazione del farmaco e l'identità dell'allievo interessato verranno rese note al personale docente e non docente che opera nelle immediate vicinanze dello stesso ed a nessun altro.</p> <p>L'informativa privacy completa è visionabile sul sito internet dell'Istituto.</p>
Responsabile della protezione dei dati (R.P.D. / D.P.O.)	<p>Luca Corbellini c/o Studio AG.I.COM. S.r.l. - Via XXV Aprile, 12 – 20070 SAN ZENONE AL LAMBRO (MI) e-mail dpo@agicomstudio.it</p>

LUOGO E DATA

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI _____

Compilare e firmare in caso di firma da parte di uno solo dei genitori.

Il/la sottoscritto/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"
