

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CODOGNO
Via Cavour, 24 - 26845 CODOGNO (LO)
Tel. 0377/314331 - Fax 0377/32615
www.ic-codogno.it - email : segreteria@ic-codogno.it
LOIC81700C@ISTRUZIONE.IT - LOIC81700C@PEC.ISTRUZIONE.IT
Codice meccanografico: LOIC81700C

**Ai docenti
A tutto il personale Ata
Alle famiglie
Sito internet**

Circ .N.46
del 19/11/2020

Oggetto : Direttiva sulla somministrazione e auto somministrazione farmaci a scuola

Si forniscono le indicazioni da seguire tassativamente in ordine alla somministrazione dei farmaci a scuola, ai sensi di quanto disposto dalla nota n. 2312 del 25.11.2005 emanata dal Ministero dell'Istruzione, d'intesa con il Ministero della Salute, relativa alle "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica" e dal "Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per "La somministrazione di farmaci a scuola" sottoscritto in data 31.7.2017.

La somministrazione di farmaci a scuola è riferita solo nei casi di effettiva ed assoluta necessità per i quali la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico:

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

Pertanto, la somministrazione di farmaci a scuola è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva ed assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute.

SOMMINISTRAZIONE

Per tale somministrazione è richiesto il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

Entrambi i genitori

- 1 formulano la richiesta (**allegato 1**) al Dirigente scolastico fornendo la certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico redatti dal Medico (**allegato 2**), presentando eventuale documentazione integrativa utile.
- 2 forniscono disponibilità e recapiti per essere contattati in caso di necessità/consulenza e autorizzano la scuola al trattamento dei dati personali e sensibili (**allegato 4**);
- 3 segnalano tempestivamente al Dirigente scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso;
- 4 forniscono il farmaco ed eventuali presidi, provvedendo al loro regolare approvvigionamento (modello consegna farmaco **allegato 5**).

Diversamente il genitore potrà provvedere direttamente in proprio alla somministrazione del farmaco, anche mediante intervento di terzi delegati, previa obbligatoria autorizzazione all'accesso alla scuola da parte del Dirigente Scolastico. Tale procedura viene effettuata anche per le terapie farmacologiche brevi.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE

L'auto-somministrazione dei farmaci da parte degli alunni è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Considerata la progressiva maggiore autonomia degli studenti con il crescere dell'età si conviene sulla possibilità di prevedere, laddove possibile ed in accordo con la famiglia e i sanitari, l'auto-somministrazione dei farmaci.

- A. La famiglia fa richiesta ai docenti del C.d.C. e al D.S. , nonché al personale della scuola.
- B. La D.s. individua i collaboratori scolastici (All. 3) disponibili e verifica le condizioni ambientali atte a garantire una corretta conservazione del farmaco,
- C. La D.S. garantisce la tutela della privacy (All.4)

GESTIONE DELL'EMERGENZA

Nei casi gravi e urgenti occorre garantire il normale soccorso ed è obbligatorio ricorrere al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il numero unico di emergenza 112, avvertendo contemporaneamente la famiglia dello studente.

La procedura da seguire in tali casi richiede la segnalazione dell'evento e del soggetto coinvolto al lavoratore addetto al primo soccorso presente nella scuola che metterà in atto le azioni relative alla gestione dell'emergenza ed effettuerà la chiamata al numero unico di emergenza 112.

SOMMINISTRAZIONE IN SEGUITO A MANIFESTAZIONE ACUTA CORRELATA PATOLOGIA NOTA

In caso di manifestazione acuta in alunni che rientrano tra i casi con prescrizione di adrenalina per rischio anafilassi segnalati ad AREU, al momento della chiamata al numero unico 112, quando si è messi in contatto con l'emergenza sanitaria, sarà necessario identificare la richiesta di intervento con il termine **"PROTOCOLLO FARMACO"**.

Della presente direttiva dovrà essere informato il personale supplente (insegnanti e collaboratori scolastici) al momento dell'entrata in servizio nelle classi/sezioni frequentate da alunni bisognosi di somministrazione di farmaci a scuola.

Quest'ufficio provvederà a trasmettere al plesso di frequenza dell'alunno interessato, unitamente alla certificazione medica presentata, anche il Piano personalizzato di intervento con descritto il comportamento da attuare in caso di bisogno.

Si sottolinea infine che, nonostante il personale scolastico non sia obbligato ad accettare incarichi che prevedano somministrazione di farmaci, in ogni caso il mancato intervento in situazione di emergenza può prefigurare reato di omissione di soccorso in caso di danni all'alunno.

Si allegano alla presente circolare i seguenti moduli reperibili sul sito dell'Istituto:

All.1-2-4-5 (reperibili nella sezione FAMIGLIE-Modulistica)

All. 3 (reperibile nella sezione DOCENTI-MODULISTICA-SICUREZZA)

- Allegato 1 – richiesta della famiglia
- Allegato 2 – Piano Terapeutico
- Allegato 3 – disponibilità del personale per la somministrazione dei farmaci agli alunni.
- Allegato 4 – consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs 196 del 30.6.2003) per la firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
- Allegato 5 – verbale consegna farmaco.



DIRIGENTE SCOLASTICA

prof.ssa Cecilia CUGINI

Cecilia Cugini

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI CODOGNO

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE

PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA PER L'A.S. _____

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe/sezione _____ presso la scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di _____

chiedono

- la somministrazione allo/a stesso/a di terapia farmacologica a scuola, come da Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico allegati;
- la possibilità che lo/a stesso/a si auto-somministri la terapia farmacologica a scuola, come da Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico allegati.

Nel contempo

- 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 né prevedere l'esercizio della discrezionalità tecnica;
- autorizzano inoltre 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.
- si impegnano a fornire alla scuola il farmaco prescritto nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso,

Recapiti in caso di necessità/consulenza _____

Allegati:

1. Certificazione dello stato di malattia
2. Piano Terapeutico

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Nel caso in cui si è impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente l'autodichiarazione:

Il sottoscritto, 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 artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma

(Da compilare a cura del medico)

PIANO TERAPEUTICO

per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, da adottare:

- in caso di emergenza
 per continuità terapeutica in caso di patologia cronica

(specificare solo una delle opzioni)

Studente _____
 (nome e cognome)

Nato a _____ il _____

Farmaco da somministrare _____
 (nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio)

Principio attivo del farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:
 (da compilare per somministrazione in caso di emergenza)

Dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione _____
 (somministrazione da parte di terzi o auto-somministrazione)

Modalità di conservazione del farmaco _____

Durata e tempistica della terapia - orario e giorni
 (da compilare per somministrazione per continuità terapeutica in caso di patologia cronica)

Prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi si no

Si dichiara che la somministrazione del farmaco suddetto non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né dell'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 ed alle modalità di somministrazione e di conservazione.

Data _____

Timbro e firma del medico

Allegato 4

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.Lgs. 196 del 30.06.2003
e del Regolamento Europeo UE 679/2016 (GDPR)**

Gentilissimi Genitori,

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, di seguito GDPR, l'Istituto Comprensivo Statale di Codogno in qualità di Titolare del trattamento, è in possesso dei suoi dati personali, identificativi e particolari (art. 9 GDPR) per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o interesse pubblico e/o da regolamenti previsti e/o contrattuali per le finalità indicate nel presente documento. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli artt. 15 e ss. contattando il Titolare o il Responsabile all'indirizzo e-mail segreteria@ic-codogno.it

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO), designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, è disponibile scrivendo a pierpaoloafferrante@inwind.it. L'informativa completa può essere visionata nella sezione Privacy del sito dell'Istituzione Scolastica.

Vi informo che il Regolamento Europeo UE 679/2016 (GDPR) che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Vi ricordo che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di Medicina Generale, all'Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsto dal regolamento su citato e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Cecilia CUGINI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI CODOGNO

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs. 196/2003 del 30/06/2003 aggiornato dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR))

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30/06/2003 aggiornato dal Regolamento UE 679/2016 (GDPR)

I sottoscritti,

(Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

in qualità di: Genitore Soggetto che esercita la podestà genitoriale del minore:

(Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

non acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

Autorizzano gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

NOTA IMPORTANTE: Il mancato consenso impedisce la possibilità di proseguire nella pratica.

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Nel caso in cui si è impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente l'autodichiarazione:

Il sottoscritto, 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 artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

VERBALE
di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI CODOGNO

In data alle ore il/la sig./sig.ra
.....
genitore dell'alunno/a (indicare le iniziali) frequentante la classe
della scuola
consegna nelle mani di
una confezione nuova ed integra del farmaco
da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico
nell'Allegato 1, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

FIRMA Il personale che riceve il farmaco

.....

FIRMA Il genitore

.....

Data