

M.I.U.R.

ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO "Maria Montessori" RONCO BR.NO/SULBIATE

Via IV Novembre, 7 – 20884 Sulbiate (MB)

tel. 039/623775 - fax 039/6840862

cod. fiscale: 94037050153 – cod. meccanografico: MIIC8DJ008 cod. univoco fatturazione: UF9M8S

e-mail: miic8dj008@istruzione.it PEC: miic8dj008@pec.istruzione.it

www.icsulbiateronco.gov.it

Circ. n.37

Sulbiate 17-10-2016

- Ai Docenti
 - Al Personale Ata
 - Ai Genitori
- IC Montessori Ronco e Sulbiate

Oggetto: somministrazione farmaci

Si comunica che la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico è regolata dal Protocollo d'intesa sottoscritto in data 23 Novembre 2015 da ASL Monza, USR Lombardia – Ufficio XI – Ambito territoriale di Monza e Brianza, Rete Generale Istituzioni Scolastiche Monza e Brianza, AMISM – FISM – Federazione Italiana Scuole Materne.

Di seguito, alcuni elementi che nel Protocollo definiscono i ruoli e le responsabilità.

- Il Medico di famiglia deve certificare, attraverso apposito modulo (Allegato 1 al Protocollo d'intesa), la necessità di somministrazione del farmaco, nonché la posologia, le modalità di conservazione e di somministrazione.
- Chi esercita la responsabilità genitoriale, se impossibilitato a somministrare personalmente il farmaco, formula al Dirigente scolastico, su apposito modulo allegato al Protocollo, la richiesta di somministrazione del farmaco in orario scolastico, autorizzando nel merito il personale della scuola;
- Il Dirigente scolastico accoglie la richiesta e organizza la somministrazione del farmaco, tra l'altro, raccogliendo l'eventuale disponibilità alla somministrazione da parte del personale della scuola e richiedendo all'ASL, se necessario, un supporto informativo/formativo;
- Il Personale della scuola che ha dato la disponibilità si impegna a: 1) provvedere alla somministrazione del farmaco secondo le indicazioni contenute nel modulo predisposto dal medico di famiglia; 2) partecipare all'eventuale incontro di formazione richiesto all'ASL;
- Nel caso sia prevista l'auto somministrazione del farmaco, il genitore deve darne comunicazione al Dirigente scolastico mediante il modulo allegato al Protocollo;
- Per garantire la frequenza scolastica a minori con problemi sanitari ed assistenziali complessi ("somministrazione giornaliera di insulina, ossigenoterapia, bronco aspirazione, cateterismo vescicale ecc", citato dal Protocollo) è necessaria la valutazione di fattibilità effettuata dal Medico di famiglia, dal Direttore di distretto socio-sanitario competente e dal Dirigente scolastico.

I moduli di cui ai punti precedenti sono allegati alla presente circolare e sono anche a disposizione dei genitori nella sezione MODULISTICA del sito a loro dedicata. E' comunque possibile il ritiro anche presso la Segreteria didattica.

Si comunica, infine, che il Protocollo di intesa è valido sino al 31 agosto 2018.

Il Dirigente Scolastico

Prof. Maria Lucia Lecchi

Firma apposta ai sensi dell'art.3 comma 2 D.L.vo n. 39/93

**Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico
e/o di emergenza in ambito scolastico**

IL Minore (Cognome) _____ (Nome) _____ nato il _____,
residente a _____ Via _____ n. _____

NECESSITA

Di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- ☐ patologia cronica
☐ per patologia acuta

conseguentemente è prevista:

- ☐ l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
☐ la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitari (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i:

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

Modalità di conservazione:

- ☐ è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): _____

Diagnosi e stato di malattia:

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita": (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete):

Data,

Timbro e firma del Medico

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Al Dirigente Scolastico
della scuola

I sottoscritti,

(Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

☐ Genitore ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

frequentante la classe _____ presso la scuola _____

di Via _____ comune di _____ (_____) anno scolastico _____/ _____

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

SI IMPEGNA

a consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

AUTORIZZA

- Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Il Medico: _____

I Genitori: _____

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003 sottoscritta dal genitore o da chi esercita la potestà genitoriale

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. Lgs 196 del 30/06/2003

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce 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 della correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vs. diritti.

Si ricorda 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 la seguente modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Pediatra di Famiglia, al Medico di Medicina Generale, all'Assessorato Regionale competente, al Ministero della Salute, all'AREU.
- Il titolare del trattamento è: Dirigente Scolastico Umberto Pastori
- Il responsabile del trattamento dei dati è: Agata Di Simone
- Ella potrà rivolgersi al titolare del Trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente,

Data,

Il Dirigente Scolastico

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/2003)

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,

i sottoscritti (Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

In qualità di ☐ genitore ☐ soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore:

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____

Prov. (_____) il _____

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

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

Nota importante: il mancato consenso impedisce la possibilità di proseguire nella pratica

Data, _____

Firma di entrambi i genitori

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.

da restituire alla scuola debitamente compilato e firmato