



Ai Signori
Presidenti Assemblée Distrettuali

E p.c. Direttori Uffici di Piano

Direttori di Distretto

L O R O S E D I

Oggetto: somministrazione farmaci in ambito scolastico.

Il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci dell'ASLMB ha preso, atto con valutazione positiva, del "Protocollo d'intesa ASL/Pediatri di Famiglia/Ufficio Scolastico Provinciale relativo alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico".

Ritenendo positiva l'adozione del protocollo anche negli asili nido, il Consiglio ha dato mandato all'ASL di procedere alla trasmissione dello stesso ai Presidenti dell'Assemblea dei Sindaci dei Distretti (vedi allegato), al fine di favorire la comunicazione e la sua adozione da parte di tutte le Amministrazioni Comunali in tutte le Unità d'offerta socio assistenziali (nidi, micronidi, asili).

Cordiali saluti.

Il Direttore Sociale
Dr. Giorgio Scivoletto

Il Direttore Sanitario
Dr. Paolo Peduzzi



*Pediatri di Famiglia
ASL Monza e Brianza*



**PROTOCOLLO D'INTESA
ASL / PEDIATRI DI FAMIGLIA /
UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE**

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Monza - Luglio 2009

1. PREMESSA E SCOPO

La somministrazione di farmaci in orario scolastico si può rendere necessaria, al fine di tutelare il diritto alla salute degli studenti che frequentano ogni ordine e grado di scuola.

Il presente protocollo intende definire le condizioni, i ruoli e le responsabilità dei diversi soggetti coinvolti, e le modalità attraverso cui fornire una risposta appropriata a tale eventualità.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica nell'ambito delle collettività scolastiche di ogni ordine e grado, appartenenti ai Comuni della Provincia di Monza e Brianza.

3. CONDIZIONI CHE POSSONO RICHIEDERE LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico).
- La somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato, per la cura di particolari patologie croniche, o al bisogno, in presenza di patologie che possono manifestarsi con sintomatologia acuta.

4. RUOLI E RESPONSABILITÀ

- Il medico di fiducia (Pediatra di famiglia o Medico di medicina generale), sulla base delle effettive necessità cliniche dell'alunno e tenendo conto delle linee guida condivise a livello di ASL, certifica, attraverso apposito modulo, la necessità di somministrazione del farmaco, definendone la posologia, le modalità di conservazione e somministrazione, i tempi e la durata della terapia. (mod.01)
- Il genitore dell'alunno o chi esercita la potestà genitoriale, allegando la certificazione del medico, formula al Dirigente scolastico, su apposito modulo, la richiesta di somministrazione del farmaco in orario scolastico, autorizzando nel merito il personale educativo e di supporto (vedi mod.02). Il genitore si fa carico di fornire i farmaci necessari al dirigente scolastico.
- Il dirigente scolastico accoglie la richiesta del genitore, o di chi esercita la potestà genitoriale, raccogliendone il consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili (mod.03), e garantisce la somministrazione del farmaco coinvolgendo il personale educativo e di supporto. Il Dirigente scolastico, qualora lo ritenga necessario, richiede un supporto informativo/formativo dell'ASL.
- L'ASL, garantisce il coinvolgimento dei medici curanti (Pediatra di famiglia o Medico di medicina generale) condividendo con i loro rappresentanti specifiche linee guida. Attraverso

il Responsabile di Distretto competente per residenza dell'alunno, l'ASL garantisce al Dirigente scolastico il supporto informativo e formativo ritenuto necessario.

- Nel caso sia prevista l'autosomministrazione del farmaco il genitore deve comunque darne comunicazione al Dirigente Scolastico attraverso la compilazione del modulo a cui dovrà essere allegata la certificazione del medico di fiducia. (Pediatra di famiglia o Medico di medicina generale).

5. CONDIZIONI COMPLESSE

L'esigenza di garantire la frequenza scolastica a minori con problemi sanitari e assistenziali complessi, richiede la definizione di specifici Piani di assistenza, condivisi tra famiglia, medici curanti, Distretto socio sanitario, Direzioni scolastiche, e, qualora richiesto, Amministrazioni comunali.

Il percorso per la definizione del Piano di assistenza è il seguente:

- Il medico di fiducia (Pediatra di famiglia o medico di medicina generale), sulla base delle effettive necessità cliniche dell'alunno, certifica la necessità di definire un piano di assistenza, attivando nel merito il Distretto di residenza dell'alunno. (vedi mod 01).
- Il Distretto, tenendo il rapporto con la famiglia del minore e con il medico curante:
 - > verifica con la Direzione scolastica le condizioni del contesto scolastico in rapporto alle esigenze clinico assistenziali del minore;
 - in presenza di particolari esigenze assistenziali a carattere continuativo, si raccorda con il Comune per valutare la possibilità di attivare e coinvolgere nel Piano di assistenza altre risorse in ambito socio assistenziale, anche attraverso il concorso di enti e associazioni del privato sociale;
 - promuove, con il concorso di tutti gli attori interessati, la definizione del Piano di assistenza che individua le soluzioni organizzative e tecniche per affrontare le specifiche situazioni.

L'attuazione del Piano di assistenza comporta i seguenti livelli di responsabilità:

Il Distretto socio sanitario assicura:

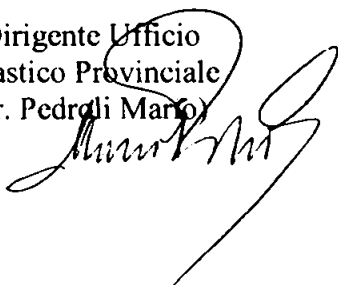
- il mantenimento delle relazioni con il medico curante e il centro specialistico di riferimento al fine di un monitoraggio / adeguamento del piano alle esigenze clinico / assistenziali del minore;
- la formazione sul campo rivolta agli operatori scolastici chiamati a collaborare al piano di assistenza;
- l'erogazione di specifiche e puntuali prestazioni infermieristiche, attraverso personale proprio o di erogatori di cure domiciliari.

La Direzione scolastica assicura il coinvolgimento degli operatori scolastici nell'attuazione degli interventi di loro competenza previsti dal Piano di assistenza ed il loro eventuale coinvolgimento in specifici moduli formativi.

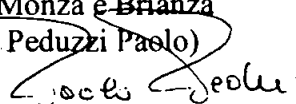
6. DURATA DELLA VALIDITÀ DELLA PRESENTE INTESA

- a. Il presente protocollo d'intesa prevede una revisione a cadenza quinquennale a partire dalla data della stipula e può essere revocato, revisionato, riaffermato nella sua interezza, aggiornato ed integrato in conseguenza di modifiche normative o di specifiche necessità.
- b. Almeno sei mesi prima della scadenza del primo quinquennio, le parti si impegnano a verificare i risultati dell'accordo e a ridefinire i termini degli impegni ed il successivo periodo di validità.

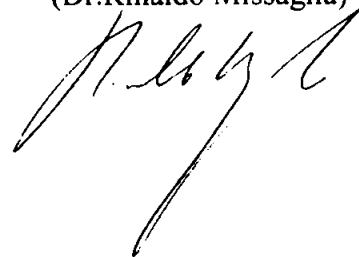
Il Dirigente Ufficio
Scolastico Provinciale
(Dr. Pedroli Mario)



Il Direttore Sanitario
ASL Monza e Brianza
(Dr. Peduzzi Paolo)



Il Rappresentante dei
Pediatri di famiglia ASL
(Dr. Rinaldo Missaglia)



Monza 24 Luglio 2009

Moduli collegati:

Mod.01	Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.
Mod.02	Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale
Mod.03	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 di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

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 di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri 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 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.
- Il titolare del trattamento è:
- Il responsabile del trattamento dei dati è:
- 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

Il Dirigente Scolastico

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)

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,

Il/la sottoscritto/a
Cognome.....Nome.....

- In qualità di:
- genitore
 - soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome Nome.....
nato aPROV.....
il

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

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

Data

Firma.....

(da restituire alla scuola debitamente compilato e firmato)

Modulo 02

Al Dirigente Scolastico della
Scuola

Il /La sottoscritto/ain qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di CognomeNome.....
nato il.....e frequentante nell'anno scolastico/
La Scuola
classe.....

CHIEDE

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

A tal fine:

AUTORIZZA

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili: Medico Curante
Genitori

In fede.

Data,

Firma

Modulo 01

Il minore (Cognome) (Nome)

nato il.....residente a

Necessita

La somministrazione di farmaci in ambito scolastico

La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

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

durata della terapia

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

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

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

.....
.....

Data,

timbro e firma del medico