



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Statale di Istruzione Superiore "G.D. Romagnosi"

email: cois004003@istruzione.it - PEC: cois004003@pec.istruzione.it - cod.fisc. 82004660138

IT Economico: Amministr. Finanza Marketing art. Sistemi Informativi Aziendali – Turismo
IT Tecnologico: Costr., Amb. e Territ. – Agraria, Agroal. e Agroind. art. Gest. dell'Amb. e del Territorio
SEDE - via Carducci, 5 – 22036 Erba (Co) Tel. 031644072 – Fax 031610998

IT Tecnologico: Elettronica ed Elettrotecnica art. Automazione
IP Settore Servizi per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera: Enog. – Sala e Vend. – Acc. Tur.
Sez. ass. via Eupilio, 22 – loc. Beldosso – 22030 Longone al Segrino (Co) Tel 031611784 – Fax 031640870



CIRCOLARE INTERNA

N° 13 del 14.09.2020

Erba, 14 settembre 2020

Al Personale della scuola
Ai Genitori degli alunni
Agli Studenti maggiorenni
Alla Segreteria Didattica
I.S.I.S. "G.D. Romagnosi" - Erba

Oggetto: Procedura operativa relativa alla Somministrazione dei farmaci salvavita in applicazione del Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola (Prot. UsrLo n. 19593 del 13-09-2017).

La presente procedura relativa alla somministrazione dei farmaci salvavita in ambito e orario scolastico applica quanto previsto dal *Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola* (Prot. UsrLo n. 19593 del 13-09-2017).

La somministrazione di farmaci a scuola 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 e solo in presenza di certificazione attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione della terapia specifica di cui lo studente necessita.

In applicazione del Protocollo d'Intesa suddetto la presente circolare descrive una procedura operativa che coinvolge i diversi attori che cooperano con precise responsabilità;

- **I genitori o gli esercenti la potestà genitoriale, o gli studenti maggiorenni**, utilizzando l'apposito modulo di seguito allegato, presentano in Segreteria alunni **la richiesta** rivolta al dirigente scolastico di somministrazione o auto-somministrazione di farmaci salvavita, **corredata da certificazione medica** attestante lo stato di malattia dell'alunno e dal **Piano terapeutico** redatto dal medico curante, per il quale può essere utilizzato il modello della scuola allegato al *Modulo di richiesta*; oppure altro schema a scelta del medico, **purché il documento contenga tutte le indicazioni richieste** - nome e cognome dello studente; nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica; dose da somministrare; modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco, durata e tempistiche della terapia (orario e giorni), compresa la **descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco**. Tale somministrazione infatti, per esplicita previsione del Protocollo, **non deve richiedere da parte del personale che si rende disponibile né il possesso di cognizioni di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica.**
- Gli **studenti** sono coinvolti, in maniera appropriata rispetto ad età e competenze sviluppate, nelle scelte che riguardano la gestione del farmaco a scuola; nelle condizioni ove è possibile si

autosomministrano il farmaco; comunicano tempestivamente all'adulto di riferimento nel contesto scolastico eventuali criticità legate alla patologia o alla gestione del farmaco.

- Il **Dirigente Scolastico**, in esito alla verifica della sussistenza di tutti gli elementi di cui ai precedenti punti informa il Consiglio di Classe; chiede ai Docenti, in particolare a quelli della classe e ai componenti della squadra primo soccorso, docenti e ATA, la disponibilità scritta volontaria alla somministrazione; verifica le condizioni ambientali atte a garantire una corretta modalità alla conservazione del farmaco; dà avvio alla procedura secondo quanto previsto dal Protocollo d'Intesa.
- **Docenti, Personale ATA:** a seguito dell'adesione volontaria al percorso di somministrazione dei farmaci a scuola, somministra il farmaco e collabora, per quanto di competenza, alla gestione delle situazioni.

Allegato 1 - Richiesta di somministrazione/auto-somministrazione di farmaci da parte dei genitori o alunno maggiorenne

Allegato 2 - piano terapeutico del medico curante per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Antonia Licini

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare alla Segreteria alunni

Al Dirigente Scolastico

ISIS ROMAGNOSI

I sottoscritti genitori di
..... nata/o a il residente a
..... in via
frequentante la classe della ISIS ROMAGNOSI, sede di Erba/Longone al Segrino
data l'assoluta necessità,

chiedono (barrare quello che serve)

- la somministrazione in ambito ed orario scolastico di farmaci salvavita,*
 - l'auto-somministrazione dei farmaci salvavita in ambito ed orario scolastico*
- (Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio nell'auto- somministrazione del farmaco autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco incarica la scuola di custodire il farmaco

come da **allegati prescrizione medica e/o piano terapeutico** rilasciati in data.....dal dott.
.....

Autorizzano pertanto il personale della scuola disponibile a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico, consapevoli che lo stesso **non deve avere né competenze né funzioni sanitarie e sollevandolo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.**

Si Impegnano a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la 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, documentate dal medico responsabile dello stesso

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, di seguito GDPR, l'ISIS Romagnosi, 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 all'indirizzo e-mail COIS o il Responsabile della protezione dei dati. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO), designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, è disponibile scrivendo a responsabile cois004003@istruzione.it.it oppure nella sezione Privacy del sito, oppure nella sezione Amministrazione trasparente Il Responsabile della protezione dei dati (DPO), designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, è disponibile scrivendo a **dpo@agicomstudio.it** . (cfr. sezione Privacy del sito)

Luogo e Data il

Firma di entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

Medico curante

Genitori

Allegato 2

**PIANO TERAPEUTICO DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Allegato alla richiesta dei genitori (Prot. n. _____ del _____)

Lo studente _____

cognome _____ nome _____ data di nascita _____

residente a _____ in via _____

necessita della somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico che 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 ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco stesso.

PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale del farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

Dose da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione del farmaco

Data,

Timbro e firma del medico

