



OGGETTO: PRESA D'ATTO PROTOCOLLO D'INTESA SOMMINISTRAZIONE FARMACI ED UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI VALIDATI SECONDO LA METODOLOGIA HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN AMBITO SCOLASTICO, NEGLI ASILI NIDO E NEI CENTRI RICREATIVI ESTIVI DIURNI ACCREDITATI

L'anno 2019 il giorno 19 del mese di AGOSTO, in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale Silvano Casazza prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che la tutela della salute e del benessere dei bambini/ragazzi che a causa di patologie croniche e/o acute necessitano della somministrazione di farmaci e l'utilizzo dei dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati sono priorità di sistema e richiedono il raccordo tra i diversi attori coinvolti al fine di garantire un percorso di gestione degli interventi appropriato;

VISTI:

- Il DPR N. 275 del 8 marzo 1999 concernente il regolamento per l'autonomia scolastica
- Il D.M. n.388 del 15 luglio 2003 -Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale
- Il D. Lgs. 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
- La Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità e ss.mm.
- Il Piano sulla malattia diabetica approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012
- Il Piano Nazionale Malattie Rare 2013-2016 (approvato il 6 ottobre 2014)
- La Legge 13 luglio 2015, n. 107 Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti.

RICHIAMATE:

- le "Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" del 25 novembre 2005 – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca d'intesa con il Ministero della Salute;
- la Circolare regionale n. 30/San del 2005 "Linee guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico";
- la D.G.R n. X/6919 del 24.07.2017 "Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Lombardia ed Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola";
- la DGR N. X/7770 del 17 gennaio 2018 "Interventi Di Programmazione In Materia Di Assistenza Domiciliare Integrata.

CONSIDERATO che la "somministrazione farmaci a scuola", nelle more dell'approvazione del presente protocollo, è stata regolata mediante accordi di collaborazione a valenza locale stipulati

negli anni dalle ex Aziende Sanitarie Locali (ASL) ora Agenzie di tutela della Salute (ATS), Uffici Scolastici Territoriali e le Amministrazioni Comunali;

DATO ATTO che Regione Lombardia con la DGR n. 6919 del 24.07.2017, sopra richiamata, ha richiesto alle ATS di definire le modalità organizzative condivise in relazione all'attuazione di quanto previsto dal "Protocollo per la gestione della somministrazione di farmaci a scuola" sottoscritto da Regione Lombardia e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, sui territori di rispettiva competenza e di comunicare alle Istituzioni scolastiche il modello organizzativo adottato;

RAVVISATA dunque la necessità di dare attuazione a quanto richiesto da Regione Lombardia mediante l'adozione di modalità organizzative condivise e con un approccio omogeneo su tutto il territorio di ATS Brianza;

PRESO ATTO che ATS della Brianza, ASST Lecco, ASST Monza, ASST Vimercate, gli Uffici Scolastici Regionali – Ambito di Lecco e di Monza e della Brianza, le reti degli Ambiti Scolastici coinvolti nella convenzione territoriali 15, 16, 27,28 e la Federazione Italiana Scuole Materne (FISM) hanno condiviso un protocollo atto a regolamentare la somministrazione dei farmaci e l'utilizzo dei dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei centri ricreativi estivi diurni accreditati che insistono sul territorio di ATS Brianza con l'obiettivo di garantire ai bambini/ragazzi affetti da patologie croniche e/o acute interventi di assistenza appropriati;

RITENUTO di approvare, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, il "Protocollo d'intesa somministrazione farmaci ed utilizzo di dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati" e i relativi moduli allegati, tra i seguenti soggetti sottoscrittori:

- ATS della Brianza,
- ASST Lecco,
- ASST Monza,
- ASST Vimercate,
- gli Uffici Scolastici Regionali – Ambito di Lecco e di Monza e della Brianza,
- le reti degli Ambiti Scolastici coinvolti nella convenzione territoriali 15, 16, 27,28,
- la Federazione Italiana Scuole Materne (FISM)

PRESO ATTO che il Protocollo in questione è stato preventivamente presentato al Comitato aziendale per la Medicina Generale e il Comitato dei Pediatri di Famiglia e da entrambi approvato, come da verbali agli atti del Dipartimento Cure Primarie;

SU PROPOSTA del Direttore del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;

EVIDENZIATO di avere preventivamente trasmesso il presente provvedimento al Direttore dell'U.O.C Economico Finanziario;

VISTA:

- l'attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Direttore del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria proponente;

ACQUISITI i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di approvare, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, il “Protocollo d'intesa somministrazione farmaci ed utilizzo di dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati” e relativi moduli allegati, tra i seguenti soggetti sottoscrittori:
 - ATS della Brianza,
 - ASST Lecco,
 - ASST Monza,
 - ASST Vimercate,
 - gli Uffici Scolastici Regionali – Ambito di Lecco e di Monza e della Brianza,
 - le reti degli Ambiti Scolastici coinvolti nella convenzione territoriali 15, 16, 27,28,
 - la Federazione Italiana Scuole Materne (FISM)
- di prendere atto che il Protocollo in questione ha durata 5 anni con decorrenza a partire dalla data di sottoscrizione e potrà essere aggiornato e integrato in conseguenza alla normativa e specifiche necessità;
- di incaricare per gli adempimenti conseguenti al presente provvedimento l'UOSD “Promozione della salute prevenzione fattori di rischio comportamentali e medicina interculturale”;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell'art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall'art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente;
- di disporre l'invio della presente deliberazione alle Unità Organizzative interessate.

IL DIRETTORE GENERALE

(Silvano Casazza)



IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO

(Antonietta Ferrigno)



IL DIRETTORE
SANITARIO

(Emerico Maurizio
Panciroli)

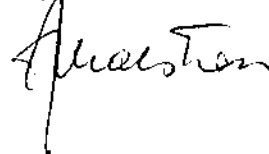


Direttore del Dipartimento
Igiene e Prevenzione Sanitaria
Dott.ssa Nicoletta Castelli

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO

(Lorenzo Brugola)

ANNA MARIA MAESTRAN



ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE

U.O. PROPONENTE: Promozione della salute prevenzione fattori di rischio comportamentali e medicina interculturale

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

IL DIRETTORE Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

(Nicoletta Castelli)

(firma)

U.O.C. ECONOMICO FINANZIARIO

Si attesta la regolarità contabile del presente provvedimento:

Bilancio anno _____: ☐ Sanitario ☐ Socio Sanitario Integrato (ASSI) ☐ Sociale

Impegno: _____

Conto n.: _____

Importo: _____

IL DIRETTORE

(Maria Elena Galbusera)

NOTE:

Parte riservata ad acquisti di beni e servizi al di fuori delle Convenzioni CONSIP, ARCA e MEPA

U.O. PROPONENTE: _____

- ☐ Si attesta che i beni/servizi oggetto di acquisto con il presente provvedimento non sono oggetto di convenzione attiva presso la Concessionaria Servizi Informatici Pubblici (CONSIP S.p.A.) del Ministero dell'Economia e delle Finanze, per cui nella fattispecie non è applicabile il disposto di cui all'art. 26, comma 3, della Legge n. 488/1999 e successive modificazioni ed integrazioni e neppure presso l'Azienda Regionale Centrale Acquisti (ARCA) S.p.A. di cui alla L.R. n. 33 del 28.12.2007 e ss.mm.ii.
- ☐ Si attesta che il bene/servizio da acquisire, oggetto del presente provvedimento, né si è reperito né è presente sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di cui all'art. 3, comma 1 lett. cccc) del Decreto Legislativo n. 50/2016 e ss.mm.ii. ovvero è presente ma trattasi di prodotto/servizio comune e standardizzato non idoneo, in quanto tale, a soddisfare le esigenze specifiche e particolari dell'Agenzia.

IL ...

(nominativo)

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Agenzia per la durata di giorni quindici consecutivi dal _____ al _____ inclusi.
Monza, li..... Il Funzionario addetto



**PROTOCOLLO D'INTESA SOMMINISTRAZIONE
FARMACI ED UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI
VALIDATI SECONDO LA METODOLOGIA HEALTH
TECHNOLOGY ASSESSMENT IN AMBITO SCOLASTICO,
NEGLI ASILI NIDO E NEI CENTRI RICREATIVI ESTIVI
DIURNI ACCREDITATI**

FRA

ATS BRIANZA

**USR LOMBARDIA – AMBITO TERRITORIALE DI MONZA E
BRIANZA E LECCO**

**RETI DEGLI AMBITI SCOLASTICI COINVOLTI NELLA
CONVENZIONE TERRITORIALI 15, 16, 27,28**

**FISM: FEDERAZIONE ITALIANA SCUOLE MATERNE
ASST MONZA, ASST VIMERCATE, ASST LECCO.**



PROTOCOLLO D'INTESA SOMMINISTRAZIONE FARMACI ED UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI VALIDATI SECONDO LA METODOLOGIA HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN AMBITO SCOLASTICO, NEGLI ASILI NIDO E NEI CENTRI RICREATIVI ESTIVI DIURNI ACCREDITATI

FRA

ATS BRIANZA

USR LOMBARDIA – AMBITO TERRITORIALE DI MONZA E BRIANZA E LECCO

- RETI DEGLI AMBITI SCOLASTICI COINVOLTI NELLA CONVENZIONE TERRITORIALI 15, 16, 27,28 - FISM: FEDERAZIONE ITALIANA SCUOLE MATERNE –ASST MONZA, ASST VIMERCATE, ASST LECCO.

Vista la DGR X/6919 del 24/7/17 “Approvazione dello schema di protocollo d’intesa tra Regione Lombardia e Ufficio scolastico regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola”

Richiamati:

- D.P.R n.275 del 8 Marzo 1999 concernente il regolamento per l'autonomia scolastica
- D.M. n.388 del 15 luglio 2003 - Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale
- Raccomandazioni del 25 novembre 2005 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca d'intesa con il Ministero della Salute - Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico
- Piano sulla malattia diabetica approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012
- Piano Nazionale Malattie Rare 2013-2016 (approvato il 16 ottobre 2014)
- Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità e successive modifiche
- D. Lgs. 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
- Legge 13 luglio 2015, n. 107 Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti.
- Legge Regione Lombardia 11 agosto 2015 n. 23
- Sentenza numero 2788 del 1/6/2016 TAR Napoli
- Decreto Legislativo n°219 del 24/4/2006: Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE
- Delibera Giunta Regione Lombardia numero X/6919 del 24 luglio 2017.
- REGOLAMENTO (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)

Viste altresì

- La Circolare di Regione Lombardia n. 30/San del 12/07/2005 avente ad oggetto *“Linee guida sul diabete giovanile per favorire l’inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico*
- D.M. 14 settembre 1994, n. 739 : Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere;
- Decreto Regione Lombardia n°6032 del 06/07/2012 – Determinazioni in Ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l'assistenza domiciliare integrata;



- La classificazione nazionale dei dispositivi medici (CND) – come modificata dal DM 13/03/2018

Considerato che la “somministrazione farmaci a scuola” è regolata mediante accordi di collaborazione a valenza locale stipulati negli anni dalle ex Aziende Sanitarie Locali (ASL) ora Agenzie di Tutela della Salute (ATS), Uffici Scolastici Territoriali e le Amministrazioni Comunali.

Rilevata pertanto la necessità di garantire un approccio omogeneo alla gestione degli interventi su tutto il territorio dell'ATS Brianza

Si concorda e sottoscrive il seguente protocollo quadro

finalizzato a regolamentare la somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici (ove per dispositivo/presidio si intende uno strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, con finalità diagnostiche e/o terapeutiche nelle Collettività Scolastiche, ivi compresi gli Asili Nido e i Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati (di seguito denominati CRE), con riferimento a tutti i bambini, gli alunni studenti che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci in orario scolastico od orario di apertura dell'asilo nido o del CRE.

PREMESSA E SCOPO

Il presente protocollo è finalizzato a regolamentare la somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici, nelle collettività scolastiche di ogni ordine e grado (scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di I e II grado) ivi compresi gli asili nido ed i CRE al fine di:

- garantire a tutti gli alunni e bambini che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in orario scolastico o di apertura della struttura, l'integrazione scolastica e ricevere un'appropriata assistenza,
- evitare incongrue somministrazioni di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici,
- sostenere, là dove ve ne sono le condizioni, il percorso di empowerment individuale nella gestione della propria patologia,
- tutelare il diritto allo studio, alla salute ed al benessere della persona all'interno della struttura scolastica, dell'asilo nido e del CRE,
- custodire e conservare correttamente i farmaci.

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

AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica nell'ambito delle collettività scolastiche di ogni ordine e grado, ivi compresi gli asili nido ed i CRE dei Comuni della Provincia di Monza Brianza e Lecco per quanto di competenza e responsabilità dei sottoscrittori.

CONDIZIONI CHE POSSONO RICHIEDERE LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

La somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici, durante l'orario scolastico o di apertura dell'Asilo Nido o CRE è riservata esclusivamente a situazioni per le quali il



medico curante valuti l'effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli per la salute.

La somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici a scuola, negli asili nido e nei CRE è riferita alle seguenti situazioni:

- Continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
- Somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati (ad esempio convulsioni, asma, anafilassi, allergia, epilessia, etc.).

La somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale scolastico od educativo degli asili nido e dei Centri Ricreativi Diurni e rientra in un protocollo terapeutico la cui omissione può causare gravi danni alla persona.

E' prevista, su specifica certificazione medica, l'auto somministrazione da parte del bambino/ragazzo oppure la somministrazione diretta del farmaco da parte dei genitori cui va consentito l'accesso nell'edificio scolastico, all'asilo nido, alla struttura ospitante il CRE durante le ore di lezione o di apertura della struttura ospitante nonché nelle eventuali gite organizzate. Tali norme sono valide anche per attività all'esterno della struttura (es. gite scolastiche).

ASPETTI GENERALI

La somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici a scuola, negli asili nido e nei CRE, oggetto del presente protocollo, è organizzata secondo un percorso che, coinvolgendo il bambino/ragazzo, la famiglia, il medico, l'istituto scolastico, l'asilo nido, il CRE perviene alla definizione di uno specifico percorso individuale d'intervento. In ogni situazione individuale nelle quali si riscontrino elementi di criticità, il percorso individuale è oggetto di esame anche tramite il coinvolgimento di ATS / ASST territorialmente competenti con l'eventuale apporto di Enti Locali (EE.LL.), Associazioni di Pazienti, nonché eventuali altre Associazioni / Soggetti della comunità locale a vario titolo competenti, con l'intento di ricercare le modalità di gestione più appropriate.

Condizione necessaria alla somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici a scuola, nell'asilo nido o nel CRE è la presenza di certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno o del bambino con la prescrizione della terapia specifica di cui lo studente o il minore necessita e le condizioni che ne richiedono la somministrazione.

La prima somministrazione del farmaco non deve avvenire di norma in ambiente scolastico, nell'asilo nido o nel CRE ad eccezione di specifiche situazioni (farmaci salvavita).

In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere di Emergenza/Urgenza è indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112.

ATTORI COINVOLTI

La somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici agli alunni in orario scolastico od ai bambini durante l'orario di apertura dell'asilo nido o del Centro Ricreativo Estivo coinvolge diversi attori:



- Genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno dell'alunno/bambino/frequentante l'Istituto Scolastico/Asilo nido/CRE.
- Alunni – Studenti – bambini (in un'ottica di empowerment del paziente).
- Scuola: Dirigente Scolastico, Docenti, Personale ATA (Ausiliario, Tecnico, Amministrativo). Servizi Educativi: Coordinatrice, educatori, operatori presso asilo nido o presso Centro Ricreativo Estivo, educatori comunali.
- Agenzia di Tutela della Salute (ATS):
 - Dipartimento di Cure Primarie per le certificazioni mediche. Medico (medico del Servizio Sanitario Regione Lombardia (SSR) in convenzione ovvero Medico di Medicina Generale (MMG) e Pediatra di Famiglia (PDF).
 - DIPS-Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale Promozione della Salute, Prevenzione dei Fattori di Rischio Comportamentali e Medicina interculturale (di seguito denominata UOSD PROSA) per la gestione delle richieste scolastiche di formazione ed eventuale valutazione di criticità, comprese le strutturali
 - U.O.S.Continuità Assistenziale, su mandato della Direzione competente per il supporto alla valutazione multidimensionale operata dall'ASST e per l'autorizzazione economica delle prestazioni riconducibili ai percorsi di continuità di cura dei soggetti con complessità clinico-assistenziale
- Azienda Sociosanitaria Territoriale (ASST):
 - ASST di Vimercate U.O.C. Direzione e Gestione U.d.O. Territoriali per l'attivazione di interventi specifici di assistenza inerente la gestione dei casi complessi.
 - ASST di Monza: Dipartimento delle Cronicità Continuità Ospedale-Territorio per l'attivazione di interventi specifici di assistenza inerente la gestione dei casi complessi.
 - ASST di Lecco: Direzione Territoriale (Coordinamento, Integrazione R.I.C.C.A) per l'attivazione di interventi specifici di assistenza inerente la gestione dei casi complessi.
 - Specialista di ASST
- Uffici di Piano del Comune in caso di attivazione di interventi specifici di assistenza
- Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza (AREU)
- Sindaco, in qualità di Autorità Sanitaria Locale.

Ciascuno degli attori concorre al percorso in relazione alle rispettive competenze e responsabilità, così come riportato nei capitoli che seguono in un'ottica di collaborazione e di sinergia.

ITER PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO

1. Rilascio della Certificazione dello stato di malattia e del relativo Piano Terapeutico

I Genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno o l'alunno maggiorenne, richiedono al Medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di Famiglia (PDF) ovvero Specialista di certificare la necessità di somministrazione del farmaco e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici durante l'orario scolastico o di apertura della struttura. Il Medico, sulla base delle effettive necessità cliniche dell'alunno e tenendo conto del Protocollo regionale, certifica attraverso apposita modulistica (Modulo 01) lo stato di malattia, redige il



Piano Terapeutico con le indicazioni per la corretta somministrazione del farmaco e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici e fornisce eventuali informazioni e delucidazioni per l'applicazione del Piano Terapeutico.

Modulo 01 (da compilare solo ed esclusivamente da parte del medico in ogni sua parte per qualsiasi farmaco)

La Certificazione dello stato di malattia, ai fini della presa in carico della richiesta dei Genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno dell'alunno/bambino/frequentante l'Istituto Scolastico/Asilo nido/CRE o dell'alunno maggiorenne da parte del Dirigente Scolastico, deve esplicitare:

- l'assoluta necessità della somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa;
- l'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco i tempi, la posologia e le modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Modulo 01 (da compilare da parte del medico in ogni sua parte per i farmaci salvavita):

Nel caso di somministrazione di farmaci salva vita il Modulo 01 deve riportare obbligatoriamente sia quanto previsto dalla normativa vigente (D.L. 219/2006 "Prescrizione medica: ogni ricetta medica rilasciata da un professionista autorizzato a prescrivere medicinali") che:

- Nome e cognome dello studente;
- Sintomatologia;
- Nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica;
- Principio attivo del farmaco;
- Dose da somministrare e, se da ripetere, con quale tempistica;
- Modalità di somministrazione;
- Modalità di conservazione del farmaco, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i (FI);
- Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni);
- L'indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi.

Potrà inoltre essere allegata ogni altra eventuale documentazione integrativa utile (es.: prospetti per utilizzazione / conservazione del farmaco, presenza di patologie o terapie concomitanti, risultati di esami di laboratorio, piano di azione per la somministrazione del farmaco).

Il certificato medico (Modulo 01) od altra certificazione contenente le medesime informazioni sulla patologia e sul piano terapeutico così redatto, deve essere chiaramente leggibile e riportare firma, timbro del Medico e data di rilascio.

2. Richiesta di somministrazione di farmaco in Ambito Scolastico, Asili Nido o Centri Ricreativi Diurni accreditati.

I genitori (o chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno dell'alunno/bambino/frequentante l'Istituto Scolastico/Asilo Nido/CRE o l'alunno maggiorenne), sottopongono al Dirigente Scolastico, al Coordinatore dell'Asilo Nido, al Responsabile del CRE la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in orario scolastico o durante l'apertura della struttura



utilizzando apposita modulistica (Modulo 02) allegando la Certificazione dello stato di malattia e la relativa Terapia redatta dal Medico (Modulo 01).

Entrambi i genitori (o chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno dell'alunno/bambino/frequentante l'Istituto Scolastico/Asilo Nido/CRE o l'alunno maggiorenne) dovranno sottoscrivere il Consenso alla comunicazione di informazioni sullo stato di salute del minore/ragazzo (Modulo 03) dopo aver ricevuto dall'Istituzione Scolastica od Educativa un'appropriata Informativa, redatta conformemente al REG. UE n°679 del 27/04/16 e successive modifiche ed integrazioni.

Non devono essere prese in carico richieste prive degli allegati di cui sopra (Moduli 01, .02, 03).

Nella richiesta, i Genitori (o chi esercita la responsabilità genitoriale o lo Studente maggiorenne) devono dichiarare di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico/educativo resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola resosi disponibile e adeguatamente formato a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Certificato Medico (Modulo 01) e, contemporaneamente, sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione;
- fornire alla Scuola il farmaco/i prescritto/i nel Certificato Medico (Modulo 01), in confezione integra da conservare presso la struttura scolastica/educativa e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, guanti, contenitore per rifiuti potenzialmente infetti atto ad evitare punture accidentali anche da parte di minori frequentanti la struttura), ivi compreso l'eventuale frigorifero nel caso in cui il / i farmaco / i debba o meno essere conservato / i a temperatura controllata e la scuola/asilo nido/CRE non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura.
- rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza e controllare ogni 15 giorni l'assenza di precipitati o torbidità nell'Adrenalina auto iniettabile;
- comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico/Coordinatore/Responsabile eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso su Modulo 01 .
- autorizzare, se del caso, l'auto somministrazione.

La richiesta deve inoltre indicare:

- i recapiti dei contatti da interpellare in caso di necessità / consulenza da parte della Scuola/Asilo nido/CRE
- gli eventuali contatti dei soggetti volontari individuati e formalmente autorizzati dai genitori (o chi esercita la responsabilità genitoriale per i minori o lo Studente maggiorenne o il tutore, curatore, amministratore di sostegno) che si rendano disponibili a somministrare il farmaco durante l'orario di permanenza presso la struttura. In tal caso, la richiesta potrà essere corredata di copia dell'autorizzazione controfirmata dai soggetti individuati (Modulo 04 suggerito) e corredata di Informativa e Consenso al Trattamento dei dati sensibili (Modulo 03) degli stessi.

La richiesta andrà presentata al Dirigente Scolastico/ Coordinatore dell'Asilo Nido/Responsabile del CRE dai genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale o dall'alunno maggiorenne all'atto dell'iscrizione alle scuole di ogni ordine e grado, all'asilo nido, al CRE, in caso di trasferimento / passaggio ad altra Istituzione Scolastica od ospitante minori e ogni qualvolta vengano meno le condizioni di rilascio o subentrino modifiche del piano terapeutico.



Il Dirigente Scolastico valuta le condizioni ambientali atte a garantire l'individuazione di un luogo fisico lontano dalla portata e dalla vista dei minori idoneo alla conservazione, custodia e somministrazione dei farmaci all'interno della struttura, secondo quanto disposto dal Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo per chi lo utilizza (FI) e riportato nel Piano Terapeutico (locale infermeria, spazio idoneo, presenza di frigorifero, etc.).

Nei casi dubbi potrà contattare per chiarimenti, l'UOSD PROSA dell'Agenzia di Tutela della Salute della Brianza utilizzando per la richiesta il Modulo 05.

Ad ogni consegna di nuova fornitura del/i medicinale/i e materiale necessario alla somministrazione alla Scuola/Asilo Nido/CRE da parte dei genitori/maggioresani, potrà essere compilato il Modulo 06 suggerito.

3. Accoglimento richiesta

Il Dirigente Scolastico, il Coordinatore dell'Asilo Nido, il Responsabile del Centro Ricreativo Estivo in esito alla verifica della sussistenza di tutti gli elementi di cui ai precedenti punti 1 (rilascio della Certificazione dello stato di malattia) e 2 (Richiesta da parte dei genitori di somministrazione di farmaco e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico o durante gli orari di apertura della struttura):

a) Informa il Consiglio di Classe (insegnanti e rappresentanti di classe), verbalizzando quanto comunicato.

b) Valuta le condizioni ambientali atte a garantire l'individuazione di un luogo fisico (locale infermeria, spazio idoneo, eventuale presenza di frigorifero, etc.) lontano dalla portata e dalla vista dei minori idoneo alla conservazione, custodia e somministrazione dei farmaci all'interno della struttura, secondo quanto disposto dal Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo per chi lo utilizza (FI) e riportato nel Piano Terapeutico.

Nei casi dubbi potrà contattare per chiarimenti l'UOSD PROSA (dell'Agenzia di Tutela Della Salute della Brianza) utilizzando per la richiesta il Modulo 05;

c) Richiede ai Docenti e al personale Ausiliario Tecnico Amministrativo (ATA) in servizio la disponibilità volontaria ad intervenire nelle casistiche oggetto del presente protocollo (potrà utilizzare all'uopo il Modulo 07 suggerito) e ne può acquisire il consenso in forma scritta (Modulo 08 suggerito);

d) Comunica ai Genitori l'esito della Procedura (Modulo 09 suggerito);

e) Garantisce la tutela della privacy, raccogliendo il consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili (Modulo 03);

f) Qualora lo ritenga necessario, richiede un supporto informativo / formativo all'UOSD PROSA dell'ATS Brianza utilizzando il Modulo 05;

g) Segnala all'UOSD PROSA, dell'ATS Brianza, i casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi entro il 15 ottobre ed entro il 15 gennaio di ogni anno solare (Cognome e nome, data di nascita, indirizzo e numero di telefono della scuola) tramite file cifrato protetto da password.

h) Concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali della scuola durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni o agli esercenti la responsabilità genitoriale o loro delegati, per la somministrazione dei farmaci nonché per controllarne la scadenza (Modulo 09 suggerito). Nel caso dell'auto iniettore di adrenalina il genitore deve periodicamente controllare il contenuto della cartuccia di vetro per assicurarsi che il liquido sia limpido e incolore. Infatti occorre che il genitore o suo delegato sostituisca l'auto iniettore di adrenalina entro la data di scadenza o prima se la soluzione è scolorita o contiene precipitato (materiale solido).

In base al presente protocollo è autorizzato alla somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici agli alunni che ne necessitano, il personale scolastico, educatori, personale adulto operante in struttura individuato (Modulo 08 suggerito), i genitori che ne



manifestino la volontà, i delegati da parte dei genitori/esercenti la potestà genitoriale/studente maggiorenne (Modulo 04 suggerito).

Il Dirigente Scolastico, il Coordinatore dell'Asilo Nido, il Responsabile del CRE si avvale inoltre della collaborazione di ATS Brianza, richiedendone il supporto in caso di eventuali criticità (inadeguatezza dei locali, mancanza di disponibilità da parte di Docenti e Personale ATA) la cui soluzione può prevedere anche il coinvolgimento degli Enti Locali, Associazioni di Pazienti nonché eventuali altri soggetti della comunità locale a vario titolo competenti.

4. Auto-somministrazione

L'auto somministrazione del farmaco è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, tipologia di somministrazione è autonomo nella gestione del problema di salute. Tale modalità deve essere esplicitamente autorizzata da parte dei genitori (o dagli esercenti la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno o dall'alunno maggiorenne) nella richiesta di attivazione del percorso al Dirigente Scolastico (Modulo 02).

L'accordo va formalizzato in apposita dichiarazione in cui famiglia e scuola si impegnano a controllare e monitorare la corretta assunzione del farmaco da parte dell'alunno (Modulo 09 suggerito).

Nel caso di studenti maggiorenni verrà data comunicazione da parte dello studente al Dirigente scolastico con presa d'atto da parte di quest'ultimo (Moduli 01, 02, 03).

5. Somministrazione farmaco

Il personale scolastico e di supporto (compresi i volontari eventualmente identificati e autorizzati dai genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno o l'alunno maggiorenne), che ha dato la disponibilità alla somministrazione

del farmaco si impegna a:

- 1) somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Medico prescrittore.
- 2) collaborare, per quanto di competenza, alla gestione delle situazioni segnalate
- 3) partecipare all'eventuale incontro di formazione richiesto all'UOSD PROSA dell'ATS Brianza.

6. Attivazione Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale Promozione della Salute Medicina interculturale e Prevenzione dei Fattori di Rischio Comportamentali dell'Agenzia di Tutela della Salute della Brianza

6.1. Carenza requisiti locali

Il Dirigente, solo in presenza di carenza dei requisiti dei locali, trasmette il Modulo 05 comprensivo del Modulo 01 o suo equivalente al Responsabile (RUO)UOSD PROSA dell'ATS Brianza.

Il personale Medico dell'UO PROSA, valuta le informazioni contenute nell'istanza, verifica con il Personale Scolastico/educativo/ausiliario i requisiti necessari alla struttura e concorda con il Dirigente Scolastico/Coordinatore/Responsabile le soluzioni più appropriate alla gestione e conservazione dei farmaci. Il personale ATS Brianza potrà effettuare la verifica anche recandosi presso la struttura.

6.2. Fabbisogni formativi personale scolastico



Il Responsabile dell'UOSD PROSA dell'ATS Brianza, o suo delegato, garantisce la formazione, definendo modalità, tempi e luogo di realizzazione in accordo con il Dirigente Scolastico/Coordinatore/Responsabile.

Il Dirigente Scolastico/Coordinatore/Responsabile, qualora verifichi la necessità di formare il personale reso disponibile alla somministrazione del farmaco e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici, invia alla UOSD PROSA il Modulo 05, di richiesta della formazione, con allegato il certificato medico, Modulo 01, e concorda con il personale della UOSD PROSA l'evento formativo. L'avvenuta formazione sarà formalizzata attraverso il rilascio di attestato firmato congiuntamente dal Dirigente Scolastico, dal Coordinatore dell'Asilo Nido, dal Responsabile del CRE e dal docente dipendente dall'ATS Brianza del corso secondo i modelli predisposti da ciascun istituto che si impegna a redigere l'elenco dei partecipanti al corso di formazione e ne prevede la firma.

L'attività formativa eventualmente realizzata da ATS non qualifica con competenze di tipo sanitario e relative responsabilità i Docenti, il Personale ATA e gli altri soggetti eventualmente partecipanti (Genitori, Volontari) ed in tal senso non è sostitutiva di titoli riconosciuti per legge.

Per l'attività formativa legata alla gestione di particolari situazioni complesse, si rimanda al Paragrafo 6.3.

6.3. Condizioni complesse

L'esigenza di garantire la frequenza scolastica ad alunni con problemi sanitari e assistenziali complessi, richiede la definizione di specifici Piani di Assistenza, condivisi tra famiglia, Medico curante /Pediatra /Specialista che prevedono l'attivazione di altri professionisti sanitari appartenenti alla struttura definita dal Dipartimento della Cronicità (ASST Monza) o da U.O.C. Direzione e Gestione U.d.O. Territoriali per ASST di VIMERCATE, o Direzione Territoriale (Coordinamento, Integrazione R.I.C.C.A) per ASST Lecco in funzione della competenza territoriale in cui insiste la struttura.

Il Dirigente Scolastico/Coordinatore/Responsabile in presenza di casi complessi certificati dal medico (Modulo 01), si attiva per proporre la valutazione del caso.

In caso di valutazione complessa, certificata dal Medico utilizzando il Modulo 01 il Dirigente Scolastico/Coordinatore/Responsabile prenderà contatti con RUO UOSD PROSA che attiva U.O.S. Continuità Assistenziale, che a sua volta avvierà i rapporti con Dipartimento della Cronicità (ASST Monza) o U.O.C. Direzione e Gestione U.d.O. Territoriali per ASST di VIMERCATE o Direzione Territoriale (Coordinamento, Integrazione R.I.C.C.A) per ASST Lecco per la presa in carico, attivando la valutazione multidimensionale integrata territoriale, con il coinvolgimento degli attori del sistema che possono concorrere alla definizione del progetto di cura.

L'U.O.S. Continuità Assistenziale, preso atto della Delibera Giunta Regione Lombardia numero X/7770 del 17 gennaio 2018 e in attesa di ulteriori indicazioni regionali, su mandato della Direzione competente, autorizza la continuità assistenziale secondo le modalità vigenti previste anche dalla Circolare di Regione Lombardia n. 30/San del 12/07/2005 avente ad oggetto "*Linee guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico*" da parte delle ASST di Monza, Vimercate e Lecco.

Per situazioni complesse si intendono:

- il diabete (somministrazione giornaliera di insulina e determinazione quotidiana



della glicemia mediante prelievo capillare) per il quale si rimanda alla Circolare n.30/san del 12/07/2005

- altre situazioni complesse che richiedono interventi sanitari giornalieri e/o con frequenza ravvicinata nel tempo (quali a titolo di esempio e comunque non esaustivi: ossigenoterapia, bronco aspirazione, cateterismo vescicale, gestione alimentazione tramite PEG, gestione stomie, tracheostomia, sondino naso-gastrico, etc.).

Dette situazioni (la cui complessità è riferita alla situazione clinico-assistenziale e non alla singola prestazione), che richiedono un intervento "personalizzato" nella convinzione che protocolli rigidi spesso non riescano a soddisfare le reali esigenze in campo, potranno eventualmente essere gestite dal personale scolastico e ATA resosi disponibile su base volontaria, nell'ambito di un rapporto fiduciario e previa adeguata formazione da parte di personale qualificato ed in possesso degli specifici titoli professionali, anche a seguito della valutazione multidisciplinare integrata territoriale.

7. Manifestazione acuta correlata a patologia nota

Alcune patologie possono dare origine a manifestazioni acute per affrontare le quali è necessario prevedere di mettere in atto opportuni interventi pianificati preliminarmente e illustrati durante l'attività formativa erogata dal Personale Medico dell'UOSD PROSA.

In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere di Emergenza / Urgenza è indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112.

In caso di manifestazione acuta in alunni che rientrano tra i casi con prescrizione di adrenalina per rischio anafilassi segnalati ad AREU (punto 8), 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"

Il Personale Scolastico dovrà inoltre fornire le seguenti informazioni:

- Cognome, nome e qualifica di chi telefona
- Numero telefonico dal quale si sta chiamando
- Denominazione ed indirizzo completo della Scuola
- Racconto del fatto accaduto all'alunno
- Dati anagrafici dell'alunno
- Condizioni (specificare stato di coscienza, respiro e posizione).

E' opportuno che il Dirigente Scolastico affigga un cartello con le informazioni sopra riportate in prossimità dell'apparecchio telefonico identificato, in modo da facilitare il personale scolastico durante la situazione emergenziale.

8. Emergenza imprevista

Il caso dell'emergenza imprevista è trattato nell'ambito del primo soccorso aziendale secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 e dal D.M. 388/03 e s.m.i.

Resta prescritto sempre il ricorso ai Servizi di Emergenza e Urgenza del Servizio Sanitario Nazionale (Centrale Operativa con numero unico 112) nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza e/o l'inadeguatezza dei provvedimenti ordinari programmabili secondo il presente protocollo.

9. Sorveglianza sanitaria in caso di esposizione a rischio biologico

In caso di esposizione accidentale a rischio biologico dell'operatore o dei minori frequentanti la struttura (es: taglio o puntura accidentale come può accadere nel caso si determini la glicemia o si somministri Glucagone) permane la responsabilità del Dirigente Scolastico in merito ai



provvedimenti da assumere a tutela della persona esposta in base al documento di valutazione dei rischi ed alle polizze assicurative in essere.

DEBITO INFORMATIVO A CARICO DI ATS BRIANZA

✓ L'UOSD PROSA:

- Comunica alle Dirigenze degli Istituti Scolastici, i riferimenti dei Servizi competenti dell'ATS Brianza ove inoltrare la richiesta (UOSD Promozione della Salute, Medicina interculturale e Prevenzione dei Fattori di Rischio Comportamentali): UOpros@ats-brianza.it; protocollo@pec.ats-brianza.it.
- Informa tutti i soggetti a vario titolo coinvolti e/o interessati al presente Protocollo
- Raccoglie eventuali esigenze di sensibilizzazione – informazione.
- Raccoglie dalle Scuole/Asili Nido/CRE le segnalazioni di alunni con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi e le comunica all'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza (AREU) due volte all'anno (entro il 31 ottobre, entro il 31 gennaio di ciascun anno solare).
- Trasmette a Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia su modulistica da essa predisposti, entro il 10 settembre di ogni anno, i dati pervenuti degli alunni che hanno attivato la richiesta di somministrazione di farmaci (anno scolastico conclusosi a giugno dello stesso anno).

✓ L'U.O.S. Continuità Assistenziale comunica all'UOSD Promozione della Salute, Medicina interculturale e Prevenzione dei Fattori di Rischio Comportamentali-l'attivazione dei casi presi in carico.

I dati inerenti gli alunni con prescrizione di adrenalina, saranno trasmessi tramite PEC con file protetto da password. La password per l'accesso al file sarà comunicata con altro canale diverso da quello di invio dei dati.

DEBITO INFORMATIVO A CARICO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il Dirigente Scolastico trasmette entro il 15 ottobre ed entro il 15 gennaio di ogni anno solare all'UOSD PROSA, i dati (cognome e nome, data di nascita del bambino cui il medico ha prescritto l'adrenalina, indirizzo della scuola completo di numero civico, classe frequentata, sezione e piano dell'edificio, recapiti telefonici della scuola) dei casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi.

Il dirigente al termine dell'anno scolastico inoltre raccoglie i dati degli alunni che hanno attivato la richiesta di somministrazione di farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici (anno scolastico appena concluso) e li trasmette alla UOSD PROSA dell'ATS Brianza entro il 30 giugno di ogni anno solare (quindi i dati completi riguardano esclusivamente l'anno scolastico appena concluso) utilizzando i modelli di rilevazione predisposti da Regione Lombardia. (Modulo 10).

I dati saranno trasmessi tramite PEC con file protetto da password. La password per l'accesso al file sarà comunicata con altro canale diverso da quello di invio dei dati.

ASSOCIAZIONI

Nell'ambito dell'inserimento di alunno con patologie complesse, potrà essere valutata, in accordo tra Direzione scolastica e genitori o chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno o l'alunno maggiorenne, l'opportunità del coinvolgimento di Associazioni di Pazienti.

**TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Istituto/Asilo Nido/CRE che provvederà anche alla nomina del Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016).

Le parti si impegnano a trattare i dati personali e particolari nel rispetto della normativa di cui al Regolamento Europeo n. 679/16/UE.

Si precisa che tutti i dati personali e particolari comunicati all'Istituto/Asilo Nido/CRE saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è allegata al presente Protocollo (Modulo 03) quale parte integrante e sostanziale.

Il Titolare del trattamento dei dati provvederà alla nomina del Responsabile esterno al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 del Regolamento 679/2016/UE, come da modello allegato al presente protocollo per i casi complessi (Modulo 11).

VALIDITÀ PROTOCOLLO

Il presente protocollo ha validità cinque anni dalla data di sottoscrizione.

Ciascuna delle Parti potrà recedere dal Protocollo, con preavviso scritto a mezzo raccomandata A/R, oppure a mezzo posta certificata (PEC). Alla scadenza o qualora subentrino indicazioni normative che determinino un cambiamento nell'organizzazione dell'attività oggetto del Protocollo, il protocollo stesso potrà essere rivisto/rinnovato previo accordo formalizzato fra le parti. Non è previsto il rinnovo tacito.

Le Parti si impegnano ad attivare il monitoraggio sull'applicazione del presente Protocollo, finalizzato a rilevare eventuali criticità ed a valorizzare buone pratiche nella risoluzione di specifiche situazioni.

A tal fine l'UOSD Promozione della Salute, Medicina interculturale e Prevenzione dei Fattori di Rischio Comportamentali dell'ATS Brianza predispone, con i dati trasmessi a cadenza annuale alla DG Welfare Regione Lombardia un report all'USR Lombardia – Ambito territoriale di Monza e Brianza e Lecco, che potrà essere messo a disposizione di tutti i portatori di interesse, anche al fine di sostenere un percorso condiviso di miglioramento continuo.

In relazione alla definizione e/o aggiornamento di linee di indirizzo regionali relative alla gestione di singole patologie, di cui dovesse emergere l'esigenza, le Parti si impegnano ad attivare specifici percorsi con il coinvolgimento di settori specialistici del Servizio Sociosanitario Lombardo, Società Scientifiche, Associazioni di Pazienti, altre Associazioni a vario titolo coinvolte.

Le Parti convengono inoltre di effettuare una verifica di efficacia dell'applicazione dopo un anno di attuazione che tenga conto delle informazioni fornite dalle scuole ed elaborate statisticamente dall'ATS Brianza, UOSD Promozione della Salute Medicina interculturale e Prevenzione dei Fattori di Rischio Comportamentali, in merito a frequenza dei casi, tipologia, specifiche problematiche e/o criticità e soluzioni adottate.

Monza, _____

Firmatari



Moduli collegati: fac simili

Mod. 01	Certificato medico per la somministrazione di farmaci e gestione dei dispositivi o presidi medici ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico ai sensi del punti 1 e 2, 6.1, 6.2, 6.3 del protocollo USP – ATS Brianza ASST Vimercate, Monza, Lecco
Mod. 02	Richiesta di somministrazione farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno
Mod.03	Informativa Regolamento UE n. 679 del 04 maggio 2016
Mod. 04 suggerito	Fac-simile Disponibilità somministrazione farmaci e gestione dei dispositivi o presidi medici
Mod. 05	Richiesta per ATS - Formazione / verifica requisiti strutturali per la conservazione di farmaci a scuola/asilo nido/CRE. Trasmissione elenco bambini che necessitano di adrenalina.
Mod. 06 suggerito	Fac-simile Verbale Consegna Farmaco/i alla scuola/asilo nido/CRE
Mod. 07 suggerito	Fac-simile Verifica disponibilità somministrazione farmaco e gestione dei dispositivi o presidi medici personale scolastico educativo
Mod. 08 Suggerito	Fac-simile Risposta Disponibilità somministrazione personale scolastico educativo
Mod. 09 suggerito	Fac-simile Risposta alla famiglia/autorizzazione accesso ai locali
Mod. 10	Modulo rilevazione alunni per somministrazione farmaci
Mod. 11	Fac-simile Nomina del Responsabile esterno al trattamento dei dati



FIRMATARI PROTOCOLLO D'INTESA SOMMINISTRAZIONE FARMACI ED UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI VALIDATI SECONDO LA METODOLOGIA HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT IN AMBITO SCOLASTICO, NEGLI ASILI NIDO E NEI CENTRI RICREATIVI ESTIVI DIURNI ACCREDITATI

ENTE/STRUTTURA	NOME COGNOME FIRMA	DATA
ATS BRIANZA DIREZIONE GENERALE	SILVANO CASAZZA	
ATS BRIANZA DIREZIONE SANITARIA	EMERICO PANCIROLI	
ATS BRIANZA DIREZIONE SOCIO SANITARIA	LORENZO BRUGOLA	
ATS BRIANZA DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	NICOLETTA CASTELLI	
ATS BRIANZA DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	VALTER VALSECCHI	
ATS BRIANZA DIPARTIMENTO PROGRAMMAZIONE INTEGRAZIONE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE E SOCIALI	LORENZO BRUGOLA	
USR AMBITO TERRITORIALE MONZA E BRIANZA	MAVINA PIETRA FORTE	
USR AMBITO TERRITORIALE LECCO	LUCA VOLONTE'	
RETE AMBITO SCOLASTICO 15	LUISA ZUCCOLI	
RETE AMBITO SCOLASTICO 16	GIRAUDO CHIARA	
RETE AMBITO SCOLASTICO 27	GUIDO GARLATI	
RETE AMBITO SCOLASTICO 28	PAOLA NOBILI	
FEDERAZIONE ITALIANA SCUOLE MATERNE - FISM	GIRARDI ANNAMARIA	
ASST MONZA DIREZIONE GENERALE	MARIO ALPARONE	



ASST MONZA DIREZIONE SANITARIA	LAURA RADICE	
ASST MONZA DIREZIONE SOCIO SANITARIA	GIANLUCA PESCHI	
ASST VIMERCATE DIREZIONE GENERALE	NUNZIO DELSORBO	
ASST VIMERCATE DIREZIONE SANITARIA	GIOVANNI MONZA	
ASST VIMERCATE DIREZIONE SOCIO SANITARIA	GUIDO GRIGNAFFINI	
ASST LECCO DIREZIONE GENERALE	PAOLO FAVINI	
ASST LECCO DIREZIONE SANITARIA	VITO CORRAO	
ASST LECCO DIREZIONE SOCIO SANITARIA	ENRICO FRISONE	

Modulo 01 - Certificato medico per la somministrazione di farmaci e gestione dei dispositivi o presidi medici ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico ai sensi dei punti 1 e 2, 6.1, 6.2, 6.3 del protocollo USP – ATS Brianza ASST Vimercate, Monza, Lecco.

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato il ____/____/____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Via _____ n° ____ Prov. _____

Affetto da (Diagnosi e stato di malattia): _____

☐ **PATOLOGIA CRONICA**

☐ **PATOLOGIA ACUTA** (manifestazione acuta correlata a patologia cronica nota) che può manifestarsi con i seguenti sintomi (**descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica**) :

NECESSITA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO e/o EDUCATIVO

(Da completare in caso di situazione complessa)

☐ **La definizione di un piano di assistenza da parte dell'ASST territorialmente competente per la seguente situazione complessa:**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

NOME COMMERCIALE DEL/I FARMACO/I E PRINCIPIO ATTIVO

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE (orari, dose, via di somministrazione):

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE (secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i FI):

☐ **e' prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero.**

Durata della terapia (massimo un anno scolastico): _____

Prescrizione Adrenalina in caso di rischio di anafilassi

☐ **SI**

☐ **NO**

Data

Timbro e Firma del Medico

Modulo 02 – Richiesta di somministrazione farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno

- ☐ Al Dirigente Scolastico
- ☐ Al Coordinatore dell'Asilo Nido
- ☐ Al Responsabile del Centro Ricreativo Estivo Diurno

della Scuola, Asilo Nido, centro ricreativo estivo (barrare la dizione pertinente)
COMUNE DI _____

Noi sottoscritti

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

In qualità di: ☐ ☐ genitori ☐ ☐ soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

☐ tutore, curatore, amministratore di sostegno

Di

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

oppure

Io sottoscritto (se maggiorenne) Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ presso la scuola/Asilo Nido/Centro ricreativo estivo _____ (denominazione)

sito in Via _____ n° _____ Comune di:

nell'anno scolastico _____

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico/educativo resosi disponibile e adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità derivante dalla corretta somministrazione del seguente farmaco:

Da parte di:

- ☐ Personale educativo e di supporto della struttura ospitante il soggetto
- ☐ Minore/ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i
- ☐ Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate):

A tal fine:

SI IMPEGNA/NO A:

- fornire alla scuola/asilo nido/Centro ricreativo Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc),
- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza
- fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola/asilo nido/centro ricreativo estivo non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo 01).

Recapiti telefonici:

- Genitori _____
- Soggetto richiedente _____
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno _____
- Medico certificante _____
- Altri numeri utili _____

Data: ____/____/____

Firma

Nota:

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

INFORMATIVA PRIVACY

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Informativa Interessati

Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, informiamo che (Sede Legale: - Tel.
E-mail: - PEC:) in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali da Lei forniti per iscritto, (via fax, via e-mail) o verbalmente e liberamente comunicati (Art. 13.1, lett. a) Reg. 679/2016).

..... garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

1. Data Protection Officer - DPO (Art. 13.1, lett. b) Reg. 679/2016)

Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'
è , il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: - PEC:

2. Finalità del Trattamento (Art. 13.1, lett. c) Reg. 679/2016)

Tutti i dati personali e sensibili comunicati dal soggetto Interessato, sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- Erogazione delle prestazioni richieste espressamente dall'Interessato (Art. 6.1, lett. a) Reg. 679/2016);
- Rispondere ad un obbligo di legge (Art. 6.1, lett. c) Reg. 679/2016);
- Salvaguardare gli interessi vitali dell'interessato e/o della collettività (Art. 6.1, lett. d) Reg. 679/2016);
- Esercitare un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri (Art. 6.1, lett. e) Reg. 679/2016);

In elenco, le finalità per cui i dati personali dell'Interessato verranno trattati:

- Inserimento nelle anagrafiche e nei database informatici;
- Gestione di obblighi di natura contabile e fiscale;
- Gestione di incassi e pagamenti;
- Gestione della prestazione richiesta dall'interessato;
- Rendicontazione nei confronti degli enti ai quali la normativa riconosce poteri di monitoraggio e controllo;
- Ottemperare a specifiche richieste dell'Interessato;
- Gestione di attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dagli operatori scolastici a tutela della salute del proprio figlio;
- Raccolta dei dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di somministrazione farmaci in orario scolastico.

3. Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali (Art. 13.1, lett. e) Reg. 679/2016)

I dati personali dell'Interessato, nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati):

- ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva (in particolar modo Regione Lombardia ed altri enti del sistema sanitario regionale e nazionale, secondo le prescrizioni del Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari approvato dalla giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia – Regolamento regionale 24 dicembre 2012 – n.3);
- ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulti necessaria o comunque funzionale alla gestione prestazione richiesta nei modi e per le finalità sopra illustrate (Medici addetti alla formazione, insegnanti, personale ATA, educatori, amministrativi, Sindaco, ATS della Brianza, ASST competenti per territorio e AREU).

Si rende edotto l'Interessato che il conferimento dei dati personali oggetto della presente informativa risulta essere necessario al fine di poter erogare nel modo corretto la prestazione richiesta dallo stesso. Nell'eventualità in cui tali dati non venissero correttamente forniti non sarà possibile soddisfare le richieste dell'Interessato.

Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati a soggetti terzi non espressamente indicati.

I dati personali relativi allo stato di salute, la vita sessuale, i dati genetici ed i dati biometrici non vengono in alcun caso diffusi (con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati).

4. Criteri utilizzati al fine di determinare il periodo di conservazione (Art. 13.2, lett. a) Reg. 679/2016)

..... dichiara che i dati personali dell'Interessato oggetto del trattamento saranno conservati per il periodo necessario a rispettare i termini di conservazione stabiliti dalla normativa vigente in materia e comunque non superiori a quelli necessari per la gestione dei possibili ricorsi/contenziosi.

5. Diritti dell'interessato (Art. 13.2, lett. b) Reg. 679/2016)

Si comunica che, in qualsiasi momento, l'Interessato può esercitare:

- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 15 Reg. 679/2016, di poter accedere ai propri dati personali;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 16 Reg. 679/2016, di poter rettificare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 17 Reg. 679/2016, di poter cancellare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 18 Reg. 679/2016, di poter limitare il trattamento dei propri dati personali;
- Diritto di opporsi al trattamento, ex Art. 21 Reg. 679/2016;
- Diritto di chiedere al Titolare del trattamento, solamente nei casi previsti all'art. 20 del reg. 679/2016, che venga compiuta la trasmissione dei propri dati personali ad altro operatore sanitario in formato leggibile

6. Diritto di presentare reclamo (Art. 13.2, lett. d) Reg.679/2016)

Si rende noto all'Interessato che ha il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo.

Il sottoscritto (cognome e nome)
in qualità di ☐ genitore ☐ soggetto che esercita la potestà genitoriale dichiara di aver ricevuto e
preso atto dell'informativa di cui all'articolo ☐ tutore, curatore, amministratore di sostegno 13 del
Regolamento 679/2016/UE "*General Data Protection Regulation*".

Il sottoscritto (cognome e nome)
in qualità di ☐ genitore ☐ soggetto che esercita la potestà genitoriale ☐ tutore, curatore,
amministratore di sostegno dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'informativa di cui
all'articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "*General Data Protection Regulation*".

Luogo e data

Firma

Modulo 04 – Disponibilità alla somministrazione del farmaco e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n° _____ Prov. _____
Tel.: _____

In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaco/i – dispositivo – presidio
_____ effettuata da (genitori/esercente la responsabilità genitoriale/maggiorenne)
SIG _____ e SIG _____
di (COGNOME E NOME ALUNNO) _____
frequentante la scuola /asilo nido/CRE _____ sezione/classe _____
per (indicare patologia) _____

☐ acconsento alla somministrazione, come da domanda della famiglia e da certificato medico
nella consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione
di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il bambino/ragazzo possa frequentare la
scuola/asilo nido/CRE;

La famiglia solleva lo scrivente da qualunque responsabilità derivante dalle modalità di
somministrazione degli stessi.

Li _____

Data _____

In fede

Modulo 05 –Richiesta per ATS

Spett.le

Agenzia Territoriale della Salute (ATS) –
Unità Operativa Semplice a valenza
dipartimentale Promozione della Salute
Medicina interculturale e Prevenzione
dei Fattori di Rischio Comportamentali
Via Dante, 1 20835 Muggiò
UOpros@ats-brianza.it

Oggetto: RICHIESTA Formazione / verifica requisiti strutturali per la conservazione di farmaci a scuola/asilo nido/CRE. Trasmissione elenco bambini che necessitano di adrenalina.

Il/La sottoscritto/a

Dirigente/Responsabile/Coordinatore dell'Istituto/Asilo nido/CRE

ricevuta la richiesta di “somministrazione farmaci” presso questo Istituto durante l’orario scolastico relativamente all’alunno (non compilare se solo trasmissione elenco bambini con adrenalina)

frequentante la classe _____

visto il vigente Protocollo di Intesa per la SOMMINISTRAZIONE di FARMACI ed utilizzo di dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati

richiede :

- ☐ verifica dei requisiti strutturali da parte di personale ATS presso l’Istituto scolastico/asilo nido/CRE per l’idonea conservazione separata dei farmaci destinati all’alunno od ospite dell’asilo nido.
- ☐ la formazione sul campo del personale dichiaratosi disponibile ed incaricato di somministrare il farmaco.

trasmette

- ☐ l’elenco dei bambini che necessitano di somministrazione di adrenalina (Cognome e Nome, data di nascita, Comune ove è ubicata la scuola frequentata, Denominazione della Scuola - Plesso), Indirizzo, Telefono, Classe e sezione, ciclo scolastico, grado, Piano ove si trova la classe) ;

In Fede

.....

Modulo 06 - Verbale consegna farmaco/i (Salvavita/indispensabile)

Studente _____

In data.....alle ore..... la/il sig. (genitore/esercente
potestà genitoriale/alunno (se maggiorenne)
dell'alunno/a..... frequentante la classe.....
della.scuola/asilo nido/CRE consegna alla scuola/asilo nido/CRE n°____
confezione/i-flacone/i nuovo/i ed integro/i del medicinale da
somministrare al bambino/ragazzo in caso di come da
certificazione medica consegnata in segreteria rilasciata in datadal Dr.
.....

Il genitore/esercente potestà genitoriale autorizza il personale della scuola/asilo nido/CRE a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione

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

Il genitore/l'esercente la responsabilità genitoriale/ lo studente provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente, attraverso certificazione medica, ogni eventuale variazione di trattamento.

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente maggiorenne si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario.

li, _____

Il genitore /esercente responsabilità genitoriale/ maggiorenne

Per la scuola (indicare ruolo, generalità e firma)

Modulo 07 – Verifica della disponibilità alla somministrazione del farmaco da parte del personale Scolastico/educativo

Al personale scolastico/educativo del
Nido/Scuola /CRE

Via _____ n° _____

Comune _____

Oggetto: verifica della disponibilità alla somministrazione farmaco

Come evidenziato nella richiesta presentata dai genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale/ alunno maggiorenne (COGNOME e NOME) _____ frequentante la scuola/asilo nido/CRE _____ sezione/classe _____, viene chiesta la disponibilità del personale scolastico/ educativo/ausiliario della scuola/asilo nido/CRE _____ di somministrare il/i seguente/i farmaco/i:



Verificato che il caso specifico rientra tra quelli previsti dal “Protocollo di Intesa per la SOMMINISTRAZIONE di FARMACI ed utilizzo di dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati”, come attestato dal certificato medico redatto dal

Dr. _____ in data _____

Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che i genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale/alunno maggiorenne sollevano da eventuali responsabilità derivanti da possibili errori della somministrazione il personale scolastico/educativo/ausiliario

Chiedo la vostra disponibilità alla somministrazione dei farmaci come indicato dai documenti allegati.

Sottolineo inoltre che:

- come da richiesta della famiglia e sopra citato, in caso di disponibilità da parte vostra, si è formalizzata la ferma volontà dei genitori di sollevare da eventuali responsabilità derivanti da possibili errori della somministrazione, il personale scolastico/educativo/ausiliario;
- il sottoscritto è corresponsabile qualora la presente richiesta venisse accolta;
- sarà previsto, se ritenuto necessario, percorso formativo rivolto agli operatori disponibili, garantita da ATS Brianza e volta a sostenere il personale che si è reso disponibile.

In attesa della vostra consapevole e libera risposta, mi è gradito porgere cordiali saluti

Li, _____
Data _____

☐ Il dirigente Scolastico

☐ Il dirigente Servizi Educativi

☐ Il Responsabile del CRE

Modulo 08 – Risposta Disponibilità somministrazione personale scolastico educativo

☐ Al dirigente Scolastico

☐ Al dirigente Servizi Educativi

☐ Al Responsabile del CRE

Comune di _____

OGGETTO: risposta alla richiesta somministrazione farmaco

Noi sottoscritti (COGNOME, NOME DATA E LUOGO DI NASCITA)

personale scolastico/educativo/ausiliario della scuola/asilo nido/CRE, in relazione alla richiesta pervenuta dal dirigente/coordinatore/Responsabile dell'istituto/asilo nido/CRE come da domanda della famiglia e da certificato medico vistato dal Dr. _____ del _____ (in allegato),

- nella consapevolezza che il caso in questione rientra tra quelli previsti dal “Protocollo di Intesa per la SOMMINISTRAZIONE di FARMACI ed utilizzo di dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati” e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il/la bambino/a possa frequentare il/la nido/scuola/CRE;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che i genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale/alunno maggiorenne sollevano da eventuali responsabilità derivanti da possibili errori della somministrazione il personale scolastico/educativo/ausiliario

dichiarano di

☐ non acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;

☐ acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;

Restando in attesa di un ulteriore riscontro, si porgono cordiali saluti.

Il personale

Modulo 09 – Risposta alla famiglia in relazione alla richiesta di somministrazione farmaco

Ai genitori di _____

Nido/Scuola/CRE _____

Via _____ n° _____

Comune _____

OGGETTO: risposta in relazione alla richiesta di somministrazione farmaci

Con la presente Vi comunico di avere espresso **parere favorevole** e richiesto al personale Scolastico/educativo/ausiliario della Scuola/asilo nido/CRE frequentata da vostro/a figlio/a,

la disponibilità a sorvegliare durante la somministrazione/somministrare i farmaci (selezionare la voce che interessa).

Il caso in questione rientra tra quelli previsti dal “Protocollo di Intesa per la SOMMINISTRAZIONE di FARMACI ed utilizzo di dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati” e la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il/la bambino/a possa frequentare il/la nido/scuola/CRE.

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale scolastico/educativo/ausiliario e voi genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale/alunno maggiorenne avete dichiarato di sollevare da eventuali responsabilità derivanti da possibili errori della somministrazione il personale scolastico/educativo/ausiliario.

(Selezionare la voce che interessa)

☐ Il personale scolastico/educativo/ausiliario si è reso disponibile alla somministrazione/sorveglianza durante l'auto somministrazione.

Il farmaco sarà conservato in un armadietto della sezione a temperatura ambiente/in frigorifero, in un apposito contenitore chiuso che porterà all'esterno in modo chiaro le indicazioni della sezione, dell'utente interessato e della data di scadenza del medicinale.

☐ Il personale scolastico/educativo/ausiliario non si è reso disponibile alla somministrazione. Pertanto sarà inviata comunicazione al Sindaco per i seguiti di competenza.

La presente autorizza inoltre all'accesso ai locali della scuola/asilo nido/CRE durante l'orario di apertura ai genitori degli alunni o agli esercenti la responsabilità genitoriale o loro delegati, per la somministrazione dei farmaci nonché per controllarne la scadenza/stato di conservazione.

Si ricorda che siete tenuti a comunicare, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia e a collaborare fattivamente e responsabilmente alla presenza al Nido/Scuola di vostro figlio, senza pregiudicare il lavoro degli operatori.

Li, _____
Data _____

\

☐ Il dirigente Scolastico

☐ Il dirigente Servizi Educativi

☐ Il Responsabile del CRE

MODULO 10- MODULO RILEVAZIONE ALUNNI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI - PROTOCOLLO D'INTESA TRA REGIONE LOMBARDIA E UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA"
(DGR 6919/2017)

SURVEY A.S.

Scuola :

Comune di:

Tipologia Richieste	Nidi	Infanzia	Primaria	Secondaria I grado	Secondaria II grado		TOTALE RICHIESTE	
Diabete								
Convulsioni/epilessia								
Allergie								
Asma								
Adrenalina								
Altro								
TOTALE RICHIESTE								

Modulo 11 fac-simile di Nomina Responsabile esterno del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento 679/2016/UE n

Spettabile

.....
.....

Oggetto: Nomina Responsabile esterno del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Regolamento 679/2016/UE

Con la presente, in virtù del servizio affidato alla Vostra Azienda (riferimenti contrattuali) inerente il seguente macro-ambito di attività:

.....
il quale comporta il trattamento di dati personali, si provvede ad individuare la Vostra struttura in qualità di Responsabile del trattamento ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento 679/2016/UE (d'ora in avanti denominato semplicemente "*Regolamento*").

Il presente documento rappresenta l'atto giuridico di formalizzazione delle responsabilità come previsto dal paragrafo 3 del citato articolo 28.

La presente nomina sarà oggetto di revisione/integrazione sulla base della specifica attività di auditing programmata dal Data Protection Officer individuato dal Titolare del trattamento, nella persona del _____, attività in base alla quale verranno approfonditi e sviluppati gli ambiti inerenti le specifiche misure di sicurezza adottate dal Responsabile.

Nello specifico i trattamenti di dati oggetto della presente nomina sono i seguenti:

- **Trattamento**
- **Natura dei dati**
- **Finalità del trattamento**
- **Tipo di dati personali**
- **Categorie di interessati**
- **Durata del trattamento**

Garanzie generali di sicurezza prestate dal Responsabile (Art. 28.1)

Il Responsabile del trattamento (d'ora in avanti "*Responsabile*") garantisce l'attuazione di misure tecniche ed organizzative tali da soddisfare, nella loro totalità, i requisiti posti dal Regolamento.

Autorizzazione nomina Sub-Responsabili (Art. 28.2 – 28.4)

Ai sensi dell'art.28.2 del Regolamento con la presente si fornisce espressa autorizzazione scritta **generale** alla individuazione da parte del Responsabile di altri soggetti che svolgano, per conto del **Responsabile** medesimo, il ruolo di "sub-responsabili". A fronte di tale autorizzazione, si richiede al Responsabile di comunicare alla scrivente l'elenco di tutti gli eventuali soggetti individuati in qualità di sub-responsabili. La scrivente provvederà a verificare eventuali profili di criticità emergenti dalle comunicazioni ricevute e si riserva la facoltà di limitare e/o revocare l'autorizzazione ivi concessa. Nel caso in cui nel tempo intervengano modifiche, aggiunte o sostituzioni dei sub-responsabili inizialmente comunicati, tali nuove nomine dovranno essere inoltrate alla scrivente al fine di effettuare le opportune valutazioni (anche in termini oppositivi) relativamente alla protezione dei dati personali.

Si precisa come è obbligo del Responsabile del trattamento individuare e nominare in forma scritta i propri sub-responsabili; tale atto di nomina/individuazione dovrà riproporre a carico del sub-responsabile i medesimi obblighi posti a carico del responsabile e specificati nel presente documento, in particolare l'atto dovrà individuare le misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire che il trattamento soddisfi i requisiti di sicurezza richiesti dal Regolamento.

Si evidenzia come il Responsabile conservi nei confronti della scrivente, Titolare del trattamento, ogni responsabilità derivante dall'eventuale inadempimento posto in essere dal sub-responsabile.

Prescrizioni poste a carico del Responsabile (art. 28.3)

Per lo svolgimento delle attività di trattamento dati personali conseguenti al servizio affidato al Responsabile, lo stesso dovrà:

- a) comunicare preventivamente l'eventuale trasmissione dei dati personali verso paese terzo (non appartenente alla Unione Europea); in tali casistiche il Titolare si riserva la facoltà di esprimere apposita autorizzazione alla trasmissione a meno che tale trasmissione non sia espressamente richiesta dell'Unione o dal diritto nazionale;
- b) autorizzare espressamente al trattamento dei dati personali i propri dipendenti/collaboratori/soci/volontari attraverso modalità che garantiscano che tali soggetti siano obbligati al rispetto della riservatezza nei confronti dei dati che si troveranno a trattare in funzione del proprio incarico/ruolo;
- c) garantire di aver effettuato una analisi dei rischi sui trattamenti oggetto della responsabilità e se necessario una Valutazione di impatto ai sensi dell'art. 35 del Regolamento; i documenti comprovanti l'analisi del rischio e l'eventuale valutazione di impatto dovranno essere messi a disposizione del Titolare del trattamento su richiesta di quest'ultimo;
- d) garantire la capacità di assicurare su base permanente la riservatezza, l'integrità, la disponibilità e la resilienza dei sistemi e dei servizi di trattamento; le modalità per garantire tali livelli di sicurezza dovranno essere comunicate al titolare nel caso di esplicita richiesta;
- e) garantire la capacità di ripristinare tempestivamente la disponibilità e l'accesso dei dati personali in caso di incidente fisico o tecnico; le modalità per garantire tali livelli di sicurezza dovranno essere comunicate al titolare nel caso di esplicita richiesta;
- f) garantire la presenza di una procedura per testare, verificare e valutare regolarmente l'efficacia delle misure tecniche e organizzative al fine di garantire la sicurezza del trattamento; le modalità per garantire tali livelli di sicurezza dovranno essere comunicate al titolare nel caso di esplicita richiesta;
- g) garantire che tutti i soggetti che agiscono sotto l'autorità del responsabile e che abbiano accesso ai dati non trattino tali dati se non sono stati istruiti in tal senso dal Responsabile stesso;
- h) garantire il necessario apporto al titolare del trattamento qualora nei confronti di questo vengano esercitati i diritti che il Regolamento (al capo III) riconosce agli interessati i quali impattino sui dati personali oggetto della presente nomina;
- i) garantire la comunicazione al Titolare (ai sensi dell'art. 33.2 del Regolamento) di tutti gli eventi di violazione dei dati personali al fine di consentire al Titolare stesso il rispetto delle attività di notifica all'Autorità di controllo stabilite dall'articolo 33 del regolamento. La comunicazione da parte del responsabile al titolare dovrà avvenire senza ingiustificato ritardo al seguente indirizzo E-mail: _____

PEC: _____ e dovrà contenere almeno i seguenti punti:

- natura della violazione dei dati personali compresi, ove possibile, le categorie e il numero approssimativo di interessati in questione nonché le categorie e il numero approssimativo di registrazioni dei dati personali in questione;
- il nome e i dati di contatto del Data Protection Officer o di altro punto di contatto presso cui ottenere più informazioni;
- descrivere le probabili conseguenze della violazione dei dati personali;
- descrivere le misure adottate da parte del responsabile del trattamento per porre rimedio alla violazione dei dati personali e anche, se del caso, per attenuarne i possibili effetti negativi.

Il responsabile sarà tenuto a mantenere presso i propri uffici la documentazione necessaria a descrivere le violazioni dei dati subite.

- j) cancellare e/o restituire al titolare tutti i dati personali una volta cessata l'erogazione dei servizi relativi al trattamento, cancellando anche le copie esistenti sui propri database, salvo che il diritto dell'Unione o degli stati membri preveda la conservazione dei dati; qualora al termine del servizio il titolare non richieda espressamente la restituzione dei dati questi si intenderanno soggetti ad obbligo di cancellazione;
- k) rendersi disponibile a sottoporsi ad attività di auditing da parte del titolare del trattamento, o di un delegato di quest'ultimo, qualora questo ne ravvisasse la necessità;
- l) comunicare al titolare del trattamento l'adesione ad eventuali codici di condotta di cui all'articolo 40 o ad un meccanismo di certificazione di cui all'articolo 42 del Regolamento;
- m) attenersi ai criteri di durata del trattamento comunicati dal Titolare.

Responsabilità

Chiunque subisca un danno materiale o immateriale causato da una violazione del Regolamento ha il diritto di ottenere il risarcimento del danno dal Titolare o dal Responsabile. Il Responsabile risponde per il danno causato dal trattamento se non ha adempiuto gli obblighi posti dal Regolamento specificatamente diretti ai responsabili o ha agito in modo difforme o contrario rispetto alle legittime istruzioni impartite dal Titolare nel presente atto.

In caso di richieste di risarcimento pervenute al Titolare, per violazioni compiute dal Responsabile, il Titolare di riserva il diritto di rivalsa nei confronti del Responsabile stesso.

Per quanto riguarda le sanzioni imputabili da parte dell'Autorità Garante, fanno fede gli art. 82, 83 e 84 del Regolamento.

In caso di accertata violazione delle disposizioni del Regolamento o del presente contratto, il Titolare si riserva il diritto di mettere in atto le misure ritenute corrette nei confronti del Responsabile. Se la violazione si configurasse di particolare gravità, è fatto salvo il diritto del Titolare di rescindere il presente contratto.

Durata e risoluzione

Le prescrizioni di cui al presente atto hanno decorrenza dall'ultima data di sottoscrizione e scadenza congrua a quella indicata nel Il presente atto rimarrà in vigore fino a quando continueranno a svilupparsi le di cui l'atto stesso disciplina gli aspetti inerenti la tutela dei dati personali.

Alla luce di quanto sopra, al fine di procedere con l'inoltro formale a codesta si chiede di restituire il presente documento firmato digitalmente, precisando che la mancata accettazione della nomina quale Responsabile del trattamento ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento 679/2016/UE, comporta l'impossibilità per la scrivente Agenzia di

Cordiali saluti

DIRETTORE

Per accettazione

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....
(.....)

Responsabile del procedimento: _____ (tel. _____)

Referente della pratica: _____ (tel. _____)

