



Istituto Comprensivo Statale "G. Puecher"

Via Majnoni, 3 – 22036 Erba (CO) Tel: 031 643271

Email: coic85600g@istruzione.it Posta Cert.: coic85600g@pec.istruzione.it

C.M. COIC85600G - C.F. 93015030138 - Codice Univoco UF7QXK sito:
www.icpuechererba.edu.it

Erba, 14 / 09 / 2022

Ai genitori
Agli alunni
Ai docenti
Al personale ATA

OGGETTO: somministrazione farmaci a scuola.

Si forniscono, sulla base del PROTOCOLLO D'INTESA TRA REGIONE LOMBARDIA E UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA, le seguenti raccomandazioni:

Contesto

a. I farmaci a scuola non devono essere somministrati agli studenti, salvo i casi autorizzati dai genitori quando siano presenti le condizioni seguenti:

- a.a. assoluta necessità;
- a.b. somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- a.c. non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

b. L'autorizzazione alla somministrazione viene rilasciata dai genitori degli studenti, insieme alla certificazione medica che attesti i requisiti di cui al punto **a**.

c. L'autorizzazione sarà formulata sul modulo allegato e consegnata al Dirigente scolastico.

d. In caso di particolari complessità, l'ATS, a richiesta, supporta il Dirigente scolastico nel valutare le condizioni di fattibilità della somministrazione richiesta.

Competenze del Dirigente scolastico

- acquisisce la prescrizione medica e la firma di autorizzazione da parte della famiglia;
- valuta le risorse localmente disponibili (*famiglia, operatori scolastici, associazioni locali di volontariato*);
- valuta la disponibilità a farsi carico dell'intervento, previo addestramento, da parte (in ordine) della famiglia (*legge 104*), degli operatori scolastici, delle associazioni di volontariato;
- in caso di particolari complessità, costruisce insieme al direttore del Distretto ATS territorialmente competente un protocollo d'intervento per l'attuazione della prescrizione terapeutica del medico curante, comprensivo dell'attività di "formazione in situazione" rivolto ai soggetti coinvolti, garantita dall'ASL locale;

Pro memoria per i genitori

- L'autorizzazione va consegnata al Dirigente scolastico.
- L'autorizzazione va rinnovata ad inizio anno scolastico e in corso dello stesso solo se necessario.
- I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.
- Ai fini dell'autorizzazione va utilizzato il **modulo** allegato.

Nella compilazione del modulo occorrerà fare attenzione a esplicitare in modo leggibile e senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose di farmaco da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Normativa di riferimento

- **nota n. 2312.Dip.Segr** del 25-11-2005;
- **30/SAN** della **Regione Lombardia** del **12.07.2005**;
- Linee guida: https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2005/allegati/linee_guida_farmaci.pdf;
- Lombardia http://www.istruzione.lombardia.gov.it/milano/protmi_10670_16_giugno_2015/ ;
- <http://www.ats-milano.it/ITA/Default.aspx?SEZ=2&PAG=68&NOT=5974> .

DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE

F.to Gian Maria Rovelli

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n.39/1993)

MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI NELLA SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale *Puecher - Erba (CO)*

Il/La sottoscritto/a		
Padre / Madre di		
Nato/a a		il
Classe	Sez.	<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia plesso
		<input type="checkbox"/> Scuola Primaria plesso
		<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di I grado
Telefono reperibile		

COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

ha necessita del seguente terapia farmacologia, ritenuta di assoluta necessita e che non ha alternative alla somministrazione in orario scolastico:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	
PRESCRIZIONE MEDICA	
Dosaggio e modalita di somministrazione	
Orari somministrazione	
Durata della terapia	
Modalita di conservazione	
Note del medico curante per interventi di particolare necessita:	
_____ <i>Firma e timbro del medico curante</i>	

Il/La sottoscritto/a, I sottoscritti

considerata l'assoluta necessita di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico,
 autorizza autorizzano

il Dirigente Scolastico a provvedere all'attuazione della prescrizione e sollevano il personale scolastico o volontario da ogni responsabilita sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla prescrizione sopra riportata.

Data _____

Firma

RISERVATO ALL'UFFICIO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO	
VISTA la comunicazione dei genitori e la prescrizione medica;	
<input type="checkbox"/> AUTORIZZA la somministrazione..	IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE <i>Gian Maria Rovelli</i>

NB. In materia di protezione dei dati personali, si informa che l'Istituto Comprensivo Puecher di Erba (CO) si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dalla S.V.: tutti i dati forniti saranno trattati solo per le finalita connesse e strumentali a quanto in oggetto, nel rispetto delle disposizioni vigenti.