



LICEO CLASSICO STATALE GIOSUÉ CARDUCCI - MILANO
Via Beroldo, 9 - 20127 Tel. 022847232
Via Demostene, 40 - 20128 Tel. 0236554629
mipc03000n@istruzione.it; mipc03000n@pec.istruzione.it
MIPC03000N - Cod.fiscale 80126650151
www.liceoclassicocarducci.edu.it

CIR. n° 11, 12/9/2021

GENITORI – STUDENTI – DOCENTI
DSGA/PERSONALE ATA
ALBO SICUREZZA
SITO WEB

Oggetto: Somministrazione farmaci a scuola.

Il Dirigente Scolastico

- Vista la nota congiunta di Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005 con la quale sono state emanate le “Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all’assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all’interno della struttura scolastica”;
- Visto il protocollo d’intesa tra ASL e Ufficio Scolastico Provinciale di Milano del 16/06/2015; - Visto il protocollo d’intesa tra Regione Lombardia e USR per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola del 24/7/2017;
- Vista la nota MIUR n° 8851 del 18/5/2018 relativa alla regolamentazione della somministrazione di farmaci nelle collettività;

D I S P O N E

che in caso di somministrazione di farmaci a studenti ci si rifaccia alle seguenti linee guida:

- 1) la somministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio della ASL;
- 2) la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l’esercizio di discrezionalità tecnica dell’adulto;
- 3) la somministrazione deve essere richiesta FORMALMENTE AL DIRIGENTE SCOLASTICO da chi esercita la potestà sul minore o dallo studente maggiorenne a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);
- 4) il dirigente scolastico a seguito della richiesta scritta:
 - informa il consiglio di classe;
 - verifica le condizioni atte a garantire una corretta modalità di conservazione del farmaco;
 - concede, ove richiesta, l’autorizzazione all’accesso ai locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per la somministrazione in parola.

- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o personale ATA che abbia seguito il corso di primo soccorso di cui al D.Lgs 81/2008) a garantire la continuità della somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati.
- trasmette le richieste (riservate esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute), all'ASST competente per territorio e per conoscenza ad ATS.

Si allegano alla presente i moduli per la formale richiesta di somministrazione dei farmaci, che vengono allegati nel RE separatamente in formato editabile e a breve collocati permanentemente nella sezione 'modulistica' del sito.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Andrea Di Mario

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.Lgs.n.39/1993

Allegati:

- 1- Prescrizione farmaci a scuola ex DGR 6919/2017
- 2a- Richiesta somministrazione farmaci a scuola per minorenni
- 2b- Richiesta somministrazione farmaci a scuola per maggiorenni

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

(all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO**

REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia
 Scuola primaria
 Scuola secondaria I e II grado

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/___/ C. Fiscale

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/___/

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all 2B)

Al Dirigente Scolastico del' Istituto Superiore

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ____/____/____/

mi sia/no somministrato/i dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mi autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico.

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

● Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____

● Familiare di riferimento (specificare)

1. _____ cell.: _____

2. _____ cell.: _____

Note – vedi retro

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente