



**Ministero dell'Istruzione**  
**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "L. EINAUDI"**

Via F.lli Sirani n°.1 - 25032 Chiari (BS)

**Tel.** 030/711244 - 030/7000242 - **Fax.** 030/7001934

Codice Fiscale: 82001490174 Codice Meccanografico: **BSIS03800X**

**mail:** bsis03800x@istruzione.it **PEC:** bsis03800x@pec.istruzione.it

Comunicazione n. 24

Chiari, 9 settembre 2021

Ai genitori dell'Istituto  
Al registro Nettuno  
Al sito web

**Oggetto: somministrazione farmaci a scuola**

In applicazione di quanto stabilito dalla DGR 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 dei farmaci a Scuola" e dal "Protocollo d'Intesa sottoscritto tra ATS Brescia, ASST Spedali Civili, ASST Franciacorta, ASST Garda ed UST IV AT di Brescia per la Somministrazione dei Farmaci a Scuola", **anche per questo anno scolastico sarà possibile stipulare tra l'IIS "L.Einaudi" di Chiari e la famiglia (o studente maggiorenne) protocolli condivisi diretti alla somministrazione di farmaci in orario scolastico, quando questo sia necessario o indifferibile per la tutela della salute.**

Al fine di garantire a tutti gli studenti o studentesse di ricevere una appropriata assistenza, di evitare incongrue somministrazioni e di favorire la progressiva autonomia nella gestione della propria patologia, si comunica che tutte le richieste di somministrazione farmaco (comprese quelle per cui sono stati già emessi provvedimenti autorizzativi in precedenti anni scolastici) **devono essere prodotte o rinnovate nel più breve tempo possibile e comunque non oltre il 30 settembre 2021.**

Le domande, presentate dai genitori dello studente o studentessa o direttamente dallo studente o studentessa se maggiorenne, dovranno essere inviate alla mail [bsis03800x@istruzione.it](mailto:bsis03800x@istruzione.it) scrivendo in oggetto "istanza somministrazione farmaci – contiene dati sensibili" utilizzando la modulistica allegata (da compilare sia a cura dell'istante che del medico).

Si raccomanda di compilare in maniera completa i moduli e di curare che la certificazione medica attesti con precisione i protocolli da seguire in ambito scolastico per la somministrazione, sapendo che le azioni che si possono compiere non devono richiedere competenze specialistiche.

La descrizione dettagliata delle operazioni da compiere a cura del personale scolastico è resa ancor più indispensabile dalla necessità di armonizzare tali azioni con le ordinarie procedure di prevenzione del rischio di contagio da Covid-19.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Vittorina FERRARI  
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi e per gli effetti art.3 c.2 dl.39/1993)

Al Dirigente Scolastico  
dell' Istituto di Istruzione Superiore  
IIS EINAUDI – CHIARI (BS)

Io sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ C. Fiscale|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'indirizzo \_\_\_\_\_

**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**

Sono consapevole che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale reso disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizzo contestualmente il personale volontario reso disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e lo sollevo 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 possa auto-somministrare la terapia farmacologica in ambito scolastico.**

**Rendo noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità**

- Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- Familiare di riferimento ( specificare )
  1. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

Firma

Data \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data \_\_\_\_\_

**NOTE**

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno 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



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome ..... Nome.....

Data di nascita .....Residente a .....

in via ..... Telefono .....

Classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via .....

Dirigente Scolastico .....

**Piano terapeutico del farmaco da somministrare**

Stato di malattia certificato.....

Nome commerciale del farmaco e principio attivo .....

Forma farmaceutica.....

Modalità di somministrazione ..... Dosaggio.....

Orario: ... .. Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico) .....

dal..... al.....

Capacità di autosomministrazione perché paziente istruito.....SI NO

Terapia di mantenimento: .....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata): .....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

.....

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco.....

.....

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

Data .....

Timbro e firma del Medico