Ministero dell'Istruzione e del Merito
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. 10 Chiari, 7 settembre 2023

Ai genitori dell'Istituto
Al registro Nettuno
Al sito web

Oggetto: **modalità consegna farmaci a scuola a.s. 2023/2024**

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 2023/2024 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 l'eventuale supporto per il recepimento del farmaco, per evitare incongrue somministrazioni e per 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 stati emessi provvedimenti autorizzativi in precedenti anni scolastici) **devono essere prodotte o rinnovate nel più breve tempo possibile e comunque non oltre il 30 settembre 2023.**

Le domande, presentate dai genitori dello studente o studentessa o direttamente dallo studente o studentessa se maggiorenne, dovranno, unitamente al farmaco, essere consegnate di persona utilizzando la modulistica allegata (da compilare sia a cura dell'istante sia 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 prescrizione rilasciata ai genitori dal medico di famiglia e da questi consegnata a mano alla scuola deve riferirsi a somministrazioni assolutamente necessarie, indispensabili in orario scolastico, non discrezionali da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e di conservazione.

Il medico curante può concordare con la famiglia l'auto-somministrazione da parte dell'alunno. L'accordo va formalizzato in apposita dichiarazione. Il personale scolastico dovrà conoscere i nominativi degli alunni che hanno consegnato il farmaco ai responsabili dell'Istituto e il luogo dove è custodito. In occasione di una uscita o di una visita ciascun studente dovrà portare con sé il farmaco necessario e la copia della prescrizione medica.

Nei casi in cui la somministrazione del farmaco preveda una procedura complessa o in presenza di particolari patologie ci si atterrà alla seguente procedura:

♣ chiamare il 112

♣ chiamare i genitori

♣ chiamare l'addetto del primo soccorso o un addetto che si sia reso disponibile, facendosi portare il farmaco e la prescrizione medica.

Ministero dell'Istruzione e del Merito
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

In Istituto è individuato il responsabile della custodia del farmaco.

Il genitore o l'alunno maggiorenne avrà anche cura di appuntarsi la data di scadenza del farmaco per la sua pronta sostituzione.

La domanda dovrà contenere la descrizione dettagliata delle operazioni da compiere a cura del personale scolastico qualora si rendesse necessario il suo intervento.

Si precisa inoltre che i farmaci già depositati in Istituto nel precedente anno scolastico e che i genitori non sono passati a prendere come era stato richiesto, verranno distrutti presso gli appositi contenitori all'esterno di una farmacia a cura della dirigente scolastica.

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)

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 1

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a _____

genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente _____

nato a _____il ___/___/_____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo gado_____

scuola secondaria di secondo grado_____

sita a _____in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

CHIEDONO/CHIEDO

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

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

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
Ci impegnamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

☐ **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili**

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr._____tel. _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre 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 A RETRO PAGINA

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 variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA **Allegato 1a**

Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto di Istruzione Superiore

nome ed indirizzo dell'Istituto

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 resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizzo contestualmente il personale volontario resosi 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 A RETRO PAGINA

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 variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO **Allegato 2**

PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICIMA GENERALE/PEDIATRE DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

□ Medico di Medicina Generale □ Pediatra di Famiglia □ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ .... e constata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA

Nome e cognome _____

nato a _____il ___/___/_____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado_____

scuola secondaria di secondo grado_____

sita a _____in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo
- Nome commerciale
- Forma farmaceutica
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____al_____; continuativa; al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive

Firma e timbro del Medico

Data _____ _____