



Istituto Comprensivo Statale
"Madre Teresa di Calcutta"
Via Mondolfo n. 7 - 20138 MILANO
Tel. 0288441493/4/7/8 - FAX 0288462025 - C.F. 80124350150
Cod Min. MIIC8AN00D
e-mail: miic8an00d@istruzione.it – sito: www.mtcalcutta.it



A.S. 2017/2018
DATA: 22/5/2018
CIRC. : n. 233
OGGETTO: Rinnovo protocollo farmaci a scuola anno sc. 2018/2019

Ai Docenti
Alle famiglie
Al personale ATA
Sito web

Si prega di prendere visione della circolare allegata relativa all'oggetto, e dare avviso alle famiglie interessate per eventuali richieste o rinnovi di somministrazione farmaci in ambiente scolastico anno 2018/2019.

Le famiglie interessate devono recarsi presso la segreteria della scuola per il ritiro della modulistica necessaria.

Si ricorda che gli orari di ricevimento sono : Lunedì – Martedì – Giovedì – Venerdì dalle ore 08.30 alle ore 10.00



Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Carla Federica Gallotti

AM/



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
 Ufficio X – Ambito Territoriale di Milano
 Via Soderini, 24 – 20146 Milano - Codice Ipa: m_pi
 Ufficio Autonomia

Ai Dirigenti Scolastici delle Scuole Statali
 di ogni ordine e grado
 Milano e Città Metropolitana

Oggetto: Rinnovo Protocollo farmaci a scuola

In applicazione di quanto stabilito nel Protocollo di Intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia in materia di somministrazione di farmaci a scuola si trasmette il protocollo per la somministrazione dei farmaci in ambiente scolastico sul territorio della ATS Milano e Città Metropolitana, condiviso tra UST Ambito territoriale di Milano, ATS e Aziende Socio Sanitarie Territoriali.

Il documento e i relativi allegati sono reperibili al link:

<http://milano.istruzione.lombardia.gov.it/aree-tematiche/protocolli-dintesa/>

Il documento è finalizzato a regolamentare la somministrazione di farmaci nelle collettività scolastiche al fine di garantire a tutti gli alunni che necessitano di somministrazione improrogabile in orario scolastico di ricevere una appropriata assistenza, evitare incongrue somministrazioni e favorire la progressiva autonomia nella gestione della propria patologia.

Si ricorda che ricadono nel campo di applicazione del protocollo esclusivamente situazioni di assoluta ed effettiva necessità determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute.

Le richieste dovranno essere inviate dai Dirigenti Scolastici, in previsione dell'avvio del nuovo anno scolastico, a partire dal mese di giugno, per competenza alla ASST di riferimento territoriale e, per conoscenza ad ATS, utilizzando in riferimento di casella di posta elettronica PEC indicati nelle tabelle allegate al protocollo.

Per informazioni di carattere generale potranno essere contattati i numeri di telefono riportati nelle tabelle in parola.

Tenuto conto della rilevanza della comunicazione, si invitano le SS. LL. a darne la più ampia diffusione.

Il dirigente
Marco Bussetti



Firmato digitalmente da
BUSSETTI MARCO
C=IT
O=MINISTERO ISTRUZIONE
UNIVERSITA' E RICERCA

MB/ls

Per informazioni:
Laura Stampini – 02.92891450
laura.stampini@istruzione.it

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 – 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
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

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