# 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

1. I farmaci a scuola non devono essere somministrati agli studenti, salvo i casi autorizzati dai genitori quando siano presenti le condizioniseguenti:
   * a.a. assoluta necessità;
   * a.b. somministrazione indispensabile in orarioscolastico;
   * 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 delfarmaco.
2. L’autorizzazione alla somministrazione viene rilasciata dai genitori degli studenti, insieme alla certificazione medica che attesti i requisiti di cui al punto**a**.
3. L’autorizzazione sarà formulata sul modulo allegato e consegnata al Dirigentescolastico.
4. In caso di particolari complessità, l’ATS, a richiesta, supporta il Dirigente scolastico nel valutare le condizioni di fattibilità della somministrazionerichiesta.

# Competenze del Dirigente scolastico

* acquisisce la prescrizione medica e la firma di autorizzazione da parte dellafamiglia;
* 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 divolontariato;
* in caso di particolari complessità, costruisce insieme al direttore del Distretto ATS territorialmente competente un protocollo di intervento per l’attuazione della prescrizione terapeutica del medico curante, comprensivo dell’attività di “formazione in situazione” rivolto ai soggetti coinvolti, garantita dall’ASLlocale;

# Pro memoria per I genitori

* L’autorizzazione va consegnata al Dirigentescolastico.
* 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 dellaterapia.
* Ai fini dell’autorizzazione va utilizzato il **modulo**allegato.

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

* nome e cognome dellostudente;
* nome commerciale del farmaco;
* descrizione dell’evento che richiede la somministrazione delfarmaco;
* dose di farmaco dasomministrare;
* modalità di somministrazione delfarmaco;
* modalità di conservazione delfarmaco;
* durata della terapia.

*)*

**MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI NELLASCUOLA**

Al DirigenteScolastico

dell’ICS*Como Lago*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  | |
| Padre / Madre di |  | |
| Nato/a a | | il |
| Classe Sez. | Scuola secondaria di Igrado plesso | |
| Scuola Primaria plesso | |
| Telefono reperibile |  | |

**COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME COMMERCIALE DEL FARMACO** | |
|  | |
| **PRESCRIZIONE MEDICA** | |
| Dosaggio e modalità di somministrazione |  |
| Orari somministrazione |  |
| Durata della terapia |  |
| Modalità di conservazione |  |
| Note del medico curante per interventi di particolare necessità:  …………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………… Como,  *Firma e timbro del medico curante* | |

Il/La sottoscritto/a considerata l’assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico,

**autorizzano**

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

Como,

*Firma*

***RISERVATO ALL’UFFICIO***

IL DIRIGENTE COLASTICO

VISTA la comunicazione dei genitori e la prescrizione medica;

**AUTORIZZA**

DIRIGENTESCOLASTICO

*Giuseppina Romina Porro*

**NB**. Ai fini del GDPR UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, si informa che l’Istituto Comprensivo di Como Lago si

impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dalla S.V.: tutti i dati forniti saranno trattati solo per le finalità connesse e strumentali a quanto in oggetto, nel rispetto delle disposizioni vigenti.