



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

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 di entrambi i genitori

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 di entrambi i genitori

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



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