



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Istituto Comprensivo di Brembate Sotto**

Via Oratorio n. 14 – 24041 BREMBATE (BG)  
Tel: 035 801047 – 035 801447 - Fax: 035 4874731  
C.F. 91026030162 - Cod. Mecc. BGIC82900C – codice univoco ufficio: UFLEUK  
e-mail info@icbrembate.it - bgic82900c@istruzione.it  
PEC bgic82900c@pec.istruzione.it  
Sito web [www.icbrembate.it](http://www.icbrembate.it)

Circolare n.30

Brembate, 02/10/2017

Ai genitori degli alunni dell'I.C. di  
Brembate

**Oggetto: somministrazione farmaci**

*VISTA la NOTA prot.2312 del 25 novembre 2005, emanata congiuntamente dai Ministeri della P.I. e della Salute,*

*VISTO il PROTOCOLLO D'INTESA TRA REGIONE LOMBARDIA E UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA del 13 luglio 2017.*

Si informa che:

- Ogni richiesta di somministrazione di farmaci va sottoposta formalmente al dirigente scolastico richiedendo ai docenti il **modulo 1**.
- La norma prevede le seguenti situazioni: **a)** Continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica; **b)** Somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.
- I genitori possono accedere eccezionalmente ai locali scolastici per garantire la somministrazione di alcuni farmaci in momenti specifici della giornata.
- I farmaci che prevedono auto-somministrazione da parte degli alunni (es. *Ventolin*) devono comunque essere soggetti ad autorizzazione (**modulo D**)
- La Certificazione dello stato di malattia redatta del Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata) ai fini della presa in carico della richiesta dei Genitori al Dirigente Scolastico, deve esplicitare:
  - La assoluta necessità della somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa;

- Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

**Il piano terapeutico**, parte integrante della Certificazione dello stato di malattia redatta dal Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata), conterrà necessariamente: - Nome e cognome dello studente; - Nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio; - Principio attivo del farmaco - Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco; - Dose da somministrare; - Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi) e di conservazione del farmaco, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i; - Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni). - L'indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi.

- Nel caso si configuri la necessità di somministrazione di farmaci salvavita da parte del personale scolastico, si provvederà: a redigere un verbale di consegna del farmaco da parte del genitore, a individuare un luogo idoneo alla custodia del farmaco, a contattare un medico per istruire il personale stesso sul caso specifico.
- Recepte le richieste, il Dirigente rilascerà l'autorizzazione alla somministrazione (**modulo B/1** per farmaco indispensabile, **modulo C/1** per farmaco salvavita).
- Il dirigente è tenuto a segnalare alla ATS/ASST territorialmente competenti i casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi.

I moduli di cui alla presente comunicazione sono stati redatti da questo Istituto Comprensivo; qualora l'ATS prescrivesse l'utilizzo di altra modulistica, le S.V. saranno contattate e invitate a compilare nuovamente la richiesta.

Si ringrazia per la collaborazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Dott.ssa Marilia Cattaneo)  
Documento firmato digitalmente ai sensi del  
D.Lgs. n. 82/2005 e  
successive modifiche ed integrazioni

✂:.....✂:.....✂:.....

(riconsegnare all'insegnante/coordinatore di classe)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....

GENITORE DELL'ALUNNO/A.....CLASSE.....SEZ.....

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELLA **CIRCOLARE N.30** DEL GIORNO 02 OTTOBRE 2017.

DATA.....

FIRMA.....