

Alle famiglie interessate:

In allegato, si trasmette il **modello** da compilare per la **richiesta di somministrazione di farmaci agli alunni a scuola**, valido per l'anno scolastico **2011/2012**, con l'invito a consegnarlo presso gli uffici di segreteria, debitamente compilato e firmato, nei **primi giorni di settembre 2011**, al fine di avviare le pratiche per l'autorizzazione.

Si ringrazia per la collaborazione.

Mandello del Lario, 6 giugno 2011

Il Dirigente Scolastico



LINEE GUIDA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA PROTOCOLLO 2009 ASL - USP di LECCO

Art. 2 - Tipologia degli interventi - La somministrazione di farmaci, compresi quelli omeopatici, deve avvenire sulla base di prescrizione medica, della quale si allega un facsimile (all.1), rilasciata dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), dal Medico di Medicina Generale (MMG), dal Medico specialista o da struttura SSN che definisca:

- Nome del farmaco
- Posologia
- Modalità e tempi di somministrazione
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata del trattamento

La prescrizione medica deve essere deve essere chiaramente leggibile.

Art. 3 - Soggetti coinvolti - La Somministrazione di farmaci agli alunni/studenti in orario scolastico coinvolge ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni/ studenti e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: Dirigente Scolastico, Personale Docente ed ATA;
- l' ASL: PLS e MMG, Ufficio Ricerca Sviluppo sanitario, Osservatorio Epidemiologico e Medicina Preventiva di Comunità (Riss. Com), Servizio Famiglia Infanzia Età Evolutiva, infermiere/assistenti sanitarie dei consultori familiari di Presidi distrettuali (per Mandello del Lario: Consultorio Familiare, via degli Alpini, 1 tel. 0341-739417, Operatore di Riferimento: signora MUNGO Concetta).

Art. 4 - Modalità di intervento - La somministrazione dei farmaci in orario scolastico deve essere formalmente **richiesta da entrambi i genitori** degli alunni (o dagli esercenti la potestà genitoriale), a fronte della **presentazione di una certificazione medica** (all. 2) .

Tale somministrazione **non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche** di tipo sanitario, **né l'esercizio di discrezionalità tecnica** da parte del somministratore.

Il farmaco e gli eventuali presidi (siringhe, cotone, disinfettante, etc.) verranno forniti alla scuola dal genitore o dagli esercenti la potestà genitoriale, che avrà cura di reintegrarli in seguito alla segnalazione della scuola dell'avvenuto consumo e/o della prossimità della data di scadenza.

Art. 6 - Durata autorizzazione - L'autorizzazione è da ritenersi valida per l'anno scolastico in corso e deve essere **obbligatoriamente rinnovata all'inizio dell'anno scolastico** e in caso di qualsiasi modifica riguardante la terapia in atto.

Copia del documento completo può essere visionata presso la sede scolastica e l'ufficio di segreteria.

Fac-simile prescrizione medica

Cognome _____ Nome _____

Terapia farmacologica in atto nelle 24 ore

1 . (Nome farmaco) _____ posologia _____
orario _____

(specificare se prima, durante o dopo il pasto)

Modalità di conservazione _____

2 . (Nome farmaco) _____ posologia _____
orario _____

(specificare se prima, durante o dopo il pasto)

Modalità di conservazione _____

3. _____

4. _____

5. _____

Terapia al bisogno

1 . (Nome farmaco) _____ posologia _____

Modalità di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

2. _____

Modalità di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Data _____

timbro e firma

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO O DI CHI ESERCITA
LA POTESTÀ GENITORIALE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti

.....

genitori / tutori di

nato/a il

residente a in via

frequentante la classe della Scuola Primaria / Secondaria

sita a in via

Essendo il minore affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione dei farmaci come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data..... dal Dr.

Dichiarano che la somministrazione del/ dei farmaco/i è fattibile anche da parte di personale non
sanitario.

Chiedono, inoltre, che la somministrazione sia effettuata (segnare la voce che interessa):

- dai genitori/ tutori, per i quali si chiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione ad accedere
nella scuola, negli orari della somministrazione.
- dal personale scolastico, per il quale si autorizza fin d'ora l'intervento.
- per autosomministrazione, in quanto il minore è in grado di somministrarsi il farmaco.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili
sono idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SÌ

NO

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà:

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta / Medico curante _____
- Genitori o chi esercita la patria potestà _____