



Gentili Genitori,

vi invitiamo a visitare il SITO della Regione Lombardia per leggere la stesura completa del **PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (DGR n° X/6919 del 24/7/2017)** del quale riportiamo qui di seguito le parti che interessano la modulistica da presentare a scuola.

SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Estratto da: "Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio scolastico Regionale per la Lombardia"

ART 3 - IL PERCORSO OPERATIVO

A) La richiesta dei Genitori (o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

I Genitori (o chi esercita la potestà genitoriale o l'alunno maggiorenne), sottopongono al Dirigente Scolastico la richiesta di autorizzazione di somministrazione di farmaci a scuola completa della Certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico, redatta dal Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata).

La richiesta deve essere presentata al Dirigente Scolastico ad ogni cambio di ciclo scolastico e anche in caso di trasferimento/passaggio ad altra Istituzione Scolastica. La richiesta deve indicare i recapiti per contatti in caso di necessità da parte della Scuola.

Nella richiesta i Genitori (o chi esercita la potestà genitoriale o lo Studente maggiorenne) devono -dichiarare di:

- Essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- Autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso; -
- Impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso
- Autorizzare, se del caso, l'auto – somministrazione di cui al successivo punto D)

B) La Certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico

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 (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i (FI);**
- **Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni)**
- **L'indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi**

Alleghiamo pertanto:

- **ALLEGATO n° 1** = da far compilare al proprio MEDICO CURANTE di base; o al PEDIATRA, o allo SPECIALISTA
- **ALLEGATO n° 2 = AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEI GENITORI PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**

Gli allegati sono da riportare a scuola al più presto possibile, insieme al FARMACO (sul quale vi chiediamo di apporre un'etichetta GRANDE col nome e cognome di vostro/a figlio/a; la patologia per cui è necessaria la somministrazione; la scadenza del farmaco. Grazie.

La Coordinatrice – Monica Saccenti

Allegato n. 1

PROTOCOLLO SANITARIO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott _____ medico curante dell'alunno
nome e cognome _____
data e luogo di nascita _____ classe _____ sez _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO _____ E' AFFETTO DA (patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi

1)(Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco)

2) (Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto):

- nome commerciale farmaco _____
- dose da somministrare _____
- modalita' di conservazione _____
- interventi necessari in caso di non risoluzione con la terapia di cui sopra

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

data, luogo _____

In Fede
(timbro e firma)

Allegato n. 2

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____

genitori di _____ frequentante la classe _____

essendo il minore affetto da _____, patologia che può richiedere l'assoluta necessità di intervento, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti

CHIEDONO

che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione descritta nell'autorizzazione medica che si allega alla presente richiesta.

AUTORIZZANO e SOLLEVANO

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: _____

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori