



LICEO STATALE "A. PIGAFETTA"

Classico - Linguistico - Musicale

Contrà P. Cordenons, 1 – 36100 VICENZA - Tel. 0444/543884 – Fax 0444/326027

Somministrazione farmaci a scuola - Norme e modulistica

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA IL MINISTRO DELLA SALUTE

25 novembre 2005 - *“Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all’assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all’interno della struttura scolastica.” (Estratto)*

Art. 2 – Tipologia degli interventi – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto.

Art. 3 – Soggetti coinvolti - La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le AUSL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d’integrazione scolastica e formativa dell’alunno.

[.....]

Art. 4 – Modalità di intervento – La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell’alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l’individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concedono, ove richiesta, l’autorizzazione all’accesso ai locali scolastici durante l’orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati. [...]

MODELLO 1 : RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI da compilare a cura dei genitori dell’alunno.

MODELLO 2 : PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO da compilare dal Medico curante.

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

I sottoscritti
genitori di nato/a a il..... residente
a in via
frequentante la classe per l'a.s., essendo il minore affetto/a da
patologia come da certificazione medica allegata alla presente istanza, constatata l'assoluta
necessità, alla luce delle Linee Guida emanate dai Ministeri dell'Istruzione e della Salute in
data 25 novembre 2005,

chiedono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco come descritto nell'allegata
prescrizione medica, in cui si illustrano la denominazione del farmaco, posologia, orari, modalità di
somministrazione e descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione e ogni
altra indicazione utile al corretto intervento, rilasciata in data dal
Dott.....

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo
sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Dichiarano che l'alunno/a, in virtù della sua età, possiede capacità di gestione autonoma ed ha
ricevuto opportuno addestramento per l'auto somministrazione del farmaco, in presenza di un
adulto che possa garantire l'adeguata vigilanza ☐ SÌ ☐ NO

Indicano i seguenti recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate
Madre telefono cellularealtro telefono
Padre telefono cellularealtro telefono

Si impegnano a fornire la scuola del farmaco prescritto, a proprie spese, e a sostituirlo con tempistica
adeguata alla scadenza del medesimo.

Data:

Firma dei genitori o di chi esercita la genitorialità
la madre
il padre

MODELLO 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome..... Nome.....

nato/a a il residente a

in via..... frequentante la Classe del Liceo Pigafetta

affetto/a da

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione.....

Dose.....

Modalità di conservazione del farmaco

Tempi della somministrazione o illustrazione dei sintomi percepibili che ne indicano la necessità

.....

.....

.....

Specifici accorgimenti da mettere in atto da parte dell'adulto presente :

.....

.....

.....

note

.....

.....

Si dichiara che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra