



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ, DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "GARIBALDI "
Via Via Mola di Santa Maria snc – 04022 Fondi - LT - ☎ 0771.531509-/fax 0771.531738
e-mail: ltic85200d@istruzione.it PEC: : ltic85200d@pec.istruzione.it
Codice Meccanografico LTIC85200D – Codice Fiscale 90056220594

Circ n. 6

Fondi, 18/09/2017

Al sito della scuola
Al personale scolastico
Alle Famiglie

Oggetto: PROCEDURA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Per opportuna conoscenza si rende noto quanto in oggetto.

Tenuto conto delle Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico – DM 25/11/2005 l'iter da rispettare è il seguente:

- **Il genitore**, o chi eserciti la patria potestà, deve:
 - a. fare richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico (vedi mod.1);
 - b. accompagnare la richiesta di somministrazione con la presentazione di certificazione medica redatta dal medico o dalla specialista (vedi mod. 2) attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità, tempi di somministrazione, posologia);
 - c. fornire eventualmente il farmaco in confezione integra alla scuola tenendo conto della data di scadenza;
 - d. autorizzare il personale individuato dal Dirigente alla somministrazione del farmaco (si farà menzione di questa autorizzazione nel mod. 1).

- **Il Dirigente scolastico**, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:
 - a. effettua una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
 - b. concede, 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;

c. verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (personale docente ed ATA) a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Gli operatori scolastici possono essere individuati tra coloro che abbiano seguito i corsi di primo soccorso.

• **L'operatore scolastico**, una volta resa per iscritto la propria disponibilità:

a. prende in consegna il farmaco e avrà cura di conservare il medicinale in un luogo sicuro per gli alunni ma di facile accesso per effettuare la somministrazione in tempi brevi.

b. come indicato nel certificato medico, interverrà somministrando il farmaco.

c. in caso di crisi improvvise (es. epilessia) chiamerà il collaboratore scolastico (o l'addetto al primo soccorso se persona diversa dal somministratore) che chiamerà i genitori e, nel caso, il 118 e rimarrà a disposizione per la sorveglianza degli alunni.

Il personale supplente al momento dell'entrata in servizio dovrà essere informato dalle insegnanti di plesso.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Daniela Caianiello
(firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3,c.2 DLgs 39/93)

MOD.1

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno _____ frequentante la classe/sezione _____
della scuola _____ plesso _____ essendo il minore affetto
da _____ e constatata l'assoluta necessità,
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

provvederanno personalmente alla somministrazione del farmaco e pertanto consegnano/non
consegnare il farmaco e CHIEDONO al Dirigente Scolastico l'autorizzazione ad entrare nella
scuola a tal fine.

sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico
(insegnanti e collaboratori/trici scolastici) pertanto CHIEDONO che il Dirigente scolastico
individuï tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione AUTORIZZANDO e
SOLLEVANDO tali incaricati da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento e
da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

dichiarano la possibilità di prevedere l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'allievo
per età, esperienza, addestramento. In tal caso, consegnano / non consegnano il farmaco.

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

Firma dei Genitori

Mod.2

CERTIFICAZIONE MEDICA 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 /sezione _____ DICHIARA CHE
L'ALUNNO _____ È 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 _____

Modalità di conservazione _____

Modalità e tempi di somministrazione _____

Posologia _____

_____, _____

In Fede (timbro e firma)
