



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo Statale Esperia

sede centrale e segreteria: Esperia (Fr) c.a.p. 03045 via San Rocco, 5 – tel. 0776937024 - 0776938023 – Fax 0776938135 - web: [www.icesperia.it](http://www.icesperia.it)  
codice fiscale: 81004630604 - codice mecc.: FRIC80300L - A. T. S.: FR0012 - codice attività (Ateco07): 853110 – p.e.c.: [fric80300l@pec.istruzione.it](mailto:fric80300l@pec.istruzione.it)

[e-mail: fric80300l@istruzione.it](mailto:fric80300l@istruzione.it) – servizio di cassa: Banca Popolare del Cassinate tel. 0776317442 – (Agenzia di Cassino – corso della Repubblica, 193/195) - IBAN: IT4220537274370000010175263

Al personale docente  
I.C. di Esperia  
Alla D.S.G.A.  
All'albo web  
LORO SEDI

**CIRCOLARE PERMANENTE SOMMINISTRAZIONE FARMACI REVISIONE 2019**

Si allegano i vari moduli da consegnare al genitore nel caso in cui l'allievo necessiti di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Il personale scolastico (docenti e coll. Scolastici) può volontariamente decidere – ma non sono obbligati in alcun modo – se dare disponibilità scritta al D.S. per somministrare il farmaco a scuola. In certi casi, quelli più gravi, la somministrazione potrebbe richiedere anche un “mini-corso” di addestramento da seguire presso le ASL (in tal caso è il medico curante a precisare se occorrono conoscenze specialistiche o meno nella somministrazione). La procedura da seguire è stata brevemente sintetizzata per i genitori nell'all. 1, alla pag. 2 (richiesta del genitore al dirigente scolastico).

In ogni caso l'iter previsto dalle linee guida del MIUR del 2005 che si allegano, comprende:

- 1- La richiesta del genitore al D.S. secondo il modulo allegato 1
- 2- Tale richiesta deve anche prevedere la certificazione/prescrizione medica circa il tipo di farmaco, la posologia, le modalità di custodia, ecc. (all. 2); l'eventuale addestramento del personale scolastico che dovesse rendersi disponibile alla somministrazione.
- 3- Inoltrata tale richiesta il D.S. verifica se c'è disponibilità scritta da parte di docenti o coll. Scol. alla somministrazione. In caso positivo ne informa la famiglia che compila il mod. 3 (autorizzazione alla somministrazione nei confronti del personale scolastico).
- 4- Sulla base di ciò il D.S. stende una Procedura che comunica per iscritto a famiglia e personale scolastico.
- 5- Nel caso in cui non ci sia disponibilità da parte di docenti o collaboratori scolastici alla somministrazione a scuola, il D.S. autorizza il genitore o altra persona da questi delegata a recarsi a scuola in determinati orari o al bisogno, in caso di urgenze. Se la famiglia non è disponibile resta ferma la procedura di chiamare il pronto soccorso/118 per casi gravi ed urgenti e, immediatamente dopo, avvertire la famiglia.
- 6- In ogni caso la procedura indicata sopra è conforme a quella specificata nelle linee guida ministeriali del 2005 che restano, per noi, l'unico riferimento vigente al momento.

Il Dirigente Scolastico  
(Prof.ssa M. P. Giuliano)

Firma autografa sostituita a mezzo  
stampa ai sensi e per gli effetti  
dell'art. 3, c. 2 D.Lgs. n.39/93

alla c.a. del DIRIGENTE SCOLASTICO dell'I.C. di Esperia

**OGGETTO: RICHIESTA DEL GENITORE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

Il/la sottoscritt.....genitore/tutore  
dell'alunno/a.....frequentante la  
classe/sezione.....della scuola.....di.....nell'anno  
scolastico.....te. fisso.....cell.....; recapito  
sede di lavoro.....

**VISTA** la specifica patologia del/della proprio/a figlio/a:.....

**RICHIESTE**

Ai sensi delle LINEE GUIDA del 25/11/2005 in materia di somministrazione di farmaci a scuola, la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione medica allegata/ nel piano d'azione allegato.

ALLEGA prescrizione /certificazione medica

ALLEGA piano d'azione

Data: ..... Firma.....

**FASI DELLA PROCEDURA:**

- 1) Richiesta del genitore al dirigente scolastico corredata da specifica certificazione/prescrizione medica dettagliata indicante patologia, modalità e posologia, di somministrazione; necessità/non necessità di particolari competenze medico-infermieristiche dell'eventuale personale scolastico disponibile alla somministrazione
- 2) Verifica del D.S. circa la disponibilità di personale docente o non docente alla somministrazione. Nessuno è obbligato a dare la propria disponibilità in tal senso.
- 3) In determinati casi è prevista specifica formazione di detto personale da parte delle AUSL su richiesta del D.S. e sulla base del piano d'azione del medico.
- 4) Nel caso di disponibilità scritta di detto personale, occorre specifica autorizzazione scritta del genitore alla somministrazione
- 5) Nel caso di mancata disponibilità del personale scolastico, viene rilasciata l'autorizzazione dal D.S. al genitore o suo delegato ad accedere ai locali scolastici per la somministrazione del farmaco in questione
- 6) Resta inteso – come prescritto dalla legge – il ricorso ai presidi medici di pronto intervento (pronto soccorso/118) in caso di pericolo di vita e, successivamente, la telefonata ai genitori/tutori

**AUTORIZZAZIONE ALL'INTERVENTO DEL PERSONALE SCOLASTICO CHE HA DATO LA PROPRIA DISPONIBILITA' A SOMMINISTRARE IL FARMACO A SCUOLA**

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. di Esperia

I sottoscritti (padre).....e madre.....  
in qualità di genitori/tutori del minore.....  
iscritto per l'a.s.....presso la scuola.....  
di..... classe/sez.....

**AUTORIZZANO**

il seguente personale scolastico, una volta verificatane la personale disponibilità scritta:  
cognome e nome qualifica

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Barrare con una X la dicitura che interessa tra le lettere A/B/C) sotto indicate

A) A seguire il percorso di formazione/addestramento, gestito da

.....  
per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato

B) di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da prescrizione medica in allegato.

C) Di attivare – qualora secondo il piano d'azione del medico **non occorra** specifico addestramento del personale scolastico – le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da prescrizione medica allegata.

D) I sottoscritti con la presente, delegano ed autorizzano formalmente il personale scolastico in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento.

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

- SI
- NO

In fede (firma del padre).....  
(firma della madre).....

**(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)**

Il sottoscritto.....genitore dell'alunno.....  
Dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutoree assente.....

Firma.....

Luogo.....

Data.....

Numeri di telefono utili:

- Medico curante (PLS/MMG).....
- Genitore (padre).....
- Genitore (madre).....

**Allegato 3 da compilarsi a cura del medico**

**CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

***Si certifica per il minore***

Cognome.....

Nome.....

Nato il.....a.....

Residente a .....

In via.....

Iscritto c/o la scuola.....

Classe.....

**l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:**

nome commerciale del farmaco.....

Dose e modalità di somministrazione.....

Via di somministrazione.....

Orario 1<sup>^</sup> dose.....2<sup>^</sup>dose.....3<sup>^</sup>dose.....4<sup>^</sup>dose.....

Durata terapia  
dal.....al.....

**oppure**

evento per il quale è prevista la somministrazione.....

modalità di conservazione del farmaco.....

Eventuali  
note.....

.....

Effetti collaterali.....

Luogo e data.....

Timbro e firma del medico

.....

**Alla c.a. del DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'I.C. DI ESPERIA**

**DISPONIBILITA' DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A  
SCUOLA**

Il/la sottoscritto/a....., in servizio presso l'I.C. di Esperia,  
nel plesso di....., con la qualifica di.....  
(doc./collab.scol.), nell'a.s.....

**DICHIARA**

di:

- essere disponibile
- non essere disponibile

a somministrare il farmaco.....

all'alunn.. .....secondo la prescrizione medica/il  
piano d'azione del medico curante allegato alla presente e una volta acquisita l'autorizzazione dei  
genitori.

Data.....

Firma

.....