



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G.A. MUGGIANU" OROSEI  
Via Verdi 21/23 - 08028 Orosei (Nu)  
tel. 0784 98808 - fax 0784 98407  
NUIC877006 - C.Fisc. 93043380919  
mail [nuic877006@istruzione.it](mailto:nuic877006@istruzione.it) - [nuic877006@pec.istruzione.it](mailto:nuic877006@pec.istruzione.it)

## **LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELLA SCUOLA**

Non si prevede in generale la somministrazione di farmaci presso le scuole.

In alcuni casi eccezionali, però, la frequenza scolastica può essere possibile solo se l'alunno può assumere un farmaco nelle ore di scuola; in questi casi, qualora la somministrazione del farmaco non presenti particolari difficoltà, la disponibilità del personale della scuola a farsi carico della somministrazione può risolvere il problema.

E' comunque utile fare riferimento al presente protocollo nei casi giudicati più complessi, per richiesta dei genitori o del personale scolastico o per giudizio del medico di comunità.

1. Le patologie per cui viene presa in considerazione la somministrazione di un farmaco a scuola sono in genere croniche e prevedono farmaci indispensabili, come ad esempio *crisi convulsive in malattie croniche, fibrosi cistica, crisi di asma* o altro da valutare.
2. Per il *diabete insulino-dipendente* è attivo un servizio dedicato nelle scuole materne ed elementari.
3. Il farmaco viene somministrato dal personale della scuola previo accordo fra le parti secondo la procedura di seguito descritta.
4. Il genitore inoltra al Dirigente Scolastico la richiesta di somministrazione del farmaco a scuola (modulo allegato). Il Dirigente scolastico informa il Medico di Comunità e contatta i soggetti interessati per definire un incontro.
5. Il Medico di Comunità chiede al genitore il certificato del medico curante o di un centro specialistico di riferimento, recante il nome commerciale del farmaco, la modalità di somministrazione, l'esatta posologia e la necessità, non differibile, di somministrazione del farmaco ad orari prestabiliti in orario scolastico (nel caso in cui si tratti di farmaco assunto a scopo terapeutico) o in caso di emergenza.
6. I genitori del minore sottoscrivono il proprio consenso (modulo allegato), con il quale, previa completa informazione sulle possibilità operative fornite dalla scuola, essi autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco al bambino, nelle patologie e nel dosaggio indicato dal medico.
7. Il Medico di Comunità fornisce una completa informazione, alla presenza dei genitori, al personale della scuola, su quali siano gli eventuali sintomi da monitorare per la somministrazione, sulle modalità di somministrazione, sugli effetti collaterali dopo la somministrazione del farmaco e su quale debba essere il comportamento più congruo da attuare nell'ipotesi che questi si presentino.
8. Sottoscritto l'accordo, i genitori consegneranno il farmaco che sarà conservato con le modalità indicate.

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Statale  
G.A. Muggianu Orosei

**Oggetto: Richiesta di somministrazione del farmaco**

I sottoscritti: ..... e .....

genitori di: .....

frequentante la classe: ..... della Scuola ..... di Orosei

### **CHIEDONO**

- sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica

I sottoscritti inoltre:

- si impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.
- comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
- Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici: .....

mail: .....

Orosei, .... / .... / .....

**Firme dei genitori\***

.....

.....

*\* Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.*



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G.A. MUGGIANU" OROSEI  
Via Verdi 21/23 - 08028 Orosei (Nu)  
tel. 0784 98808 - fax 0784 98407  
NUIC877006 - C.Fisc. 93043380919  
mail [nuic877006@istruzione.it](mailto:nuic877006@istruzione.it) - [nuic877006@pec.istruzione.it](mailto:nuic877006@pec.istruzione.it)

## VERBALE DI INCONTRO FRA LE PARTI INTERESSATE NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

A seguito della richiesta del ....../....../.....

inoltrata dai genitori di .....

classe ..... della scuola ..... di Orosei

il Dirigente (o suo delegato), il personale della scuola, il medico di comunità ed i genitori si sono riuniti ed accordati in data odierna circa la possibilità e la modalità di conservazione e somministrazione del farmaco a scuola.

Luogo di conservazione del farmaco: .....

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione:

.....  
.....  
.....

I genitori autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....  
.....

Il Medico Scolastico .....

Il Dirigente .....

Il Personale della scuola (qualifica) .....

Il Genitore \*

.....

\* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

Si allega:

- Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità) e la posologia necessaria
- Richiesta dei genitori

Orosei, ....../....../.....