



Circolare n. 46 del 06.10.2021

Ai Docenti dell'Istituto  
Al personale ATA  
Ai genitori degli alunni interessati  
Al Dsga  
Agli ATTI

## **OGGETTO: PROCEDURA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

**VISTA** la nota n. 2312 del 25.11.2005 il M.I.U.R., d'intesa con quello della Sanità, "*Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica*".

Frequentemente accade che alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo nei casi **autorizzati dai genitori**, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità e, soprattutto, se risulterà indispensabile durante l'orario scolastico.

### **1) Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche**

Tale somministrazione richiede alcuni passaggi.

- a) Richiesta formale da parte della famiglia, **esclusivamente a mezzo posta elettronica all'indirizzo [arpm010006@istruzione.it](mailto:arpm010006@istruzione.it)** - la consegna a mano all'Ufficio Protocollo - **esclusivamente previa richiesta di appuntamento – sarà consentita solo in caso di effettivo impedimento, opportunamente documentato, ad inoltrare la richiesta a mezzo posta**, a fronte di un certificato medico attestante lo stato di malattia aggiunto al modulo di autorizzazione, sottoscritto dal soggetto esercitante la patria potestà, contenente in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori: - nome e cognome dello studente
  - nome commerciale del farmaco
  - descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
  - dose da somministrare
  - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco - durata della terapia.
- b) Verifica del Dirigente Scolastico della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (docenti e collaboratori scolastici) che possono essere individuati tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.Lvo. 81/2008 o debitamente formato dall'Istituzione scolastica, anche attraverso corsi in rete con altri enti formativi.



c) Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Solo dopo questi tre passaggi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento, **consegna che andrà verbalizzata a cura dei docenti su apposito verbale allegato alla presente circolare.**

### **2) Terapie farmacologiche brevi**

Resta invariata l'assoluta necessità della somministrazione durante l'orario scolastico e la richiesta/autorizzazione da parte della famiglia.

L'autorizzazione del Dirigente Scolastico verrà comunicata al responsabile di plesso che si accorderà con il personale scolastico deputato alla somministrazione.

**NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE**

### **3) La gestione dell'emergenza**

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere di portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al **Sistema Sanitario Nazionale 112** (avvertendo contemporaneamente la famiglia), altrimenti potrebbe configurarsi il reato di omissione di soccorso.

Allegati:

1. Richiesta del genitore e conseguente autorizzazione nello stesso modello;
2. Autorizzazione alla somministrazione del medico;
3. Disponibilità insegnanti a somministrare farmaco;
4. Linee guida;
5. Verbale di consegna del farmaco a scuola.

**IL DIRIGENTE**  
**Prof.ssa Lucia Bacci**  
(firmato digitalmente ai sensi del CAD e delle norme ad esso connesse)



**Allegato n. 1**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA TRASMETTERE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

esclusivamente a mezzo posta elettronica all'indirizzo [arpm010006@istruzione.it](mailto:arpm010006@istruzione.it)

La consegna a mano all'Ufficio Protocollo - esclusivamente previa richiesta di appuntamento – sarà consentita solo in caso di effettivo impedimento, opportunamente documentato, ad inoltrare la richiesta a mezzo posta

I sottoscritti

.....

Recapiti tel.....

Recapiti tel.....

genitori dell'alunno .....

nato a ..... il .....

residente a ..... in via .....

frequentante la classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via .....

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 Dott.

.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si **autorizza** fin d'ora l'intervento, inoltre si solleva da ogni responsabilità tutto il personale nel caso di complicazioni nonostante si sia intervenuti tempestivamente sull'alunno eseguendo tutto ciò che è stato descritto nel certificato medico.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03, del DGPR 679/2016 e D.lgs 101/18.



**LICEI**

**GIOVANNI DA SAN GIOVANNI**

**Linguistico · Scienze Umane · Economico-Sociale  
Scientifico Internazionale Cambridge STEM**

Piazza Palermo, 1  
52027 San Giovanni Valdarno  
Tel. 055 94 35 28

Sito Istituzionale: [www.liceisgv.edu.it](http://www.liceisgv.edu.it)  
E-mail: [arpm010006@istruzione.it](mailto:arpm010006@istruzione.it)  
PEC: [arpm010006@pec.istruzione.it](mailto:arpm010006@pec.istruzione.it)  
Codice fiscale: 81005550512

SI

NO

Data .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

Recapiti tel.: Pediatra /Medico \_\_\_\_\_ Genitori \_\_\_\_\_

E-mail: Pediatra /Medico \_\_\_\_\_ Genitori \_\_\_\_\_

VALUTATI la presente richiesta, il certificato medico allegato, la disponibilità del  
Docente/Coll.Sco. e la fattibilità organizzativa;  
Il Dirigente Scolastico AUTORIZZA la somministrazione del farmaco  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Lanciano ..... ..

**Note: La richiesta/autorizzazione va inviata al Dirigente Scolastico a mezzo posta elettronica all'indirizzo [arpm010006@istruzione.it](mailto:arpm010006@istruzione.it) Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.**

**Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovato all'inizio del nuovo anno scolastico.**

**I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.**



**Allegato n. 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 SOTTOINDICATI, DA PARTE DI  
PERSONALE NON**

**SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

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

Data di nascita ..... Residente a .....

in via ..... Telefono .....

Classe ..... della Scuola .....

Sita a ..... in via .....

Dirigente Scolastico .....

**del seguente farmaco**



**LICEI**

**GIOVANNI DA SAN GIOVANNI**

**Linguistico · Scienze Umane · Economico-Sociale  
Scientifico Internazionale Cambridge STEM**

Piazza Palermo, 1  
52027 San Giovanni Valdarno  
Tel. 055 94 35 28

Sito Istituzionale: [www.liceisgv.edu.it](http://www.liceisgv.edu.it)  
E-mail: [arpm010006@istruzione.it](mailto:arpm010006@istruzione.it)  
PEC: [arpm010006@pec.istruzione.it](mailto:arpm010006@pec.istruzione.it)  
Codice fiscale: 81005550512

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

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

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

Modalità di conservazione del farmaco .....

Evento .....

Eventuali note di primo soccorso .....

.....  
Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03, del DGPR  
679/2016 e D.lgs 101/18.

SI

NO

Data .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

.....



### **Allegato n. 3**

**Al Dirigente scolastico**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Insegnante /Collaboratore Scol \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

### **DICHIARO**

su base volontaria di essere disponibile a somministrare il farmaco salvavita all' alunno, nei casi previsti dal certificato medico nell'anno scolastico 2020/21.

data \_\_\_\_\_

L'insegnante di classe/Il collaboratore scolastico



## Allegato n. 4

### REGOLAMENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

A scuola non possono essere somministrati farmaci, salvo i casi autorizzati dal medico pediatra o specialista.

La somministrazione dei medicinali è limitata ai casi di **assoluta necessità** e quando la somministrazione è **indispensabile** durante l'orario scolastico.

Per ottenerne l'autorizzazione è necessario che il genitore presenti la documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso (certificato del medico curante e/o documentazione di eventuali ricoveri, ecc.).

Il pediatra o lo specialista medico rilascia il certificato contenente le motivazioni e la modalità di somministrazione del farmaco al genitore che provvederà a consegnare la richiesta e richiedere l'autorizzazione al Dirigente Scolastico.

La scuola nella figura del Dirigente Scolastico, dopo aver acquisito la richiesta da parte della famiglia e il certificato rilasciato dallo specialista, dal pediatra o altra figura medica di competenza, valutata la fattibilità organizzativa per la somministrazione del farmaco, adotta la seguinte procedura:

1. Individua all'interno della scuola, le persone incaricate e preposte alla somministrazione del farmaco. Tali figure, che possono ricoprire il ruolo di docente, ATA, o educativo assistenziale, saranno adeguatamente formate sulle modalità e le fasi di somministrazione.
2. Cura l'esecuzione delle procedure indicate nel modulo di somministrazione, anche mediante il coinvolgimento della famiglia, dopo aver individuato gli operatori preposti alla somministrazione e proceduto alla loro formazione.

Quando non sia possibile applicare un protocollo terapeutico efficace o subentrino difficoltà organizzative, rimane prescritto il ricorso al Servizio Sanitario Nazionale.

L'autorizzazione ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico o, se necessario, durante lo stesso anno.

Il farmaco autorizzato va consegnato, in confezione integra, al personale scolastico, che lo trattiene per tutta la durata della terapia.



Terminata la terapia il farmaco viene riconsegnato alla famiglia.

### Allegato n. 5

#### VERBALE DI CONSEGNA DEL FARMACO A SCUOLA

Il giorno ..... alle ore ..... la/il

sig. .... genitore

dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... sez. .... della

scuola .....

consegna ai docenti di classe un flacone/una confezione nuovo/a ed integro/a del medicinale

..... da somministrare

all'alunno/a\_ in caso di<sup>1</sup> ..... nella

dose .....

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in

data ..... dal

dott. ....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale

---

<sup>1</sup> Specificare l'evento



**LICEI**

**GIOVANNI DA SAN GIOVANNI**

**Linguistico · Scienze Umane · Economico-Sociale  
Scientifico Internazionale Cambridge STEM**

Piazza Palermo, 1  
52027 San Giovanni Valdarno  
Tel. 055 94 35 28

Sito Istituzionale: [www.liceisgv.edu.it](http://www.liceisgv.edu.it)  
E-mail: [arpm010006@istruzione.it](mailto:arpm010006@istruzione.it)  
PEC: [arpm010006@pec.istruzione.it](mailto:arpm010006@pec.istruzione.it)  
Codice fiscale: 81005550512

sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Recapito telefonico del medico

durante: .....

Luogo e Data .....

Il genitore

.....

I docenti

.....

.....

.....

.....