



Regione Siciliana

**ISTITUTO COMPRENSIVO AD INDIRIZZO MUSICALE**

**"Mario NUCCIO"**

SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA- SECONDARIA 1° GRADO

Via Salemi n. 18 - Centralino 0923/981319 – fax 0923/999045 C. F. 82004590814

CAP 91025 MARSALA (TP)

Circolare n° 11

Prot 6409 s.l. dell' 8/9/23

Marsala 07 /09/2023

- Ai Docenti  
Scuola dell'Infanzia  
Scuola Primaria  
Scuola Secondaria di I grado
- Alla DSGA
- Al Personale ATA
- Agli atti

**OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

La presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui le alunne e gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

Con la nota n. 2312 del 25.11.2005 il Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, ha emanato le *"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"*.

Il rifiuto da parte del personale scolastico di assumere questo incarico non trova giustificazione, dal momento che non è riconosciuta nessuna responsabilità a loro carico se vengono seguite correttamente le indicazioni del medico; invece potrebbe configurarsi come omissione di soccorso (art 593 Codice penale), la mancata somministrazione secondo le procedure previste.

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 il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

- a) Richiesta formale da parte della famiglia (Mod 1) a fronte di un certificato medico attestante lo stato di malattia aggiunto al modulo di autorizzazione, sottoscritto dal soggetto esercitante la patria potestà;
- b) Certificato medico attestante la patologia (Mod 2 - FAC SIMILE)

c) Protocollo per la somministrazione del farmaco, redatto dalla USL o dal medico competente, (Mod 3 FAC SIMILE) contenente in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome commerciale del farmaco
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- dose da somministrare
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- personale autorizzato alla somministrazione
- durata della terapia.

d) Verifica del Dirigente Scolastico della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (docenti e collaboratori scolastici), individuati tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L. 626/94.

e) Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Solo dopo queste fasi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato dalla famiglia dell'interessato agli operatori scolastici in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento.

## **2) LA GESTIONE DELLE EMERGENZE**

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 attraverso il 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia), altrimenti potrebbe configurarsi il reato di omissione di soccorso.

**Gli alunni interessati verranno segnalati dai Responsabili di plesso alla segreteria, che avrà cura in seguito di fornire le informazioni e la modulistica alle famiglie.**

## **NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE**

Allegati:

1. Richiesta formale da parte della famiglia (**Mod 1**)
2. Certificato medico attestante la patologia FAC SIMILE (**Mod 2**)
3. Protocollo per la somministrazione del farmaco, redatto dalla USL o dal medico competente, FAC SIMILE (**Mod 3**)
4. Richiesta disponibilità (**Mod 4**)

  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Ing. Francesco Marchese)

(Mod 1)

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO  
E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti .....

.....

genitori di .....

nato/a 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 Dr.....

**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.**

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03.

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

1) ..... 2).....

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

FAC-SIMILE  
CERTIFICATO MEDICO  
ATTESTANTE LA PATOLOGIA

Si attesta che:

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

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

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

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

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

è affetto dalla seguente patologia:

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

e necessita delle seguenti cure:

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

Data

Timbro e firma del Medico

(Mod 3)

FAC- SIMILE

**PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO**  
redatto dalla USL o dal medico competente

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità, SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, 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 .....

- DA PARTE DI PERSONALE SANITARIO
- DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO

**Nome commerciale del Farmaco** .....

**Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione** .....

.....  
.....

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

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

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

**Modalità di conservazione del farmaco** .....

**Tipologia di personale autorizzato alla somministrazione del farmaco:**

.....

**Comunicazioni aggiuntive:**

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

Data

Timbro e firma del Medico



**ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO "ANTONINO RALLO"**  
**SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI IGRADO**  
Via Dante, 2 – 91023 Favignana (TP) – Tel/fax 0923/921281  
C.M. TPIC80500C Cod. Fiscale 80004810810 E - Mail: tpic80500c@istruzione.it  
E - Mail certificata:tpic80500c@pec.istruzione.it Sito web <http://www.icrallo.edu>.

(Mod 4)

AI DOCENTI / AI COLLABORATORI SCOLASTICI

**SOMMINISTRAZIONE FARMACO: RICHIESTA DISPONIBILITA'**

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

Io sottoscritto Collaboratore Scolastico \_\_\_\_\_

in servizio presso la scuola primaria/infanzia/secondaria \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

**di non/essere disponibile** alla somministrazione, secondo necessità, del farmaco prescritto dal medico dell'ASL (vedi certificato medico).

per l' Alunno: \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

Favignana, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO "ANTONINO RALLO"  
SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI IGRADO**

Via Dante, 2 – 91023 Favignana (TP) – Tel/fax 0923/921281  
C.M. TPIC80500C Cod. Fiscale 80004810810 E - Mail: tpic80500c@istruzione.it  
E - Mail certificata:tpic80500c@pec.istruzione.it Sito web <http://www.icrallo.edu>.

(Mod 5)

Prot. N. \_\_\_\_\_

Favignana, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

- Acquisita la documentazione sanitaria in data \_\_\_\_\_  
relativa all'alunno \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_
- Acquisita la Richiesta della famiglia,
- Acquisita la Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione del farmaco,

**AUTORIZZA**

Il/la Docente/Collaboratore scolastico \_\_\_\_\_

a somministrare il farmaco all'alunno/a \_\_\_\_\_

in caso di necessità, come da prescrizione medica allegata.

Il farmaco andrà conservato \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Ing. Francesco Marchese)