



## ISTITUTO COMPRENSIVO NARDO' POLO 1

*Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado a indirizzo musicale*

✉ Piazza Umberto I - 73048 NARDO' 0833/871047 - ☎ 0833/1861255

Codice Fiscale: 91025790758 Codice Ministeriale: LEIC896001

Sito Web [www.comprensivonardo1.edu.it](http://www.comprensivonardo1.edu.it)

e-mail: [leic896001@istruzione.it](mailto:leic896001@istruzione.it) – Pec: [leic896001@pec.istruzione.it](mailto:leic896001@pec.istruzione.it)



### Circolare n. 27

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE POLO 1 - -NARDO'  
Prot. 0005237 del 18/09/2024  
IV (Uscita)

Nardò, (fa fede il protocollo)

Ai Genitori / esercenti la responsabilità genitoriale  
A tutto il personale Docente e ATA  
Alla DSGA  
AL SITO WEB

### OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Si forniscono le indicazioni da seguire in ordine alla somministrazione dei farmaci a scuola, ai sensi di quanto statuito dalla Nota n. 2312 del 25.11.2005 emanata dal Ministero dell'Istruzione, d'intesa con il Ministero della Salute, relativa alle *"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"*.

Nella fattispecie, i farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo in caso di assoluta necessità e nel rispetto delle seguenti indicazioni:

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

Per tale somministrazione è richiesto il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

- a) Richiesta formale inoltrata dalla famiglia, in ordine alla presentazione di un modulo da compilarsi a cura del medico curante o specialista, attestante lo stato di malattia e la non differibilità della somministrazione. Detto modulo si aggiungerà al modulo di autorizzazione sottoscritto dai genitori o dal soggetto esercitante la potestà genitoriale. La predetta modulistica sarà allegata alla presente circolare.
- b) Verifica, da parte del Dirigente Scolastico, della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nell'Istituto (docenti, assistenti amministrativi, collaboratori scolastici). Detti operatori saranno individuati preferibilmente tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e/o all'uopo addestrati o coloro che si rendono disponibili relativamente alla tipologia di farmaco.
- c) Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.
- d) Esperiti i predetti tre passaggi, sarà possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra da conservarsi a scuola, in luogo idoneo appositamente individuato, per tutta la durata del trattamento.

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

Se la somministrazione di un farmaco non può essere differita, si richiede alla famiglia di provvedere direttamente con l'ingresso a scuola di un genitore o delegato maggiorenne in orario scolastico. Il personale scolastico può rendersi disponibile per la somministrazione. Anche in questo caso rimane invariato l'assoluto rispetto delle procedure di cui sopra (richiesta/autorizzazione da parte della famiglia, requisiti/disponibilità da parte del personale scolastico).

Nei casi previsti ai punti 1) e 2) si provvederà a raccogliere la richiesta/autorizzazione della famiglia che verrà poi comunicata al personale scolastico incaricato della somministrazione dei farmaci contestualmente alla definizione delle procedure operative da seguire, dopo la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

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

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

Nei casi gravi e urgenti occorre garantire il normale soccorso ed è obbligatorio ricorrere al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il numero unico di emergenza 118, avvertendo contemporaneamente la famiglia dello studente. La procedura da seguire in tali casi richiede la segnalazione dell'evento e del soggetto coinvolto al lavoratore addetto al primo soccorso presente in Istituto che, verificata la situazione, metterà in atto le azioni relative alla gestione dell'emergenza di carattere sanitario ed effettuerà la chiamata al numero unico di emergenza 118.

Si allegano alla presente circolare i moduli funzionali alle predette azioni relative alla somministrazione dei farmaci a scuola:

- Allegato 1 (Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico);
- Allegato 2 (Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione /autosomministrazione di farmaci in orario scolastico);
- Allegato 3 (Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico);
- Allegato 4 (Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili - Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà);
- Allegato 5 (Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
F.to Prof. Giuseppe ALEMANNO  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
art. 3, co.2, D.Lvo 39/93

**Allegato 1:** Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. POLO 1 Nardò

I sottoscritti \_\_\_\_\_ (madre) e  
\_\_\_\_\_ (padre) in qualità di genitori/ tutori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e

frequentante nell'anno scolastico 2024/25 la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola

Infanzia, plesso \_\_\_\_\_

Primaria, plesso \_\_\_\_\_

Secondaria di primo grado, plesso \_\_\_\_\_

#### CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,

\_\_\_\_\_ coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine, autorizzano:

- Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- Il minore stesso alla autosomministrazione del farmaco, sotto la vigilanza del personale della scuola, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato.

Si allega:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- Allegato 2 (Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico)

Numeri di telefono utili:

Medico Curante, \_\_\_\_\_

Genitori, \_\_\_\_\_

Nardò, \_\_\_\_\_

**Allegato 2:** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione o autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. POLO 1 Nardò

Il minore \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(...) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ e  
frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da

---

---

Pertanto, necessita della

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario.

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

---

Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

---

---

Modalità di conservazione del farmaco

---

---

Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

---

---

E' prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno:

SI                       NO

Recapito in caso di emergenza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

---

### Allegato 3

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC POLO 1-Nardò

#### **Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_,

i sottoscritti \_\_\_\_\_ in

qualità di Genitori/ Tutori /Delegati dell'alunno/a (indicare le iniziali) \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_ della scuola

Infanzia, plesso \_\_\_\_\_

Primaria, plesso \_\_\_\_\_

Secondaria, plesso \_\_\_\_\_

consegnano nelle mani di \_\_\_\_\_

una confezione nuova ed integra del farmaco \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico  
nell'Allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

#### **I genitori**

autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco;

sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del  
farmaco stesso;

provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il  
medicinale sarà terminato;

comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

\_\_\_\_\_  
(Madre)

\_\_\_\_\_  
(Padre)

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Il Personale della scuola (qualifica) \_\_\_\_\_

I genitori \_\_\_\_\_

**Si allega: copia dell'Allegato 2 - Attestazione del medico curante o altro personale sanitario  
relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.**

## **Allegato 4**

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (Regolamento Europeo 679/2016)

<b>Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016</b>
--

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016, il trattamento dei dati personali e sensibili è svolto nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza ed i diritti. dell'interessato Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all'Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.

Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Giuseppe Alemanno

Firma dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale

---

---

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a dipendente \_\_\_\_\_, in  
servizio presso IC POLO1 Nardò,

- Infanzia, plesso \_\_\_\_\_  
 Primaria, plesso \_\_\_\_\_  
 Secondaria, plesso \_\_\_\_\_

in qualità di

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> docente formato primo soccorso (ai sensi del D.L. 81/2008) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> collaboratore scolastico formato sul primo soccorso        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> assistente amministrativo formato primo soccorso           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> assistente tecnico formato primo soccorso                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziali) \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_  
sez \_\_\_\_\_ della scuola

- Infanzia, plesso \_\_\_\_\_  
 Primaria, plesso \_\_\_\_\_  
 Secondaria, plesso \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Nardò, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_