



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE  
"San Tommaso D'Aquino"

Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado ad Indirizzo Musicale e secondaria di II grado ad indirizzo I.T.I. – I.T.E – L.A

Via A. De Gasperi, 21 - 83035 GROTTAMINARDA (AV) ☎ 0825/441008  
con sezioni associate di scuola dell'Infanzia, Primaria e

Secondaria di 1° grado di Melito Irpino (AV) e secondaria di II grado  
Codice Scuola AVIC88200P - C.F. 90015560643 - Codice Univoco UF6P6L

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

e-mail: [avic88200p@istruzione.it](mailto:avic88200p@istruzione.it) – Pec. [avic88200p@pec.istruzione.it](mailto:avic88200p@pec.istruzione.it)



**CIRCOLARE N. 18**

**AI GENITORI DEGLI ALUNNI**

ISTITUTO COMPRESIVO - -GROTTAMINARDA

Prot. 0006215 del 19/09/2024

V (Uscita)

**AI DOCENTI I.OMN.**

**PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

**Premessa**

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute ed al benessere all'interno della struttura scolastica.

Considerato che:

1. il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
2. tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.
4. nei casi il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

**Iter procedurale/Modulistica**

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (all. A) autorizzazione medica, che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

- stato di malattia dell'alunno
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione

degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;<sup>1</sup>

- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dello studente;
  - nome commerciale del farmaco;
  - descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
  - dose da somministrare;
  - modalità di somministrazione del farmaco;
- 
- i possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli
  - modalità di conservazione del farmaco;
  - durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente scolastico accertata la disponibilità del personale, predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- all. B se trattasi di farmaco salvavita
- all. C se trattasi di farmaco indispensabile.

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano di somministrazione, le insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- all. B/1 verbale per farmaco salvavita
- all. C/1 verbale farmaco indispensabile
- Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere **l'auto-somministrazione**.
- Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola" anche la dicitura che: " il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola".
- La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico (all. D).
- Modulo consegna farmaco allegato E
- Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e le insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola, anche in questi documenti andrà specificato che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola".
- La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.
- Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

---

<sup>1</sup> - La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Maria Antonietta RIZZO

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/NEI LOCALI E IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)..... ,

Genitore dello studente/essa ....., (oppure)  Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., (oppure)  Studente/essa maggiorenne nato/a a..... il .../.../..... e residente a

..... i

n  
Via....., che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto

..... sito in Via ..... Cap

..... Località ..... Provincia.....,

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati,..... /dal Dott. ...., in data .../.../..... ;

### CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a

medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo

Data

(1) Firma

\_\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

(1)

Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per  
l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).





## PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome ..... Nome .....

**A) Nome commerciale del farmaco indispensabile** .....

**A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:**

- Orario e dose da somministrare  Mattina (h. ....) dose da somministrare .....  Pasto (prima, dopo) ..... dose .....
  - Pomeriggio (h. ....) dose .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:**

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):  
.....  
.....

- Dose da somministrare .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....

Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../..... (**Oppure**)

**B) Nome commerciale del farmaco salvavita** .....

Modalità di somministrazione del farmaco .....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):  
.....

- Dose da somministrare  
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco  
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

Sì

No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ATS nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

Sì

No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ATS  
.....

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE  
 "San Tommaso D'Aquino"



Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado ad Indirizzo Musicale e secondaria di II grado ad indirizzo I.T.I. – I.T.E – L.A

Via A. De Gasperi, 21 - 83035 GROTTAMINARDA (AV) ☎ 0825/441008

con sezioni associate di scuola dell'Infanzia, Primaria e

Secondaria di 1° grado di Melito Irpino (AV) e secondaria di II grado

Codice Scuola AVIC88200P - C.F. 90015560643 - Codice Univoco UF6P6L

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

e-mail: [avic88200p@istruzione.it](mailto:avic88200p@istruzione.it) – Pec. [avic88200p@pec.istruzione.it](mailto:avic88200p@pec.istruzione.it)

**Allegato B**

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

Al Personale Docente

Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

all'alunno/a ..... frequentante la classe .....

scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ....

per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. <sup>1</sup>

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

PERSONALE DOCENTE	PERSONALE ATA







ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE  
 "San Tommaso D'Aquino"



Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado ad Indirizzo Musicale e secondaria di II grado ad indirizzo I.T.I. – I.T.E – L.A

Via A. De Gasperi, 21 - 83035 GROTTAMINARDA (AV) ☎ 0825/441008

con sezioni associate di scuola dell'Infanzia, Primaria e  
 Secondaria di 1° grado di Melito Irpino (AV) e secondaria di II grado

Codice Scuola AVIC88200P - C.F. 90015560643 - Codice Univoco UF6P6L

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

e-mail: [avic88200p@istruzione.it](mailto:avic88200p@istruzione.it) – Pec. [avic88200p@pec.istruzione.it](mailto:avic88200p@pec.istruzione.it)

**Allegato C**

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**

Al Personale Docente  
 Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
 scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ....

per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore.....all'alunno/a nella dose di ..... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato<sup>1</sup>.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione<sup>2</sup>:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da<sup>3</sup>:

.....  
 .....

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto
2. Indicare il luogo della custodia
3. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE  
 "San Tommaso D'Aquino"

Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado ad Indirizzo Musicale e secondaria di II grado ad indirizzo I.T.I. – I.T.E – L.A



grado

Via A. De Gasperi, 21 - 83035 GROTTAMINARDA (AV) ☎ 0825/441008  
 con sezioni associate di scuola dell'Infanzia, Primaria e

Secondaria di 1° grado di Melito Irpino (AV) e secondaria di II grado  
 Codice Scuola AVIC88200P - C.F. 90015560643 - Codice Univoco UF6P6L

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

e-mail: [avic88200p@istruzione.it](mailto:avic88200p@istruzione.it) – Pec. [avic88200p@pec.istruzione.it](mailto:avic88200p@pec.istruzione.it)

**Allegato B 1**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....

da somministrare al/alla bambino/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 sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
- 

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

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore

Le insegnanti

.....

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



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE  
 "San Tommaso D'Aquino"

Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado ad Indirizzo Musicale e secondaria di II grado ad indirizzo I.T.I. – I.T.E – L.A



Via A. De Gasperi, 21 - 83035 GROTTAMINARDA (AV) ☎ 0825/441008

con sezioni associate di scuola dell'Infanzia, Primaria e

Secondaria di 1° grado di Melito Irpino (AV) e secondaria di II grado

Codice Scuola AVIC88200P - C.F. 90015560643 - Codice Univoco UF6P6L

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

e-mail: [avic88200p@istruzione.it](mailto:avic88200p@istruzione.it) – Pec. [avic88200p@pec.istruzione.it](mailto:avic88200p@pec.istruzione.it)

**Allegato C/1**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

(carta intestata dell'Istituto)

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
 genitore dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... della scuola .....  
 consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.....  
 da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore ..... 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 sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore

Le insegnanti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE

“San Tommaso D’Aquino”

Scuola dell’Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado ad Indirizzo Musicale e secondaria di II grado ad indirizzo I.T.I. – I.T.E – L.A



Via A. De Gasperi, 21 - 83035 GROTTAMINARDA (AV) ☎ 0825/441008

con sezioni associate di scuola dell’Infanzia, Primaria e

Secondaria di 1° grado di Melito Irpino (AV) e secondaria di II grado

Codice Scuola AVIC88200P - C.F. 90015560643 - Codice Univoco UF6P6L

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

e-mail: [avic88200p@istruzione.it](mailto:avic88200p@istruzione.it) – Pec. [avic88200p@pec.istruzione.it](mailto:avic88200p@pec.istruzione.it)

**Allegato D**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti .....

genitori di ..... 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 che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori .....