



Circ. n. 3

Castellammare di Stabia, 16.09.2024

Ai genitori degli alunni  
Ai docenti  
Al personale ATA

**OGGETTO: Protocollo di somministrazione farmaci salvavita a scuola, modulistica e modalità organizzative.**

In merito all’oggetto e in considerazione che nessuna documentazione è ancora pervenuta all’attenzione della scrivente, con la presente si ricorda alle SS.LL che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente e dal protocollo adottato da questa istituzione scolastica che si allega alla presente circolare.

Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente i moduli: Allegato 1 (da compilare a cura dei Genitori) e Allegato 2 (da compilare a cura del medico curante) e da portare all’attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione da parte degli alunni e delle alunne.

Si specifica che la procedura va rinnovata all’inizio di ogni anno scolastico e con la massiva prontezza da parte dei Genitori/tutori degli alunni necessitanti della somministrazione farmaci salvavita in ambito scolastico.

**Le SS.LL., sono invitate, altresì, a consegnare i moduli (Allegato 1 e 2), entro il 20 settembre 2024**, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori, agli uffici di segreteria oppure ad inoltrali ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica:

(PEO):NAIC847006@istruzione.it

(PEC): naic847006@pec.istruzione.it

È necessario che l’oggetto della mail debba contenere la seguente dicitura: “Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy”. Successivamente, i Genitori verranno contattati dall’ Ufficio di Segreteria per i provvedimenti di competenza e sulle modalità di consegna del farmaco.

I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente e non procedere assolutamente in maniera autonoma.

**N.B. Se qualche docente ha già raccolto autonomamente gli allegati 1 e 2 da genitori o tutori degli alunni, deve immediatamente consegnare la modulistica in segreteria.**

Si allega:

- 1) **Allegato 1** - Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;
- 2) **Allegato 2** - Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Il Dirigente Scolastico**  
Prof.ssa Annapaola di Martino  
(firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi  
dell’art. 3, comma 2, del D.Lgs.vo n. 39/93)



## PROCEDURA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

### Riferimenti normativi

*(Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico – 25/11/2005:[...] per la definizione degli interventi finalizzati all’assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all’interno della strutturascuolastica”)*

### Protocollo per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

#### Soggetti coinvolti:

- Dirigente scolastico
- Personale scolastico: personale docente e ATA, assistenza specialistica
- Famiglia e/o di chi ne fa le veci dell’alunno richiedente la somministrazione del farmaco
- Medico di base, o Azienda Sanitaria Locale
- Enti locali

#### Procedura di intervento:

La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell’alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte integrante di questo protocollo. **Il ricorso al presente protocollo si rende necessario**

#### nei casi in cui l’alunno:

- Sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richiede l’esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare 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)
- Sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto dal personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.

**Il Dirigente scolastico si impegna a:**

- Organizzare momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'Istituto in situazione congiunta tra la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato
- Fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione della messa in atto di questo protocollo
- Richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (allegato 1 e 2)
- Individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci
- Autorizzare, se prevista e certificata, l'autosomministrazione del farmaco
- Concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere nei locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica)
- Verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente ed ATA, in via prioritaria tra quanti preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D.M. 388/03) (allegato 4)
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza
- Coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali ogniqualvolta risulti indispensabile ricorrere ad essi per mancanza di risorse o disponibilità o competenze interne all'Istituto, al fine di attuare la piena realizzazione del diritto allo studio e garantire il diritto alla salute degli alunni

**Il personale scolastico si impegna a:**

- Collaborare ad una efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente
- Partecipare a momenti di formazione congiunta con personale specializzato
- Segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica qui contemplata
- Provvedere alla somministrazione del farmaco se individuato dal DS (allegato 5)
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza

**Le famiglie si impegnano a:**

- Segnalare tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico. In tal caso, il Dirigente si impegna ad organizzare incontri di formazione in situazione per la somministrazione di farmaci salvavita per via iniettiva (cortisone e adrenalina).
- Si impegnano a consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale di consegna. (allegato 3)

- Fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ogniqualvolta esso si esaurisce.
- Informare tempestivamente di eventuali variazioni nella terapia prescritta
- Consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste

### **Gestione delle emergenze**

Resta prescritto il ricorso al Sistema sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

Fanno parte integrante del presente Protocollo:

#### **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**

Designazione del personale scolastico autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

#### **Allegato 5**

Disponibilità a somministrare i farmaci

**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"LUIGI DENZA – C.MARE 4"**

80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d'Orto

**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico dell'IC "Denza-C.Mare 4"  
di Castellammare di Stabia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, indirizzo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nella qualità di  
genitore (o chi ne fa le veci) e

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
indirizzo: \_\_\_\_\_ nella  
qualità di genitore (o chi ne fa le veci)  
dell'alunno/a ..... nato a.....il.....e  
frequentante nell'anno scolastico ..... la classe.....sezione.....della scuola  
Primaria/Infanzia/Sec. I grado

**CHIEDE/ONO**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, come prescritto dal medico curante nell'allegata attestazione (All.2) e coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- **Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole 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, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

**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

Castellammare di Stabia, Data \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n.5336/ del 2-9-2015:**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**

**Castellammare di Stabia, ..../..../....**

**Firma\***

\_\_\_\_\_

**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"LUIGI DENZA – C.MARE 4"**

80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d'Orto

**Allegato 2**

Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico dell'IC "Denza-C.Mare 4"  
di Castellammare di Stabia

L'alunno/a .....  
nato/a il.....residente.....e frequentante  
codesto Istituto  
scolastico è affetto da:

.....  
.....

Pertanto:

**Necessita**

**La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

In caso di .....

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)

.....  
.....

È prevista l'**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell'alunno

**SI**       **NO**

**Data, .....**

**timbro e firma del medico**

**Recapito in caso di emergenza**

**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"LUIGI DENZA – C.MARE 4"**

80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d'Orto

**Allegato 3 - Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico**

Al Dirigente Scolastico dell'IC "Denza-C.Mare 4"  
di Castellammare di Stabia

In data ..... alle ore ..... la/il sig.....  
genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola Primaria plesso.....

frequentante la sezione ..... della scuola dell'Infanzia plesso.....

frequentante la classe ..... della scuola Sec. I grado

consegna 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'allegato2, consegnato in  
segreteria e in copia qui allegata.

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
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Il Dirigente scolastico.....

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

Castellammare di Stabia

I genitori \* .....

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

**Si allega:**

copia dell'**Allegato 2** Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

**ISTITUTO COMPRENSIVO**  
**“LUIGI DENZA – C.MARE 4”**  
80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d’Orto

**Allegato 4**

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'Istituto,  
dal/i Sig. ....  
per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Il/i farmaci descritto/i nell'allegato 2 verranno costituiti, secondo le indicazioni mediche, nel seguente luogo.....

Per presa visione e conferma  
della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

Castellammare di Stabia, data \_\_\_\_\_

**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"LUIGI DENZA – C.MARE 4"**

80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d'Orto

**Allegato 5**

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico dell'IC "Denza-C.Mare 4"  
di Castellammare di Stabia

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a .....docente / personale  
ATA  
del IC "Denza-C.Mare 4", considerata la richiesta dei genitori  
dell'alunno.....della classe.....  
dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella  
documentazione medica prodotta.

Il/i farmaci descritto/i nell'allegato 2 verranno custoditi, secondo le indicazioni mediche, nel  
seguito luogo.....

FIRMA

Castellammare di Stabia, data\_\_\_\_\_