



Via San Cristofaro, 56 - 80055 Portici (Na) Tel. e Fax 081476836 - C.F. 80051400630

e-mail: [naic8bp001@istruzione.it](mailto:naic8bp001@istruzione.it) - [naic8bp001@pec.istruzione.it](mailto:naic8bp001@pec.istruzione.it)



Unione Europea  
P.O.N. - "Competenze per lo Sviluppo" (FSE)  
P.O.N. - Ambiente per l'apprendimento (FESR)  
D.G. Occupazione, Affari Sociali e pari Opportunità  
D.G. Politiche Regionali



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
D.G. per gli Affari Internazionali - Ufficio IV  
Programmazione e gestione dei fondi strutturali europei  
e nazionali per lo sviluppo e la coesione sociale

Prot. 3206/05-07  
del 22-9-17

CIRCOLARE N.

PORTICI, 22 settembre 2017

AI SIGG. DOCENTI  
AI SIGG. COLL. SCOLASTICI  
LORO SEDI  
p.c. AL D.S.G.A.  
SEDE

## OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Nel caso in cui ci siano alunni che debbano assumere 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 e il benessere all'interno della struttura scolastica". In esse è stabilito che i farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori e di assoluta necessità e, soprattutto, se ciò risulterà indispensabile durante l'orario scolastico.

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

Tale operazione richiede i passaggi di seguito elencati:

1. **Richiesta formale** da parte della famiglia a fronte di un **certificato medico** attestante lo stato di malattia da aggiungere al modulo di autorizzazione, **sottoscritto dal soggetto esercitante la patria potestà e contenente** in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori, **i seguenti dati:**

- 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.

2. **Verifica del Dirigente Scolastico** della idoneità della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (docenti e collaboratori scolastici) individuati tra il personale che abbia seguito specifici corsi (per le situazioni particolarmente serie) e/o quelli di primo soccorso ai sensi del D.L. n.81/09, modificato dal D.L. 106/2009.

3. **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.**

2) **Terapie farmacologiche brevi.**

Resta invariata la condizione di assoluta necessità della somministrazione durante l'orario scolastico e la richiesta/autorizzazione da parte della famiglia. Il responsabile di plesso raccoglierà la richiesta/autorizzazione della famiglia comunicandola poi al personale scolastico incaricato della procedura, dopo la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

**NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE**

3) **La gestione dell'emergenza**

**Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal prestare aiuto ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118, avvertendo contemporaneamente la famiglia, altrimenti potrebbe configurarsi il reato di omissione di soccorso.**

Allegati:

1. Dichiarazione medica
2. Autorizzazione alla somministrazione

  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Rosa Orsi  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**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..... il .....residente a.....

in via.....frequentante la classe.....

della Scuola.....sita in via.....

nel comune di.....

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.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI      NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

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

• Genitori \_\_\_\_\_

**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 .....

del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco .....

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

.....

.....

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

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

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

Modalità di conservazione del farmaco .....

.....

note .....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra