



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*

## **I.C. "GIOIOSA IONICA-GROTTERIA"**

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di Primo Grado

Sede Centrale e Uffici: Via Rubina, snc – 89042 Gioiosa Ionica (RC)

Tel.: 0964/51355-51539 fax: 0964/51355

Email segreteria: [rcic839003@istruzione.it](mailto:rcic839003@istruzione.it)pec: [rcic839003@pec.istruzione.it](mailto:rcic839003@pec.istruzione.it) sito web: [www.icgioiosagrotteria.edu.it](http://www.icgioiosagrotteria.edu.it)



Prot. n. 5942/5.7

Gioiosa Ionica, lì 2 settembre 2024

### **Circolare n. 3**

Ai Sigg. Docenti

Ai Genitori

Al D.S.G.A

Al personale ATA

Dell'IC Gioiosa Ionica/Grotteria

Al Sito WEB

Agli Atti

#### **OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

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

E' frequente la presenza di alunni che presentano particolari patologie (diabete insulino-dipendente, epilessia, asma grave, allergie, ecc.) con necessità di una specifica vigilanza e, in qualche caso, della somministrazione di farmaci.

In questi casi è importante attivare azioni di collaborazione e di condivisione tra i soggetti istituzionali coinvolti e le famiglie nonché individuare un percorso di intervento nelle singole situazioni.

In ambito scolastico possono essere somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute documentate e supportate da certificazioni mediche e solo nel caso in cui la somministrazione non possa avvenire al di fuori dell'orario scolastico, in questo caso – previa presentazione di apposita istanza – il dirigente potrà concedere l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci in questione.

La somministrazione di un farmaco può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario nei casi in cui essa si configuri come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione. Tale attività di soccorso e l'assistenza devono sempre rientrare in un Piano Terapeutico stabilito da sanitari della AUSL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona. I farmaci a scuola possono essere somministrati dal personale scolastico agli studenti solo nei casi autorizzati dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di Libera Scelta e/o dai Medici di Medicina Generale, tramite autorizzazione recante la certificazione medica dello stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile

Con la nota n. 2312 del 25.11.2005 il M.I.U.R., d'intesa con quello della Sanità, 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".

### 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**, con 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 è allegata alla presente circolare e presente nella sezione "La Didattica" - "Moduli famiglie/alunni" nel sito web della scuola;
- b) **Verifica, da parte del Dirigente Scolastico**, della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nell'Istituto (docenti, assistenti amministrativi, collaboratori scolastici)
- c) **Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico**. 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) **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 112 (NUE) ed avvertendo contemporaneamente la famiglia dell'alunno.

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

Allegato 1 (Richiesta di somministrazione 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).

Distinti saluti

Il Dirigente Scolastico  
Prof.<sup>ssa</sup> *Marilena Cherubino*  
*Firma autografa sostituita a mezzo*  
*stampa ex art. 3, c. 2 del D. Lgs. n. 39/93*

**Allegato 1**

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE  
DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo "Gioiosa Ionica/Grotteria"

I sottoscritti ..... in qualità di Genitori

(o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a

.....nato/a.....il.....

.....e frequentante nell'anno scolastico 202,,/202.... la classe..... del

Plesso.....

**CHIEDONO**

che sia somministrato al/alla minore sopra indicato/a 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, 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).

Numeri di telefono utili:

Medico Curante.....

Genitori .....

Gioiosa Ionica, ..../..../....

Firma .....

**Allegato 2**

**ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE O ALTRO PERSONALE SANITARIO  
RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "Gioiosa Ionica/Grotteria"

Il minore .....nato 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 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: .....

### Allegato 3

## VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI DA SOMMINISTRARE IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo "Gioiosa Ionica/Grotteria"

In data ..... alle ore ..... i sottoscritti.....in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a (indicare le iniziali)..... frequentante la classe.....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 e solleva 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:

.....  
.....

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)

Gioiosa Ionica, .....

## Allegato 4

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016)

#### INFORMATIVA

Gentilissimi Genitori,

vi informo che ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 si garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga 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 Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

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/ssa Marilena Cherubino

.....

Firma dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale

-----

## Allegato 5

### DISPONIBILITÀ PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI ALUNNI

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo "Gioiosa Ionica/Grotteria

Il/La sottoscritto/a..... docente/collaboratore

scolastico/assistente amministrativo..... in

servizio presso l'Istituto Comprensivo "Gioiosa Ionica/Grotteria" in qualità di

docente formato primo soccorso..... SI  NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI  NO

assistente amministrativo formato primo soccorso.....SI  NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziali).....

della classe..... del 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.

Data, .....

FIRMA.....