



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

ISTITUTO COMPRENSIVO "S. FRANCESCO DA PAOLA" GENOVA

VIA BOLOGNA, 86 - 16127 GENOVA

TEL.010/2428355 - FAX 010/232845

E-Mail: [geic81200x@istruzione.it](mailto:geic81200x@istruzione.it) PEC: [geic81200x@pec.istruzione.it](mailto:geic81200x@pec.istruzione.it)

Alle famiglie  
Ai docenti  
Al personale ATA  
Sito web

Circ n 7

Genova, data segnatura

**OGGETTO: somministrazione farmaci a scuola**

Si forniscono le indicazioni da seguire TASSATIVAMENTE in ordine alla somministrazione dei farmaci a scuola, ai sensi di quanto stabilito dalla Nota n. 2312 del 25.11.2005 emanata dal Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello 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".

**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 dai genitori e/o tutori corredata dalla documentazione rilasciata dal medico curante o specialista, attestante lo stato di malattia e la non differibilità della somministrazione. La predetta modulistica sarà consegnata dai genitori e/o tutori alla Segreteria. **Si ricorda che la certificazione medica, ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico e durante lo stesso, se necessario.**

**b)** verifica, da parte del Dirigente Scolastico, della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nell'Istituto (docenti e personale ATA). Gli operatori saranno individuati preferibilmente tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L. 81/2008 e/o debitamente formati dall'Istituzione scolastica. Nelle more della formazione del personale o in assenza di disponibilità di questi ultimi, i genitori e/o tutori o persona dagli stessi delegata e comunicata formalmente all'Istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente.

**c)** Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Solo dopo questi tre passaggi, sarà possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere conservato a scuola, in luogo idoneo appositamente individuato, per tutta la durata del trattamento. È compito dei genitori e/o tutori fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità con la sostituzione di nuovo farmaco. Il genitore e/o tutore firmerà il verbale di consegna del farmaco in Segreteria.



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

ISTITUTO COMPRENSIVO "S. FRANCESCO DA PAOLA" GENOVA

VIA BOLOGNA, 86 - 16127 GENOVA

TEL.010/2428355 - FAX 010/232845

E-Mail: [geic81200x@istruzione.it](mailto:geic81200x@istruzione.it) PEC: [geic81200x@pec.istruzione.it](mailto:geic81200x@pec.istruzione.it)

L'autosomministrazione dei farmaci da parte degli alunni può essere effettuata solo in seguito alle procedure sopra descritte. Essa deve avvenire, negli alunni al di sotto dei 14 anni, sotto la stretta sorveglianza di un adulto. A tale scopo, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre agli altri punti richiesti, anche la dicitura che "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola".

### **Terapie farmacologiche brevi**

Se la somministrazione di un farmaco non può essere differita, si richiede ai genitori e/o tutori di provvedere direttamente con l'ingresso a scuola di un genitore e/o tutore 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 sopra elencate (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.

In allegato:

- richiesta/autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico
- attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico
- verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico
- consenso al trattamento dei dati personali e sensibili
- disponibilità per la somministrazione farmaci agli alunni

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Barbara Danovaro

*documento firmato digitalmente*

*ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale  
e normativa connessa*

## Allegato 1

### Richiesta/autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico

I.C. S Francesco Da Paola

I sottoscritti ..... in qualità di genitori e/o  
tutori di ..... nato/a a ..... il.....e  
frequentante nell'anno scolastico 2023/24 ..... la classe .....della  
scuola .....

#### CHIEDONO

che sia somministrato al/la 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.

Si allega:

✓ attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

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

Genitori e/o tutori .....

Data, .... / .... / ....

Firma

.....  
.....

Nel caso in cui non fosse possibile la firma di entrambi i genitori e/o tutori

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.

Data, .... / .... / ....

Firma

.....

**Allegato 2**

**Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

Al Dirigente Scolastico  
I.C. S Francesco Da Paola

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 somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....

✓ Modalità di conservazione del farmaco

.....

✓ Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....

Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola:

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

I.C. S Francesco Da Paola

In data ..... alle ore ..... i sottoscritti  
..... in qualità di genitori e/o tutori  
dell'alunno/a ..... frequentante la classe.....della  
scuola ..... 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.

I genitori e/o tutori:

✓ autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e 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.

I genitori e/o tutori sono sempre rintracciabili ai seguenti numeri telefonici:

.....  
.....

Il Dirigente Scolastico .....

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

I genitori .....

**Allegato 4**

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili**

**Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016**

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.

Il Dirigente Scolastico

Barbara Danovaro

Firma dei genitori e/o tutori

.....

.....

**Allegato 5**

**Disponibilità per la somministrazione farmaci agli alunni**

Al Dirigente Scolastico  
I.C. S Francesco Da Paola

Il/La sottoscritto/a.....in  
servizio presso l'I.C. S Francesco Da Paola in qualità di:

- docente
- collaboratore scolastico
- assistente amministrativo

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

**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

.....