

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
Scuola dell'Infanzia Primaria e Secondaria di I grado  
**"VOLINO - CROCE - ARCOLEO"**

Via Annibale De Gasparis, 15 – 80137

NAPOLI Tel e fax 081440281

C.F.95170440630

[naic8bx001@pec.istruzione.it](mailto:naic8bx001@pec.istruzione.it)

[naic8bx001@istruzione.it](mailto:naic8bx001@istruzione.it) - [www.volinocrocearcoleo.edu.it](http://www.volinocrocearcoleo.edu.it)

**I.C. "VOLINO-CROCE-ARCOLEO"**

Prot. 0004973 del 12/09/2024

IV (Uscita)

Ai Docenti

Al personale ATA

Al DSGA

Ai genitori ed alunni dell'istituto

Agli Atti

Albo/sito web

Circolare n. 18

**Oggetto: Somministrazione dei Farmaci**

Si trasmette alle SS.LL. quanto in oggetto ringraziandole anticipatamente per la fattiva collaborazione.

Cordiali saluti

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Prof.ssa Maria Rosaria Scagliola**

Documento firmato digitalmente ai sensi del Codice  
dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

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 la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .....

dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano 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)

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

Genitori.....

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

**RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

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 la possibilità:

- che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola
- di essere autorizzati a somministrare personalmente in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica
- di autorizzare il/la Sig. ...., da noi delegato/a a somministrare in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .....dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario sollevano 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)

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

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

### PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica che l'alunno Cognome ..... Nome ..... Data di  
nascita ..... Residente a ..... in Via  
..... Frequentante la scuola  
..... classe ..... affetto da  
.....

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento  
.....  
che si manifesta con la seguente sintomatologia .....  
.....

Nome commerciale di farmaco .....

Modalità di somministrazione .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

Orario.....

Durata terapia.....

Effetti collaterali.....

Note .....

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

NO       SI con le seguenti modalità .....

Data.....

TIMBRO E FIRMA  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O  
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**VERIFICA DELLA DISPONIBILITA'  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO**

Come evidenziato nella richiesta allegata i genitori di

.....  
frequentante la scuola dell'infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di primo grado di ...  
..... sezione/classe .....  
chiedono la disponibilità del personale insegnante / ausiliario della scuola .....  
..... di somministrare il/i seguente/i farmaco/i:

.....

.....

Verificato che , come attestato dalla certificazione medica allegata, la somministrazione non comporta perizia ed abilità specialistica e le conseguenze relative all'errata somministrazione non sono da considerarsi di significativa gravità per la salute del bambino, sono ad esprimere parere favorevole ed a richiedere la vostra disponibilità alla somministrazione dei farmaci come indicato dai documenti allegati.

Sono consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che, pertanto, di norma non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire.

Rimarco infine che:

- in accordo con la famiglia, in caso di disponibilità, si è formalizzata la ferma volontà dei genitori di non imputare al personale scolastico ogni eventuale effetto relativo alle conseguenze che tali farmaci potrebbero avere sul/la bambino/a o derivanti dalle modalità di somministrazione degli stessi;
- la corresponsabilità del sottoscritto qualora la presente richiesta venisse accolta;
- uno specifico "Percorso d'intervento", comprensivo dell'attività di formazione in situazione rivolta agli operatori scolastici disponibili, garantita dall'ASL e volta a sostenere il personale che si è reso disponibile.

In attesa della vostra consapevole e libera risposta,

Data, .....

Il Dirigente Scolastico

.....

**RISPOSTA ALLA RICHIESTA DI  
SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

Noi sottoscritti

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

personale docente ed ATA della scuola \_\_\_\_\_

in relazione alla richiesta pervenuta dal Dirigente Scolastico come da domanda della famiglia e da certificato medico nella consapevolezza che il caso in questione è particolare e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il/la bambino/a possa frequentare la scuola;

- evidenziando altresì di non avere competenze né funzioni in merito e di norma di non essere autorizzati alla somministrazione di farmaci dichiarano di

- acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;
- non acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;

Restando in attesa di un ulteriore riscontro si porgono Cordiali Saluti.

Data, .....

Il personale

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ai genitori dell'alunno

.....  
.....

Al Personale scolastico della scuola

.....  
.....

**AUTORIZZAZIONE E PIANO DI INTERVENTO IN RELAZIONE ALLA  
RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig..... per il/ la figlio/a..... relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile / salvavita il Dirigente Scolastico, acquisito il consenso scritto del personale 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 come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente. Dell'operazione verrà compilato il verbale Allegato F
- Il farmaco sarà conservato in un armadietto a temperatura ambiente/in frigorifero, in un apposito contenitore chiuso che porterà all'esterno in modo chiaro il nominativo dell'alunno interessato, il nome del farmaco, la posologia e la data di scadenza del medicinale.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da

.....  
che seguirà la seguente procedura:

- preleva il farmaco e verifica la corrispondenza del farmaco prescritto con quello da somministrare controllando la scadenza e la posologia
- si porta con l'alunno, chiaramente identificato tramite la richiesta di generalità, in un locale diverso dalla classe per garantire la privacy
- disinfetta le superfici con cui si verrà a contatto, indossa i guanti monouso e somministra il farmaco

in caso di farmaco salvavita :

- chiama la collega o il coll. scol. con un segnale concordato e soccorre il/labambino/a.
- la collega o il coll. scol. porta il medicinale , chiama il 118 e i genitori, riunisce e porta i bambini in un'altra classe affidandoli all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- somministra il farmaco al bambino/a

In caso di uscita didattica, viaggio o visita di istruzione la procedura sarà la seguente:

.....  
.....

- Il personale supplente al momento dell'entrata in servizio dovrà **essere informato del presente piano di intervento dalle insegnanti di plesso.**

Data, ..... |

I Dirigente Scolastico

.....

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE  
INDISPENSABILE O SALVAVITA**

Alunno/a .....

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

frequentante la classe ..... / sez. .... della scuola.....,

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

..... da somministrare al bambino/a

ogni giorno alle ore..... nella dose.....

oppure in caso di ..... 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.

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

---

Il genitore 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.

Data, .....

I genitori

.....

I Docenti

.....