



Circolare n. 50

Molfetta, data del protocollo

IISS MONS. A.BELLO - G.SALVEMINI
MOLFETTA (BA) - BAIS084004
Prot. 0001081 del 19/09/2025
V-7 (Uscita)

Alla c.a. dei Docenti
Alle Famiglie
Agli alunni/e
Al DSGA
Al Personale ATA
Al Sito Web
dell' I.I.S.S. “Mons. A. Bello - G. Salvemini”
Molfetta

Oggetto: Circolare per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

Premessa

Con la Nota congiunta n. 2312 del 25/11/2005, il Ministero dell’Istruzione e il Ministero della Salute hanno emanato le “Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all’assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico”. Tali indicazioni, pur non avendo valore di legge, rappresentano il quadro di riferimento per tutelare il diritto allo studio, la salute e il benessere degli alunni.

La presente circolare intende pertanto definire le procedure interne da adottare per la somministrazione di farmaci agli studenti che ne abbiano necessità durante l’orario scolastico.

1. Principi e Condizioni per la somministrazione

La somministrazione di farmaci a scuola è consentita esclusivamente in caso di **assoluta necessità**, ovvero per farmaci salvavita o indispensabili a garantire la permanenza dell’alunno a scuola, a condizione che siano soddisfatti i seguenti requisiti:

- **Necessità medica:** La somministrazione deve essere richiesta dai genitori e certificata da un medico curante.
- **Volontarietà del personale:** La somministrazione può avvenire solo se il personale docente e/o ATA si dichiara **volontariamente disponibile** a svolgere tale compito. Tale disponibilità deve essere formalizzata (Allegato 4).
- **Formazione del personale:** Il personale che si rende disponibile sarà adeguatamente formato dall’Azienda Sanitaria Locale (ASL) competente, in base al piano terapeutico specifico dell’alunno.
- **Idoneità dei locali:** L’Istituto deve garantire un luogo idoneo per la corretta conservazione (es. armadietto chiuso a chiave) e somministrazione del farmaco.

2. Procedura di richiesta e autorizzazione

La famiglia che necessita della somministrazione di farmaci a scuola deve seguire questa procedura:

- Presentare la richiesta:** I genitori o chi esercita la potestà genitoriale devono compilare e firmare il Modulo di Richiesta (Allegato 1).
- Allegare la documentazione medica:** Alla richiesta deve essere allegata una **certificazione medica originale** (Allegato 2) rilasciata da un medico di base o da uno specialista del Servizio Sanitario Nazionale, completa di:
 - Diagnosi e motivazione della necessità di somministrazione in orario scolastico.
 - Piano terapeutico** dettagliato che indichi: nome del farmaco, posologia (dosi e orari), modalità di somministrazione, modalità di conservazione e durata della terapia.
- Consegna del farmaco:** Una volta che il Dirigente Scolastico avrà verificato la documentazione, la disponibilità del personale e l'idoneità dei locali, il genitore consegnerà il farmaco e firmerà il **Verbale di Consegna del Farmaco** (Allegato 3) in segreteria. È compito dei genitori fornire il farmaco in confezione integra e verificarne la scadenza.

La certificazione medica ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata ogni anno, o in caso di variazioni nella terapia. A fine anno scolastico, i genitori sono tenuti a ritirare i farmaci non utilizzati.

3. Auto-somministrazione del farmaco

In casi specifici e documentati, è possibile l'auto-somministrazione da parte dello studente. In tal caso, la certificazione medica (Allegato 2) dovrà esplicitamente autorizzare l'autosomministrazione, specificando che l'alunno è in grado di gestirla autonomamente sotto la sorveglianza del personale scolastico. I genitori dovranno inoltre autorizzare l'autosomministrazione per iscritto, assumendosi la responsabilità anche per la conservazione del farmaco.

4. Gestione delle emergenze

In caso di emergenza, la scuola deve fare riferimento al Pronto Soccorso. Queste Linee Guida del Ministero dell'Istruzione (MI) del 2005 garantiscono che la salute degli studenti sia sempre al primo posto, pur rispettando i diritti e le responsabilità di tutti i soggetti coinvolti. L'omissione di soccorso in questi casi è un reato.

5. Modifiche o interruzione della terapia

Qualsiasi variazione del piano terapeutico (modifica della posologia, del farmaco o interruzione della cura) deve essere tempestivamente comunicata alla scuola dalla famiglia, corredata da una nuova prescrizione medica.

6. Ruolo dei Docenti

Il Dirigente Scolastico non può obbligare i docenti a rendersi disponibili per somministrare farmaci "salva-vita" o di altra natura agli alunni. Tuttavia, in caso di emergenza, il rifiuto alla somministrazione del farmaco indispensabile/salvavita potrebbe esporre il docente ad inadempimento della obbligazione contrattuale di vigilanza e custodia degli alunni ed esporre, così, insegnante e Scuola, a forme di responsabilità risarcitoria ex art. 2048 c.c. In caso di necessità sarà richiesta e acquisita la disponibilità dei docenti utilizzando il modulo allegato n. 4.

7. Formazione Necessaria

Il personale scolastico, per effettuare la somministrazione, deve essere in possesso di appositi corsi di formazione promossi dalle ASL. Questi corsi sono progettati per fornire le competenze necessarie per gestire situazioni di emergenza in modo sicuro ed efficace.

8. Conclusioni

La somministrazione di farmaci salvavita a scuola è un compito che richiede una grande responsabilità. È importante che i docenti siano adeguatamente formati e preparati per gestire queste situazioni. Allo stesso tempo, è fondamentale che le scuole lavorino in stretta collaborazione con le autorità sanitarie locali per garantire la sicurezza e il benessere degli studenti.

9. Moduli allegati

La presente circolare è corredata dai seguenti allegati, disponibili in formato cartaceo presso la segreteria didattica e scaricabili dal sito web della scuola:

- **Allegato 1:** Richiesta dei genitori per la somministrazione di farmaci.
- **Allegato 2:** Certificazione medica per la somministrazione/autosomministrazione.
- **Allegato 3:** Verbale di consegna/ritiro del farmaco a scuola.
- **Allegato 4:** Modulo di disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.

Per ulteriori chiarimenti o necessità, si prega di rivolgersi al Dirigente Scolastico o alla segreteria.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Rosaria Pugliese
(firmato digitalmente)

Allegato 1: Modulo di Richiesta e Autorizzazione per la somministrazione di farmaci a scuola

All'attenzione del Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Rosaria Pugliese

dell'IISS “Mons. A. Bello – G. Salvemini” – Molfetta

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il _____, in qualità di genitore/tutore legale dell'alunno/a _____,

iscritto/a alla classe _____ dell'indirizzo _____ di codesta scuola.

CHIEDE

l'autorizzazione alla somministrazione del farmaco _____, come specificato nella documentazione medica allegata.

DICHIARA

- Che la somministrazione del farmaco è indispensabile e non può avvenire in orari diversi da quello scolastico.
- Di aver preso visione della circolare della scuola in merito alla somministrazione di farmaci.
- Di aver allegato la documentazione medica richiesta (Certificazione Medica e Piano Terapeutico).
- Di essere consapevole che la somministrazione avverrà da parte di personale scolastico volontario e formato.

Si impegna a:

1. Fornire il farmaco in confezione integra e verificarne la scadenza.
2. Ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico o della terapia.
3. Comunicare tempestivamente qualsiasi variazione del piano terapeutico.

In caso di emergenza, autorizzo la scuola a contattare:

• Nome e Cognome 1: _____ Telefono: _____

• Nome e Cognome 2: _____ Telefono: _____

Autorizzo inoltre il personale scolastico a contattare il 112/118 in caso di urgenza.

Data: _____

Firma del genitore: _____

Allegato 2: Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci a scuola

[Intestazione dello Studio Medico/ASL]

CERTIFICAZIONE MEDICA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____, medico curante/specialista [specificare], iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____ con n. _____.

CERTIFICA

Che l'alunno/a _____, nato/a il _____, residente a _____, affetto/a da _____, necessita della somministrazione del seguente farmaco durante l'orario scolastico:

- **Nome del Farmaco:** _____
- **Posologia:** _____
- **Orario di somministrazione:** _____
- **Modalità di somministrazione:** _____
- **Modalità di conservazione:** _____

Note aggiuntive:

- La somministrazione del farmaco è **INDISPENSABILE** e non differibile.
- L'alunno/a è in grado di **AUTO-SOMMINISTRARSI** il farmaco? (barrare la casella)
 - [] SI, con la sorveglianza del personale scolastico.
 - [] NO, la somministrazione deve essere effettuata dal personale scolastico.

Data: _____ **Timbro e Firma del Medico:** _____

Allegato 3: Verbale di Consegnna e Ritiro del Farmaco a scuola

Scuola: IISS “Mons. A. Bello – G. Salvemini” Anno Scolastico: 2025/2026

Consegnna del Farmaco

Il giorno ___/___/___, il/la sottoscritto/a _____, genitore dell'alunno/a _____, ha consegnato in Segreteria il seguente farmaco:

- **Nome del Farmaco:** _____
- **Confezione:** [Numero di fiale/compresse/etc.]
- **Scadenza:** _____

Firma del genitore: _____

Firma del personale scolastico: _____

Ritiro del Farmaco

Il giorno ___/___/___, il/la sottoscritto/a _____, genitore dell'alunno/a _____, ha ritirato dalla Segreteria il seguente farmaco:

- **Nome del Farmaco:** _____
- **Confezione residua:** [Numero di fiale/compresse/etc.]

Firma del genitore: _____

Firma del personale scolastico: _____

Allegato 4: Dichiarazione di disponibilità del personale scolastico

All'attenzione del Dirigente Scolastico Scuola:Scuola:

IISS "Mons. A. Bello – G. Salvemini"

Anno Scolastico: 2025/2026

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso codesta istituzione in qualità di _____.

DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ

A rendersi parte attiva nel processo di somministrazione dei farmaci agli alunni, secondo quanto stabilito dalla circolare interna e dalle "Linee guida" ministeriali.

A tal fine, si rende disponibile a frequentare i corsi di formazione specifici organizzati dall'ASL e a svolgere tale compito in qualità di volontario.

Data: [Data] Firma: _____