



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"**

Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec: rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it



Laureana di Borrello, 11/09/2025

COMUNICAZIONE N.5

*Ai genitori degli alunni
e p.c.
Ai docenti
Al personale ATA
Al sito web*

OGGETTO: Protocollo somministrazione farmaci a scuola- a.s. 2025/2026.

Si trasmette in allegato il protocollo per la somministrazione di farmaci a scuola, completo della relativa modulistica e reperibile anche nella seguente sezione del sito web [Home page->Area Segreteria->Modulistica](#)

I genitori/tutori interessati sono invitati a comunicare tempestivamente eventuali esigenze all'indirizzo di posta elettronica : rcic84800t@istruzione.it

Non saranno prese in considerazione comunicazioni prive di adeguata certificazione medica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Daniela Antonia PANZERA

Firma autografa sostituita
a mezzo stampa ex art.3, c.2 D.Lgs n.39/93



PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

La presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica, considerando che:

- ❖ *il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;*
- ❖ *tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;*
- ❖ *la prestazione del soccorso viene supportata da specifica "formazione in situazione" riguardanti singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;*
- ❖ *nei casi in cui il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.*

ITER PROCEDURALE

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci indispensabili e/o salvavita durante l'orario scolastico, **la famiglia e/o gli esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a** provvederanno a far pervenire al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Laureana Gal. Fer. Melicucco" di Laureana di Borrello **formale richiesta scritta**, in cui: si riportano: il nome e cognome dell'alunno; la patologia di cui l'alunno soffre; il nome commerciale del farmaco; la richiesta, in caso di necessità, di autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico (in tal caso il medico dovrà aver attestato la possibilità di somministrazione del farmaco a scuola, fornendo chiare indicazioni per iscritto al personale scolastico per la sua somministrazione e mantenimento). La famiglia, altresì, fornisce alla scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola, in luogo individuato idoneo al suo mantenimento e sicuro per la durata dell'anno scolastico.

La famiglia comunica, con tempestività e per iscritto, agli uffici di segreteria e al personale docente, eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.

Alla presente richiesta dovrà essere allegata **CERTIFICAZIONE MEDICA** contenente: nome e cognome dello studente; stato di malattia dello studente; nome commerciale del farmaco; prescrizione specifica dei farmaci da assumere (**specificando se trattasi di farmaco salvavita**); assoluta necessità; somministrazione indispensabile in caso di emergenza; descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco; dose da somministrare; modalità di somministrazione del farmaco; possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli; modalità di conservazione del farmaco; durata della terapia; la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco (le persone che somministrano il farmaco dovranno attenersi strettamente alle



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"
Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec: rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, le modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia e acquisita la certificazione del medico, raccoglie tutta la documentazione e ne cura la diffusione fra il personale interessato; individua, d'intesa con il responsabile di plesso interessato, il locale scolastico ove effettuare la terapia e lo spazio idoneo per la corretta conservazione del farmaco indispensabile/salvavita, nel rispetto della riservatezza; autorizza, se necessario, i genitori o i loro delegati all'accesso ai locali scolastici per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico; verifica se, fra gli operatori scolastici, vi è personale disponibile alla somministrazione dei farmaci indispensabili/salvavita, in ambito scolastico; in caso di mancata disponibilità del personale scolastico, di impossibilità a garantire la continuità nella somministrazione di farmaci e di impossibilità di intervento da parte dei genitori, in accordo con la famiglia ed il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale, richiede al responsabile del Distretto sanitario territoriale l'attuazione dei necessari servizi infermieristici all'interno della scuola.

Sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale ATA che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento dagli insegnanti di classe/di plesso.

SOMMINISTRAZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE ESTERNE ALL'EDIFICIO SCOLASTICO

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite didattiche, attività sportive, alternanza scuola-lavoro etc.) la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile. In caso contrario lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare (o persona con delega scritta) che assicuri la somministrazione del farmaco. Il consiglio di classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati dall'ASL quando ciò è previsto dalla stessa e da parte di studenti che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico. Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco, se richiesto, sarà comunque prevista la presenza di un adulto, sia per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione sia per intervenire in caso di eventuali situazioni di urgenza-emergenza.

GESTIONE DELL'EMERGENZA

Nei casi in cui si configuri una situazione di emergenza e/o urgenza il personale somministratore, e comunque il personale scolastico presente, attiverà una Chiamata di Soccorso al 118.

II DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Daniela Antonia PANZERA

Firma autografa sostituita a mezzo stampa

ex art.3, c.2 D.Lgs n.39/93



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"
Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec:rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



MODULISTICA

ALLEGATO A (genitori/ esercente la potestà genitoriale)

- **Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita**

ALLEGATO B (istruzione del medico curante)

- **Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico per patologie croniche o in caso di emergenza/farmaco salvavita**

ALLEGATO C (personale scolastico)

- **Dichiarazione di disponibilità/indisponibilità alla somministrazione del farmaco**

ALLEGATO D (Dirigente Scolastico)

- **Modulo di autorizzazione per la somministrazione dei farmaci indispensabili al personale**



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"
Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec: rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Laureana Gal. Fer. Melicucco"
di Laureana di Borrello

Io sottoscritto/a _____, genitore dello studente _____
_____, nato/a a _____ il/...../..... e residente
a _____ in Via _____, numeri telefonici
utili _____ che frequenta
la classe _____ sez. _____ della Scuola _____,

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal _____ in data/...../20___;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

- ☐ che a mi__ figli__ **siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico.**
- ☐ che mi__ figli__ , **essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, del farmaco previsto dal Piano terapeutico.**

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché **comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente e per iscritto al Dirigente Scolastico**, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e del Regolamento (UE) 679/2016.

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.

In fede

Luogo

Data

Firma

___/___/___



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"
Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec: rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Allegato B

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche
o in caso di emergenza/farmaco salvavita (allegato al Certificato Medico)**

ISTRUZIONI DEL MEDICO CURANTE

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):

Modalità e tempi di somministrazione, posologia:

- ☐ La somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico non prevede specifica formazione sanitaria
- ☐ Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori, personale medico, operatori specificatamente formati)
- ☐ Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno.

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

Istruzioni indirizzate al personale scolastico sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

Data _____

Il Medico curante _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"
Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec: rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Allegato C

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ/INDISPONIBILITÀ
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO (PERSONALE SCOLASTICO)**

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo "Laureana Gal. Fer. Melicucco"
di Laureana di Borrello

Il/La sottoscritto/a _____, insegnante/addetto del personale ATA
dell'Istituto IC Laureana Gal. Fer. Melicucco plesso _____,
classe _____ (per il personale docente), nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i
farmaci - dispositivo - Presidio _____ effettuata dal genitore/esercente la
responsabilità genitoriale: Sig. _____ Sig.ra _____
dell'alunno _____ frequentante _____ la
scuola _____ classe _____ sez. _____ per _____ (indicare _____ la
patologia) _____

vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla somministrazione di farmaci
all'alunno/a _____;

visto il certificato medico allegato alla citata richiesta;

vista la Nota Miur n. 2312 del 25 novembre 2005, Linee guida per la somministrazione dei farmaci;

in considerazione del fatto che la famiglia/esercente di responsabilità genitoriale solleva lo/la scrivente
da qualsiasi responsabilità derivante dalle modalità di somministrazione degli stessi.

DICHIARA

di **ESSERE DISPONIBILE** ☐

di **NON ESSERE DISPONIBILE** ☐

- a prestare all'alunno/a citato l'assistenza richiesta esclusivamente nelle forme e nei modi indicati dal genitore stesso e dal medico curante;
- di somministrare il farmaco consegnato ☐ o custodito nello zaino dell'alunno ☐ come disposto dalla famiglia e seguendo le istruzioni del medico;
- di provvedere alla segnalazione ai familiari dell'eventuale malessere dell'alunno e al 118 (nel caso in cui la crisi superi il tempo indicato).

Laureana di Borrello, _____

Firma _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Laureana Gal. Fer. Melicucco"
Piazza Kennedy, 1 - 89023 Laureana di Borrello (RC)
Tel. 0966 378209 - C. F. 82000940807 - Cod. Univoco UF3A7N
mail: rcic84800t@istruzione.it pec: rcic84800t@pec.istruzione.it
www.iclaureana.edu.it



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Allegato D

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente autorizzato

Al Personale ATA autorizzato

Al fascicolo personale dello studente

Oggetto: autorizzazione somministrazione farmaco all'alunno/a

frequentante la classe sez. scuoladi.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal

Sig..... e Sig.

per il/la figlio/a prot. n. _____

del _____, relativa alla somministrazione del farmaco,

il Dirigente scolastico

AUTORIZZA

il personale indicato di seguito a somministrare il farmaco con le procedure indicate nella documentazione medica:

Personale Docente:

Personale ATA:

Laureana di Borrello, _____

II DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Daniela Antonia PANZERA

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art.3, c.2 D.Lgs n.39/93