

		
Unione Europea	Repubblica Italiana	Regione Calabria
	Ministero dell'Istruzione e del Merito Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria – Ambito Territoriale di Reggio Calabria ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “CORRADO ALVARO – PASQUALE MEGALI” Scuole dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione dei Comuni di Melito di Porto Salvo - Roghudi - San Lorenzo – Bagaladi Via Filippo Turati, n. 44 89063 MELITO DI PORTO SALVO (RC) Codice Meccanografico: RCIC841003 Cod. Fiscale: 92034530805 Tel. (+39) 0965781260 / (+39) 0965781258 Fax (+39) 0965781260 PEO: rcic841003@istruzione.it PEC: rcic841003@pec.istruzione.it	

Al Personale docente
Al Personale ATA
Al D.S.G.A.
Alle famiglie
Dell'I.C. “C. Alvaro – P. Megali”
Sito Web

OGGETTO:	Direttiva sulla somministrazione e auto-somministrazione farmaci in orario scolastico – a.s. 2026-2027
-----------------	---

Si forniscono le indicazioni da seguire tassativamente in ordine alla somministrazione dei farmaci a scuola, ai sensi di quanto disposto dalla nota n. 2312 del 25.11.2005 emanata dal Ministero dell'Istruzione, d'intesa con il Ministero 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”.

La somministrazione di farmaci a scuola è riferita solo nei casi di effettiva ed assoluta necessità per i quali la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico:

1. Per continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
2. In seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

Pertanto, la somministrazione di farmaci a scuola è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva ed assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute.

ADEMPIMENTI E PROCEDURE PER I GENITORI

Per tale somministrazione è richiesto il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

Entrambi i genitori

1. formulano la richiesta al Dirigente Scolastico (**Allegato 1**), la quale ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico, fornendo la certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico redatti dal Medico (**Allegato 2**), presentando eventuale documentazione integrativa utile.

La **Certificazione dello stato di malattia** redatta dal Medico (medico in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata) deve esplicitare:

- L'assoluta necessità della somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa;
- Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

- Se il farmaco è già stato somministrato, in quanto la prima somministrazione non deve avvenire in ambito scolastico, ad eccezione di specifiche situazioni.

Il **Piano Terapeutico**, parte integrante della Certificazione dello stato di malattia del Medico, conterrà necessariamente:

- Nome e cognome dello studente;
- Nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio;
- Principio attivo del farmaco;
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- Dose da somministrare;
- Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi) e di conservazione del farmaco;
- Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni).

I genitori inoltre:

2. Forniscono disponibilità e recapiti per essere contattati in caso di necessità/consulenza;
3. Segnalano tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso;
4. Forniscono il farmaco ed eventuali presidi, provvedendo al loro regolare approvvigionamento (Allegato 5 - Verbale consegna farmaco).

Diversamente il genitore potrà provvedere direttamente in proprio alla somministrazione del farmaco, anche mediante intervento di terzi delegati, previa obbligatoria autorizzazione all'accesso alla scuola da parte del Dirigente Scolastico. Tale procedura viene effettuata anche per le terapie farmacologiche brevi.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE

L'auto-somministrazione dei farmaci da parte degli alunni è prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Considerata la progressiva maggiore autonomia degli studenti con il crescere dell'età si conviene sulla possibilità di prevedere, laddove possibile ed in accordo con la famiglia e i sanitari, l'auto-somministrazione dei farmaci.

Tale modalità deve essere esplicitamente autorizzata dal Genitore nella richiesta di attivazione del percorso al Dirigente Scolastico. **(Allegato 7)**

COMPITI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il Dirigente Scolastico:

1. Acquisisce la richiesta dei genitori, informa il personale della scuola;
2. Individua gli operatori scolastici disponibili **(Allegato 3)**;
3. Verifica le condizioni ambientali atte a garantire una corretta modalità di conservazione del farmaco;
4. Comunica ai genitori l'avvio della procedura;
5. Garantisce la tutela della privacy **(Allegato 4)**;
6. Predisporre un piano di azione **(Allegato 6)**.

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, avvertendo contemporaneamente la famiglia dello studente.

La procedura da seguire in tali casi richiede la segnalazione dell'evento e del soggetto coinvolto al lavoratore addetto al primo soccorso presente nella scuola che, verificata la situazione, metterà in atto le azioni relative alla gestione dell'emergenza di carattere sanitario ed effettuerà la chiamata al numero unico di emergenza 112 e comunicherà tempestivamente ai genitori.

SOMMINISTRAZIONE IN SEGUITO A MANIFESTAZIONE ACUTA CORRELATA A PATOLOGIA NOTA

In caso di manifestazione acuta in alunni che rientrano tra i casi con prescrizione di adrenalina per rischio anafilassi, dopo aver somministrato il farmaco è indispensabile effettuare tempestiva chiamata al 112, informando in contemporanea da altro telefono, la famiglia.

Appena possibile, informare anche il Dirigente Scolastico o la segreteria.

DISPOSIZIONI FINALI

Della presente direttiva dovrà essere informato il personale supplente (insegnanti e collaboratori scolastici) al momento dell'entrata in servizio nelle classi/sezioni frequentate da alunni bisognosi di somministrazione di farmaci a scuola.

Quest'ufficio provvederà a trasmettere al plesso di frequenza dell'alunno interessato, unitamente alla certificazione medica presentata, anche il Piano personalizzato di intervento con descritto il comportamento da attuare in caso di bisogno.

Si sottolinea infine che, nonostante il personale scolastico non sia obbligato ad accettare incarichi che prevedano somministrazione di farmaci, in ogni **caso il mancato intervento in situazione di emergenza può prefigurare reato di omissione di soccorso in caso di danni all'alunno.**

Si allegano alla presente circolare i seguenti moduli:

- Allegato 1 – Richiesta della famiglia
- Allegato 2 – Piano Terapeutico
- Allegato 3 – Disponibilità del personale per la somministrazione dei farmaci agli alunni
- Allegato 4 – Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs 196/2003 e Regolamento UE 2016/679) per la firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale
- Allegato 5 – Verbale consegna farmaco
- Allegato 6 – Piano di azione del personale
- Allegato 7 – Richiesta di auto-somministrazione del farmaco

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(Dott.ssa Concetta Sinicropi)
Firma autografa sostituita mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

Allegato 1
AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "C. ALVARO - P. MEGALI"
MELITO DI PORTO SALVO (RC)

Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA
A.S. 2026/2027

I sottoscritti _____
Genitoridell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____

frequentante la classe/sezione _____ presso la scuola dell'infanzia / primaria / secondaria di I grado di _____

CHIEDONO

- ☐ la somministrazione allo/a stesso/a di terapia farmacologica a scuola, come da Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico allegati;
- ☐ la possibilità che lo/a stesso/a si auto-somministri la terapia farmacologica a scuola, come da Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico allegati.

NEL CONTEMPO

- dichiarano di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie né prevedere l'esercizio della discrezionalità tecnica;
- autorizzano inoltre il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- si impegnano a fornire alla scuola il farmaco prescritto nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

Recapiti in caso di necessità/consulenza:

Telefono 1: _____ Telefono 2: _____

Allegati:

1. Certificazione dello stato di malattia
2. Piano Terapeutico

Data __/__/_____

Firma del padre _____ Firma della madre _____

Nel caso in cui si sia impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere la seguente autodichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data __/__/_____

Firma _____

Allegato 2

(Da compilare a cura del medico)

PIANO TERAPEUTICO
per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, da adottare:

- ☐ **in caso di emergenza**
☐ **per continuità terapeutica in caso di patologia cronica**
(specificare solo una delle opzioni)

Studente (nome e cognome): _____

Nato a: _____ il _____

Farmaco da somministrare (nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio):

Principio attivo del farmaco: _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco: *(da compilare per somministrazione in caso di emergenza)*

Dose da somministrare:

Modalità di somministrazione: *(somministrazione da parte di terzi o auto-somministrazione)*

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Durata e tempistica della terapia-orario e giorni: *(da compilare per somministrazione per continuità terapeutica in caso di patologia cronica)*

_____ - _____ - _____
_____ - _____ - _____

Prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi: ☐ sì ☐ no

Si dichiara che la somministrazione del farmaco suddetto non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né dell'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione.

Data: __/__/__

Timbro e firma del medico

Allegato 3
AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "C. ALVARO - P. MEGALI"
MELITO DI PORTO SALVO (RC)

Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico di farmaci;

Vista la richiesta delle famiglie (allegato1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

Vista la dichiarazione formale delle famiglie a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitaria sul minore;

Si fornisce formale

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i nella certificazione medica allegata.

COGNOME E NOME	INDICARE SE DOCENTE O ATA	FIRMA PER DISPONIBILITA'

Il Dirigente Scolastico in data _____ autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica.

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Concetta Sinicropi)

Allegato 4

		
Unione Europea	Repubblica Italiana	Regione Calabria
	Ministero dell'Istruzione e del Merito Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria – Ambito Territoriale di Reggio Calabria ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “CORRADO ALVARO – PASQUALE MEGALI” Scuole dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione dei Comuni di Melito di Porto Salvo - Roghudi - San Lorenzo – Bagaladi Via Filippo Turati, n. 44 89063 MELITO DI PORTO SALVO (RC) Codice Meccanografico: RCIC841003 Cod. Fiscale: 92034530805 Tel. (+39) 0965781260 / (+39) 0965781258 Fax (+39) 0965781260 PEO: rcic841003@istruzione.it PEC: rcic841003@pec.istruzione.it	

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili
(D.Lgs. 196 del 30.6.2003 e del Regolamento (UE) 2016/679)

Informativa sul trattamento dei dati personali art. 13 D.lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679

Gentilissimi Genitori,

Vi informo che il D.Lgs. 196/2003 nonché il Regolamento UE 2016/679 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantiscono 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.

Vi ricordo 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 così come previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Concetta Sinicropi

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____

Firma del padre _____ Firma della madre _____

Nel caso in cui si è impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente autodichiarazione: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma

Allegato 5
AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "C. ALVARO - P. MEGALI"
MELITO DI PORTO SALVO (RC)

Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico

In data _____ alle ore _____ il/la sig./sig.ra _____

genitore dell'alunno/a (indicare le iniziali) _____ frequentante la classe _____ della
scuola _____

consegna nelle mani di _____

una confezione nuova ed integra dei farmaci

da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato 1 e 2, consegnati in segreteria e in copia qui allegata.

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
- a conclusione della giornata scolastica ritirerà il kit dei medicinali consegnato per riconsegnarlo il giorno successivo
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

Il personale che riceve il farmaco _____

Il genitore _____

Data _____

Allegato 6

		
Unione Europea	Repubblica Italiana	Regione Calabria
 Ministero dell'Istruzione e del Merito Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria – Ambito Territoriale di Reggio Calabria ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “CORRADO ALVARO – PASQUALE MEGALI” Scuole dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione dei Comuni di Melito di Porto Salvo - Roghudi - San Lorenzo – Bagaladi Via Filippo Turati, n. 44 89063 MELITO DI PORTO SALVO (RC) Codice Meccanografico: RCIC841003 Cod. Fiscale: 92034530805 Tel. (+39) 0965781260 / (+39) 0965781258 Fax (+39) 0965781260 PEO: rcic841003@istruzione.it PEC: rcic841003@pec.istruzione.it		

PIANO DI AZIONE

Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- **una persona per i contatti telefonici:**
 - chiama i genitori,
 - informa il 112 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute;
- **una persona per la somministrazione:**
 - accudisce il bambino
 - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

1. Orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a. l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico assegnato
- b. il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c. l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d. il collaboratore scolastico chiama il 112 e i genitori.

2. Orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:

- a. l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico assegnato e soccorre il/la bambino/a;
- b. il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c. l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d. il secondo collaboratore scolastico chiama il 112 e i genitori.

3. Orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a. un'insegnante soccorre il/la bambino/a
- b. l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico assegnato, poi chiama il 112 e i genitori
- c. il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d. l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

Oltre alla normale organizzazione 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 dalle insegnanti di plesso.

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Concetta Sinicropi)
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
Ex art. 3, c.2 Dlgs. N. 39/1993

Allegato 7
AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "C. ALVARO - P. MEGALI"
MELITO DI PORTO SALVO (RC)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti _____
genitori di _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____
Plesso _____
Essendo il minore affetto da _____

_____ e constatata l'assoluta necessità, chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal dott. _____

_____ Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e s.m.i. (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/medico curante: _____
- Genitori (Numero fisso): _____
- Cell. Padre: _____
- Cell. madre: _____