



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "G. RENDA" DI POLISTENA (RC)

Via Vescovo Morabito, snc - 89024 Polistena (RC) - TEL. 0966439144 - Codice Fiscale 91000410802

PEO: rcis00300c@istruzione.it - PEC rcis00300c@pec.istruzione.it Sito WEB: <http://www.istitutorenda.edu.it>

I.I.S. "G.RENDA" - POLISTENA (RC)
Prot. 0006488 del 10/09/2025
VI-10 (Uscita)

**Al personale
scolastico
p.c. Al DGSA
Sito Web
Agli Atti**

Circolare: 12

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Il presente protocollo è elaborato in ottemperanza alle **Linee guida del 25/11/2005** (prot. n. 2312) e alla **Circolare n. 25 del 2007** integrate dalla **Nota congiunta MIUR-Ministero della Salute del 20 marzo 2017** in merito alla somministrazione dei farmaci a scuola. dei Ministeri della Pubblica Istruzione e della Salute. L'obiettivo è definire un percorso chiaro e sicuro per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, tutelando il diritto alla salute e al benessere degli studenti, garantendo al contempo la non discrezionalità del personale scolastico.

Ambito di applicazione

La somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente ai casi di **assoluta necessità**, ovvero quando la terapia non può essere interrotta o rimandata, come nel caso di patologie croniche, disabilità o emergenze prevedibili (es. shock anafilattico, crisi ipoglicemiche). L'autorizzazione alla somministrazione deve essere formalizzata dai genitori o da chi ne esercita la potestà genitoriale e dal medico curante.

Responsabilità e Ruoli

1. **Famiglia:** Presenta la richiesta formale al Dirigente Scolastico, corredata dalla documentazione medica, e fornisce i farmaci in confezione originale e integra. Si impegna a comunicare tempestivamente variazioni di terapia.
2. **Medico curante:** Certifica l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico, indica il farmaco, la posologia, le modalità di conservazione e, se applicabile, la possibilità di **autogestione** del farmaco da parte dello studente.
3. **Dirigente Scolastico:** Valuta l'ammissibilità della richiesta, individua il luogo idoneo per la conservazione dei farmaci e autorizza il personale volontario alla somministrazione.
4. **Personale Scolastico:** La somministrazione può essere effettuata solo da personale (docente o ATA) che si sia dichiarato **volontariamente disponibile** e che abbia ricevuto, ove necessario, adeguata formazione. La somministrazione non deve richiedere competenze sanitarie specialistiche.



Autogestione del farmaco

Nel caso in cui il medico curante certifichi l'autonomia dello studente nella gestione della propria terapia, il protocollo può prevedere l'**autosomministrazione del farmaco**. In questo scenario, il personale scolastico ha il compito di vigilare sullo studente, senza intervenire direttamente nella somministrazione.

Indicazioni Operative per la Somministrazione di Farmaci a Scuola

Per garantire una gestione chiara e sicura dei farmaci in orario scolastico, ecco i passaggi che le famiglie devono seguire, punto per punto:

1. **Richiesta formale:** Compila il **Modulo (A e/o B) di Richiesta per la Somministrazione/Autogestione di Farmaci** (sezione 2 del protocollo). Assicurati di aver inserito tutti i dati richiesti relativi allo studente e di aver firmato la sezione di autorizzazione e dichiarazione.
2. **Documentazione medica:** Richiedi al **Medico Curante** (pediatra o specialista) di compilare e timbrare la sezione medica del modulo. È essenziale che la certificazione del medico indichi in modo chiaro:
 - L'**assoluta necessità** della somministrazione in orario scolastico.
 - Nome del **farmaco**, posologia, via e orari di somministrazione.
 - **Modalità di conservazione**.
 - L'indicazione se lo studente è o meno in grado di **autosomministrarsi** il farmaco.
 - **Possibilità che la somministrazione** possa essere fatta dal **personale scolastico**
3. **Consegna della documentazione:** Consegna il modulo compilato e firmato da te e dal medico al **Dirigente Scolastico** per il tramite presso l'ufficio di segreteria designato.
4. **Fornitura dei farmaci:** Fornisci il farmaco alla scuola in **confezione originale e integra**, con il foglietto illustrativo. La scadenza del farmaco deve essere valida.
5. **Comunicazione costante:** Informa tempestivamente la scuola in caso di **variazioni di terapia** o se il farmaco non è più necessario.

Seguendo questi passaggi, la procedura sarà corretta e l'Istituto potrà garantire la massima sicurezza nella gestione della terapia di tuo figlio.

Si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Emanuela Cannistrà

firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. N. 39/93



MODULO (A)

RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Da compilare a cura della famiglia e del medico curante

DATI DELLO STUDENTE

- Nome e Cognome: _____
- Data di nascita: _____
- Classe e Sezione: _____

RICHIESTA E DICHIARAZIONE DELLA FAMIGLIA

I sottoscritti, genitori/tutori dell'alunno/a sopra indicato/a, con la presente **richiedono l'autorizzazione alla somministrazione del farmaco** in orario scolastico da parte del personale scolastico, in quanto la terapia si rende **assolutamente indispensabile**.

- Dichiarano di aver preso visione del protocollo d'Istituto in materia di somministrazione farmaci.
- Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e con scadenza valida, e a rifornirlo in caso di necessità.
- Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione del farmaco, qualora avvenga nel rispetto delle istruzioni fornite.

CONSENSO E FIRME DEI GENITORI/TUTORI

In ottemperanza agli Artt. **337-ter e 337-quater** del Codice Civile, si dichiara che il consenso alla somministrazione del farmaco è espresso da entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale.

In caso di firma di un solo genitore, lo stesso dichiara che la decisione è stata assunta in accordo con l'altro genitore e che non sussistono contrasti in merito alla somministrazione del farmaco.

- Firma del Genitore 1: _____
- Firma del Genitore 2: _____
- Data: _____



SEZIONE MEDICA

Da compilare a cura del medico curante dello studente

- Si certifica che l'alunno/a necessita della somministrazione del seguente farmaco in orario scolastico:
 - Nome farmaco: _____
 - Principio attivo: _____
 - Posologia e dose: _____
 - Via di somministrazione: _____
 - Orario/Circostanze di somministrazione: _____
 - Modalità di conservazione: _____
 - Durata della terapia: _____

- Si attesta, inoltre, che il personale docente non sanitario è idoneo alla somministrazione del farmaco, secondo le modalità, la posologia e l'orario sopra riportati.

- Eventuali istruzioni/interventi in caso di reazione avversa o emergenza:

Firma e timbro del medico curante: _____



MODULO (B)

RICHIESTA PER L'AUTOGESTIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Da compilare a cura della famiglia e del medico curante

DATI DELLO STUDENTE

- **Nome e Cognome:** _____
- **Data di nascita:** _____
- **Classe e Sezione:** _____

RICHIESTA E DICHIARAZIONE DELLA FAMIGLIA

I sottoscritti, genitori/tutori dell'alunno/a sopra indicato/a, con la presente **richiedono l'autorizzazione all'autogestione del farmaco** in orario scolastico, in quanto la terapia si rende **assolutamente indispensabile** e lo studente è in grado di gestirla autonomamente.

- Dichiarano di aver preso visione del protocollo d'Istituto in materia di somministrazione farmaci.
- Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e con scadenza valida, e a rifornirlo in caso di necessità.
- Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dall'autogestione del farmaco, a patto che sia garantita la necessaria vigilanza.

CONSENSO E FIRME DEI GENITORI/TUTORI

In ottemperanza agli Artt. **337-ter e 337-quater** del Codice Civile, si dichiara che il consenso alla somministrazione del farmaco è espresso da entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale.

In caso di firma di un solo genitore, lo stesso dichiara che la decisione è stata assunta in accordo con l'altro genitore e che non sussistono contrasti in merito alla somministrazione del farmaco.

- **Firma del Genitore 1:** _____
- **Firma del Genitore 2:** _____
- **Data:** _____



SEZIONE MEDICA

Da compilare a cura del medico curante dello studente

- Si certifica che l'alunno/a necessita della somministrazione del seguente farmaco in orario scolastico:
 - Nome farmaco: _____
 - Principio attivo: _____
 - Posologia e dose: _____
 - Via di somministrazione: _____
 - Orario/Circostanze di somministrazione: _____
 - Modalità di conservazione: _____
 - Durata della terapia: _____
- Si attesta, inoltre, che il personale docente non sanitario è idoneo alla somministrazione del farmaco, secondo le modalità, la posologia e l'orario sopra riportati.
- Eventuali istruzioni/interventi in caso di reazione avversa o emergenza:

Firma e timbro del medico curante: _____