

**ISTITUTO COMPRENSIVO "AMMENDOLA – DE AMICIS – S. GIUS"**

**SEDE CENTRALE - UFFICI DI SEGRETERIA: Via Marciotti, 1 SAN GIUSEPPE VESUVIANO (NA) 80047**

**Tel 081/8271161 Cod. Mecc. NAIC8HM005 C.f. 92073420637 CODICE UNICO: JHL0AF**

**SECONDARIA PRIMO GRADO CON PERCORSI A INDIRIZZO MUSICALE: NAMM8HM016 - Via Marciotti, 1 SAN GIUSEPPE VESUVIANO**

**PLESSO "SAN LEONARDO": INFANZIA: NAAA8HM023 PRIMARIA: NAEE8HM028 - Via San Leonardo SAN GIUSEPPE VESUVIANO**

**PLESSO "CROCE ROSSA": INFANZIA: NAAA8HM012 PRIMARIA: NAEE8HM017 - Via Croce Rossa SAN GIUSEPPE VESUVIANO**

**PLESSO "LARGO MARCIOTTI": Succursale Secondaria primo grado e Primaria "Croce Rossa" - Via Largo Marciotti SAN GIUSEPPE VESUVIANO**

e-mail: [naic8hm005@istruzione.it](mailto:naic8hm005@istruzione.it) PEC: [naic8hm005@pec.istruzione.it](mailto:naic8hm005@pec.istruzione.it) Sito Web: [www.icammendoladeamicis.edu.it](http://www.icammendoladeamicis.edu.it)

**Prot. come da signature**

IC "Ammendola - De Amicis - S. Gius"  
Prot. 0005522 del 09/09/2025  
IV (Uscita)

**A tutti Docenti  
Ai Genitori  
Al Personale Ata  
Al Sito web**

**COMUNICAZIONE N. 10**

**Oggetto: PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI.**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

facendo riferimento alla "Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI",

**CONSIDERATA** la Dichiarazione dei diritti del bambino, approvata dall'ONU il 20 novembre 1959, che afferma che va garantito ai bambini il diritto ai mezzi che consentono lo sviluppo in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale, spirituale e sociale;

**VISTO** il Decreto Legislativo 31 Marzo 1998 n. 112 "conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli Enti Locali";

**VISTO** il Decreto del Presidente della Repubblica 8 Marzo 1999 n. 275 concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

**VISTA** la Legge 8 novembre 2000 n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 Marzo 2001 n. 165, concernente "norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

**VISTA** la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 con la quale sono inviate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" a firma dei Ministri del MIUR e della salute;

**VISTO** il C.C.N.L. del comparto scuola 2019/2021 sottoscritto in data 18.01.24;

**PREMESSO** che "la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto" (art. 2 delle suddette Linee Guida);

**CONSIDERATO** che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita; dispone la seguente procedura per quanto previsto in oggetto

**PREMESSO CHE:**

- Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25/01/2005, le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di

somministrazione di farmaci in orario scolastico;

- la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico);

- la somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato, per la cura di particolari patologie croniche, o al bisogno, in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;

- la scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

- la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Dirigente Scolastico ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga).

#### DISPONE

**IL SEGUENTE PROTOCOLLO IN CUI SI DECLINANO I COMPITI E LE RESPONSABILITA' DELLE PARTI INTERESSATE: FAMIGLIA, MEDICO CURANTE E ISTITUZIONE SCOLASTICA.**

#### PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LA FAMIGLIA</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante. <b>(Allegato A)</b> o da parte dei genitori stessi o loro delegati <b>(Allegato E)</b>;</li><li>Autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore <b>(Allegato A)</b>;</li><li>Fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante;</li><li>Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.</li></ul>                                                                                                                 |
| <b>IL MEDICO CURANTE</b>        | <ul style="list-style-type: none"><li>Rilascia il certificato <b>(Allegato F)</b> in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità;</li><li>Indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;</li><li>Indica la modalità di conservazione del farmaco;</li><li>Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;</li><li>Indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>LA FAMIGLIA</b>              | <p>I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>indicano nome e cognome dell'alunno;</li><li>precisano la patologia di cui soffre l'alunno;</li><li>comunicano il nome commerciale del farmaco;</li><li>chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;</li><li>autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità;</li><li>allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);</li><li>forniscono il farmaco, che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.</li></ul> |
| <b>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</b> | <p>Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>verifica la disponibilità degli operatori scolastici a garantire la somministrazione di farmaci. (Gli operatori scolastici sono individuati possibilmente tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso);</li><li>individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco;</li><li>garantisce la corretta conservazione del farmaco;</li><li>prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## Modalità di somministrazione di farmaci per particolari patologie acute da parte di personale della scuola

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LA FAMIGLIA</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>• I genitori inoltrano richiesta alla scuola chiedendo l'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici durante l'orario di scuola, al fine di provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco all'alunno.</li><li>• I genitori possono delegare altra persona alla somministrazione del farmaco.</li><li>• I genitori sono tenuti ad allegare, alla richiesta, certificazione medica attestante la patologia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere necessariamente in orario scolastico.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Il Dirigente Scolastico, acquisita la certificazione del medico curante, concede l'autorizzazione all'accesso ai locali dell'istituto durante l'orario di scuola ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci.</li><li>• Verifica la disponibilità degli operatori scolastici a garantire la somministrazione di farmaci. (Gli operatori scolastici sono individuati possibilmente tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso);</li><li>• Il Dirigente Scolastico:<ul style="list-style-type: none"><li>○ individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.</li><li>○ garantisce la corretta conservazione del farmaco;</li><li>○ prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.</li></ul></li></ul> |

Si allega modulistica:

**ALLEGATO A** Richiesta di somministrazione farmaci nei locali ed in orario scolastico

**Allegato D** Richiesta di auto-somministrazione di farmaci

**Allegato E** Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci *(da parte dei genitori o di loro delegati)* in orario scolastico.

**Allegato F** Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e Piano Terapeutico,

# PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico dell'  
I.C. "Ammendola – De Amicis – S. Gius"  
di San Giuseppe Vesuviano

## Allegato A

### **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(a cura dei genitori dell'alunno/a)

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 solleva lo stesso da ogni responsabilità  
civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità di cui al presente documento ai  
sensi del Regolamento europeo 679/2016 art. 9 c.2. lett. a (Trattamento di categorie particolari di dati  
personali).

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

### **Numeri di telefono utili:**

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

Genitori .....

.....

# PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico dell'  
I.C. "Ammendola – De Amicis – S. Gius"  
di San Giuseppe Vesuviano

## ***Allegato D***

### **RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(a cura dei genitori dell'alunno/a)

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 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 esclusivamente per le finalità di cui al presente documento ai  
sensi del Regolamento europeo 679/2016 art. 9 c.2. lett. a (Trattamento di categorie particolari di dati  
personali).

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .....

.....

# PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico dell'  
I.C. "Ammendola – De Amicis – S. Gius"  
di San Giuseppe Vesuviano

## Allegato E

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci** *(da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.*

I sottoscritti .....  
genitori di ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola .....  
sita a ..... in Via .....

### CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

### \*\*\*Eventuale Delega

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra

A tal fine **si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.**

**In fede.**

**Data,**

Firma .....

**Numeri di telefono utili:**

**Medico Curante** .....

**Genitori** .....

## PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico dell'  
I.C. "Ammendola – De Amicis – S. Gius"  
di San Giuseppe Vesuviano

### Allegato F

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....

nato il..... residente a .....

#### **Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione *(da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica)* del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i**

.....

**modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)**

.....

.....

.....

**durata della terapia** .....

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

.....

.....

**Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso**

.....

**Data, .....**

**timbro e firma del medico**

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIVOLTA ALLE FAMIGLIE AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679- SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Ai sensi della vigente normativa sul trattamento e la protezione dei dati personali, questa Istituzione Scolastica, rappresentata dal dirigente scolastico Michele Antonio Iovine in qualità di Titolare del trattamento, dovendo acquisire o già detenendo dati personali che riguardano Lei ed il minore che Lei rappresenta (studente), per l'espletamento delle sue funzioni istituzionali e, in particolare, per gestire le attività di istruzione, educative e formative stabilite dal Piano dell'Offerta Formativa, è tenuta a fornirLe le informazioni appresso indicate riguardanti il trattamento dei dati personali in suo possesso.

### Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali Suoi e dello studente che Lei rappresenta, anche appartenenti alle categorie particolari come elencate nel Regolamento (EU) 679/2016, avrà le finalità di:

1. gestione delle 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, dietro prestazione del suo libero consenso

### Periodo di conservazione

I dati personali raccolti per le finalità sopra descritti saranno conservati per il tempo prescritto dalla legge per l'espletamento delle attività istituzionali, gestionali e amministrative e saranno utilizzati (e mantenuti aggiornati) al massimo per la durata del rapporto tra la vostra famiglia e codesta istituzione o, prima, fino alla revoca del consenso.

### Riferimenti per la protezione dei dati

Titolare del Trattamento dei dati personali è la scuola stessa, che ha personalità giuridica autonoma ed è legalmente rappresentata dal dirigente scolastico p.t.

### Riferimenti per la protezione dei dati

Responsabile della protezione dei dati è il dott. Angelo Pagano, del quale si riportano di seguito i riferimenti di contatto email: [pagano-angelo@virgilio.it](mailto:pagano-angelo@virgilio.it)

Le ricordiamo inoltre che in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento presentando apposita istanza con il modulo disponibile presso gli uffici di segreteria.

### Diritti degli interessati

Le ricordiamo, ai sensi della vigente normativa ed in particolare degli articoli 15-22 e 77 del RGPD UE 2016/679, che lei ha sempre il diritto di esercitare la richiesta di accesso e di rettifica dei suoi dati personali, che ha il diritto a richiedere l'oblio e la limitazione del trattamento, ove applicabili, e che ha sempre il diritto di revocare il consenso e proporre reclamo all'Autorità Garante.

### Destinatari dei dati personali e assenza di trasferimenti

I dati oggetto del trattamento potranno essere comunicati a soggetti esterni alla istituzione scolastica quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- alle AUSL e agli Enti Locali per il funzionamento dei Gruppi di Lavoro Handicap di istituto e per la predisposizione e verifica del Piano Educativo Individualizzato, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n.104;
- ad Aziende Ospedaliere;
- al Medico di Medicina Generale;
- all'Assessorato Regionale alla Sanità;
- al Ministero della salute.

I dati oggetto del trattamento, registrati in sistemi informativi su web, sono conservati su server ubicati all'interno dell'Unione Europea e non sono quindi oggetto di trasferimento.

**Si allega: Autorizzazione al trattamento dei dati**

Il Dirigente scolastico  
Ing. Michele Antonio Iovine  
Firma autografa sostituita a mezzo  
stampa, ai sensi dell'art.3 comma 2, del  
D.Lgs. 39/93

**Allegato 1**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIVOLTA ALLE FAMIGLIE AI SENSI DELL'ART.13 DEL  
REGOLAMENTO (UE) 2016/679- SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

**GENITORE 1**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, genitore/tutore legale dell'alunna/o \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, iscritta/o alla classe \_\_\_\_\_,

per l'anno scolastico 20\_\_/20\_\_

dichiara di aver preso visione sul sito della scuola/in formato cartaceo dell'informativa SOMMINISTRAZIONE  
FARMACI fornita dal Titolare del trattamento, e inoltre

[ ] dà il consenso [ ] nega il consenso,

al trattamento dei propri dati per la gestione delle 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**GENITORE 2**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_, genitore/tutore legale dell'alunna/o \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, iscritta/o alla classe \_\_\_\_\_,

per l'anno scolastico 20\_\_/20\_\_

dichiara di aver preso visione sul sito della scuola/in formato cartaceo dell'informativa SOMMINISTRAZIONE  
FARMACI fornita dal Titolare del trattamento, e inoltre

[ ] dà il consenso [ ] nega il consenso,

al trattamento dei propri dati per la gestione delle 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_