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** PEC: **naic8hm005@pec.istruzione.it** Sito Web: **www.icammendoladeamicis.edu.it**

Prot. come da signature

IC "Ammendola - De Amicis - S. Gius"
Prot. 0005979 del 14/09/2026
IV (Uscita)

A tutti Docenti
Ai Genitori
Al Personale Ata
Al Sito web

COMUNICAZIONE N. 19

Oggetto: PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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).

SI DISPONE

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

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

LA FAMIGLIA	• Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante. (Allegato A) o da parte dei genitori stessi o loro delegati (Allegato E); • 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 (Allegato A); • Fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante. (Allegati B2-C2) • Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.
IL MEDICO CURANTE	• Rilascia il certificato (Allegato F) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità; • Indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità; • Indica la modalità di conservazione del farmaco; • Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; • 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.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	• Valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico. (Allegato G); • Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco; • Individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco; • Promuove incontri con il Medico curante, la Famiglia e la Scuola al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti: • La patologia e le sue manifestazioni; • La fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; • La non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità; • La presa d'atto della certificazione medica; • Le eventuali modalità di spostamento del bambino o della bambina dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza; • Indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.

Modalità di somministrazione di farmaci per terapie farmacologiche da parte dei genitori o di loro delegati

LA FAMIGLIA	I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui: • indicano nome e cognome dell'alunno; • precisano la patologia di cui soffre l'alunno; • comunicano il nome commerciale del farmaco; • chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico; • autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità; • 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); • 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.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci: • 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); • individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco; • garantisce la corretta conservazione del farmaco; • prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

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

LA FAMIGLIA	· 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. · I genitori possono delegare altra persona alla somministrazione del farmaco. · 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.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	· 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. 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); . Il Dirigente Scolastico individua il luogo fisico per la terapia da effettuare. . garantisce la corretta conservazione del farmaco; . prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

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

Allegato A

RICHIESTA DI 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 .....

sita a ..... in Via .....

Essendo il minore effetto 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

Allegato B/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

all'alunno/a ..... frequentante la classe .....

scuola .....

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

dal/i Sig. .....

per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita,** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. [1]

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

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:	Personale ATA:

[1] Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Allegato B/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

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

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola..... consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....

da somministrare al/alla bambino/a in caso di[1] ..... nella dose ..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott. .....

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.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

....

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

Il genitore Le insegnanti

....

[1] Indicare l'evento

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Allegato C/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Al Personale Docente
Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all'alunno/a ..... frequentante la classe .....

scuola .....

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

dal/i Sig. .....

per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile,** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore .....all'alunno/a nella dose di ..... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato[1].
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione[2]:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da[3]:

....

....

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

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Allegato C/1

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

[1]. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

[2]. Indicare il luogo della custodia

[3]. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Allegato C/2

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

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

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.....

da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore ..... nella dose .....

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott. .....

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.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

....

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

Il genitore Le insegnanti

_____ _____

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Allegato D

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 .....

sita a ..... in Via .....

Essendo il minore effetto 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

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

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

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Allegato G

Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Vista la richiesta della famiglia (allegato A) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;
Visto il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;
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 della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;
Si fornisce formale
disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e nome	Indicare se docente o ATA	Firma per disponibilità

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale ..... da somministrare in caso di ..... (indicare l'evento) .....

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: ..... (indicare il luogo dove sarà conservato)

.....

Nel caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente 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 118 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 con il segnale concordato
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 118 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 con il segnale concordato 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 118 e i genitori.
   e)
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 con il segnale concordato, poi chiama il 118 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.**

Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.