



**ISTITUTO COMPRENSIVO 1° "D'ACQUISTO-LEONE"**  
VIA INDIPENDENZA, 1 – 80038 POMIGLIANO D'ARCO  
Distretto n° 31 – C. F. 93076670632 – C. M. NAIC8G1003  
Telefono e fax 081/3177304 – e mail [NAIC8G1003@ISTRUZIONE.IT](mailto:NAIC8G1003@ISTRUZIONE.IT)  
Sito Web: [www.ic1dacquistoaleone.edu.it](http://www.ic1dacquistoaleone.edu.it) – postacertificata: [NAIC8G1003@pec.istruzione.it](mailto:NAIC8G1003@pec.istruzione.it)

## **TITOLO 19 - REGOLAMENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

### **Art. 1 – SOGGETTI E DESTINATARI**

La somministrazione di farmaci e di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali a bambini e ragazzi che, affetti da patologie, abbiano tali necessità in orario scolastico, avviene esclusivamente nei casi autorizzati dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di libera scelta e/o dai Medici di medicina generale, che certifichino lo stato di malattia dell'alunno attraverso specifica prescrizione di farmaci salvavita e/o indispensabili da assumere in orario e contesto scolastico.

I farmaci a scuola possono essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità (farmaco indispensabile o salvavita) durante l'orario scolastico, in considerazione dell'idoneità dei locali scolastici in relazione alla somministrazione e alla conservazione del farmaco e previa disponibilità dei docenti e/o del personale scolastico formati.

I docenti e il personale scolastico, invitati dal Dirigente Scolastico a dichiarare la propria disponibilità alla somministrazione di tale tipologia di farmaci e, quindi, alla formazione in situazione, saranno specificamente formati dalla ASL in merito a quanto attinente al piano terapeutico. Nelle more della formazione dei docenti o in assenza di disponibilità di questi ultimi, i genitori stessi o persona dagli stessi individuata e comunicata formalmente alla istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente Scolastico. È compito della famiglia comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, secondo le procedure indicate nel presente Regolamento, la necessità di somministrazione di farmaci e/o di svolgere attività a supporto di alcune funzioni vitali e/o della modifica o della sospensione del trattamento.

### **Art. 2 – PROCEDURA**

La somministrazione di farmaci in orario scolastico e nei locali scolastici deve essere:

- Formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale compilando e consegnando l'**allegato 1** al presente Regolamento;
- La richiesta corredata di certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali e in orario scolastico e del piano terapeutico (**allegato 2**). Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:
  - L'assoluta necessità;
  - La somministrazione indispensabile in orario scolastico;
  - La fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre deve contenere in modo chiaro e leggibile:

- Nome e cognome dello studente;
- Nome commerciale del farmaco;
- Indicare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile.
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione (nel caso di farmaci al

- bisogno e per i quali occorre una adeguata formazione del personale della scuola)
  - Dose da somministrare;
  - Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
  - Durata della terapia (periodo predefinito o a lungo termine).
- Il Dirigente Scolastico una volta ricevuta la richiesta della famiglia, verifica:
  - La fattibilità di attuazione della richiesta;
  - L'idoneità dei luoghi per la conservazione e la somministrazione dei farmaci (di norma un cassetto della cattedra o l'armadietto della classe che devono essere chiusi a chiave o il frigorifero per i farmaci che lo richiedono);
  - La disponibilità alla somministrazione del personale scolastico dietro richiesta di manifestazione da parte del Dirigente Scolastico. La mancata disponibilità deve essere comunicata e motivata da valide e documentate ragioni in quanto il rifiuto alla somministrazione del farmaco indispensabile/salvavita potrebbe esporre il personale scolastico alle seguenti responsabilità:
    1. Inadempimento della obbligazione contrattuale di vigilanza e custodia degli alunni e forme di responsabilità risarcitoria ex art. 2048 c.c
    2. Reato di omissione di soccorso ex art. 593 del Codice Penale *"Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a duemilacinquecento euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata."*
  - L'esigenza di formazione specifica. Il Dirigente Scolastico contatta l'ASL per fissare la formazione e se si ravvisa la necessità, organizza un incontro formativo con i genitori ed il personale scolastico tenuto dal medico che ha in cura l'alunno. Nelle more della formazione del personale scolastico o in assenza di disponibilità di quest'ultimo, i genitori stessi, oppure una persona dagli stessi individuata e comunicata formalmente alla istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente Scolastico.
- Il Dirigente Scolastico individua un docente della classe (di norma il *coordinatore di classe*) come figura di riferimento per la gestione del farmaco che dovrà essere custodito in aula nell'armadietto e/o in un cassetto della cattedra chiuso a chiave o nel frigorifero, per i farmaci che lo richiedono;
- Dirigente Scolastico, Referente ASL d'istituto, il personale resosi disponibile e i genitori firmano il Piano di Intervento Personalizzato (PIP) redatto;
- Il Referente ASL d'Istituto provvede a consegnare una copia delle chiavi dell'armadietto/cassetto al docente coordinatore di classe e una copia alla bacheca chiavi del piano dove è ubicata l'aula;
- La famiglia consegna il farmaco al docente coordinatore di classe che lo ripone in aula seguendo le disposizioni del Piano di Intervento Personalizzato e contestualmente compila il verbale di consegna del farmaco (allegato 3);
- Il personale formato, in servizio al momento di necessità, procede alla somministrazione del farmaco attenendosi alle indicazioni del piano terapeutico e del PIP Piano di Intervento Personalizzato, avvertendo contemporaneamente la famiglia;
- Al termine dell'anno scolastico il docente di riferimento individuato dal PIP provvede alla riconsegna del farmaco da parte della scuola alla famiglia e contestualmente compila il verbale (allegato 5)

### **Art.3 - AUTOSOMMINISTRAZIONE**

L'auto-somministrazione dei farmaci in orario scolastico avviene esclusivamente nei casi autorizzati dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di libera scelta e/o dai Medici di medicina generale, che certifichino lo stato di malattia dell'alunno. In questo caso si segue la procedura di cui all'**Art. 2** del presente Regolamento fatto salvo che

- L'autorizzazione medica deve riportare, oltre agli altri punti richiesti dall'**allegato2** anche la dicitura che: *"il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola"*.

### **Art. 4 – GESTIONE DEL FARMACO IN AMBIENTE SCOLASTICO**

È compito e responsabilità della famiglia:

- Consegnare alla scuola solo confezioni di farmaci integre e in corso di validità;
- Preoccuparsi di sostituire il farmaco in caso di scadenza, consapevole del fatto che un farmaco scaduto non può essere in nessun caso somministrato.

Il farmaco viene custodito nei locali della scuola, in aula secondo le modalità prevista all'**Art. 2** del presente Regolamento, nell'armadietto o in un cassetto della cattedra chiuso a chiave, con una prima copia delle chiavi affidate al docente coordinatore di classe e una seconda copia delle chiavi nella bacheca di piano.

### **Art. 5 – MODIFICHE O SOSPENSIONI DELLA TERAPIA**

Nel corso dello stesso anno scolastico in caso di modifiche dell'intervento (posologia/modalità di somministrazione) o di sospensione della cura e a seguito di nuova prescrizione del medico curante, la famiglia deve fornire tempestivamente tale informazione insieme alla prescrizione del medico curante (**allegato 2**), affinché sia predisposta nuova autorizzazione di modifica o di sospensione da trasmettere alla scuola.

### **Art. 6 – PARTECIPAZIONE A USCITE DIDATTICHE E/O VISITE SCOLASTICHE**

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico è garantita anche durante le uscite didattiche, le visite e le gite scolastiche secondo le modalità organizzative concordate dai docenti direttamente coinvolti con il Dirigente Scolastico e con la famiglia. In particolare

- Durante le uscite didattiche in orario scolastico di mezza giornata o giornata intera i docenti accompagnatori prelevano da scuola il farmaco e lo custodiscono personalmente, per poi riportarlo nuovamente a scuola al termine dell'uscita;
- Durante i viaggi di istruzione che prevedono il pernottamento fuori casa i docenti direttamente coinvolti il Dirigente Scolastico e la famiglia concordano specifiche modalità organizzative in relazione alla gestione del farmaco da somministrare e/o alla presenza di genitori accompagnatori.

### **Art. 7 – GESTIONE DELL'EMERGENZA**

Il personale formato, in servizio al momento di necessità, procede alla somministrazione del farmaco attenendosi alle indicazioni del piano terapeutico e del Piano di Intervento Personalizzato, avvertendo contemporaneamente la famiglia. Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario

Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui non sia possibile applicare il Piano di Intervento Personalizzato o che questo risulti inefficace, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza. In tutti questi casi si fa ricorso al **118**, avvertendo contemporaneamente la famiglia.

#### **Art. 8 – DURATA DELL'AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO E DELLA FAMIGLIA**

L'autorizzazione del medico e della famiglia ha durata strettamente legata al periodo di trattamento indicata dal Medico ovvero per un solo anno scolastico.

I Genitori degli alunni, che negli anni scolastici precedenti hanno già sottoscritto con la scuola un Piano di Intervento Personalizzato per la somministrazione di farmaci indispensabili e/o salvavita e per il nuovo anno scolastico presentano nessuna mutazione della terapia, devono solo comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno scolastico in corso, compilando il relativo modello (**allegato 4**) corredato da certificazione medica attestante che *non è variata né la patologia né la terapia indispensabile e/o salvavita*.

Nel caso di passaggio di ciclo oppure di trasferimento in corso d'anno da altra scuola, o da altro Comune/Provincia, la famiglia informa la scuola che accoglie il bambino o il ragazzo attenendosi alla procedura di cui all'**Art. 2** del presente Regolamento.

Il presente regolamento è approvato con Delibera n°15 del Collegio dei Docenti del 12/09/2025 e Delibera n° 2 del Consiglio di Istituto del 23/09/2025.

F.to Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Tiziana Rubinacci

F.to Presidente Consiglio d'Istituto  
Dott.re Raffaele Sorrentino

# RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti.....e .....in  
 qualità di genitori-affidatari-tutori dell'alunno/a.....  
 frequentante la classe.....sez..... della scuola.....  
 plesso..... nell'anno scolastico....., affetto  
 da.....  
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da  
 prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal  
 Dott.....

## **CHIEDONO** (barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra.....
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, **di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per dettopersonale.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
  - ☐ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - ☐ L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

In fede,

(luogo e data)..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la responsabilità genitoriale

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

Tel. Genitori: tel fisso.....Tel cell.....

Tel. Genitori: tel fisso.....Tel cell.....

Tel. medico curante Dott.....tel.....

### **NB:**

La richiesta autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegna in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

*Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità*

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome .....

Nato il ..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

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

Affetto da .....

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐

Salvavita

☐

Indispensabile

Modalità di somministrazione: .....

Orario: 1^ dose .....; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^ dose.....;

Durata della terapia: .....

Modalità di conservazione: .....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

☐

Parziale autonomia

☐

Totale autonomia

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione.....

Dose: .....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione: .....

Note.....

(Luogo e Data) ..... il .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

.....

## VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto  
Al genitore dell'alunno/all'alunno

**Oggetto:** Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a

\_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_,  
(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(oppure)

☐ esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

iscritto alla classe \_\_, sez. \_\_, dell'Istituto \_\_\_\_\_, consegna  
all'incaricato, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento  
personalizzato prot. \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e Piano  
Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ dal (barrare la voce  
corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della Azienda USL \_\_\_\_\_

☐ medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_

☐ medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di  
intervento personalizzato, nel seguente luogo: \_\_\_\_\_ con le seguenti  
modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico  
e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna  
inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a  
comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore/dell'esercente la responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** PROSECUZIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

- avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;
- considerato che nel corrente A.S. il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione del farmaco e la somministrazione - terapia non è mutata,

**CHIEDONO**

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'A.S. \_\_\_\_\_

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

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

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente 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.

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.**

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.***

**Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto \_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto \_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro- tempore, dott. \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_.



I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

---

I Genitori o esercenti la responsabilità  
genitoriale

---

---

Si allega alla presente, la certificazione medica attestante che non è variata né la patologia né la terapia indispensabile e/o salvavita dello studente.

## VERBALE DI RICONSEGNA ALLA FAMIGLIA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto  
Al genitore dell'alunno/all'alunno

**Oggetto:** Verbale di riconsegna di farmaco salvavita/indispensabile

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
genitore/esercente la responsabilità genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_, iscritto/a  
nell'a.s. 20\_\_/20\_\_ alla classe \_\_\_\_ sez \_\_\_\_ dell'Istituto I.C. "D'Acquisto Leone" di Pomigliano d'Arco, plesso  
\_\_\_\_\_

### RITIRA/NO IL/I FARMACI

- 1) \_\_\_\_\_ n. lotto \_\_\_\_\_,  
2) \_\_\_\_\_ n. lotto \_\_\_\_\_,

conservato nei locali della scuola (cassetto della cattedra/ armadietto chiuso a chiave dell'aula), secondo  
quanto disposto dal Piano di Intervento Personalizzato predisposto.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore/dell'esercente la responsabilità genitoriale \_\_\_\_\_