



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

Sito Web: www.ic1dacquistoleone.edu.it - postacertificata: NAIC8G1003@pec.istruzione.it

Circ. n.296

- Ai genitori degli alunni della Scuola dell'Infanzia
 - Ai genitori degli alunni della Scuola Primaria
 - Ai genitori degli alunni della Scuola Secondaria
 - Al personale docente
 - Al sito web
 - Alla DSGA
- per gli adempimenti di competenza

OGGETTO: Disciplina e procedure per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario e contesto scolastico

Con la presente si informano le SS.LL. che per l'a.s.2026/2027 la somministrazione di farmaci salvavita e/o indispensabili agli alunni affetti da patologie in orario scolastico è subordinata a una precisa e rigorosa procedura autorizzativa, in conformità al Titolo 19 del Regolamento d'Istituto vigente

OVVERO

Requisiti e Modalità di Presentazione della Richiesta per i nuovi iscritti all'Istituto Comprensivo e/o per quanti già iscritti nel precedente anno scolastico a codesto Istituto Comprensivo ma che cambiano ordine di scuola nell'a.s. 2026/2027

La custodia ed eventuale somministrazione di farmaci a scuola avviene esclusivamente nei casi di assoluta e comprovata necessità certificata pertanto gli esercenti la responsabilità genitoriale sono tenuti a depositare **entro il 7 Settembre 2026** presso l'Ufficio di Segreteria la seguente documentazione:

1. **Istanza formale:** compilazione e sottoscrizione dell'**Allegato 1**
2. **Certificazione medica:** compilazione dell'**Allegato 2** a cura del Servizio di Pediatria dell'ASL, del Pediatra di libera scelta o del Medico di medicina generale
3. **Protocollo di Custodia e Somministrazione:** Ricevuta l'istanza, il Dirigente Scolastico, il Referente ASL, il personale scolastico e la famiglia sottoscrivono il Piano di Intervento Personalizzato (P.I.P) a cui segue la **Presa in carico** del farmaco che dovrà essere consegnato al docente referente/coordinatore di classe **entro il 9 Settembre 2026** in confezione rigorosamente integra e in corso di validità, contestualmente alla redazione del verbale di consegna **Allegato 3**; i medicinali saranno custoditi in aula all'interno di un armadietto o cassetto della cattedra chiuso a chiave, ovvero in frigorifero qualora la terapia lo richieda
4. **Modifiche o Sospensioni:** Qualsiasi variazione del piano terapeutico deve essere tempestivamente documentata alla scuola tramite nuova prescrizione medica.

Requisiti e Modalità di Presentazione della Richiesta per quanti già iscritti nel precedente anno scolastico a codesto Istituto Comprensivo

La custodia ed eventuale somministrazione di farmaci a scuola avviene esclusivamente nei casi di assoluta e comprovata necessità certificata pertanto gli esercenti la responsabilità genitoriale sono tenuti a depositare **entro il 7 Settembre 2026** presso l'Ufficio di Segreteria la seguente documentazione:

1. Qualora la patologia e la posologia rimangano invariate rispetto all'anno scolastico 2025/2026, è richiesta la sola presentazione dell'**Allegato 4**, corredato da attestazione medica di conferma.
2. **Protocollo di Custodia e Somministrazione:** Ricevuta l'istanza, si procede all'integrazione al Piano di Intervento Personalizzato (P.I.P) già agli atti a cui segue la **Presa in carico** del farmaco che dovrà essere consegnato al docente referente/coordinatore di classe **entro il 9 Settembre 2026** in confezione rigorosamente integra e in corso di validità, contestualmente alla redazione del verbale di consegna **Allegato 3**; i medicinali saranno custoditi in aula all'interno di un armadietto o cassetto della cattedra chiuso a chiave, ovvero in frigorifero qualora la terapia lo richieda
3. **Modifiche o Sospensioni:** Qualsiasi variazione del piano terapeutico deve essere tempestivamente documentata alla scuola tramite nuova prescrizione medica.

Oneri e Responsabilità della Famiglia:

1. La certificazione medica deve espressamente attestare l'assoluta necessità della terapia, l'indispensabilità della somministrazione coincidente con l'orario scolastico e la fattibilità della stessa da parte di personale non sanitario;
2. Resta in capo esclusivo alla famiglia l'onere di monitorare la data di scadenza dei prodotti farmaceutici consegnati alla scuola e di provvedere alla loro tempestiva sostituzione consapevoli del fatto che il personale scolastico non potrà, in nessun caso, somministrare farmaci scaduti
3. Al termine dell'anno scolastico, i genitori dovranno provvedere al ritiro formale del farmaco previa sottoscrizione dell'**Allegato 5**.

Si allega in calce alla presente circolare la modulistica di riferimento, reperibile anche presso gli uffici di segreteria o scaricabile dal sito web istituzionale nella sezione "Regolamenti – titolo 19".

Pomigliano d'Arco, 18/08/2026

**Per il Dirigente Scolastico
F.to prof.ssa Veronica Parmiciano**



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

**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 responsabilità 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 D.Lgs 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 D.Lgs 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 _____