



ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

*"Eduardo De Filippo"*

COD.MECC.SAIC8BA00C –C.F.80028470658 –COD.UNIVOCO UFR428  
VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)

TEL. 0815152203 – FAX 081915064

PEO: [saic8ba00c@istruzione.it](mailto:saic8ba00c@istruzione.it); PEC: [saic8ba00c@pec.istruzione.it](mailto:saic8ba00c@pec.istruzione.it); SITO WEB: [www.icedefilippo.edu.it](http://www.icedefilippo.edu.it)



- A tutto il personale Docente e A.T.A.

Oggetto: Disposizioni sulla somministrazione dei farmaci in orario scolastico

Il Dirigente Scolastico

- Viste le **Raccomandazioni** emanate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute del 25.11.2005 e ss.mm.ii.;
- Valutato che il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che **non richiede il possesso di cognizioni specialistiche** di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'alunno che interviene;

DISPONE

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico si faccia riferimento alle predette linee guida e al **Protocollo per la somministrazione di farmaci in orario scolastico** allegato alla presente.

Il personale (docente ed ATA) disponibile alla somministrazione dei farmaci è pregato di compilare l'allegato n. 5.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DOTT. ANGELO DE MAIO  
(documento informatico firmato digitalmente)



**ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO**

***"Eduardo De Filippo"***

COD.MECC.SAIC8BA00C –C.F.80028470658 –COD.UNIVOCO UFR428  
VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)

TEL. 0815152203 – FAX 081915064

PEO: [saic8ba00c@istruzione.it](mailto:saic8ba00c@istruzione.it); PEC: [saic8ba00c@pec.istruzione.it](mailto:saic8ba00c@pec.istruzione.it); SITO WEB: [www.icedefilippo.edu.it](http://www.icedefilippo.edu.it)



In adempimento alle Raccomandazioni emanate il 25/11/2005 congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, contenenti le linee guida da adottare in presenza di studenti che necessitano la somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere degli studenti all'interno della struttura scolastica, questo Istituto Comprensivo ha redatto il seguente

**Protocollo per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**Soggetti coinvolti:**

Dirigente scolastico

Personale scolastico

Famiglia dell'alunno richiedente la somministrazione del farmaco

Medico curante o Azienda Sanitaria Locale

Enti locali

**Procedura di intervento:**

La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte integrante di questo protocollo.

**Il ricorso al presente protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunno:**

- Sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare il farmaco (né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco)
- Sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.



**ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO**

***Eduardo De Filippo***

COD.MECC.SAIC8BA00C –C.F.80028470658 –COD.UNIVOCO UFR428  
VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)

TEL. 0815152203 – FAX 081915064

PEO: [saic8ba00c@istruzione.it](mailto:saic8ba00c@istruzione.it); PEC: [saic8ba00c@pec.istruzione.it](mailto:saic8ba00c@pec.istruzione.it); SITO WEB: [www.icedefilippo.edu.it](http://www.icedefilippo.edu.it)



L'adozione delle misure prescritte in questo protocollo e l'osservanza di quanto concordato tra i soggetti coinvolti solleva il personale da ogni responsabilità civile e penale.

**Il Dirigente scolastico si impegna a:**

- Fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione di questo protocollo
- Individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci
- Autorizzare, se prevista e certificata, l'autosomministrazione del farmaco
- Concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere nei locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica)
  - Verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente ed ATA, in via prioritaria tra quanti preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D.M. 388/03)
- Organizzare momenti di formazione in situazione congiunta tra la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato
- Ricorrere al servizio sanitario ognqualvolta si manifestino episodi di emergenza
- Coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali ognqualvolta risulti indispensabile ricorrere ad essi per mancanza di risorse o disponibilità o competenze interne all'Istituto, al fine di attuare la piena realizzazione del diritto allo studio e garantire il diritto alla salute degli alunni

**Il personale scolastico si impegna a:**

- Collaborare ad una efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente
- Partecipare a momenti di formazione congiunta con personale specializzato
- Segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica qui contemplata
- Ricorrere al servizio sanitario ognqualvolta si manifestino episodi di emergenza

**Le famiglie si impegnano a:**

- Segnalare tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico. In tal caso, il Dirigente si impegna ad organizzare incontri di formazione in situazione per la somministrazione di farmaci salvavita per via iniettiva (cortisone e adrenalina).
- Si impegnano a consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale di consegna.



**ISTITUTO COMPRENSIVO**  
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO  
**"Eduardo De Filippo"**

COD.MECC.SAIC8BA00C –C.F.80028470658 –COD.UNIVOCO UFR428  
VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)  
TEL. 0815152203 – FAX 081915064

PEO: [saic8ba00c@istruzione.it](mailto:saic8ba00c@istruzione.it); PEC: [saic8ba00c@pec.istruzione.it](mailto:saic8ba00c@pec.istruzione.it); SITO WEB: [www.icedefilippo.edu.it](http://www.icedefilippo.edu.it)



- Fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ognialvolta esso si esaurisce.
- Informare tempestivamente di eventuali variazioni nella terapia prescritta

Consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste

Fanno parte integrante del presente Protocollo:

**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 2**

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 3**

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

**Allegato 4**

Designazione del personale scolastico autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico **Allegato 5**

Disponibilità a somministrare i farmaci



**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
**"E. DE FILIPPO"**  
SEDE

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore \*  
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....

nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico ..... il  
plesso..... classe.....

**CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**
- Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

**Si allega:**

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**

**S. EGIDIO M. A. , ..../..../....**

**Firma\* . . . . .**

(\*)nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.



**Allegato 2**

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
"DE FILIPPO"  
**SEDE**

Il minore ..... nato il ..... residente a.....

e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....  
Pertanto:

**Necessita**

**La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

**La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**  
Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

.....  
.....

- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....  
.....  
.....

- Modalità di conservazione del farmaco

.....

- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....

È prevista l'**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell'alunno **SI**

**NO**

**Data**, .....

**timbro e firma del medico**

**Recapito in caso di emergenza**



*ISTITUTO COMPRENSIVO*  
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I<sup>o</sup> GRADO

## *“Eduardo De Filippo”*

COD.MECC.SAIC8BA00C -C.F.80028470658 -COD.UNIVOCO UFR428  
VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)  
TEL. 0815152203 – FAX 081915064

PEO: [saic8ba00c@istruzione.it](mailto:saic8ba00c@istruzione.it); PEC: [saic8ba00c@pec.istruzione.it](mailto:saic8ba00c@pec.istruzione.it); SITO WEB: [www.icedefilippo.edu.it](http://www.icedefilippo.edu.it)



### Allegato 3

## Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
"DE FILIPPO"  
**SEDE**

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

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... del plesso ..... consegna nelle mani di ..... una confezione nuova ed integra del farmaco ..... da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

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
  - comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori \* .....

nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

**Si allega:**

copia dell'**Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

DATA E LUOGO, .....



**ISTITUTO COMPRENSIVO**  
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

***Eduardo De Filippo***

COD.MECC.SAIC8BA00C –C.F.80028470658 –COD.UNIVOCO UFR428  
VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)

TEL. 0815152203 – FAX 081915064

PEO: [saic8ba00c@istruzione.it](mailto:saic8ba00c@istruzione.it); PEC: [saic8ba00c@pec.istruzione.it](mailto:saic8ba00c@pec.istruzione.it); SITO WEB: [www.icedefilippo.edu.it](http://www.icedefilippo.edu.it)



**Allegato 4**

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

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

dal/i Sig. ....

per il/la figlio/a ....

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

S. EGIDIO M. A., .....



ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

*"Eduardo De Filippo"*

COD.MECC.SAIC8BA00C –C.F.80028470658 –COD.UNIVOCO UFR428  
VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)  
TEL. 0815152203 – FAX 081915064

PEO: [saic8ba00c@istruzione.it](mailto:saic8ba00c@istruzione.it); PEC: [saic8ba00c@pec.istruzione.it](mailto:saic8ba00c@pec.istruzione.it); SITO WEB: [www.icedefilippo.edu.it](http://www.icedefilippo.edu.it)



## Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
**"DE FILIPPO"  
SEDE**

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La/Il sottoscritta/o docente/personale ATA....., in servizio presso il

Plesso.....dell'Istituto Comprensivo "DE FILIPPO",

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....della classe/sez.....

dichiara

la propria disponibilità/indisponibilità(cancellare voce che non interessa) alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data

FIRMA