



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "ANTONIO GRAMSCI"**

00041 Albano Laziale località Pavona (Roma) - via Pescara s.n.c.
- Tel. 069315989 – 069311344 - 0693160268 Distretto 42° RMIC8AX006 - C.F.
90049510580 rmic8ax006@istruzione.it – rmic8ax006@pec.istruzione.it
www.icalbanopavona.edu.it

Circ. n.352 del 18/08/2026

**A tutto il personale Docente e ATA
Ai Genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale
Alla DSGA
All'Ufficio alunni
AL SITO WEB**

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Si forniscono, nella presente circolare, le indicazioni da seguire in ordine alla somministrazione farmaci a scuola, ai sensi di quanto stabilito, dalla Normativa vigente, relativa alle *"Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica"*.

Nella fattispecie, i farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo in caso di assoluta necessità e nel rispetto delle seguenti indicazioni:

1. Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche.

Per tale somministrazione è richiesto il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

- a) Richiesta formale inoltrata dalla famiglia, in ordine alla presentazione di un modulo da compilarsi a cura del medico curante o specialista, attestante lo stato di malattia e la non differibilità della somministrazione. Detto modulo si aggiungerà al modulo di autorizzazione sottoscritto dai genitori o dal soggetto esercitante la potestà genitoriale. La predetta modulistica sarà allegata alla presente circolare.
- b) Verifica, da parte del Dirigente Scolastico, della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nell'Istituto (docenti, assistenti amministrativi, collaboratori scolastici). Detti operatori saranno individuati preferibilmente tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e/o all'uopo addestrati o coloro che si rendono disponibili relativamente alla tipologia di farmaco.
- c) Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Esperiti i predetti tre passaggi, sarà possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservarsi a scuola, in luogo idoneo appositamente individuato, per tutta la durata del trattamento.

2. Terapie farmacologiche brevi.

Se la somministrazione di un farmaco non può essere differita, si richiede alla famiglia di provvedere direttamente con l'ingresso a scuola di un genitore o delegato maggiorenne in orario scolastico. Il personale scolastico può rendersi disponibile per la somministrazione. Anche in questo caso rimane invariato l'assoluto rispetto delle procedure di cui sopra (richiesta/autorizzazione da parte della famiglia, requisiti/disponibilità da parte del personale scolastico).

Nei casi previsti ai punti 1) e 2) si provvederà a raccogliere la richiesta/autorizzazione della famiglia che verrà, poi, comunicata al personale scolastico incaricato della somministrazione dei farmaci contestualmente alla definizione delle procedure operative da seguire, dopo la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

3. La gestione dell'emergenza.

Nei casi gravi e urgenti occorre garantire il normale soccorso ed è obbligatorio ricorrere al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il numero unico di emergenza 118, avvertendo contemporaneamente la famiglia dello studente. La procedura da seguire in tali casi richiede la segnalazione dell'evento e del soggetto coinvolto al lavoratore addetto al primo soccorso presente in Istituto che, verificata la situazione, metterà in atto le azioni relative alla gestione dell'emergenza di carattere sanitario ed effettuerà la chiamata al numero unico di emergenza 118.

Si allegano alla presente circolare i moduli funzionali alle predette azioni relative alla somministrazione dei farmaci a scuola:

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 in orario scolastico); □

Allegato 4 (Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili - Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà); □

Allegato 5 (Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni). □

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Laura Lamanna

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 D. lgs 39/93)

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "A.GRAMSCI"
Albano Laziale - Pavona

I sottoscritti
.....(madre)..... (padre)
in qualità di genitori dell'alunno/a..... nato/a
a.....(.....)il
e frequentante nell'anno scolastico 2026/27 la classe sez... della scuola
○ Infanzia ○ Primaria
○ Secondaria di primo grado

CHIEDONO

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

A tal fine, autorizzano:

- Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli 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 del farmaco, sotto la vigilanza del personale della scuola, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato.

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.....

Albano Laziale,/.../....

Firma

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

Al Dirigente Scolastico dell'IC "A. GRAMSCI"
Albano Laziale - Pavona

Il minore..... nato/a a.....
(....) il..... residente ae
frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....
.....
Pertanto, necessita della ☐ somministrazione di farmaci in ambito scolastico ☐
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)

.....
.....

E prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno: ☐
SI NO

Recapito in caso di emergenza

Data.....

Timbro e firma del medico

Al Dirigente Scolastico dell'IC "A. GRAMSCI"
Albano Laziale - Pavona

Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico

In data alle ore i sottoscritti in qualità di Genitori (o anche delegato) dell'alunno/a (indicare le iniziali) frequentante la classe..... consegnano 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.

I genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

..... (Madre)

..... (Padre)

Il Dirigente Scolastico.....

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

I genitori

Si allega: v/ copia dell'Allegato 2 - Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (Regolamento Europeo 679/2016)

Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016

Gentilissimi Genitori, vi informo che ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 si garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti. Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le 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.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.

Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Il Dirigente Scolastico

Firma dei genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Al Dirigente Scolastico dell'IC "A. GRAMSCI"
ALBANO LAZIALE

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a dipendente in servizio presso
IC "A. GRAMSCI" di Albano Laziale - Pavona in qualità di

- | | | |
|--|----|----|
| ☐ docente formato primo soccorso (ai sensi del D.L. 81/2008) | SI | NO |
| ☐ collaboratore scolastico formato sul primo soccorso | SI | NO |
| ☐ assistente amministrativo formato primo soccorso | SI | NO |
| ☐ assistente tecnico formato primo soccorso | SI | NO |

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziali)..... della classe
sez della scuola ☐ Infanzia ☐ Primaria
☐ Secondaria di primo grado

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o
del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella
documentazione medica prodotta.

Albano Laziale.

FIRMA
