Protocollo 0007701/2026 del 18/09/2026

MIM
Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO
"Provenzani"
ISTITUTO AD INDIRIZZO MUSICALE
Via P. Nenni – 92020 Palma di Montechiaro (AG)
Cod. Fisc.: 81000430843Cod. Mecc. AGIC847005 Tel. +390922969241
e-mail – agic847005@istruzione.it Posta elettronica: agic847005@istruzione.it
Posta elettronica certificata: agic847005@pec.istruzione.it Sito web: www.icprovenzani.edu.it

CIRCOLARE N 13

Ai Docenti
Al Personale ATA
Al DSGA
Ai Genitori
Al Sito WEB
Alla Bacheca del Registro Elettronico
SEDI

Oggetto: Procedura per la somministrazione dei farmaci a scuola - Anno Scolastico 2026/2027

La presente circolare illustra la procedura operativa per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico, nel rispetto delle normative vigenti e delle direttive ministeriali. La scuola, in collaborazione con le famiglie, il personale sanitario e gli enti locali, ha il compito di garantire il diritto allo studio degli alunni affetti da patologie croniche o condizioni che richiedono l'assunzione di farmaci durante l'orario scolastico.

1. Presupposti per l'Attivazione della Procedura La somministrazione di farmaci a scuola può essere attivata solo dietro specifica richiesta formale da parte dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale sull'alunno. Tale richiesta deve essere corredata da:

• Certificazione medica e Piano Terapeutico (Allegato B):
Rilasciata dal medico curante o dalla struttura sanitaria di riferimento, deve attestare lo stato di malattia dell'alunno e specificare il farmaco da somministrare, indicando se si tratta di un farmaco salvavita o indispensabile. Deve inoltre descrivere le modalità di somministrazione, la posologia, i tempi e le modalità di conservazione del farmaco, e specificare se la somministrazione richiede una formazione specifica del personale scolastico.

• **Richiesta formale (Allegato A):**
I genitori devono compilare e firmare il modulo di richiesta, specificando se desiderano che il farmaco sia somministrato dal personale scolastico o dai genitori stessi, oppure se l'alunno è in grado di effettuare l'autosomministrazione. Nel caso di autosomministrazione, è necessario indicare se è necessaria assistenza durante l'orario scolastico.

2. Documentazione da presentare
I genitori o chi esercita la potestà genitoriale devono consegnare all'Ufficio Didattica la seguente documentazione:

1. Modulo di richiesta (Allegato A)
2. Certificazione medica con Piano Terapeutico (Allegato B)

La documentazione completa deve essere presentata entro e non oltre il 30 settembre 2026. Qualora sia necessario avere un kit di farmaci presso la scuola, i genitori devono concordare la consegna.

3. Requisiti per la somministrazione
La somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico è possibile solo se:

• **Il farmaco non richiede cognizioni sanitarie specialistiche** e la somministrazione è "programmabile", ossia riferita a patologie croniche con tempi, modalità e dosaggi predeterminati.

• **È stato presentato il Piano Terapeutico** che descrive in dettaglio la terapia, incluso l'eventuale bisogno di formazione specifica del personale scolastico.

• **Il personale scolastico ha dato disponibilità** a seguire la formazione necessaria (se richiesta) e ad effettuare la somministrazione del farmaco.

4. Compiti del Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico, ricevuta la documentazione, provvede a:

• **Individuare un luogo idoneo per la conservazione dei farmaci**, garantendo la sicurezza e il rispetto delle norme igienico-sanitarie.

• **Autorizzare l'accesso ai locali scolastici** ai genitori o loro delegati per la somministrazione, ove richiesto.

• **Verificare la disponibilità del personale docente e ATA** che, previa formazione, possa garantire la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico.

• **Stipulare convenzioni con enti locali e associazioni** (es. Croce Rossa, unità mobili di assistenza) nel caso in cui non sia possibile individuare personale interno disponibile o idoneo.

5. Responsabilità e obblighi della scuola e dei genitori

La scuola, nel rispetto delle direttive ministeriali e della normativa vigente (D.Lgs. n. 81/2008), si impegna a:

• Assicurare la formazione adeguata del personale incaricato della somministrazione

• Garantire la corretta conservazione e gestione dei farmaci.

• Ricorrere al Servizio Sanitario di Emergenza (118) in caso di emergenze non gestibili con i farmaci programmati.

I genitori, dal canto loro, sono tenuti a:

• Fornire il farmaco in condizioni adeguate e con etichette che ne specificano il nome, la posologia e la scadenza.

• Aggiornare tempestivamente la scuola su eventuali variazioni della terapia o dello stato di salute dell'alunno.

• Assicurarsi del regolare rifornimento del farmaco, considerando le scadenze e le necessità di rinnovo della terapia.

6. Eventuali emergenze Nei casi di emergenza, se il trattamento previsto risulta inadeguato, il personale scolastico dovrà immediatamente contattare il 118. Gli addetti alla sicurezza della scuola sono disponibili per fornire ulteriori chiarimenti e assistenza.

7. Modulistica Disponibile

• **Allegato A**: Modulo di richiesta somministrazione farmaci.

• **Allegato B**: Certificazione medica e Piano Terapeutico.

Palma Di Montechiaro 17/9/2026.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Giuseppe Amato

ID
Giuseppe Amato
17/09/2026 13:37:18 UTC+0200

Allegato A: **Richiesta di Somministrazione di Farmaci nei Locali e in Orario Scolastico**

Al Dirigente scolastico dell'IC Provenzani
Palma di Montechiaro (AG)

Il/La sottoscritto/a: (Cognome e Nome) _____
□ Genitore dello studente/studentessa _____-
□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/studentessa _____

E

Il/La sottoscritto/a: (Cognome e Nome) _____
□ Genitore dello studente/studentessa _____
□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/studentessa _____
che frequenta la classe ____ sezione _____ dell'Istituto _____ sito in Via _____ Cap _____ Località _____ Provincia _____

Considerato che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie, dell'Azienda in base alla Certificazione Medica e al Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria USL _____ / dal Dott. _____ in data / /____;

CHIEDO/CHIEDONO

(barrare la scelta):
□ Che a mio/a figlio/a / a me stesso/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano Terapeutico.
(oppure)
□ Che mio/a figlio/a / io, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante la stessa in orario scolastico.
(oppure)
□ Che mio/a figlio/a / io, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia autonomo/a nell'auto-somministrazione in orario scolastico.
Esprimo/Esprimiano il consenso affinché il personale della scuola, individuato dal Dirigente e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa, purché effettuata in ottemperanza alle indicazioni fornite nel Piano Terapeutico.
Mi impegno a:
• Provvedere alla fornitura, al rifornimento e alla sostituzione dei farmaci, tenendo conto della loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
• Rinnovare la documentazione in caso di variazioni nella posologia, in caso di trasferimento o passaggio a un altro ciclo scolastico.
• Comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione del farmaco, così come ogni variazione nelle necessità di somministrazione e/o sospensione del trattamento.

Dati di Contatto:
Genitore/Tutore: _____
Numero di telefono: _____

D**ati di Contatto Medico Curante/Pediatra:**

Nome e Cognome: _____
Numero di telefono: _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali e Sensibili

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg.UE 679/20216. Il/La sottoscritto/a dichiara di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo _____ Data //_____

Firma del Genitore/Tutore o Studente Maggiorenne: _____

Firma del Genitore/Tutore o Studente Maggiorenne: _____

Nota: Questo modulo deve essere consegnato completo di Certificazione Medica e Piano Terapeutico allegati.

Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

SEZIONE 1: **CERTIFICAZIONE MEDICA**

SI CERTIFICA

Che l'alunno/a: Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il //____ Residente in _____ Cap _____ Località _____ Provincia _____ Codice Fiscale: _____

È affetto/a da una condizione che richiede la somministrazione del farmaco _____ in orario scolastico, in conformità al seguente Piano Terapeutico.

Considerato che:

• La somministrazione del farmaco è necessaria durante l'orario scolastico perché: o Farmaco salvavita o Farmaco indispensabile

• La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni sanitarie specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale somministratore, sia per quanto riguarda l'individuazione degli eventi che richiedono la somministrazione, sia per tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

SI ATTESTA

Che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico resosi disponibile e adeguatamente formato laddove richiesto dal Piano Terapeutico. La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.

Luogo _____

Data ____/____/____

Timbro e Firma del Medico: