



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE TROPEA-RICADI
"Don Francesco Mottola"

Via Coniugi Crigna – Cap. 89861 – Tel. 0963666418

<http://istitutocomprensivotropea.edu.it>

PEO: vvic82200d@istruzione.it – PEC: vvic82200d@pec.istruzione.it

Cod. IPA istsc_vvic82200d Cod. fatturazione UFUKAE

C.M.: VVIC82200D - C.F.: 96012410799

Tropea, 18 settembre 2025

CIRCOLARE N° 23

Ai genitori degli alunni
Ai Docenti
Al personale scolastico
E p.c. Al DSGA
Agli RLS
AL RSPP
Al sito
Agli atti

Oggetto: Somministrazione farmaci salvavita a scuola- a.s.2025-26

Con la presente si ricorda che è assolutamente vietato somministrare farmaci salvavita a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente. In caso di tali necessità la famiglia deve presentare domanda scritta al Dirigente Scolastico e allegare una specifica prescrizione del medico curante, usando, rispettivamente i moduli 1 e 2, allegati alla presente, predisposti dalla scuola e da compilare, rispettivamente, dai Genitori e dal medico curante. L'assistenza richiesta per gli alunni non deve comportare il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica, ma rientra in un protocollo stabilito dal medico la cui omissione può causare danni alla persona. In casi particolari l'assistenza può essere supportata da un'apposita formazione riguardante il caso specifico.

Il modulo 1 (richiesta dei genitori al Dirigente Scolastico), da compilare a cura delle famiglie, prevede che i genitori possono chiedere la somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico tramite le seguenti modalità:

1. Somministrazione diretta da parte dei genitori o di persone da essi delegate (allegare alla richiesta nominativi e copia dei documenti di identità delle persone delegate);
2. Richiesta che il personale della scuola si faccia carico di tale mansione.

È necessario segnalare che il personale della scuola può offrire la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci ma non può esserne obbligato in alcun modo. In ogni caso, in situazioni di emergenza il personale della scuola chiamerà immediatamente i genitori o le persone delegate dalla famiglia e qualora se ne ravvisi la necessità, allenteranno il servizio di emergenza 118.

Nel modulo 2 (prescrizione del medico) il medico, nel rilascio della prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola, attesterà:

1. l'assoluta necessità di somministrazione del farmaco in orario scolastico;
2. tempi, posologia, modalità di somministrazione e di conservazione dei farmaci;
3. la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Anche i genitori che hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a richiedere la somministrazione di farmaci salvavita durante l'orario scolastico sono tenuti a rinnovare la richiesta per il nuovo anno scolastico usando i moduli 1 e 2 allo scopo predisposti.

I genitori interessati sono invitati a inviare i moduli, entro il 30/09/2025 esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica: (PEO): vvic82200d@istruzione.it; (PEC): vvic82200d@pec.istruzione.it. I Genitori verranno contattati dall'Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e fissare un incontro informativo con gli ASPP d'Istituto, i Responsabili di Plesso e i Coordinatori di classe. In tale sede verrà consegnato dalla famiglia un vademecum redatto dal medico specialista e tutte le indicazioni che il personale scolastico dovrà seguire. I Coordinatori di classe informeranno i docenti coinvolti e i Responsabili di plesso i collaboratori scolastici formati o in attesa di formazione/aggiornamento in Primo soccorso D.M. 388/2003, che daranno la loro disponibilità alla sorveglianza sulla corretta assunzione del farmaco come indicato dalla prescrizione medica (verrà compilato il **modulo 3**- Disponibilità alla sorveglianza somministrazione farmaci). Nel caso si renda necessario consegnare il farmaco a scuola, verrà compilato il **modulo 4** -Verbale consegna farmaco.

I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

ALLEGATI

Allegato 1 - Richiesta somministrazione farmaco a scuola

Allegato 2 - Dichiarazione medico curante

Allegato 3 - Disponibilità alla sorveglianza somministrazione farmaci

Allegato 4 – Verbale consegna farmaci

Il responsabile dell'istruttoria:

Prof. Vincenzo Laganà

Il responsabile del procedimento:

DSGA, Dott. Pasquale Viola

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Francesco Fiumara

(F.to digitalmente)

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti _____ e _____

In qualità di genitori affidatari tutori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

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 detto personale.
- ☐ Che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
 - ☐ La vigilanza del personale scolastico
 - ☐ L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n. _____ confezioni integre del farmaco denominato _____

Lotto _____ scadenza _____ e relativa prescrizione medica.

Qualora si 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 potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel. Fisso _____ Tel. Cell. _____

Tel. Genitori: tel. Fisso _____ Tel. Cell. _____

Tel. Medico curante Dott.: _____ Tel. _____

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata della 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 e i minorenni vanno consegnati 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^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a 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

.....

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

(Il modello va completato dal personale della scuola: docente e ATA)

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Don F. Mottola"
Tropea-Ricadi**

Il/La sottoscritto/a _____
docente della classe _____ SI NO
Docente formato primo soccorso _____ SI NO
Collaboratore scolastico in servizio al plesso _____
al piano _____ formato primo soccorso SI NO
in servizio per l'anno scolastico 2024/2025 presso l'Istituto Comprensivo "Don F. Mottola" Tropea-Ricadi
con sede di servizio al plesso _____ considerata la richiesta dei
genitori dell'alunno/a _____
della classe _____

COMUNICA E DICHIARA

la propria disponibilità alla sorveglianza sulla corretta assunzione del farmaco come indicato CON
PRESCRIZIONE MEDICA del dott. _____ numero iscrizione all'Ordine dei Medici
_____ - provincia di _____ per situazioni di
emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta alla scuola e della quale lo
scrivente deve essere messo a conoscenza per le procedure inerenti la somministrazione stessa.

Dati relative alla formazione:

Formato il _____ dall'Ente _____
con certificazione in possesso della scuola e valido fino al _____.

Data _____

Firma _____

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 _____

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

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

☐ genitore dell'alunno/a _____

(oppure) ☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

☐ l'alunno/a _____,
nato a _____, il ____/____/____ e residente a _____,
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/ lo studente 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/dello studente _____