



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. SABATINI"

Via Aldo Moro, 10 – 88021 B O R G I A

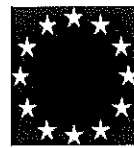
web: www.icsabatiniborgia.edu.it

e-mail: czic839008@istruzione.it

pec: czic839008@pec.istruzione.it

Tel. 0961027806 - 0961026632

Cod. Mecc. CZIC839008 – C.F. 80004420792



ISTITUTO COMPRENSIVO "G.SABATINI" BORGIA
Prot. 0006567 del 06/10/2026
I (Uscita)

A Tutti i DOCENTI
Loro Sedi
Ai Collaboratori Scolastici
Loro Sedi
all'Albo dell'Istituto
e. p.c.: al D.S.G.A.
Bacheca Registro Elettronico

Oggetto: Procedura per la somministrazione dei farmaci a scuola – Disposizioni permanenti.

Premesso che la somministrazione dei farmaci a scuola può essere riferita alle seguenti situazioni:

- Continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
- Somministrazione di farmaci salvavita in seguito ad una emergenza correlata a patologia nota alla famiglia

Ai fini della somministrazione dei farmaci è necessario che la stessa somministrazione non richieda il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi lo somministra.

Il dirigente scolastico dispone di seguito la procedura da rispettare in caso di richieste da parte di genitori per la somministrazione dei farmaci a scuola:

1. I Responsabili di plesso informeranno della procedura i genitori che ne facciano richiesta e li inviteranno a recarsi in Segreteria per formalizzare gli atti o a trasmetterli per posta elettronica alla mail della scuola, (czic839008@istruzione.it).
2. I Genitori presentano alla Segreteria o trasmettono per posta elettronica scrivendo nell'oggetto "riservato – richiesta somministrazione farmaci, Nome Cognome classe sezione e plesso dell'alunno e allegati":
 - La richiesta somministrazione farmaco All.1.
 - La prescrizione del medico curante alla somministrazione del farmaco in ambito scolastico All.2.

- Forniscono i recapiti per essere contattati in caso di necessità/consulenza nonché i contatti di eventuali delegati.
 - Segnalano tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso utilizzando l'All.2.
3. La Segreteria didattica inoltra ai Docenti e al Personale ATA della sede, la comunicazione circa la verifica di disponibilità per la somministrazione dei farmaci all'alunno interessato All.3. Ciascuna unità di personale per poter esprimere la propria disponibilità è tenuta a consultare la documentazione medica prodotta dalla famiglia, nel rispetto della privacy e del segreto professionale. La segreteria didattica darà le informazioni richieste e metterà a disposizione la documentazione.
 4. Il personale comunica la DISPONIBILITA' oppure la NON DISPONIBILITA' secondo il modello allegato All.3.
 5. Il Dirigente Scolastico, per il tramite della segreteria, invia per PEC la documentazione al PUA del Distretto di riferimento (protocollo@pec.asp.cz.it e p.c. all'USR Calabria – Uff. II Ambito Territoriale di Catanzaro Unità Operativa III usp.cz@istruzione.it richiedendo contestualmente formazione in situazione All.4.
 6. In attesa delle disponibilità e della formazione specifica del personale è richiesta la presenza a scuola del genitore o di persona delegata.

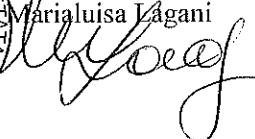
Ipotesi 1 - Disponibilità alla somministrazione

7. Sulla base delle disponibilità raccolte, il Dirigente scolastico individua il personale interno per la somministrazione del farmaco all'alunno e comunica i nominativi alla famiglia avendo la stessa effettuato formale delega All.5. La famiglia, se lo ritiene necessario, potrà far pervenire eventuali osservazioni alla scuola per mail czic839008@istruzione.it
8. La segreteria provvede a comunicare al personale per ogni singolo allievo la formale individuazione secondo il modello All.6 (da fare per ogni allievo) allegando il piano di azione fornito dal medico curante dell'alunno.
9. I genitori consegnano alla scuola il farmaco comunicando i propri recapiti e quelli di eventuali delegati - verbale di consegna All.7 - impegnandosi a provvedere al regolare approvvigionamento, al ritiro dello stesso al termine dell'anno scolastico e alla sostituzione in caso di scadenza.
10. Il personale della classe e del plesso in caso di emergenza segue per quanto riguarda le procedure e gli eventi il piano di azione per farmaco salvavita fornito dal medico curante dell'alunno, allegato alla nomina di individuazione del personale e inviato a tutto personale del plesso, potendo essere di aiuto nella gestione delle chiamate e della classe.

11. L'avvenuta somministrazione del farmaco dovrà essere riportata su un apposito registro di somministrazione, che sarà tenuto in segreteria da apposito addetto. L'addetto dovrà essere avvisato appena possibile dal personale che ha somministrato il farmaco.
12. In caso di assenza a scuola del personale disponibile dovrà essere assicurata da parte della famiglia la presenza a scuola di un genitore o di un delegato.
13. In caso di personale supplente, ma in presenza di personale disponibile alla somministrazione del farmaco, il personale supplente deve essere informato del piano di azione, fornito dal medico curante dell'alunno, alla presa di servizio e deve esprimere la propria disponibilità o meno alla somministrazione del farmaco All.3 dopo aver preso visione della documentazione.

Ipotesi 2 - NON disponibilità alla somministrazione o assenza in servizio di personale resosi disponibile

14. In caso di non disponibilità del personale il Dirigente scolastico ne dà comunicazione formale ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale, alla ASL e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.
15. L'assenza a scuola del personale dichiaratosi disponibile e di altro personale individuato dalla ASL e dal Comune anche attraverso la consultazione di associazioni di volontariato richiede la presenza del genitore o di persona dallo stesso delegato per l'intero orario scolastico o per la parte di orario non coperta da personale disponibile.

 **Dirigente Scolastico**
Prof.ssa Marialuisa Lagani


ALLEGATO 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti Sagra.....e Sig
in qualità di genitori/ tutori dell'alunno/a
frequentante la classe..... della Scuola
nell'anno scolastico....., affetto da
come da certificazione medico-specialistica allegata, rilasciata dal Dott.....
in data e constatata l'assoluta necessità di somministrazione dei farmaci in ambito e orario
scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.

CHIEDONO

(barrare la voce interessata)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco al proprio figlio/a;
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata Sig.;
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizziamo formalmente** fin da ora l'intervento consapevole che l'azione di delega non esclude comunque la responsabilità dei genitori o di essi delegati, nella realizzazione degli interventi concordati;
- ☐ che il minore si autosomministri la terapia farmacologica con:
 - la vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta autosomministrazione);
 - l'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione).

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) n.679 del 27 Aprile 2016 e del DLgs n.101/2018.

In data si consegnano n. confezioni integre, n. Lotto.....

scadenza..... **Si allega prescrizione medica**

Firma dei genitori o Esercenti la potestà genitoriale/altro ruolo di legge

.....

ALLEGATO 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI FAMIGLIA /MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTO INDICATI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

La somministrazione di tale farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi lo somministra.

ALUNNO/A

Cognome Nome

nato a il Residente a

In Via.....Telefono

Classe..... Sez. della Scuola..... plesso di

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....

Dosaggio..... Orario somministrazione

Durata della terapia: dal al Modalità di conservazione del
farmaco

.....

TERAPIA D'URGENZA

Farmaco.....

Dose.....

Modalità di somministrazione.....

Note.....

Data

Timbro e firma del Medico.....

ALLEGATO 3

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. "G. Sabatini" di Borgia
czic839008@istruzione.it

...l... sottoscritt... in servizio presso il plesso di
..... scuola ☐ infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di primo grado, in qualità di
☐ Docente della classe Sez. ☐ Collaboratore scolastico

Vista la documentazione medica agli atti relativa all'alunno
classe sez.

➤ Dichiaro di (barrare una voce)

☐ **Essere disponibile** alla (Barrare la voce che interessa)

- ☐ somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile;
- ☐ monitoraggio e controllo ipoglicemia (solo per in caso di diagnosi di diabete);
- ☐ somministrazione farmaco per terapia programmata ed improrogabile per il trattamento
di una patologia cronica

all'alunno/a

scuola classe sez.

☐ **Non essere disponibile** alla (Barrare la voce che interessa)

- ☐ somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile;
- ☐ monitoraggio e controllo ipoglicemia (solo per in caso di diagnosi di diabete);
- ☐ somministrazione farmaco per terapia programmata ed improrogabile per il
trattamento di una patologia cronica

all'alunno/a

scuola classe sez.

Dichiaro di essere disponibile a seguire opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario,
e ogni altra formazione proposta dalla Scuola in accordo con la famiglia.

Dichiaro inoltre di aver seguito i seguenti corsi di formazione

- ☐ Formazione specifica– corso organizzato per il tramite della scuola;
- ☐ addetto al primo soccorso;
- ☐ partecipazione alla gestione dell'emergenza e del primo soccorso;
- ☐ tematiche correlate

Data

Firma

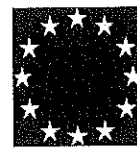
ALLEGATO 4**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. SABATINI"**

Via Aldo Moro, 10 – 88021 B O R G I A

web: www.icsabatiniborgia.edu.ite-mail: czic839008@istruzione.itpec: czic839008@pec.istruzione.it

Tel. 0961027806 - 0961026632

Cod. Mecc. CZIC839008 – C.F. 80004420792

Ufficio
Scolastico
Regionale

Spett. ASL Catanzaro
PUA distretti di Catanzaro
protocollo@pec.asp.cz.it
c, p.c. USR Calabria
Uff. II Ambito Territoriale di Catanzaro
Unità Operativa III
usp.cz@istruzione.it

Oggetto: Richiesta presa in carico. Richiesta formazione in situazione e richiesta di personale formato alla somministrazione in assenza di personale scolastico disponibile. Trasmissione documentazione.

Anno Scolastico 2026 - 2027

<i>PATOLOGIA-CRONICITA' RILEVATA</i>	<i>Iniziali alunno/a</i>	<i>Allegata documentazione SI/NO</i>	<i>Disponibilità del personale SI/NO</i>	<i>ORDINE E GRADO DI ISTRUZIONE</i>	<i>PLESSO SCOLASTICO FREQUENTATO</i>

Si richiede, contestualmente alla presa in carico da parte di codesta ASL, la formazione in situazione e per i casi in cui non vi sia personale scolastico disponibile, si chiede a Codesta ASL l'individuazione di personale per consentire la frequenza scolastica in sicurezza.

NOTE ED OSSERVAZIONI

In attesa di personale dedicato sarà richiesta la presenza del genitore o di un delegato a scuola.

Data

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Marialuisa Lagani



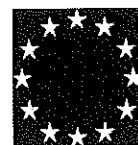
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. SABATINI"

Via Aldo Moro, 10 – 88021 B O R G I A

web: www.icsabatiniborgia.edu.ite-mail: czic839008@istruzione.itpec: czic839008@pec.istruzione.it

Tel. 0961027806 - 0961026632

Cod. Mecc. CZIC839008 – C.F. 80004420792

Ai Genitori
dell'alunno _____**Oggetto:** nominativi del personale scolastico disponibile alla somministrazione. Comunicazioni.

In riferimento alla richiesta di somministrazione farmaci, alla autorizzazione/delega e alla documentazione medica fornita alla scuola si comunicano di seguito i nominativi del personale scolastico che ha dichiarato la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco salvavita e/o al monitoraggio e controllo della ipoglicemia (in caso di diagnosi di diabete) secondo prescrizione medica.

NOME E COGNOME	QUALIFICA

Eventuali osservazioni da parte delle SS.LL. potranno essere trasmesse alla mail della scuola czic839008@istruzione.it

Si evidenzia che in caso di assenza del personale dichiaratosi disponibile, per la frequenza scolastica dell'allievo è necessaria la presenza del genitore o di persona delegata per l'intero orario scolastico o per la parte di orario non coperta da personale disponibile.

Se necessario scrivere:

- A) *Si specifica che il suddetto personale non somministra il seguente farmaco*
Tale somministrazione e tutto ciò che ne consegue resta a carico dei genitori o di persona delegata comunicata a quest'Istituto e/o di personale individuato dalla Asl e comunicato all'Istituto.
- B) *Viste le disponibilità e considerato l'orario scolastico si fa presente che per n. _____ ore settimanali non risulta garantita la somministrazione del farmaco. Pertanto è necessaria la presenza del genitore e/o di persona delegata nei giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____*

Data

Il Dirigente Scolastico
 Prof.ssa Marialuisa Lagani

ALLEGATO 6



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. SABATINI"

Via Aldo Moro, 10 – 88021 B O R G I A

web: www.icsabatiniborgia.edu.it

e-mail: czic839008@istruzione.it

pec: czic839008@pec.istruzione.it

Tel. 0961027806 - 0961026632

Cod. Mecc. CZIC839008 – C.F. 80004420792



Al personale docente

Al personale ATA

Oggetto: individuazione del personale dichiaratosi disponibile per somministrazione farmaci salvavita / per monitoraggio e controllo ipoglicemia (in caso di diagnosi di diabete) / per terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica.

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

dai Sig.ri

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- ☐ somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile;
☐ monitoraggio e controllo ipoglicemia (solo per in caso di diagnosi di diabete);
☐ somministrazione farmaco per terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;

all'alunno/a classe..... sez.

della Scuola..... plesso di

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

vista la disponibilità dichiarata dagli stessi, individua i sottoelencati lavoratori

- ☐ a somministrare il farmaco salvavita secondo le indicazioni della prescrizione medica per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso e seguendo per quanto riguarda gli eventi le procedure indicate nell'allegato piano di azione fornito dal medico curante dell'alunno;
☐ a monitorare e controllare l'ipoglicemia (in caso di diagnosi di diabete) secondo le indicazioni della prescrizione medica;
☐ somministrazione farmaco per terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica.

Nominativo	Qualifica

Si evidenzia che in caso di assenza del personale dichiaratosi disponibile, per la frequenza scolastica dell'allievo/a è necessaria la presenza del genitore o di persona delegata per l'intero orario scolastico o per la parte di orario non coperta da personale disponibile.

Data

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Marialuisa Lagani

ALLEGATO 7

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 del farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a

..... classe..... sez. della Scuola.....

plesso di

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

In data alle ore, i sig.ri

(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitori dell'alunno in oggetto

☐ tutori dell'alunno in oggetto

Consegnano al Sig./Sig.ra, una **confezione nuova ed integra** del/i farmaco/i:

1.

Lotto **scadenza**

2.

Lotto **scadenza**

da somministrare all'alunno/a in oggetto 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:

I genitore/ i tutori si impegnano:

- a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico;
- a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato c/o alla data di scadenza;
- a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione di trattamento;

- a comunicare eventuali variazioni di recapiti telefonici e di persona eventualmente delegata

I genitori/i tutori, dichiarano, che l'alunno pesa Kg.
(da indicare solo se utile ai fini del trattamento)

I genitori/i tutori inoltre, si impegnano a comunicare ogni variazione di peso utile e necessario per il trattamento.

I genitori/i tutori comunicano, i seguenti recapiti in caso di necessità e confronto e si impegnano a comunicare eventuali variazioni.

Genitore 1 **Genitore 2**

Delegato Sig. **tel.**

Luogo **Data**

Firma di chi riceve il farmaco

Firma del genitore 1 **Firma del genitore 2**

N.B. Nel caso in cui il farmaco venga consegnato da un solo genitore/tutore sottoscrivere la seguente dichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver osservato le disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 TER e QUATER del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Luogo e data **Firma del genitore/tutore**