



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**Istituto Comprensivo Statale "G. Ungaretti"**

Via Campanello, VII traversa, snc, - 81030 TEVEROLA (CE) - Tel. 081.8118197

EMAIL: [ceic87300r@istruzione.it](mailto:ceic87300r@istruzione.it) - PEC: [ceic87300r@pec.istruzione.it](mailto:ceic87300r@pec.istruzione.it)

SITO WEB: [www.icteverola.edu.it](http://www.icteverola.edu.it)

Circolare n. 05/a.s. 2025/2026

ISTITUTO COMPENSIVO STATALE - -TEVEROLA  
Prot. 0009186 del 04/09/2025  
I-1 (Uscita)

Ai genitori degli alunni  
A tutto il personale scolastico  
All'Albo -Al Sito WEB  
ATTI-SEDE

**OGGETTO: Somministrazione dei farmaci a scuola.**

La presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui le alunne e gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

Con la nota n. 2312 del 25/11/2005, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di concerto con il Ministero della Salute, ha emanato un documento congiunto, contenente le *"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".

Possiamo rilevare che la somministrazione dei farmaci a scuola avviene principalmente per:

- a) **la cura di malattie croniche** che non guariscono e che richiedono terapie di mantenimento.  
In questo caso si devono somministrare i farmaci prescritti dal medico curante, con l'indicazione dell'orario dell'assunzione, delle modalità e posologia di somministrazione;
- b) **far fronte ad urgenze prevedibili** connesse a patologie croniche che possono provocare episodi acuti (es. diabete, epilessia, ecc.).

**Passaggi procedurali per la somministrazione dei farmaci per patologie croniche e/o salvavita:**

- 1) Richiesta formale da parte della famiglia;
- 2) Verifica del Dirigente scolastico della struttura, della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso, individuati preferibilmente tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L. 81/2008 e all'uopo addestrati;
- 3) Formale autorizzazione del Dirigente scolastico.

Solo dopo questi tre passaggi sarà possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere a scuola, conservato in un luogo idoneo appositamente individuato, per tutta la durata del trattamento.

1. **I genitori si devono attivare** informando, senza indugio, il Dirigente scolastico dello stato di salute del proprio figlio e della necessità di assunzione del medicinale. Dovranno, inoltre accompagnare la **richiesta di somministrazione** con un apposito **certificato medico** che attesti lo stato di malattia dell'alunno, la necessità della somministrazione durante l'orario scolastico, con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, indicando, come evidenziato, la posologia, le modalità di somministrazione e di conservazione del preparato medico e, in ultimo, **la fattibilità della somministrazione** da parte del personale non



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**Istituto Comprensivo Statale "G. Ungaretti"**

Via Campanello, VII traversa, snc, - 81030 TEVEROLA (CE) - Tel. 081.8118197

EMAIL: [ceic87300r@istruzione.it](mailto:ceic87300r@istruzione.it) PEC: [ceic87300r@pec.istruzione.it](mailto:ceic87300r@pec.istruzione.it)

SITO WEB: [www.icteverola.edu.it](http://www.icteverola.edu.it)

=====  
sanitario. Sarebbe opportuno comunicare alla scuola un recapito telefonico al quale il genitore o un suo incaricato sia rintracciabile per far fronte ad eventuali emergenze.

2. Il Dirigente deve organizzare la somministrazione.
3. Il personale scolastico (che si sia reso disponibile) deve somministrare i farmaci prescritti nel certificato medico, al manifestarsi dei sintomi inerenti la patologia, osservando le posologie e le modalità indicate dal medico.

Per le **emergenze non prevedibili**, invece, è necessario ricorrere al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso attraverso il 118.

La procedura da seguire in tali casi richiede la segnalazione dell'evento e del soggetto coinvolto al lavoratore addetto al primo soccorso presente in sede.

#### **Terapie farmacologiche brevi**

Qualora il genitore ritenga più opportuno somministrare direttamente al proprio figlio il farmaco, o farlo somministrare da persona maggiorenne di sua fiducia, ne dovrà fare apposita richiesta al Dirigente scolastico. Quest'ultimo, qualora non ritenga congrue le motivazioni addotte, potrà richiedere per iscritto un parere dell'Azienda sanitaria locale (ASL), attraverso il Distretto socio sanitario di appartenenza della scuola.

#### **Per l'autosomministrazione farmaci salvavita**

Si informano le SS.LL. che, nei casi in cui l'alunno minore abbia raggiunto un'autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica, d'intesa con il medico e la famiglia è possibile prevedere l'autosomministrazione.

Procedura attuativa:

- Per poter soddisfare quest'esigenza, l'autorizzazione medica dovrà evidenziare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, anche la capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sorvegliato dal personale della scuola. Inoltre, l'autorizzazione medica dovrà riportare la seguente dicitura: *"Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola"*.
- La stessa dicitura dovrà essere riportata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente scolastico.

#### **Il Dirigente Scolastico**

*dott.ssa Adele Caputo*

Documento firmato digitalmente ai sensi del C.D. Codice  
dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa



COESIONE  
ITALIA 2020



Cofinanziato  
dall'Unione europea



Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per autosomministrazione**

(Pediatria di libera scelta o MMG)

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno/a: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

affetto/a da \_\_\_\_\_

**NECESSITA** della somministrazione indifferibile in ambito scolastico, sotto la vigilanza del personale scolastico non sanitario, docente e non, del farmaco sottoindicato:

Nome commerciale: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione : **il minore può autosomministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale scolastico** Orario \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco :

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma PLS / MMG

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaco indispensabile occasionale**

(Pediatra di libera scelta o MMG)

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno/a: \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
affetto/a da \_\_\_\_\_

NECESSITA della somministrazione indifferibile in ambito scolastico, da  
parte del personale scolastico non sanitario, docente e non, del farmaco sottoindicato:

**SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE**

Nome commerciale: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco : \_\_\_\_\_

**TRATTASI DI SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE (come per gita scolastica)**

del giorno/i \_\_\_\_\_ DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma PLS / MMG

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaco indispensabile**  
(Pediatra di libera scelta o MMG)  
**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno/a: \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
 affetto/a da \_\_\_\_\_

**NECESSITA** della somministrazione in ambito e in orario scolastico da  
 parte del personale scolastico non sanitario, docente e non, del seguente farmaco/i:

**QUOTIDIANAMENTE**

Nome commerciale: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Insulina : Orario.....1° dose..... Orario..... 2° dose..... Orario..... 3° dose.....

Durata terapia \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Possibili effetti collaterali \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA del PLS / MMG**

Data \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaco salvavita**  
(Pediatra di libera scelta o MMG)  
**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno/a: \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
 affetto/a da \_\_\_\_\_

NECESSITA della somministrazione in ambito e in orario scolastico da  
 parte del personale scolastico non sanitario, docente e non, del seguente farmaco/i:

**★URGENZA★** che si manifesta con la seguente sintomatologia \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nome commerciale: \_\_\_\_\_  
 Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_  
 Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
 Possibili effetti collaterali \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA del PLS / MMG

Data \_\_\_\_\_



**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA**

(minore)

Al Dirigente Scolastico

Scuola \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

1. che il minore, in ambito scolastico, si autosomministri il farmaco come da allegata autorizzazione medica, con la vigilanza del personale scolastico formato .
2. che l'autosomministrazione del farmaco avvenga sotto la vigilanza del personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, come da allegata prescrizione ed autorizzazione medica

**SOLLEVANO**

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla auto-somministrazione del farmaco.  
Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/3.

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di bisogno:

n. 1 \_\_\_\_\_ n. 2 \_\_\_\_\_

n. 3 PLS /MMG Dott.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA**

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Al Dirigente Scolastico

Scuola \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

Che venga somministrato allo stesso/a il farmaco a Scuola come da prescrizione medica allegata

**AUTORIZZANO**

Il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, alla somministrazione del farmaco

**SOLLEVANO**

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione stessa del farmaco. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/3.

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di bisogno:

n. 1 \_\_\_\_\_ n. 2 \_\_\_\_\_

n. 3 PLS /MMG Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale