CONVITTO NAZIONALE di STATO "T. CAMPANELLA"
Scuole statali annesse: Primaria - Secondaria I grado – Liceo Classico - Classico Europeo
Via Aschenez, 180 - 89125 Reggio Cal. – C.M.: RCVC010005 – C.F.: 92093030804
Tel. 0965 499421 - Fax 0965 332253 – Sito web: www.convittocampanella.edu.it E-mail: rcvc010005@istruzione.it PEC: rcvc010005@pec.istruzione.it

REGOLAMENTOD'ISTITUTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO



Approvato con delibera del Collegio dei docenti del 12/11/2025 e adottato dal Consiglio di Istituto gestione commissariale il 24/11/2025 e confermato con delibera del Collegio dei Docenti del 14/09/2026

Art. 1 - Premessa e riferimenti normativi

Il presente regolamento disciplina le modalità di somministrazione dei farmaci in orario scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere degli studenti all'interno della struttura scolastica, in conformità con le Linee Guida emanate dal MIUR d'intesa con il Ministero della Salute con nota n. 2312 del 25 novembre 2005, le successive integrazioni regionali, ivi compresa la L. Reg. 20/2025, art. 9, comma 1, lett. k), e la circolare ministeriale n. 321 del 2017.

Art. 2 - Condizioni per la somministrazione

La somministrazione è autorizzata solo per farmaci salvavita, per patologie croniche (come l'adrenalina per lo shock anafilattico) e/o per terapie temporanee (come antibiotici per ascessi dentali).
Per la somministrazione è necessaria la seguente documentazione, da presentare in segreteria:

- Richiesta scritta dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale.
- Certificato medico dello specialista o del medico curante, che attesti la patologia e indichi farmaco, posologia, modalità di conservazione e somministrazione.
- Piano Terapeutico Individualizzato (PTI).

Si precisa che, in assenza della documentazione sopra indicata e di esplicita autorizzazione da parte del Dirigente scolastico, è fatto divieto ad alunni e genitori di introdurre farmaci di qualsiasi tipologia nei locali dell'Istituto.

Art. 3 - Procedure per la richiesta e l'autorizzazione

I genitori inoltrano la richiesta al Dirigente Scolastico all'inizio dell'anno scolastico o al manifestarsi della necessità.
Il Dirigente Scolastico:

- verifica la richiesta e la validità della documentazione e individua il luogo fisico idoneo per la conservazione e somministrazione dei farmaci;
- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici, durante l'orario scolastico, ai genitori degli alunni o loro delegati per la somministrazione dei farmaci;
- procede all'individuazione del personale scolastico volontario e addestrato (docenti e/o personale ATA) che si rende disponibile alla somministrazione organizzando, per quello volontario ma non addestrato, la relativa formazione.

É compito della famiglia:

- comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico l'eventuale modifica o sospensione del trattamento;
- fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità e, eventualmente, sostituirlo;
- nel caso di passaggio di ciclo oppure di trasferimento in corso d'anno ad altra scuola, o ad altro Comune/Provincia, informare la scuola che accoglie l'alunno/studente;
- rinnovare annualmente e ad anno scolastico in corso (ove necessario), la richiesta di somministrazione o autosomministrazione.

È compito del personale scolastico addetto alla somministrazione del farmaco:

- procedere a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco stesso da parte del genitore alla scuola (come da modulo allegato al presente regolamento).

Art. 4 - Conservazione e registrazione dei farmaci
I farmaci sono conservati in un luogo sicuro e inaccessibile agli alunni ma di facile accesso per il personale autorizzato (es. armadietto chiuso a chiave in infermeria o ufficio).

La scuola terrà un registro per ogni alunno che riceve farmaci, dove saranno annotati data, ora, dosaggio e nome del farmaco.

Articolo 5 – Formazione del personale scolastico addetto alla somministrazione dei farmaci
Nel caso in cui la somministrazione del farmaco a un alunno debba essere effettuata da personale scolastico non in possesso di specifica formazione sanitaria, l'Istituto provvede a garantire un'adeguata formazione preliminare prima dell'avvio della somministrazione stessa.
La formazione è finalizzata a fornire al personale incaricato le conoscenze e competenze di base necessarie per eseguire in sicurezza la somministrazione del farmaco, nel rispetto delle prescrizioni mediche e delle procedure previste dal presente Regolamento.
Tale formazione si svolge in collaborazione con il personale sanitario competente, individuato dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) o da altro ente sanitario di riferimento, e prevede:
• illustrazione delle indicazioni terapeutiche e delle modalità di somministrazione del farmaco;
• descrizione dei tempi e delle dosi da rispettare, in conformità alla documentazione medica rilasciata dal pediatra o dal medico curante;
• spiegazione delle precauzioni igienico-sanitarie da osservare durante la somministrazione;
• formazione sul riconoscimento dei segni di eventuali reazioni avverse e sulle azioni da intraprendere in caso di emergenza;
• indicazioni circa la corretta conservazione e custodia del farmaco a scuola;
• procedure di registrazione e tracciabilità delle somministrazioni effettuate.
Al termine dell'attività formativa, il personale scolastico partecipante dovrà dimostrare di aver compreso le informazioni ricevute e dichiarare la propria disponibilità informata e consapevole a effettuare la somministrazione.
La formazione potrà essere svolta in modalità teorico-pratica, anche con il supporto di materiale informativo fornito dall'ASL o da strutture sanitarie convenzionate, e sarà documentata mediante verbale o attestazione a cura dell'ente che la realizza.
L'Istituto scolastico conserva agli atti la documentazione relativa alla formazione effettuata e garantisce l'aggiornamento periodico del personale incaricato, in relazione a eventuali nuove prescrizioni o modifiche dei protocolli sanitari.

Art. 6 - Gestione dell'emergenza

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati per i casi concreti presentatisi, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.
Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al 112 avvertendo contemporaneamente la famiglia.

Art. 7 - Gite e uscite didattiche
In caso di uscite didattiche e gite scolastiche, la somministrazione dei farmaci deve essere garantita. Le modalità specifiche devono essere concordate tra la famiglia e i docenti accompagnatori, in accordo con il Dirigente Scolastico.

Art. 8 - Autosomministrazione
Se il medico curante attesta espressamente l'autonomia dello studente nella somministrazione del farmaco, l'alunno può farlo autonomamente sotto la supervisione del personale scolastico.

Art. 9 - Conclusione iter procedurale

Al termine dell'anno scolastico, verrà stilato un verbale (come da modulo n. 5 allegato al presente regolamento) per l'avvenuta riconsegna del farmaco, da parte della scuola, ai genitori.

Tutte le informazioni acquisite attraverso la documentazione prodotta sono sottoposte al principio di riservatezza e verranno, pertanto, trattate come dati sensibili.

ALLEGATI:

1) modulo di certificazione medica per auto-somministrazione del farmaco;
2) modulo di certificazione medica per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico;
3) modulo di richiesta di auto-somministrazione farmaci;
4) modulo di richiesta di somministrazione farmaci;
5) verbale per la consegna di farmaci indispensabili/salvavita.

Il Dirigente Scolastico
dr.ssa Francesca Arena
documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

CERTIFICAZIONE MEDICA PER L'AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di Medico curante, certifico che l'alunna/o_____, nata/o a _____ il _____, può **auto-somministrarsi** farmaci indispensabili/salvavita in ambito scolastico, sorvegliato dal personale della scuola, per:
o patologia cronica
o patologia acuta
avendo cura di osservare le seguenti indicazioni:
Nome commerciale del farmaco:
Modalità di somministrazione:
Orari:_____
Dose:
Via di somministrazione:
Modalità di conservazione del farmaco:
o temperatura ambiente in luogo asciutto e protetto dai raggi solari
o conservazione in frigorifero (3-4 °C)
Altre informazioni:
Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): _____
Diagnosi e stato della malattia:
Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco salvavita (**N.B. descriverli in modo da escludere ogni discrezionalità tecnica):**
Eventuale definizione di un piano di assistenza per situazioni complesse (es. diabete):
Luogo e data Timbro e firma del medico

CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di Medico curante, certifico che l'alunna/o_____, nata/o a _____ il _____, necessita di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:
o patologia cronica
o patologia acuta
Conseguentemente è prevista:
o la somministrazione dei farmaci da parte del genitore in ambito e orario scolastico
o la somministrazione dei farmaci da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
o la definizione di un piano di assistenza da parte dell'Azienda Sanitaria Territoriale competente (situazioni "complesse")
Nome commerciale del farmaco
Modalità di somministrazione:
Orari:
Dose:
Via di somministrazione:
Modalità di conservazione del farmaco:
o temperatura ambiente in luogo asciutto e protetto dai raggi solari
o conservazione in frigorifero (3-4 °C)
Altre informazioni:
Durata della terapia (al massimo un anno scolastico):
Diagnosi e stato della malattia:
Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco salvavita (**N.B. descriverli in modo da escludere ogni discrezionalità tecnica):**
Eventuale definizione di un piano di assistenza per situazioni complesse (es. diabete):
Luogo e data Timbro e firma del medico

Al Dirigente Scolastico
Del Convitto Nazionale di Stato
"T. Campanella"
Reggio Calabria

Oggetto: Richiesta auto-somministrazione farmaci indispensabili e/o salvavita.

Il sottoscritto □ padre □ tutore □ affidatario _____, nato a_____, il _____ e la sottoscritta □ madre □ tutrice □ affidataria, nata a _____, il _____ esercenti la responsabilità genitoriale dell'allieva/o _____ frequentante per l'anno scolastico _____ la classe _____ della

□ Scuola Primaria □ Scuola Secondaria I grado □ Scuola Secondaria II grado

essendo lo/a studente/ssa affetto da _____

constatata l'assoluta necessità,

CHIEDE/CHIEDIAMO

che sia autorizzato ad **autosomministrarsi**, in ambito e orario scolastico, farmaci indispensabili/salvavita, come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Medico curante Dott./ssa _____.

Con la presente, solleviamo il vostro Istituto da ogni responsabilità civile e penale così come previsto dalla normativa vigente.

Una volta accolta la nostra richiesta consegneremo il/i farmaco/i sottoscrivendo il relativo modulo.

Con la presente autorizziamo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Luogo e data In fede

Padre

_____

Madre

_____

Tutore

_____

Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli

DICHIARAZIONE

__l__ sottoscritto/a _____ in ottemperanza alla Legge 54/2006 e alla nota MIUR Prot. N. 5336 del 02/09/2015 recante: *"Indicazioni operative per la concreta attuazione in ambito scolastico della L. 54/2006-Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli"*, considerato che l'altro genitore **È IRREPERIBILE** o **IMPOSSIBILITATO AD APPORRE FIRMA,** rilascia la seguente dichiarazione:

"__l__ sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato l'autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

REGGIO CALABRIA _____ Firma del genitore _____

Al Dirigente Scolastico
Del Convitto Nazionale di Stato
"T. Campanella"
Reggio Calabria

Oggetto: Richiesta somministrazione farmaci indispensabili e/o salvavita.

Il sottoscritto □ padre □ tutore □ affidatario _____, nato a_____, il _____ e la sottoscritta □ madre □ tutrice □ affidataria, nata a _____, il _____ esercenti la responsabilità genitoriale dell'allieva/o _____ frequentante per l'anno scolastico _____ la classe _____ della

□ Scuola Primaria □ Scuola Secondaria I grado □ Scuola Secondaria II grado

essendo lo/a studente/ssa affetto da _____

constatata l'assoluta necessità,

CHIEDE/CHIEDIAMO

la somministrazione dei farmaci in ambito e orario scolastico, da parte del personale dell'Istituzione Scolastica, come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Medico curante Dott./ssa _____.

Consapevoli che l'operazione è svolta da personale non sanitario, solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento, ai sensi dalla normativa vigente.

Una volta accolta la nostra richiesta consegneremo il/i farmaco/i sottoscrivendo il relativo modulo.

Con la presente autorizziamo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Luogo e data

In fede

Padre

_____

Madre

_____

Tutore

_____

Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli

DICHIARAZIONE

__l__ sottoscritto/a _____ in ottemperanza alla Legge 54/2006 e alla nota MIUR Prot. N. 5336 del 02/09/2015 recante: *"Indicazioni operative per la concreta attuazione in ambito scolastico della L. 54/2006-Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli"*, considerato che l'altro genitore **È IRREPERIBILE** o **IMPOSSIBILITATO AD APPORRE FIRMA,** rilascia la seguente dichiarazione:

"__l__ sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato l'autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

REGGIO CALABRIA _____ Firma del genitore _____

VERBALE PER LA CONSEGNA/RICONSEGNA DI FARMACI INDISPENSABILI/SALVAVITA

Oggi _____, il sottoscritto □ padre □ tutore □ affidatario _____,

nato a_____, il _____ e/o la sottoscritta □ madre □ tutrice □ affidataria, nata a _____, il _____ esercenti la responsabilità genitoriale dell'allieva/o _____

frequentante per l'anno scolastico _____ la classe _____ della

□ Scuola Primaria □ Scuola Secondaria I grado □ Scuola Secondaria II grado

Consegna n. _____ confezione/i complessive nuova/e ed integra/e dei seguenti farmaci:

A: _____
B: _____
C: _____

da somministrare allo studente come da indicazioni mediche riportate nel modulo di richiesta somministrazione.

Il/i genitore/i e/o tutore/affidatario:

- Rifornirà la scuola di nuova/e confezione/i integra/e, ogni qualvolta il/i medicinale/i sarà terminato o scaduto, dietro comunicazione dell'Istituzione scolastica;
- Comunicherà tempestivamente ogni variazione nella somministrazione;
- Ritirerà le confezioni dei farmaci a) al termine dell'anno scolastico b) in caso di ritiro o trasferimento ad altro Istituto.

La famiglia e/o il tutore/affidatario rimarrà nella totale disponibilità e rintracciabilità ai recapiti telefonici indicati nella richiesta di somministrazione dei farmaci in ambito scolastico.

Luogo e data

Padre

_____

Madre

_____

Tutore/Affidatario

_____

Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli

DICHIARAZIONE

__l__ sottoscritto/a _____ in ottemperanza alla Legge 54/2006 e alla nota MIUR Prot. N. 5336 del 02/09/2015 recante: *"Indicazioni operative per la concreta attuazione in ambito scolastico della L. 54/2006-Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli"*, considerato che l'altro genitore **È IRREPERIBILE** o **IMPOSSIBILITATO AD APPORRE FIRMA,** rilascia la seguente dichiarazione:

"__l__ sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato l'autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

REGGIO CALABRIA _____ Firma del genitore _____