



LICEO STATALE "SAN BENEDETTO"
CONVERSANO (BA)
Prot. 0012030 del 30/09/2026
I (Uscita)

Conversano, come da signature

Alle Studentesse e agli Studenti
Ai loro Genitori/Tutori
Al personale docente e ATA
Al Direttore dei S.G.A.
Alla Bacheca del Portale Argo

Oggetto: Nuova procedura per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico.

Nel rispetto del diritto allo studio sancito dalla normativa vigente, si comunica che per l'anno scolastico 2026/27 è attiva la **procedura per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico** a favore di alunni affetti da patologie croniche o temporanee che necessitano di trattamento durante l'orario scolastico.

Tale procedura si attua nel rispetto delle **Linee guida del Ministero della Salute e dell'Istruzione**, del **D.Lgs. 81/2008**, e prevede la **collaborazione tra scuola, famiglia, personale sanitario e, se necessario, enti locali**.

Attivazione della procedura

La somministrazione è subordinata a **richiesta formale da parte dei genitori** o di chi esercita la responsabilità genitoriale, corredata dalla seguente documentazione:

- Modulo di richiesta per **autosomministrazione** di farmaci in maniera autonoma, **non assistita** da personale scolastico;
- Modulo di richiesta per la **somministrazione** di farmaci (**Allegato A**) con le seguenti modalità: autosomministrazione assistita da personale scolastico, somministrazione a cura di genitore o delegato, somministrazione a cura del personale scolastico. La documentazione deve essere corredata della seguente documentazione:
 - **Certificazione medica e Piano Terapeutico (Allegato B)**: redatto dal **medico** curante o dalla struttura sanitaria, con indicazione dettagliata del farmaco, della posologia, delle modalità e tempi di somministrazione, dell'eventuale necessità di formazione specifica del personale scolastico e della natura salvavita o indispensabile della terapia.

La documentazione completa deve essere consegnata all'Ufficio Didattica **entro il 15 Ottobre 2026**. Per la consegna dei farmaci, i genitori devono concordare le modalità con i referenti scolastici individuato: Prof. Giuseppe Marzulli e Prof. Antonio Pavone.

Requisiti per la somministrazione da parte della scuola

Il personale scolastico può somministrare i farmaci esclusivamente se:

- non sono richieste **competenze sanitarie specialistiche**;

- la somministrazione è **programmabile** (per patologie croniche);
- è disponibile un **Piano Terapeutico dettagliato** (Allegato B);
- il personale ha espresso **formale disponibilità**, eventualmente dopo specifica formazione.

In assenza di queste condizioni, i genitori potranno accedere alla scuola per effettuare la somministrazione, previa autorizzazione.

Compiti del Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico:

- riceve e valuta la documentazione presentata;
- individua un **locale idoneo e sicuro** per la conservazione dei farmaci;
- **autorizza**, se necessario, l'accesso dei genitori o di personale esterno;
- promuove percorsi formativi per il personale coinvolto;
- può attivare **convenzioni con enti esterni (ASL, Croce Rossa, ecc.)** in caso di mancanza di personale scolastico disponibile.

Obblighi della famiglia

I genitori devono:

- fornire il/la figlio/a di un **marsupio** in cui conservare i farmaci se non consegnati alla scuola, da tenere sempre indosso durante le attività didattiche;
- etichettare i **farmaci** con nome, posologia, scadenza, se consegnati alla scuola; in tal caso, si prega di contattare via mail i docenti referenti per la consegna Prof. Giuseppe Marzulli giuseppe.marzulli@sanbenedettoconservano.it e Prof. Antonio Pavone antonio.pavone@sanbenedettoconservano.it;
- comunicare tempestivamente **variazioni terapeutiche** o cliniche;
- garantire il **rifornimento regolare** del farmaco richiesto.

Situazioni di emergenza

In caso di emergenza non prevista dal Piano Terapeutico o non gestibile con la somministrazione programmata, il personale scolastico **attiverà immediatamente il 118**, adottando le misure di sicurezza previste dal Piano di Emergenza dell'Istituto.

Per ogni chiarimento, si invitano le famiglie e il personale a contattare l'Ufficio di Presidenza o l'Ufficio Didattica. Si confida nella piena collaborazione di tutte le componenti scolastiche per garantire il diritto alla salute e allo studio degli alunni.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Daniela Castelluccia

DANIELA CASTELLUCCIA
30.09.2026 09:54:42 CEST

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AUTO-SOMMINISTRAZIONE NON ASSISTITA DI
FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

(Farmaci occasionali non legati a patologie croniche)

Al Dirigente scolastico
del Liceo San Benedetto

I sottoscritti _____ e _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola _____
nell'anno scolastico _____

CHIEDONO

di autorizzare il/la proprio/a figlio/a all'autosomministrazione non assistita, in ambito scolastico, del
farmaco _____
prescritto dal medico curante, Dr. _____
per la seguente condizione: _____

DICHIARANO

- che il/la proprio/a figlio/a è autonomo/a nell'autosomministrazione del farmaco e pertanto si assume la responsabilità di tale somministrazione;
- di essere consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni;
- di sollevare il personale scolastico da ogni responsabilità derivante dall'autosomministrazione del suddetto farmaco da parte del/la proprio/a figlio/a;
- di impegnarsi a fornire al figlio/a un marsupio con il farmaco in confezione integra e di verificarne la scadenza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di trattamento.

SCHEMA POSOLOGICO

Nome del farmaco: _____
Dose da autosomministrare: _____
Modalità di autoomministrazione: _____
Orario/i di autosomministrazione a scuola: _____
Durata della terapia: dal _____ al _____
Modalità di conservazione personale del farmaco: _____
Eventuali note/precauzioni: _____

ALLEGANO

- **Certificato del medico** curante attestante la necessità della autosomministrazione del farmaco in orario scolastico e l'assenza di controindicazioni all'autosomministrazione;

Numeri di telefono utili:

- Medico curante: _____
- Genitori/Tutori: _____

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

PARTE RISERVATA ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta presentata:

- ☐ AUTORIZZA l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a
- ☐ NON AUTORIZZA l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a per i seguenti motivi:

Data _____

Il Dirigente Scolastico

Allegato A

Richiesta di Somministrazione di Farmaci nei Locali e in Orario Scolastico

Al Dirigente scolastico
del Liceo San Benedetto

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 _____

(Studente/studentessa) nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____
_____ in Via _____ che frequenta la
classe ____ sezione _____

Considerato che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,

in base alla Certificazione Medica e al Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria
dell'Azienda USL _____ / dal Dott. _____ in data ____/____/____

CHIEDO/CHIEDONO

Anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta):

☐ Che a mio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano Terapeutico da parte di un genitore/delegato/personale scolastico;

(oppure)

☐ Che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante la stessa in orario scolastico.

Esprimo/Esprimiamo il consenso affinché il personale della scuola, individuato dal Dirigente e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevi/solleghiamo 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:	Dati di Contatto Medico Curante/Pediatra:
Genitore/Tutore: _____	Nome e Cognome: _____
Numero di telefono: _____	Numero di telefono: _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali e Sensibili

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

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: _____

Firma del Genitore/Tutore: _____

Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (a cura del medico)

SEZIONE 1: CERTIFICAZIONE MEDICA

SI CERTIFICA

Che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente in via _____ Cap _____ Città _____

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:
 - ☐ Farmaco salvavita
 - ☐ 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:

SEZIONE 2: PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome _____ Nome _____

Nome commerciale del **farmaco** indispensabile: _____

Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario di somministrazione: _____
- Dose da somministrare: _____
- Modalità di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione del farmaco: _____
- Durata della terapia: Dal ____/____/____ al ____/____/____

(oppure)

Necessità di somministrazione "al bisogno":

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

- Dose da somministrare: _____
- Modalità di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione del farmaco: _____
- Durata della terapia: Dal ____/____/____ al ____/____/____

Autosomministrazione:

L'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione assistita del farmaco:

☐ Sì ☐ No

Formazione del personale scolastico:

È necessaria una formazione specifica per il personale scolastico individuato per la somministrazione?

☐ Sì ☐ No

Note per la formazione specifica da parte della ASL:

Luogo _____ Data ____/____/____

Timbro e Firma del Medico: