



**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA
SECONDARIA DI PRIMO GRADO "Don Lorenzo Milani"**

Via delle Scuole - 67017 PIZZOLI AQ Tel. 0862.977029 Fax 0862.975023

@: aqic815004@istruzione.it Cod. meccanograf. AQIC815004 Cod. fiscale 80007400668 www.icpizzoli.edu.it

ISTITUTO COMPRENSIVO - "DON L. MILANI"-PIZZOLI
Prot. 0011586 del 07/10/2025
VII (Uscita)

Ai Signori GENITORI o chi per loro

Al Personale DOCENTE e ATA

All'albo

Al sito web

Oggetto: Somministrazione di farmaci in orario scolastico. Indicazioni operative e Modulistica

Al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute e il benessere all'interno della struttura scolastica dei bambini/alunni/ studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, si richiamano le raccomandazioni contenute nella nota 2312/Dip/Segr del 25/11/2015 del Ministero dell'Istruzione e del Ministero della salute circa la gestione della somministrazione dei farmaci.

In primo luogo:

- ✓ la somministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio ASL;
- ✓ la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica dell'adulto;
- ✓ la somministrazione deve essere richiesta FORMALMENTE AL DIRIGENTE SCOLASTICO da chi esercita la potestà sul minore a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);
- ✓ nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal prestare il primo soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia).

In secondo luogo:

la procedura per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico, vede coinvolti **genitori, dirigente, insegnanti e personale ATA** secondo quanto di seguito esplicitato.

I Signori genitori dell'alunno dovranno far pervenire al Dirigente Scolastico:

1. formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori;
2. autorizzazione medica che i genitori dovranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso, ai servizi di pediatria delle aziende sanitarie, ai pediatri di libera scelta e/o ai medici di medicina generale;

Detta autorizzazione dovrà contenere:

- ✓ dichiarazione dello stato di malattia dell'alunno;
- ✓ la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaci salvavita o indispensabile;
- ✓ l'assoluta necessità;
- ✓ la somministrazione indispensabile in orario scolastico;

- ✓ la non discrezionalità di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- ✓ la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

L'autorizzazione dovrà contenere, altresì, in modo chiaro e leggibile:

il nome e il cognome dell'alunno;

il nome commerciale del farmaco da somministrare;

la descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;

la dose da somministrare;

la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco;

la durata della terapia.

Il Dirigente Scolastico, accettata la documentazione, provvederà ad avvisare il responsabile del plesso in cui l'alunno frequenta che preparerà uno specifico piano di intervento e lo sottoporrà al vaglio del Dirigente stesso. Ottenuta l'approvazione del piano di intervento da parte del Dirigente, **le insegnanti procederanno** a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla Scuola.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco dovrà attenersi scrupolosamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

Intervento di auto-somministrazione

Nei casi specifici in cui, d'intesa con l'ASP e la famiglia, si ritiene indispensabile un intervento di autosomministrazione di farmaci, l'autorizzazione medica dovrà riportare, in aggiunta ai punti già introdotti, anche la seguente dicitura:

"Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della Scuola". La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico. Resta invariata la procedura che il personale docente dovrà sottoporre all'approvazione del Dirigente Scolastico ovvero: Piano di Intervento e Verbale di consegna del farmaco da parte dei genitori alla Scuola. Anche in questi documenti sarà riportata la dicitura richiamata.

Si precisa che la certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. A fine anno scolastico, o comunque a conclusione della terapia, sarà cura dei responsabili di plesso stilare un verbale di riconsegna del farmaco ai genitori.

Per quanto non espressamente richiamato si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

Si ringrazia per la consueta collaborazione.



Il Dirigente Scolastico

(ssa Paola Verini)

Paola Verini

Modulistica allegata:

all. 1: richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

all. 2: fac-simile- certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico e piano terapeutico.

all. 3: consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

ALLEGATO 1

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

Il/La sottoscritto/a in qualità di

☐ Genitore

☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e Il/La sottoscritto/a in qualità di

☐ Genitore

☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

di (Cognome) (Nome) nato il

..... a e frequentante nell'anno scolastico corrente l'Istituto Comprensivo

"Don Lorenzo Milani" Cavallari Pizzoli L'Aquila - Plesso: classe

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i
farmaco/i,

coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine AUTORIZZANO da parte di personale NON sanitario,

☐ La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura ospitante da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Luogo data

I genitori

Qualora risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile/assente, necessita acquisire la dichiarazione, di seguito riportata, del genitore dichiarante:
"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 effettuato la scelta/richiesta 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.

Luogo _____ data _____

Il genitore _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

ALLEGATO 2

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a nato/a a, in data ../../.....
residente in

Codice Fiscale _____ e Considerata l'assoluta necessità per il/la
predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco _____, con riferimento ai tempi
entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
☐ salvavita oppure ☐ indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia ☐ al genitore dell'alunno/a (oppure)

Luogo

In fede

Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome

Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare o Mattina (h.) dose da somministrare o Pasto (prima, dopo) dose
- o Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....

- Dose da somministrare
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì

☐ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

☐ Sì

☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

ALLEGATO 3

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(Regolamento Europeo 2016/679 - il Codice Privacy D.Lgs. 196/2003, modificato dal D.Lgs. 101/2018.)

INFORMATIVA AI SENSI Regolamento Europeo 2016/679, il Codice Privacy D.Lgs. 196/2003, modificato dal D.Lgs. 101/2018

Regolamento Europeo 2016/679 "Regolamento generale sulla protezione dati" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula sia durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dalla normativa vigente e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Il/La sottoscritto/a in qualità di

- ☐ Genitore
☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e Il/La sottoscritto/a in qualità di

- ☐ Genitore
☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

di (Cognome) (Nome)

..... nato il a

..... e frequentante nell'anno scolastico c.a. l'Istituto

Comprensivo "Don Lorenzo Milani" Cavallari Pizzoli - Plesso: classe

.....

ACCONSENTIAMO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL
Regolamento Europeo 2016/679 - il Codice Privacy_D.Lgs.196/2003, modificato dal D.Lgs.
101/2018.)

Luogo _____ data _____

I genitori _____

Qualora risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile/assente, necessita acquisire la dichiarazione, di seguito riportata, del genitore dichiarante:
"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 effettuato la scelta/richiesta 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.

Luogo _____ data _____

Il genitore _____