ISTITUTOCOMPRENSIVO
GIUSEPPEGUZZO

PROTOCOLLO DI ISTITUTO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI E FARMACI SALVAVITA - disposizioni permanenti



Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e Scuola Secondaria di Primo Grado
Via Magna Grecia, snc – 88056 TIRIOLO - Tel. 0961 991018
Cod. Mec. CZIC86500R | Cod. Fisc. 80004080794 | Codice Univoco UF3BLP
e-mail: czic86500r@istruzione.it | pec: czic86500r@pec.istruzione.it | www.istitutocomprensivotiriolo.edu.it

PROTOCOLLO DI ISTITUTO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI E FARMACI SALVAVITA - disposizioni permanenti

Adottato con Delibera n.15 del Collegio dei Docenti n. 02 della seduta del 10/09/2026

e del Consiglio di Istituto n. 35 nella seduta del 14/09/2026

Con la nota n. 2312 del 25.11.2005 il Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, ha emanato 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".

La somministrazione riguarda esclusivamente i casi di assoluta necessità, nei quali la mancata assunzione del farmaco possa causare un grave pregiudizio alla salute o all'incolumità dello studente o pregiudicare il suo diritto allo studio. È necessario avere un adeguato scambio di informazioni tra le parti (studenti, famiglie ed ente scolastico) al fine di individuare i casi di particolare rischio e gestire correttamente eventuali emergenze sanitarie.

I farmaci a scuola potranno essere somministrati nel rispetto delle successive indicazioni:

1) Somministrazione/Autosomministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche.
Tale somministrazione richiede il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

a) Richiesta formale da parte della famiglia, a fronte della presentazione di un modulo da compilarsi a cura del medico curante o specialista, attestante lo stato di malattia e la non differibilità della somministrazione, aggiunto al modulo di autorizzazione sottoscritto dal soggetto esercitante la patria potestà. La modulistica è consegnata alla famiglia direttamente a cura dell'ufficio di segreteria.

b) Verifica del Dirigente Scolastico della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (docenti, assistenti amministrativi, collaboratori scolastici), individuati preferibilmente tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L. 81/2008, e/o all'uopo addestrati.

Solo dopo questi passaggi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, con nome e classe dell'alunno sulla confezione, da conservare a scuola, in luogo idoneo appositamente individuato, per tutta la durata del trattamento.

2) Terapie farmacologiche brevi.

Qualora la somministrazione di un farmaco non possa essere differita si richiede alla famiglia di provvedere direttamente con l'ingresso a scuola di un genitore o delegato maggiorenne in orario scolastico. Il personale scolastico può rendersi disponibile per la somministrazione. Resta invariato l'assoluto rispetto delle procedure di cui sopra (richiesta/autorizzazione da parte della famiglia, requisiti/disponibilità da parte del personale scolastico).

3) La gestione dell'emergenza.

Nei casi gravi e urgenti il personale scolastico non può esimersi dall'attivare il normale soccorso ed è

obbligatorio fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il 112 (avvertendo contemporaneamente la famiglia), altrimenti potrebbe configurarsi il reato di omissione di soccorso ai sensi dell'art. 593 c.p.

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 che, verificata la situazione, metterà in atto le azioni relative alla gestione dell'emergenza di carattere sanitario ed effettuerà la chiamata al 112.

La somministrazione dei farmaci in un alunno portatore di patologia cronica può essere necessaria sia in ragione della continuità terapeutica (secondo un piano prestabilito dal medico curante in cui sono indicati tempi, posologia e modalità da seguire) sia in ragione della necessità di far fronte, come nel caso delle allergie, a reazioni gravi e improvvise (es. crisi anafilattica), che comportano la necessità di gestire l'emergenza nell'immediato.

In questo caso la chiamata al 112, necessaria in caso di malore improvviso o incidente, non è sufficiente. Solo un intervento tempestivo con la somministrazione dei farmaci salvavita a cura del personale adeguatamente formato, è utile ad evitare che l'evento si possa risolvere drammaticamente.

In conclusione è necessario quindi avere un adeguato scambio di informazioni tra le parti (studenti, famiglie ed ente scolastico) al fine di individuare i casi di particolare rischio e gestire correttamente eventuali emergenze sanitarie specifiche sensibilizzando il personale scolastico ricordando che un intervento chiaro, preciso e immediato può salvare la vita.

ALLEGATI:

1) Richiesta di auto-somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico;

2) Richiesta di somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico;

3) Verbale per la consegna del medicinale indispensabile.

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) ……,

□ Genitore dello studente/essa ....., (oppure)

□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa .....,

nato a …… e residente a ……. in Via ……, che frequenta la classe … sez … dell' (Denominazione Istituto Scolastico),

Essendo il minore affetto da ……. e constatata l'assoluta necessità, chiede che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dott. ……

Consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 101/2018**,** esclusivamente per le finalità di gestione della somministrazione della terapia farmacologica e per adempiere agli obblighi di legge e di sicurezza. I dati saranno trattati con modalità strettamente necessarie, con misure di sicurezza adeguate e conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle suddette finalità. Il genitore o esercente la potestà genitoriale ha diritto di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione del trattamento dei dati, nonché di opposizione al loro trattamento, secondo quanto previsto dagli artt. 15-22 del GDPR.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.

Si allega alla presente: …… …… …… ……

FIRMA _____

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) ……., □ Genitore dello studente/essa ....., (oppure) □ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa .....,
nato/a a …… il …../……/…… e residente a ……..
in Via ……, che frequenta la classe … sez … indirizzo ……dell' (Denominazione Istituto scolastico),

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda ASL ... …….. /dal Dott. ……, in data …/…/…….;

CHIEDO

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

- o che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

- o che il farmaco sia conservato dalla scuola e consegnato agli **operatori sanitari in caso di interventi del 118/112** secondo le indicazioni allegate alla presente prodotte dal medico curante

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

numeri di telefono	famiglia	pediatra di libera scelta / medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 101/2018.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.

Si allega alla presente: …… ……
…… ……

In fede,

Luogo	Data	Firma[1]
_____	__/__ /____	_____

[1] Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

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

In data ..... alle ore ..... la/il sig. .....

☐ genitore dell'alunno/a ..... (oppure)

☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a .....

nato a ..... il ...../...../..... e residente a ....., in via ....., frequentante la classe ..... indirizzo .....a.s. ..... consegna all'incaricato/agli incaricati, ...un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i nella dose .....

1) .....;

2) .....;

da somministrare all'alunno /a come da **certificazione medica e Piano Terapeutico** consegnata in segreteria, rilasciata in data ...../...../..... dal (barrare la voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria dell'ASL_____

☐ 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 .....

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale/lo studente:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento;
- si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico, con redazione di apposito verbale di riconsegna.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Nome e cognome – relazione con l'alunno	Recapito n.1	Recapito n.2
……	.....	.....
……	.....	.....

Luogo, ____/___/_____

FIRME

I genitori / l'esercente la potestà genitoriale / l'alunno maggiorenne	Il personale della scuola