



Istituto Comprensivo Statale ad Indirizzo Musicale

*** Guastella - Landolina ***

via Ettore Majorana snc- C.da Gabatutti – 90036 Misilmeri (Pa)

Tel. 0917525597-091546899-C.F. 97382260822

Email (PEO):PAIC8BW002@istruzione.it (PEC) PAIC8BW002@pec.istruzione.it

Sito web: <https://www.icsguastellalandolina.edu.it>

_____Sede dell'Osservatorio di Area sulla Dispersione Scolastica Distretto 9_____



PROTOCOLLO E PROCEDURE SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Regolamento approvato con Delibera n. 14 del Consiglio di Istituto in data 23.03.2026

INDICE

- Ambito di intervento
- Procedure
- Gestione dell'emergenza

Modulistica:

- **Allegato A** - Richiesta somministrazione farmaco salvavita
- **Allegato B** - Indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (*a cura del Pediatra di libera scelta o medico di Medicina Generale anche in presenza di casi di autonoma somministrazione*)
- **Allegato C** - Prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita
- **Allegato D** - Richiesta di autosomministrazione di farmaci
- **Allegato E** - Piano di intervento personalizzato (PIP)



Istituto Comprensivo Statale ad Indirizzo Musicale

*** Guastella - Landolina ***

via Ettore Majorana snc- C.da Gabatutti – 90036 Misilmeri (Pa)

Tel. 0917525597-091546899-C.F. 97382260822

Email (PEO):PAIC8BW002@istruzione.it (PEC) PAIC8BW002@pec.istruzione.it

Sito web: <https://www.icsguastellalandolina.edu.it>

_____Sede dell'Osservatorio di Area sulla Dispersione Scolastica Distretto 9_____



PROTOCOLLO E PROCEDURE SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PREMESSO CHE:

La Costituzione Italiana,

- all'art. 32 tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività
- all'art.34, stabilisce che la Repubblica rende effettivo il diritto allo studio;

VISTE:

- la Raccomandazione del 25/11/2005 emanata dal MIUR contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, per la tutela del diritto allo studio degli studenti

TENUTO CONTO:

- che la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuti l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la Scuola (orario scolastico);
- che a Scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

DISPONE

l'adozione del seguente Regolamento, in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e Istituzione scolastica.

Ambito di intervento

1. La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle ASL; tale somministrazione non deve richiedere il

possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto;

2. In ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità, come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute;

3. Durante l'orario scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire in altro momento e la cui omissione può causare danni alla salute dell'alunno;

4. La somministrazione può avvenire solamente in virtù di un rapporto fiduciario fra Genitori ed operatori scolastici.

5. Da parte degli operatori scolastici, che diano la loro disponibilità volontariamente, possono essere somministrati solamente farmaci somministrabili anche in ambiente domestico principalmente per via orale, aerosol e simili; la somministrazione di farmaci per via parenterale è prevista solo in caso di urgenza e per rarissimi casi particolari.

6. Il Genitore o tutore legale, nell'interesse del proprio figlio, è tenuto a segnalare tempestivamente qualsiasi patologia in atto che potenzialmente possa determinare una situazione di emergenza.

Procedure

E' assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente. Per necessaria conoscenza, si allega alla presente la seguente modulistica:

- **Allegato A** - richiesta somministrazione farmaco salvavita
- **Allegato B** - indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (*a cura del Pediatra di libera scelta o medico di Medicina Generale anche in presenza di casi di autonoma somministrazione*)
- **Allegato C** - prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita
- **Allegato D** - richiesta di autosomministrazione di farmaci
- **Allegato E** - Piano di intervento personalizzato (PIP)

Se i genitori e/o esercenti responsabilità genitoriale degli alunni hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (*senza variazione della terapia*), devono solo comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno scolastico in corso, compilando esclusivamente l'allegato C e l'eventuale autosomministrazione (allegato D).

I genitori e/o esercenti responsabilità genitoriale degli alunni all'atto della consegna della documentazione saranno istruiti sulle modalità di consegna del farmaco.

Accettata la documentazione precedentemente elencata l'istituzione scolastica provvederà a:

- Autorizzare, ove richiesto, l'accesso ai locali scolastici ai genitori o a loro delegati per la somministrazione dei farmaci;
- Verificare la disponibilità del personale docente e del personale ATA che, previa adeguata formazione, possa garantire la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico consegnati dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale e custoditi a scuola come richiesto dalla famiglia, previa opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia
- Inviare la documentazione al Direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale
- Individuare un locale per l'effettuazione dell'intervento di formazione
- Destinare un locale e/o appositi spazi idonei per la conservazione dei farmaci e delle attrezzature necessari per l'intervento e della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente. La presenza dell'attrezzatura necessaria (armadietto, frigorifero, ecc.) per la conservazione dei farmaci;
- Inviare la richiesta di formazione in situazione del personale scolastico individuato.
- Predisporre l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco specificando, se il caso, che il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola.

La documentazione prodotta, indirizzata al Dirigente Scolastico, dovrà essere consegnata al Protocollo in Segreteria o all'indirizzo email istituzionale.

Copia della documentazione sarà trattenuta negli uffici dei singoli Referenti di plesso, a disposizione della consultazione del personale che ne dovesse necessitare.

Il Coordinatore di Classe della Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e della Scuola Secondaria di Primo grado informerà il Consiglio di Classe e i Collaboratori scolastici del piano.

Il Referente di plesso sarà incaricato di verificare la corretta e pronta diffusione delle informazioni relative alle specifiche situazioni mediche segnalate dai Genitori, redigendo se necessario sulla base della documentazione medica prodotta dalla famiglia un'informativa indirizzata a tutti i docenti interessati con numeri di telefono delle famiglie e dei servizi di emergenza sanitaria.

Gestione dell'emergenza

La normativa prescrive il ricorso al Servizio Territoriale di Emergenza (118) nei casi in cui si ravvisi la necessità di interventi non precedentemente richiesti e/o autorizzati dal Genitore o tutore e non differibili in relazione alla gravità dell'intervento.

Si allegano alla presente la modulistica necessaria.

Allegato A

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Guastella Landolina
Misilmeri (PA)

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti e
..... genitori dell'alunno/a
.....nato/a a il
residente a in
via..... n.
frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/ S.S.I.G. plesso scolastico.
.....essendo il minore affetto dalla seguente
patologia e
constatata l'assoluta necessità, con la presente
chiedono che

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci salvavita, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

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

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

I sottoscritti, provvederanno 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.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto " _____ " di _____ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo di _____ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. _____.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Allegato C

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Guastella Landolina
Misilmeri (PA)

OGGETTO: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti

_____ e _____

Genitori dell'alunno/a _____ nato/a a

iscritto/a alla classe _____ Sez _____ Plesso _____;

avendo inoltrato nel decorso A.S. _____ formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S. _____ il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico _____

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

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

I sottoscritti, provvederanno 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.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto _____ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto _____ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. _____ dell'Istituto _____.

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e data

.....,

I Genitori e/o tutori

.....

.....

Allegato D

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Guastella Landolina
Misilmeri (PA)

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a.....

nato/a ail.....

residente a in via.....

frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....

sita a in Via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che il minore si autosomministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e data

.....,

Firma dei genitori e/o tutori

.....

.....

Allegato E PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. _____ del ___/___/_____

Alla Famiglia dell'alunno/a

(oppure)
Al Personale individuato per la somministrazione
del farmaco

Agli Insegnanti della classesezione.....

Al Fascicolo personale dell'alunno/a

Oggetto: *Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all'alunna*

I sottoscritti Dirigente scolastico Prof. Emanuele Ridulfo. e il Referente per l'Azienda USL....

..... dott.,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a

iscritto/a alla classe sez. dell'I.C.S. "Guastella Landolina" plesso, sito in via località Misilmeri;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. / dal Dott.

in data/...../....., nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa 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;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)

salvavita

indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

DISPONGONO

- Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato Sig./Sig.ra
- che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale:
- che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.):
- che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

Il Dirigente Scolastico

Prof. Emanuele Ridolfo

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne)

esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

Data ___/___/_____

Firma del genitore
o dell'esercente la potestà genitoriale o dello studente (se
maggiorenne)
