



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "FRANCESCO MUTTONI"
di SAREGO e BRENDOLA
Scuola con INDIRIZZO MUSICALE

Via Damiano Chiesa, 5 – 36040 Meledo di Sarego (VI)-Tel. 0444-820813/820589

Sito web: <http://www.icmuttonisarego.edu.it> e-mail: viic813005@istruzione.it

P.E.C.: viic813005@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: VIIC813005 - Codice Fiscale: 80016850242 – Cod. I.P.A.: UFWLUL

Prot. 8036/7.7 del 13 agosto 2025

PROCEDURA OPERATIVA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBIENTE SCOLASTICO

FINALITA'

Scopo della presente procedura è quello di fornire al personale scolastico le indicazioni necessarie per gestire, nell'ambito scolastico, la somministrazione di farmaci ad alunni/e, nel rispetto delle normative vigenti in materia di sicurezza sul lavoro e di primo soccorso.

L'obiettivo finale è di garantire agli/alle alunni/e il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno dell'ambiente scolastico.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica all'interno dell'organizzazione scolastica, nei casi in cui gli/le alunni/e necessitino di somministrazione di farmaci esclusivamente in caso di emergenza, su **esplicita richiesta dei genitori** o altri soggetti esercitanti la potestà genitoriale, previa **autorizzazione del medico e**, a seguito di valutazione della documentazione presentata, **del Dirigente Scolastico**.

Sono esclusi dalla presente procedura i casi in cui:

- Gli/le alunni/e debbano seguire una cura farmaceutica, per la quale si organizzerà un protocollo di accesso ai locali scolastici dei genitori che somministreranno direttamente e personalmente i farmaci;
- Gli/le alunni/e siano soggetti a periodici e prevedibili eventi che richiedono la somministrazione di farmaci, per la quale si organizzerà la presenza di personale specificatamente addetto (assistente personale, servizio di soccorso e simili).

RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente documento costituisce la procedura operativa per la gestione dei casi di "somministrazione di farmaci ad alunni/e in orario scolastico" ai sensi di:

- Raccomandazioni Ministeriali (MIUR e Ministero della salute) del 25 novembre 2005;
 - Documento chiave:" linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico"
 - Prevede che la scuola collabori con le famiglie, i medici e gli enti locali per assicurare l'assistenza sanitaria durante l'orario scolastico.
- Legge 104/1992 – tutela i diritti degli alunni con disabilità e bisogni educativi speciali (BES) , inclusi quelli con patologie che richiedono la somministrazione di farmaci.

- D.lgs 81/2008 – tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro: riguarda anche la sicurezza del personale scolastico eventualmente coinvolto.
- Circolare Ministeriale n.321 del 10 gennaio 20217
 - ribadisce l'iter per la somministrazione di farmaci: richiesta formale, certificazione ASL, modalità precise e coinvolgimento di più soggetti istituzionali;
- Decreto Interministeriale n. 153/2023 (correttivo al D.I. n.182/2020)
 - introduce novità sul PEI e Linee guida quali: se la somministrazione non richiede competenze sanitarie specialistiche, si possono coinvolgere figure interne formate, altrimenti serve il coinvolgimento del GLO e figure sanitarie esterne.

SOGGETTI COINVOLTI

- le famiglie di alunni/e o altri soggetti esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola, nella figura del Dirigente Scolastico e del personale docente/non docente coinvolto nell'attuazione della presente procedura;
- i servizi sanitari: medici / ASL:

CRITERI GENERALI

I farmaci **NON** devono essere somministrati dal personale scolastico, salvo che nei casi autorizzati dai medici e, a seguire, dal Dirigente Scolastico.

L'autorizzazione viene rilasciata dal medico su richiesta dei genitori degli/delle alunni/e e viene consegnata al Dirigente Scolastico.

Per il rilascio dell'autorizzazione i criteri a cui si attengono i medici sono:

- a) La somministrazione è necessaria e **indispensabile** durante l'orario scolastico.
- b) **La fattibilità** della somministrazione da parte del personale non sanitario.
- c) **La non discrezionalità** da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Nel caso in cui un/una alunno/a necessiti di intervento "somministrazione farmaci" durante l'orario scolastico, si deve procedere con l'organizzazione di seguito descritta:

1. I genitori degli/delle alunni/e forniscono alla Scuola:
 - a) Richiesta scritta e firmata di somministrazione di farmaci in orario scolastico (vedasi allegati 2/3)
 - b) Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno/a con specifica prescrizione dei farmaci da assumere e autorizzazione della somministrazione in ambito scolastico (vedasi allegato 4)
2. Il Dirigente Scolastico, previo possesso della documentazione di cui il punto 1, valuta la fattibilità organizzativa;
 - a) Verifica/individua il gruppo di operatori scolastici incaricati della somministrazione dei farmaci (personale docente e non docente che ha frequentato il corso di Primo soccorso- DM 388/2003- 12 ore);
 - b) Verifica/organizza la presenza del personale incaricato della somministrazione farmaci in relazione ai turni di lavoro, agli orari dell'alunno/a, della possibilità di assenza degli incaricati;

- c) Organizza la formazione specifica del personale incaricato della somministrazione farmaci, tramite presentazione delle indicazioni scritte dal medico e preferibilmente attraverso incontri personali tra gli addetti ed il medico che illustra le modalità operative di intervento;
- d) Verifica la possibilità di conservazione dei farmaci secondo le indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del fornitore (temperatura controllata, al buio e simili) garantendone l'inaccessibilità agli altri alunni.

Se i criteri organizzativi risultano tutti completamente soddisfatti, la procedura per la somministrazione farmaci durante l'orario scolastico risulta correttamente attuabile e i requisiti normativi si considerano, altresì, soddisfatti.



La Dirigente Scolastica

Prof.ssa Daniela Pozza

Daniela Pozza

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "F.Muttoni" - Sarego e Brendola

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico da parte dell'alunno.

I sottoscritti _____ e _____,
genitori dell'alunno _____ nato a _____
il _____, frequentante la classe _____ della Scuola _____, essendo il minore
affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, come da allegata richiesta
medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

chiedono

che l'alunno provveda in autonomia alla somministrazione del farmaco salvavita
_____ in caso di necessità, liberando il personale scolastico da ogni
responsabilità in ordine all'utilizzo non corretto nella modalità, nella posologia e nei tempi;

dichiarano

- Che il proprio figlio è in grado di riconoscere i sintomi della crisi, i tempi e le dosi di somministrazione;
- Di aver responsabilizzato il proprio figlio in ordine alle modalità di conservazione e all'uso strettamente personale del farmaco;

Data _____

Firma dei genitori/tutori _____

oppure

IN CASO UNO DEI DUE GENITORI SIA IMPOSSIBILITATO AD APPORRE LA FIRMA

Il genitore unico firmatario dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver informato e ottenuto l'assenso dell'altro genitore/titolare di potestà genitoriale, ai sensi e nel rispetto dell'art. 316 e segg. del Codice Civile.

In fede

Data _____ Firma _____

Sarego, _____ [] si autorizza [] non si autorizza

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa POZZA Daniela

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto I.C. "F. Muttoni" – Sarego e Brendola

Oggetto: Richiesta di somministrazione di farmaco salvavita in orario scolastico da parte del Personale

I sottoscritti _____ e _____,
genitori dell'alunno _____ nato a _____ il
_____, frequentante la sezione/classe _____ della Scuola _____, essendo il
minore affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, come da allegata
richiesta medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____
essendo il minore affetto da _____, constatata l'assoluta necessità,

chiedono che il personale della scuola

provveda alla somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci indicati come da allegata
prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

Si autorizza il personale scolastico alla somministrazione, sollevandolo da ogni responsabilità.

Numeri di telefono utili:

- Medico curante Dott. _____
- Genitori _____

Allega documentazione medica riportante:

Sintomi - Nome commerciale del farmaco - Modalità di conservazione del farmaco - Modalità di
somministrazione – Dosi – Dichiarazione che la somministrazione del farmaco *"non richiedere il possesso di
cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto"* (art. 2
delle Linee Guida).

Data _____

Firma dei genitori /tutori

oppure

IN CASO UNO DEI DUE GENITORI SIA IMPOSSIBILITATO AD APPORRE LA FIRMA

Il genitore unico firmatario dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver informato e ottenuto l'assenso
dell'altro genitore/titolare di potestà genitoriale, ai sensi e nel rispetto dell'art. 316 e segg. del Codice Civile.

In fede

Data _____ Firma _____

Sarego, _____ [] si autorizza [] non si autorizza

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Pozza Daniela

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

I.C. "F Muttoni" di Sarego

Prescrizione alla somministrazione di farmaci in orario scolastico (a cura del Medico curante)

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità, **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sottoindicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico, all'alunno:

Cognome _____ **Nome** _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____ frequentante la Scuola _____

sez. _____ classe _____

Indicazioni terapeutiche finalizzate ad una corretta gestione della situazione

Diagnosi: _____

Sintomatologia: _____

AFvità di routine

Nome commerciale del farmaco: _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Orario 1^ dose _____ 2^ dose _____

3^ dose _____ 4^ dose _____

Modalità di conservazione _____

Durata della terapia: _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Possibili situazioni di crisi / emergenza

Eventi / sintomi che richiedono misure appropriate e/o farmaci diversificati

Eventuali note di primo soccorso:

Data _____

Timbro e firma del Medico
