ISTITUTO COMPRENSIVO GIUSEPPE GARIBALDI - C.F. 94032670583 C.M. RMIC8AH005 - ANWBXJT - ISTITUTO COMPRENSIVO GIUSEPPE GARIBALDI - UFFICIO
Prot. 0010801/U del 26/09/2025 14:24 V.7 - Tutela della salute e farmaci

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "GIUSEPPE GARIBALDI"
Via Carlo Todini, 56 - 00012 Guidonia Montecelio (RM) - Ambito 13 - Tel. e Fax 0774 - 390168
C.M. RMIC8AH005 - C.F. 94032670583 - C.U.U. UFVHBD
e-mail: rmic8ah005@istruzione.it PEC: rmic8ah005@pec.istruzione.it - www.icgiuseppegaribaldi.it

Setteville di Guidonia, 26 settembre 2025

COMUNICAZIONE N. 27

AI GENITORI DEGLI ALUNNI
AI DOCENTI
AL PERSONALE ATA
AL DSGA
AL SITO WEB

OGGETTO: DISPOSIZIONI IN ORDINE ALLA PROCEDURA DI RICHIESTA E SOMMINISTRAZIONE FARMACI.

Premessa
L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute ed al benessere all'interno della struttura scolastica.
Considerato che:
1. il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
2. tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;
4. nei casi il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

PROCEDURA E MODULISTICA

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori (Allegato n. 1), autorizzazione medica (Allegato n. 2), che i genitori potranno richiedere ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e ai Medici di Medicina Generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.
Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici, secondo quanto previsto dalle Raccomandazione del 2005 ed il Protocollo Regione Lazio e USR LAZIO del 2018, dovranno dichiarare:
· stato di malattia dell'alunno;
· prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco

salvavita o indispensabile;
· l'assoluta necessità;
· la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
· **la non discrezionalità da parte 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;
· nome cognome dello studente;
· nome commerciale del farmaco;
· descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
· dose da somministrare;
· modalità di somministrazione del farmaco;
· i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli;
· modalità di conservazione del farmaco;
· durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente scolastico accerta la disponibilità del personale secondo modello che si allega (Allegato 3), predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco.

Ricevuta l'autorizzazione (Allegato 1) ed il relativo piano (Allegato 2), le insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna del farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:
· All. 4 verbale per farmaco salvavita;
· All. 5 verbale farmaco indispensabile.

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere l'**auto-somministrazione** (Allegato 6).

Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola anche la dicitura che: "il minore può autosomministrarsi 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: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e le insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola, anche in questi documenti andrà specificato che: "il minore può autosomministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola".

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.

Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

Al contempo con la presente si chiede a tutto il personale in indirizzo, in considerazione del fatto che nell'Istituto sono già presenti allievi che necessitano della somministrazione dei farmaci, di fornire, in tempi estremamente rapidi, la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente amministrazione richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione".

Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che è allegata.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Luca SANTELLA
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, co. 2, del D.Lgs. n. 39/93

Allegato 1

RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti ..... e .....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....

□ frequentante la classe..... della scuola.....

□ frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....

nell'anno scolastico....., affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data .....dal Dott.....

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

□ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
□ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra_____
□ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
□ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

□ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

□ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....
Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

_____ _____

Data,_____

Numeri utili

Telefono fisso..... ....

Telefono cellulare..... ....

Telefono Medico curante (Dott..... .....)

N.B.
La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità 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 la durata della terapia.

Allegato 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO

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 il..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita a .....in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da .....

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Modalità di somministrazione: .....

Orario: 1^ dose .....; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^ dose.....;

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

□ Parziale autonomia □ Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

Data, ...

Timbro e Firma del Medico curante

Allegato 3

VERIFICA DISPONIBILITA' PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

Il Personale disponibile alla somministrazione

Nome e cognome	**Qualifica**	**Firma**	**Plesso**

Il Dirigente Scolastico

.....

Allegato 4

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

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

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....

da somministrare al/alla bambino/a in caso di[1] .....

nella dose..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott. ..... Il genitore:

- 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.

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

....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore Le insegnanti

....

[1] Indicare l'evento

Allegato 5

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

(carta intestata dell'Istituto)

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

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.....

da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore ..... nella dose .....

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in

data ..... dal dott. .....

Il genitore:

- 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.

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

....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore Le insegnanti

_____ _____

Allegato 6

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti .....

genitori di ..... nato a ..... il .....

residente a ..... in via .....

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

sita a ..... in Via .....

Essendo il minore effetto da.....e constatata l'assoluta necessità, chiedono 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. .....

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

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 ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori ....