



Ministero dell'Istruzione

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI LORIA E CASTELLO DI
GODEGO**

Scuole primarie e secondarie di primo grado

Via Roma, 30 - 31037 LORIA – TREVISO

Tel. 0423-485353/755542 – Cod. mecc. TVIC824008 - Cod. fisc. 81002790269

Sito: <https://www.icloriaecastellodigodego.edu.it>

Mail: tvic824008@istruzione.it - PEC: tvic824008@pec.istruzione.it

LINEE GUIDA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Premesso che la tutela della salute e del benessere di bambini/ragazzi che, in relazione a patologie acute e croniche necessitano della somministrazione di farmaci continua o di emergenza durante l'orario scolastico, richiesta dai genitori o dagli esercenti la patria potestà, è una priorità della Nostra Istituzione Scolastica.

Viste le Raccomandazioni del 25 novembre 2005 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca d'intesa con il Ministero della Salute aventi ad oggetto "Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico"

Vista la Circolare Ministeriale n. 321 del 10 ottobre 2017 con oggetto "Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci indispensabili"

Considerate le richieste di somministrazione di farmaci, da parte di alcuni genitori, per eventuali situazioni di emergenza.

SI DEFINISCONO LE SEGUENTI LINEE GUIDA

- finalizzate a regolamentare la somministrazione di farmaci nell'IC Loria e Castello di Godego, con riferimento ai due ordini di scuola: primaria, secondaria di I grado, al fine di garantire a tutti gli alunni che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci in orario scolastico di ricevere una appropriata assistenza.

LINEE GENERALI

Condizione necessaria alla somministrazione di farmaci a scuola è la presenza di certificazione medica e /o di piano Terapeutico attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione della terapia specifica di cui lo studente necessita.

Il personale scolastico su disponibilità può somministrare farmaci a condizione che tale somministrazione non debba richiedere il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

La prima somministrazione del farmaco non deve avvenire in ambiente scolastico ad eccezione di specifiche situazioni.

La somministrazione di farmaci a scuola è riferita alle seguenti situazioni:

- continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;

Firmato digitalmente da FILOMENA DI MAIO

- somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

SOGGETTI COINVOLTI

La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge diversi attori:

- Genitori o gli esercenti la potestà genitoriale
- Medico proscrittore (medico di famiglia, pediatra di base, medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata)
- Dirigente Scolastico
- Docenti,
- Personale ATA (ausiliario, tecnico, amministrativo)

RICHIESTA DELLA FAMIGLIA

Come specificato nelle linee guida del 25/11/2025, per attivare il processo di somministrazione del farmaco in orario scolastico la famiglia dovrà presentare:

1. **Formale richiesta** al Dirigente Scolastico. I genitori che hanno necessità di somministrare farmaci ai propri figli ne fanno formale richiesta al dirigente scolastico; aggiornando, se necessario, la richiesta, ogni anno, all'inizio dell'anno scolastico.
2. **Certificazione medica** rilasciata dal Pediatra o dal Medico di Medicina Generale in cui è specificata la procedura per la richiesta di somministrazione farmaci a scuola, che indichi lo stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere. Il certificato dovrà indicare se si tratta di farmaco salvavita o indispensabile e se possa essere erogata da personale adulto non sanitario. La somministrazione infatti non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di perizie tecniche da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione.

TIPOLOGIE DI CASI

Nella prassi comune, a scuola si possono rinvenire le seguenti tipologie di casi:

1. **Alunno sano**, in cui si verifica una situazione di emergenza;
2. **Alunno con patologia cronica** non comunicata dalla famiglia
3. **Alunno con patologia cronica** in cui si chiede la somministrazione ciclica o continua di farmaci salvavita;
4. **Alunno con patologia cronica** in cui si verifica una situazione di emergenza.

Le procedure, descritte nelle seguenti linee guida, fanno riferimento a quelle stabilite per gestire il **caso 3** i cui i genitori chiedono la somministrazione ciclica o continua di farmaci salvavita e, eventualmente, **4** in cui il farmaco deve essere somministrato al verificarsi di determinati sintomi.

Nei casi gravi e urgenti (**1 e 4**) la scuola fa immediatamente ricorso ai servizi di Pronto Soccorso (118) previsti dal Sistema Sanitario Nazionale – S.S.N., avvertendo contemporaneamente la famiglia come previsto dal protocollo sicurezza.

AUTO-SOMMINISTRAZIONE:

È possibile prevedere l'autosomministrazione SOLO ED ESCLUSIVAMENTE previa richiesta esplicita del medico e della famiglia, pertanto(All. B2)

● **Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, dovrà evidenziare anche la capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (Da precisare alla voce MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE con la seguente dicitura " l'alunno minore ha raggiunto una parziale o totale autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica per cui può procedere a AUTOSOMMINISTRAZIONE")**

● **La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico.**

ATTIVITÀ DA INTRAPRENDERE

Il dirigente scolastico a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci, accompagnata da certificazione medica dovranno:

- effettuare una verifica delle strutture scolastiche ed individuare un luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori esercenti la potestà genitoriale o loro delegati.
- Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Testo Unico Sicurezza Lavoro (D. Lgs. 9 aprile 2008, n.81). Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente ed ATA, anche in collaborazione con le AUSL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.
- Ove necessario, richiedere all'ASL di competenza l'attivazione di uno specifico intervento formativo sulla somministrazione del farmaco rivolto al personale che ha dichiarato la propria disponibilità.
- Tenere aggiornato un registro di somministrazione del farmaco per ciascuno degli alunni autorizzati.

ITER PROCEDURALE/MODULISTICA

I Genitori (o chi esercita la potestà genitoriale), sottopongono al Dirigente Scolastico la richiesta di autorizzazione di somministrazione di farmaci **ALL. A** a scuola completa della Certificazione dello stato di malattia, relativo Piano Terapeutico, **ALL.B**, redatti dal Medico.

La richiesta deve essere presentata al Dirigente Scolastico ad ogni cambio di ciclo scolastico e anche in caso di trasferimento/passaggio ad altra Istituzione Scolastica. La richiesta deve indicare i recapiti per contatti in caso di necessità da parte della Scuola.

Nella richiesta i Genitori (o chi esercita la potestà genitoriale) devono dichiarare di: -

1. essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
2. autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
3. impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
4. impegnarsi a collaborare con l'Istituzione scolastica per determinare le migliori soluzioni procedurali qualora le modalità di conservazione del farmaco fossero tali da non poter essere garantite dalla scuola;
5. impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
6. consegnare la certificazione dello stato di malattia redatta del Medico (medico di famiglia, Pediatra di base, medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata) nonché l'ALL. B debitamente compilato datato e firmato dallo stesso medico prescrittore.

Privacy

Le procedure illustrate trovano le seguenti basi giuridiche (ALL. C)

1. (art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR)
2. (art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR)

Si allega:

allegato A modulo richiesta di somministrazione farmaco

allegato A BIS- richiesta di ingresso nei locali scolastici per la somministrazione farmaco salvavita

allegato B– dichiarazione medico

allegato C - Informativa e consenso privacy

allegato D Richiesta per auto-somministrazione di farmaci in ambito e in orario scolastico

La dirigente scolastica
DI MAIO FILOMENA

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL'IC LORIA E CASTELLO DI GODEGO

I sottoscritti Genitori dell'alunno:

Padre:..... Madre:.....

scuola:.....classe:.....Sez.:.....

plesso:.....

CHIEDONO

- ☐ sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica.
- ☐ sia instaurata, in caso di necessità, la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica.
- ☐ sia somministrata in ambito scolastico la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data:.....dal Dr:
- ☐ sia somministrata, durante il viaggio di istruzione, la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data:.....dal Dr:.....

I sottoscritti si impegnano:

- a fornire i farmaci prescritti nel Piano terapeutico/Certificato medico, recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola in caso di :.....
- con posologia, orario, modalità di somministrazione e modalità di conservazione degli stessi;
- ad autorizzare il personale della scuola a somministrare i farmaci prescritti e sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione dei farmaci stessi;
- a fornire alla Scuola l'eventuale materiale necessario alla somministrazione farmaci, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- a comunicare al dirigente immediatamente eventuali variazioni inerenti la certificazione consegnata in prima istanza, formalmente documentate dal medico responsabile delle stessa;
- a documentare con certificazione medica che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e conservazione dei farmaci;
- a consegnare il Piano Terapeutico e/o Certificazione medica inerente la somministrazione del farmaco corredate dal piano fornito dalla scuola.

I sottoscritti sono sempre disponibili e prontamente rintracciabili ai numeri telefonici sotto elencati, inoltre si impegnano a comunicare immediatamente ogni variazione di trattamento.

Inoltre:

- ☐ Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.
- ☐ L'incontro è stato già effettuato in una riunione precedente.

Recapiti telefonici dei genitori: /

FIRMA DEI GENITORI:/.....

I sottoscritti acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della D. Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art. 23 della legge stessa conferiscono il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali.

Dichiarano di aver letto l' INFORMATIVA PRIVACY relativa alla somministrazione di farmaci a scuola pubblicata sul sito della scuola

DATA.....

FIRMA DEI GENITORI Padre: Madre:

Nel caso firmi l'accettazione un solo genitore

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del Dpr nr. 445 del 28 dicembre 2000, dichiara di ritirare la presente notifica in nome e per conto di entrambi i genitori e si impegna a tenere informato l'altro genitore del contenuto della stessa, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile.

Data..... Firma.....

Allegato A- BIS
Alla Dirigente Scolastica
Dell'Istituto comprensivo
Loria e Castello di Godego

OGGETTO: richiesta di ingresso nei locali scolastici per la somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via..... n.
.....frequentante la classe della Scuolaessendo il minore
affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario
scolastico

chiedono

☐ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Dichiarano di aver letto l'INFORMATIVA PRIVACY relativa alla somministrazione di farmaci a scuola pubblicata sul sito della scuola

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

Si allega:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario

Luogo e data_____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

In caso di firma di un solo genitore

II/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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 e data_____

Firma del genitore _____



PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E
QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI
TIPO SANITARIO**

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

in via _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Sito a _____ in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^a dose _____ 2^adose _____ 3^a dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^a dose _____ 2^adose _____ 3^a dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

Timbro



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO DI LORIA E CASTELLO DI GODEGO
Scuole primarie e secondarie di primo grado
Via Roma, 30 - 31037 LORIA – TREVISO
Tel. 0423-485353/755542 – Cod. mecc. TVIC824008 - Cod. fisc. 81002790269
Sito: <https://www.icloriaecastellodigodego.edu.it>
Mail: tvic824008@istruzione.it - PEC: tvic824008@pec.istruzione.it

INFORMATIVA PRIVACY

relativa alla somministrazione di farmaci a scuola

Ad integrazione dell'informativa generale già fornita agli interessati per i trattamenti di dati personali operati dalla scuola e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale, cui rimandiamo, forniamo le seguenti informazioni integrative.

A seguito della richiesta inoltrata dai genitori la scuola potrà procedere al trattamento dei dati personali pertinenti, non eccedenti e necessari per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico allo scopo di garantire il benessere, la salute ed il diritto all'istruzione dell'alunno. La base legale per il trattamento dei dati personali necessari alla somministrazione dei farmaci agli alunni a seguito di richiesta inoltrata dai genitori è individuata:

- nell'art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR: l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità;
- nell'art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR: il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica

Per conseguire le finalità sopra individuate saranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (quali, ad esempio, certificati e prescrizioni mediche) che siano indispensabili per garantire lo svolgimento delle attività previste e la sicurezza della somministrazione. Tali dati, che dovranno essere consegnati dal genitore assieme alla richiesta di somministrazione del farmaco, potranno essere portati a conoscenza di tutti coloro che hanno necessità dell'informazione per garantire la sicurezza e la tempestività dell'intervento, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire la somministrazione richiesta;
- Enti territoriali, ASL ed altre strutture pubbliche che, a diverso titolo, possono mettere a disposizione degli operatori ed esperti
- Professionisti incaricati dai genitori dell'allievo
- Gestori del servizio di refezione (ove necessario e se previsto)
- Fornitori di servizi sui sistemi informatici (nominati allo scopo responsabili del trattamento)

I medesimi dati e documenti non saranno oggetto di invio ad altro Istituto destinatario in caso di trasferimento dell'alunno senza il consenso dei genitori.

Non è previsto il trasferimento di dati in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali, quali i diritti dell'interessato, sono a disposizione nell'informativa generale già fornita in occasione dell'iscrizione e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale della scuola, cui rimandiamo. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al titolare del trattamento all'indirizzo email: tvic824008@istruzione.it o al Responsabile Protezione Dati (RPD/DPO) all'indirizzo email dpo@vargiuscuola.it

**CONSENSO AL TRATTAMENTO
DEI DATI PESONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____
frequentante la classe ____ sez. _____ della scuola _____

DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa privacy e

PRESTANO IL CONSENSO

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data _____, _____

Firme _____

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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 e data _____

Firma del genitore _____

RICHIESTA PER **AUTO-SOMMINISTRAZIONE** DI FARMACI
IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo IC Loria e Castello di Godego
Vicenza

I sottoscritti _____

☐ genitori ☐ tutore/i

dell'alunno/a _____ nato/a il _____ a _____

frequentante il Plesso _____ classe _____ sez. _____

dichiarano che il proprio figlio/a è affetto da:

_____ (patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

e, constatata l'assoluta necessità, chiedono che il proprio figlio/a si **auto-somministri** la terapia farmacologica, sotto la sorveglianza del personale della Scuola, come da allegata prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

Città _____ Tel. _____

Dichiarano di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sulla auto-somministrazione e di aver constatato che lo stesso ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia, autorizzano il proprio figlio/a a custodire personalmente il farmaco e sollevano nel contempo la Scuola da ogni responsabilità civile e penale rispetto all'auto-somministrazione.

Sono a conoscenza che la certificazione medica presentata alla Scuola ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso se necessario.

Avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento/sostituzione del farmaco in relazione alla scadenza dello stesso.

Allegano la dichiarazione del medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarate nella presente, corredato dalla prescrizione del farmaco con chiaramente specificati e riportante l'indicazione di AUTOSOMMINISTRAZIONE

- nome commerciale del farmaco
- descrizione dell'evento che ne richiede la somministrazione
- posologia e modalità di somministrazione
- modalità di conservazione
- luogo di conservazione.

Comunicano i seguenti recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero		3° numero	
2° numero		4° numero	

Dichiarano di aver letto l'INFORMATIVA PRIVACY relativa alla somministrazione di farmaci a scuola pubblicata sul sito della scuola

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 **SÌ** ☐ **NO** ☐

Firma di entrambi i genitori o tutore/i

Nel caso la richiesta riporti il nominativo di un solo genitore.

Il richiedente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia 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

Treviso , _____

Firma

