



C.I. Prot. N. 4731 del 5.10.2021

Alle famiglie studenti/studentesse  
A tutto il personale scolastico  
Albo on line  
Sito web - modulistica

## OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/MANOVRE E/O PRATICHE CHE RICHIEDONO COMPETENZE MEDICHE E/O PARAMEDICHE

Si premette che, sul piano normativo, alcune manovre e pratiche sono equiparabili alla somministrazione di farmaci, pertanto alla possibilità di effettuarle in orario scolastico dal personale della scuola, si applica la medesima normativa della somministrazione di farmaci.

**In riferimento alla possibilità di somministrare farmaci ad alunni/alunne durante la loro permanenza a scuola, va ribadito che l'auto - assunzione e la somministrazione di farmaci e delle manovre descritte in epigrafe ad alunne/alunni sotto la sorveglianza del personale scolastico è, di norma, vietata.**

In considerazione del fatto che, in molte situazioni (siano esse o meno di emergenza sanitaria), la somministrazione di farmaci possa rappresentare un elemento discriminante la salute ed il benessere per alunni /alunne all'interno della scuola ed al fine di tutelarne il diritto allo studio, è stata definita dal M.I., di concerto con il M.Salute, una specifica procedura che consente, attraverso un protocollo ben definito, la somministrazione di farmaci all'interno dell'Istituzione Scolastica con particolare riferimento ai cosiddetti farmaci "salvavita". (M.I. prot 2312 del 2005).

**In tale evenienza, qualora non sia possibile l'intervento diretto e tempestivo da parte dei genitori o affidatari e non sia stata da loro richiesto a tal fine l'accesso nell'edificio scolastico, è possibile la somministrazione di farmaci/ manovre e pratiche mediche da parte del personale scolastico a condizione che:**

- si renda volontariamente disponibile,
- abbia frequentato i corsi di formazione per Addetti al Primo Soccorso oppure corsi di formazione per la somministrazione di farmaci salvavita e/o allo svolgimento di manovre/pratiche mediche ad hoc garantiti dal richiedente;
- l'intervento non richieda specifiche cognizioni sanitarie o metta in campo discrezionalità tecniche da parte del somministratore.

**La somministrazione dei farmaci da parte del predetto personale è subordinata ad una richiesta/autorizzazione da parte dei genitori o affidatari, che forniranno il farmaco, accompagnata da una certificazione medica relativa allo stato di salute dell'allievo ed al farmaco da utilizzare, unitamente ad uno specifico "protocollo sanitario" relativo alla somministrazione, nonché alla formazione del personale scolastico incaricato.**

In tale evenienza il personale resosi disponibile alla somministrazione, se avrà seguito le indicazioni del "protocollo sanitario", sarà in ogni caso esente da responsabilità di ordine penale o civile.

**Stando all'intesa tra M.I. ed il M. Salute, la mancata somministrazione di farmaci (compresi i farmaci salvavita) da parte del personale scolastico non addetto al primo soccorso non configura in alcun modo la fattispecie di omissione di soccorso.**

**In presenza di un infortunio o malore, anche di tipo ricorrente e noto, occorre infatti seguire le procedure di Primo Soccorso indicate nelle Piano di emergenza in atto nell'Istituzione Scolastica, tali procedure in genere prevedono il ricorso agli Addetti al Primo Soccorso (cui non sono consentiti interventi che richiedono cognizioni specialistiche di tipo sanitario) e la chiamata al soccorso pubblico di emergenza (118).**

Al fine di evitare situazioni di indeterminatezza, sembra opportuno fornire, di seguito, una specifica procedura e la relativa modulistica (Allegato 1)

La Dirigente Scolastica  
Gaia Gentili

  
Firmato digitalmente da  
GNTGAI64P43H769L



### **Allegato 1 – C.I. prot. n. 4731 del 5.10.2021**

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire alla dirigente formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (all. A) autorizzazione medica, che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici 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;

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- 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 ed gli interventi necessari per affrontarli
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, la dirigente predisponde l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati.

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano le insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola ed un verbale all'atto della formazione da personale medico/paramedico, come da moduli allegati

- verbale farmaco indispensabile
- per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con pediatra /MMG e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione: l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola” anche la dicitura che: “ il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”. La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno alla dirigente.
- Resta invariata la procedura: la dirigente predisponde 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 auto-somministrarsi 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



Istituto Scolastico Comprensivo  
 CUPRA MARITTIMA e RIPATRANSONE (AP)  
 Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria 1° grado  
 Cossignano – Cupra Marittima – Massignano – Montefiore dell' Aso – Ripatransone  
 Via Da Sole, 1 - 63065 - RIPATRANSONE (AP)  
 C.F. 82005290448 – Tel. 0735/9234 e Fax 0735/99112 - APIC804003 -  
 e mail: [apic804003@istruzione.it](mailto:apic804003@istruzione.it) - Pec: [apic804003@pec.istruzione.it](mailto:apic804003@pec.istruzione.it) –  
 Sito web: [www.iccupra-ripatransone.edu.it](http://www.iccupra-ripatransone.edu.it)



**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**

Al Personale Docente  
 Al Personale ATA

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**

Alunno/a ..... frequentante la classe .....

scuola .....

A seguito della richiesta-autorizzazione inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ....

per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile, la dirigente autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare sulla base della prescrizione medica già consegnata in segreteria ed allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:

.....  
 .....

- il suddetto personale verrà opportunamente formato da personale specializzato indicato dalla famiglia.

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

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):



## VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....  
consegna al personale scolastico un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da  
somministrare al/alla bambino/a, come prescritto certificazione medica, consegnata in segreteria e in  
copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott. ....

Il genitore/il tutore:

- 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
- provvederà a formare il personale scolastico autorizzato alla somministrazione con personale specializzato.

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

.....  
.....

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

Il genitore

Il personale scolastico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Istituto Scolastico Comprensivo  
 CUPRA MARITTIMA e RIPATRANSONE (AP)  
 Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria 1° grado  
 Cossignano – Cupra Marittima – Massignano – Montefiore dell' Aso – Ripatransone  
 Via Da Sole, 1 - 63065 - RIPATRANSONE (AP)  
 C.F. 82005290448 – Tel. 0735/9234 e Fax 0735/99112 - APIC804003 -  
 e mail: [apic804003@istruzione.it](mailto:apic804003@istruzione.it) - Pec: [apic804003@pec.istruzione.it](mailto:apic804003@pec.istruzione.it) -  
 Sito web: [www.iccupra-ripatransone.edu.it](http://www.iccupra-ripatransone.edu.it)



## VERBALE PER FORMAZIONE PERSONALE SCOLASTICO AUTORIZZATO ALLA SOMMINISTRAZIONE

In data..... presso la scuola.....  
 di..... è presente il sig./la sig.ra....., nella sua  
 qualità di paramedico/ medico ( con documento che attesta la suddetta qualifica) per tenere un corso di  
 formazione al seguente personale scolastico, autorizzato dagli esercenti la responsabilità sul  
 minore.....a somministrare il  
 farmaco....., come da prescrizione medica allegata all'autorizzazione.

Luogo e data.....

Il personale paramedico/medico  
 .....

Il personale scolastico

.....  
 .....  
 .....



Istituto Scolastico Comprensivo  
 CUPRA MARITTIMA e RIPATRANSONE (AP)  
 Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria 1° grado  
 Cossignano – Cupra Marittima – Massignano – Montefiore dell' Aso – Ripatransone  
 Via Da Sole, 1 - 63065 - RIPATRANSONE (AP)  
 C.F. 82005290448 – Tel. 0735/9234 e Fax 0735/99112 - APIC804003 -  
 e mail: [apic804003@istruzione.it](mailto:apic804003@istruzione.it) - Pec: [apic804003@pec.istruzione.it](mailto:apic804003@pec.istruzione.it) -  
 Sito web: [www.iccupra-ripatransone.edu.it](http://www.iccupra-ripatransone.edu.it)



## AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Alla Dirigente Scolastica ISC Cupra Marittima e Ripatransone

I sottoscritti ..... genitori  
 di ..... nato a ..... il ..... residente a  
 ..... in via .....  
 frequentante la classe ..... della Scuola .....  
 sita a .....

Essendo il minore affetto da patologia che ne determina l'assoluta necessità, autorizzano il minore  
 all'auto-somministrazione, in ambito ed orario scolastico, della 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.

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

Firma degli esercenti la responsabilità genitoriale

.....  
 .....

**In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi  
 rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si 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.**

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/ MMG.....

Famiglia .....