



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali  
Costruzioni, Ambiente e Territorio  
Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)  
☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920



Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

Circ. n. 23 /dir

Arzignano, 24 settembre 2021

Ai docenti e al personale ATA  
Ai genitori  
Agli studenti

## **OGGETTO: PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

**Viste** le Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico - *Nota 2312 del 25.11.2005* - per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica;

**Premesso** che "la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto" (*art. 2 delle suddette Linee Guida*);

**Considerato** che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;  
si chiarisce quanto di seguito indicato:

### **QUANDO SOMMINISTRARE FARMACI A SCUOLA**

- I farmaci a scuola non devono di norma essere somministrati, salvo casi necessari autorizzati da medici.
- I farmaci a scuola possono essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione può avvenire solo in caso di assoluta necessità e se risulta indispensabile in orario scolastico.
- Malattie croniche ossia patologie che non guariscono e che richiedono terapie di mantenimento, ad es. *asma e diabete*: si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa l'orario, la posologia e la modalità di somministrazione.
- Urgenze prevedibili (in patologie croniche note, che possono comportare fatti acuti con necessità di farmaci salvavita, ad es. asma, diabete, epilessia): si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa le circostanze (descrizione dei sintomi) che richiedono la somministrazione, posologia e modalità).

**QUALORA SI RAVVISI L'INADEGUATEZZA DEI PROVVEDIMENTI PROGRAMMATI O SI VERIFICHIANO URGENZE /EMERGENZE NON PREVEDIBILI E' NECESSARIO FARE RICORSO ALLE PROCEDURE DI PRONTO SOCCORSO E RICHIEDERE L'INTERVENTO DEL 118**

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a o gli alunni stessi se maggiorenni provvedono a far pervenire alla Dirigente scolastica formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori (**ALL. A - RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**) con relativa autorizzazione medica in allegato.



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
**Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali**  
**Costruzioni, Ambiente e Territorio**  
**Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo**

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)  
☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920



Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

Tale autorizzazione medica può essere richiesta dai genitori, 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.

Nel rilasciare l'autorizzazione i medici devono obbligatoriamente 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 persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso);
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre deve 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 scolastica predisponde l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- All. B/1 se trattasi di farmaco salvavita;
- All. C/1 se trattasi di farmaco indispensabile.

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano, i docenti procedono a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- All. B/2 verbale per farmaco salvavita;
- All. C/2 verbale farmaco indispensabile.
- Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere **l'auto-somministrazione**.
- 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 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 Scolastica (all. D).



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA  
Fondo sociale europeo  
Fondo europeo di sviluppo regionale



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali  
Costruzioni, Ambiente e Territorio  
Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo



Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)

☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920

Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

- Resta invariata la procedura: la Dirigente scolastica predispose l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e gli 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.

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**

Lucia Grieco

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, d.lgs n° 39/1993*



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali  
Costruzioni, Ambiente e Territorio  
Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)  
☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920



Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

## ALLEGATO A

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

Alla Dirigente Scolastica dell'ITTE "G. Galilei" di Arzignano

I sottoscritti ..... genitori di  
..... nato/a a ..... il ..... residente a  
..... in via .....  
frequentante la classe ..... sez. .... dell'Istituto "G. Galilei" essendo il minore effetto da  
..... e constatata l'assoluta necessità, **chiedono:**

- ☉ la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dott. ....
- ☉ che venga autorizzato l'accesso a scuola per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico alle persone in elenco, di cui si specifica il grado di parentela con l'alunno/a:

- .....  
- .....  
- .....  
- .....

ALLEGANO COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DI  
CIASCUNA DELLE PERSONE INDIVIDUATE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI  
FARMACI A SCUOLA.

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 e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003 e del  
Regolamento UE 2016/679.

**Si allega autorizzazione medica.**

Luogo e Data .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .....



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
**Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali**  
**Costruzioni, Ambiente e Territorio**  
**Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo**



Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)  
 ☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920

Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
 www.galileiarzignano.edu.it

**Allegato B/1**

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

Al Personale Docente  
 Al Personle ATA

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

all'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
 sez..... dell'ITTE "G.Galilei"

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,  
 dal/i Sig. ....  
 per il/la figlio/a .....  
 relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, la Dirigente Scolastica autorizza a somministrare il  
 farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. <sup>1</sup>  
 Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

<sup>1</sup> Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
**Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali**  
**Costruzioni, Ambiente e Territorio**  
**Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo**

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)  
 ☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920



Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
 www.galileiarzignano.edu.it

**Allegato C/1**

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

Al Personale Docente  
 Al Personle ATA

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

All'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
 sezione .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,  
 dal/i Sig. ....  
 per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**, il Dirigente Scolastico 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 ogni giorno alle ore ..... all'alunno/a nella dose di ..... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato(al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione(*indicare il luogo della custodia*):.....
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da (*indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni*): .....

.....  
 .....

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

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
**Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali**  
**Costruzioni, Ambiente e Territorio**  
**Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo**



Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)  
 ☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920

Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
 www.galileiarzignano.edu.it

**Allegato B/2**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
 genitore dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... sez. dell'ITTE "G.Galilei"  
 consegna al .....docente.....un flacone nuovo ed  
 integro del medicinale .....  
 da somministrare allo/alla studente/ssa in caso di<sup>1</sup> ..... 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

.....

Il docente

.....

<sup>1</sup> Indicare l'evento



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali  
Costruzioni, Ambiente e Territorio  
Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)  
☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920



Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

**Allegato C/2**  
**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... sezione ..... consegna ai  
docenti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da somministrare allo  
studente/studentessa 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

Il docente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali  
Costruzioni, Ambiente e Territorio  
Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)  
☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920



Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

**Allegato D**  
**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 ..... sezione .....  
dell'ITTE "G.Galilei", essendo il minore affetto 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 e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003 e del  
Regolamento UE 2016/679.

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 .....



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO ECONOMICO "G. GALILEI"**  
Chimica e tecnologie del cuoio, Chimica e Biotecnologie sanitarie e ambientali  
Costruzioni, Ambiente e Territorio  
Amministrazione, Finanza e Marketing, Turismo

Via Vicenza, 49/A – 36071 ARZIGNANO (Vicenza)  
☎ 0444 670441 – 0444 672016 - 📠 0444 450920



Codice Fiscale 81000460246 – Codice Istituto VITF010009 e-mail vitf010009@istruzione.it pec vitf010009@pec.istruzione.it  
www.galileiarzignano.edu.it

## PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA (esempio)

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale ..... da somministrare in caso di ..... (indicare l'evento) .....

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: ..... (indicare il luogo dove sarà conservato) .....

Nel caso allo studente/studentessa..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

### Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:
  - chiama i genitori,
  - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:
  - accudisce lo studente
  - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

### 1) orario in cui l'insegnante di classe si trova da solo a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a) l'insegnante di classe soccorre il/la ragazzo/a e chiama il collaboratore scolastico attraverso un compagno di classe
- b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante e il cordless
- c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la ragazzo/a somministra il farmaco
- d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dai docenti del cdc.**