



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "SOTTOMARINA NORD"
Via San Marco 25 - 30015 CHIOGGIA(VE)
Telefono 0415507012 - 0415509259
Mail :VEIC853008@istruzione.it - Codice fiscale 91020320270

Circolare n. 18

Chioggia,08/09/2026

Alle famiglie degli alunni
Ai Docenti
Al personale ATA
Tutti i Plessi

Oggetto: Somministrazione farmaci salvavita a scuola.

La presente circolare riguarda la gestione degli alunni che devono assumere dei farmaci salvavita in orario scolastico. Il tema della somministrazione di farmaci a scuola ad alunni affetti da patologie è stato affrontato con la *nota n. 2312 del 25.11.2005* dal Ministero dell'Istruzione d'intesa con quello della Salute. Sono state emanate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" al fine di tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica. L'azienda ULSS 3 SERENISSIMA ha emanato ulteriori raccomandazioni e indicazioni sulle modalità operative (*DGR 3 del 04/01/2019 e ss. decreto n. 6 del 27/03/2019*).

I farmaci salvavita a scuola potranno essere somministrati agli studenti **solo** nei casi **autorizzati dai genitori e con presentazione di attestazione da parte di un medico** fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità e, soprattutto, se risulterà indispensabile durante l'orario scolastico.

Tale somministrazione richiede alcuni passaggi.

Richiesta formale da parte della famiglia (modello A - allegato) ACCOMPAGNATA da un certificato medico (modello B - allegato) attestante lo stato di malattia aggiunto al modulo di autorizzazione, sottoscritto dai soggetti esercitanti la patria potestà, contenente in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome dello studente
- nome commerciale del farmaco
- descrizione dei sintomi e/o dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco o delle fasi crescenti di criticità
- dose da somministrare
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- numeri da contattare in emergenza

Sulla base di quanto dichiarato dalla famiglia e dal medico si predispone, per ogni studente che necessita di somministrazione di farmaci, un "**Piano personalizzato di intervento**".

Il piano riporta le indicazioni fornite dal medico o eventuali protocolli ritenuti utili per la gestione del caso.

La segreteria consegnerà formalmente copia del " Piano personalizzato di intervento " a tutti coloro che sono coinvolti nella somministrazione del farmaco e nella gestione dell'emergenza:

- insegnanti del consiglio di classe per mano del coordinatore di classe (con firma per presa in consegna).
- personale ATA individuato dal DS (addetti al primo soccorso).

Solo dopo questi passaggi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco salvavita **prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento.**

Il Dirigente garantisce la **corretta e sicura conservazione dei farmaci salvavita** e del materiale in uso, delegando la gestione agli addetti ASPP delle sedi e al personale delle squadre di primo soccorso. Dovranno rispettare le modalità di conservazione indicate dal medico nel certificato.

Per ogni farmaco è opportuno determinare:

- Luogo fisico di conservazione
- Necessità di conservazione al freddo
- Etichetta e individuazione dell'alunno cui è destinato
- Contenitore del farmaco (anche per uscite didattiche)
- Controllo scadenza farmaco
- Gestione di più farmaci dello stesso alunno
- Gestione farmaco a fine anno scolastico

Gestione e somministrazione del farmaco in caso di spostamento

In caso di uscita didattica, spostamento verso palestra o biblioteca, evento sportivo, spettacolo, o altra uscita programmata è necessario assicurarsi che sia presente personale formato in maniera specifica per la somministrazione del farmaco salvavita. L'accompagnatore formato alla somministrazione deve assicurarsi della presenza del farmaco e del "**Piano personalizzato di intervento**" e deve provvedere alla corretta tenuta.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE

La gestione dell'emergenza

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere da portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale **118** (avvertendo contemporaneamente la famiglia).

Il Dirigente Scolastico

Prof. Luigi Zennaro

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



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato A al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019

pag. 1/2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO _____

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

affetto dalla seguente patologia:

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____ in via _____

CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data _____ dal dott. _____

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.

Allegato A al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019 pag. 2/2

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI NO

Il _____ Data _____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

Recapiti telefonici utili

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. _____ ambulatorio _____



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Allegato B al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019

pag. 1/2

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 _____

Allegato B al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019

pag. 2/2

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

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

Timbro