ISTITUTO COMPRENSIVO "DI MATTEO"
Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetrano (TP)
Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762
E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it
URL: www.iccapuanapardo.edu.it

.
A.S.2025/2026

Ai Sig. Genitori
A tutti i Docenti
Al Dsga ed al Personale Ata
All'albo On Line
Al Sito Web

OGGETTO: **Indicazioni somministrazione farmaci a scuola A.S. 2025/2026**

Con la presente comunicazione permanente, si forniscono alle SS.LL., le indicazioni da seguire TASSATIVAMENTE in ordine alla **somministrazione dei farmaci a scuola**, ai sensi di quanto statuito dalla **Nota n. n. 2312 del 25.11.2005** emanata dal Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, relativa alle*: "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"*.

Nella fattispecie, i farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo in caso di assoluta necessità e nel rispetto delle seguenti indicazioni:

1) Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche.

Per tale somministrazione è richiesto il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

a) Richiesta formale inoltrata dalla famiglia, con presentazione di un modulo da compilarsi a cura del medico curante o specialista, attestante lo stato di malattia e la non differibilità della somministrazione.

La predetta modulistica sarà scaricabile dal Sito di Istituto o ritirata dalla famiglia direttamente presso gli Uffici di Segreteria.

b) Verifica, da parte del Dirigente Scolastico, della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nell'Istituto (docenti, assistenti amministrativi, collaboratori scolastici).

Detti operatori saranno individuati preferibilmente tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L. 81/2008 e/o all'uopo addestrati.

c) Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Esperiti i predetti tre passaggi, sarà possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto, che dovrà essere consegnato in confezione integra, al personale di Segreteria che avvia la procedura di somministrazione, e poi agli operatori scolastici per la presa in carico della custodia nel plesso frequentato dall'alunno/a, in luogo idoneo appositamente individuato.

Giova rilevare che anche l' autosomministrazione dei farmaci da parte degli alunni può avvenire in seguito alle procedure richiamate precedentemente e deve avvenire, negli alunni al di sotto dei 12 anni, sotto la stretta sorveglianza di un adulto precedentemente individuato.

2) Terapie farmacologiche brevi.
Se la somministrazione di un farmaco non può essere differita, si richiede alla famiglia di provvedere direttamente con l'ingresso a scuola di un genitore o delegato maggiorenne in orario scolastico.
Il personale scolastico può rendersi disponibile per la somministrazione.
Anche in questo caso rimane invariato l'assoluto rispetto delle procedure di cui sopra.

Nei casi previsti ai punti *1) e 2)* si provvederà a raccogliere la richiesta/autorizzazione della famiglia, che verrà, **poi**, comunicata al personale scolastico incaricato della somministrazione dei farmaci con la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico, previa analisi e definizione delle procedure operative da seguire.

3) La gestione dell'emergenza.
Nei casi gravi e urgenti occorre garantire il normale soccorso ed è obbligatorio ricorrere al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il numero unico di emergenza **112,** avvertendo contemporaneamente la famiglia dello studente.
La procedura da seguire in tali casi richiede la segnalazione dell'evento e del soggetto coinvolto al lavoratore addetto al primo soccorso presente nel Plesso che, verificata la situazione, metterà in atto le azioni relative alla gestione dell'emergenza di carattere sanitario ed effettuerà la chiamata al numero unico di emergenza 112.

Si allegano alla presente:

- **Informativa sul trattamento dei dati personali** relativi a somministrazione farmaci, resa in base all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679
- https:Linee guida Raccomandazioni Somministrazione farmaci
- **Allegato 1**: Richiesta e autorizzazione per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico;
- **Allegato 2**: Prescrizione e piano terapeutico da stilare a cura del medico di medicina generale/pediatria di famiglia/specialista operante operante nel servizio sanitario regionale che ha in cura lo studente;
- **Allegato 3**: Modulo per verbale di consegna del farmaco da somministrare in orario scolastico;
- **Allegato 4**: Modulo per comunicazione richiesta di somministrazione e verifica disponibilità (**Allegato A)** per la somministrazione dei farmaci agli alunni.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Anna Vania Stallone

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs n. 39/93

ISTITUTO COMPRENSIVO "DI MATTEO"
Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetrano (TP)
Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762
E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it
URL: www.iccapuanapardo.edu.it

Luogo, Data, ……

Ai sigg.ri genitori ……

Informativa sul trattamento dei dati personali relativi a somministrazione farmaci, resa in base all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679

Gentili Signori,

secondo le disposizioni del Regolamento Europeo 2016/679, nel seguito indicato sinteticamente come Regolamento, il trattamento dei dati personali che riguardano i componenti della sua famiglia sarà improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza, a tutela della vostra riservatezza e dei vostri diritti.

Vi forniamo, quindi, le seguenti informazioni sul trattamento dei dati più sopra menzionati:

1. tutti i dati personali da Lei forniti, spontaneamente, in relazione alla sua richiesta di somministrazione farmaci verranno trattati esclusivamente per le finalità relative alla tutela della salute e del benessere di bambini/ragazzi definite dalla normativa vigente:
   - D.P.R. 8 marzo 1999 n.275 Regolamento in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche
   - DM Decreto Ministeriale del 15 luglio 2003, n. 388 Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale
   - Legge 13 luglio 2015 n.107
   - Piano Nazionale Malattie Rare 2013-2016
   - Piano sulla malattia diabetica
   - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità e successive modifiche D. Lgs. 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
   - 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"
   - nota Ministero dell'Istruzione n. 321 del 10.01.2017 per la somministrazione dei farmaci a scuola, in applicazione della D.G.R.T. n.653 del 25- 05-2015 - Approvazione accordo di collaborazione per la somministrazione di farmaci a scuola
   - Protocollo d'intesa Regione Sicilia e M.I. - D. A. n. 3/2015

- Regolamento Europeo 2016/679 e tutta la normativa richiamata e collegata alle citate disposizioni

2. i dati personali particolari (relativi alla salute), previsti dall'art.9 del Regolamento, saranno trattati esclusivamente dal personale della scuola, appositamente autorizzato e istruito, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e di regolamento fin qui citate e nel rispetto del principio di stretta indispensabilità dei trattamenti.

   I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici nel rispetto delle finalità indicate al punto 1), quali ad esempio AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza), anche in relazione a quanto previsto dal D.M 305/2006, (Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari trattati e delle relative operazioni effettuate dal Ministero della pubblica istruzione).

   I dati non saranno mai oggetto di diffusione.

3. il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dell'erogazione del servizio richiesto.

4. il trattamento sarà effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza individuate ai sensi del Regolamento; i dati verranno conservati fino a quando necessari ai fini della terapia e nei tempi e nei modi indicati dalle Linee Guida per le Istituzioni scolastiche e dai Piani di conservazione e scarto degli archivi scolastici definiti dalla Direzione Generale degli Archivi presso il Ministero dei Beni Culturali.

5. il titolare del trattamento è l'istituto scolastico nella persona del dirigente scolastico pro tempore.

6. il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) è la ditta NetSense S.r.l., P.IVA 04253850871, nella persona dell'ing. Renato Narcisi, email info@netsenseweb.com, PEC: netsense@pec.it .

7. Diritti degli Utenti: così come previsto dal Capo III del Regolamento dall'Art.15 all'Art.21 gli Utenti, ai quali i dati personali sono riferiti, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno degli stessi presso il Titolare del Trattamento, di conoscerne il contenuto e l'origine, di verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica e la limitazione, nonché di opporsi al loro trattamento. È inoltre facoltà dell'Utente richiedere copia dei dati gestiti. Le richieste vanno rivolte al Titolare del Trattamento. Eventuali reclami possono essere inviati al Responsabile della Protezione dei Dati. È diritto dell'Utente proporre reclamo presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati.

Il Titolare del trattamento

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Anna Vania Stallone

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs n. 39/93

Allegato 1

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

da compilare a cura dei genitori *(da registrare a Protocollo, a cura della Segreteria dell'Istituto).*

I sottoscritti ……

genitore/i - /tutore/amministratore di sostegno dell'alunno/a

……

nato/a ……(luogo e

provincia) il ……

C.F …….. frequentante la

classe/sezione ..…… …… della Scuola

……

……

sita a ……...…. in Via

…….

essendo lo studente affetto da

……

…..……..

CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista, operante nel SSN

Dr…… nell'allegata prescrizione redatta in data ……..…….

[**NB**: scegliere una delle seguenti opzioni, **A** o **B**]

□ **A. sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola, dichiarano inoltre:**

- di essere consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie.
- di autorizzare il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i

e sollevarlo da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

- di impegnarsi a fornire alla scuola i farmaci prescritti nel Piano terapeutico, integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione;
- di provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- di impegnarsi inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

□B. mio/a figlio/a si AUTO-SOMMINISTRI la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità:

Medico Prescrittore: Dr. ……. Cellulare : …….

Gen.1/Madre cellulare: ……
Gen.2/Padre Cellulare: ….……..……

Dichiarano di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, e di averne appreso i contenuti.

NOTE

- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente

Luogo e Data .....

Firma Gen.1/Madre ……..……..…. Firma Gen.2/Padre ..…
……..……

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci 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*****

***Nel caso in cui firmi un solo genitore (nota MIUR-prot-5336-del-20/09/2015)**

Luogo e Data .....

Firma genitore/tutore/amministratore di sostegno
……

Allegato 2

Prescrizione e piano terapeutico da stilare a cura del medico di medicina generale/pediatria di famiglia/specialista operante operante nel servizio sanitario regionale che ha in cura lo studente.
(da registrare a Protocollo, a cura della Segreteria dell'Istituto).

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo "Giuseppe Di Matteo"
di Castelvetrano

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa

Qualifica:

□ Medico di Medicina Generale □ Pediatra di Famiglia □ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ …. e constatata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA

Nome e cognome

nato a il / / /CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _ della scuola _____

sita a in Via

essendo lo studente affetto da ……

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo

- Nome commerciale

- Forma farmaceutica

- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i

---

- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal
  al ; continuativa; al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
  —----------
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.

  —----------

  —----------

  —----------

  —----------

  —----------

  —----------

Eventuali note aggiuntive

Firma e timbro del Medico

Data

Allegato 3

Modulo per verbale di consegna del farmaco da somministrare in orario scolastico;
(da registrare a Protocollo, a cura della Segreteria dell'Istituto).

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo " Di Matteo"
di Castelvetrano

In data ..... alle ore ..... la/il sig.....genitore dell'alunno/a ..... frequentante la classe..... plesso.....

CONSEGNA

nelle mani di:.....
Il ricevente(firma).....
una confezione nuova ed integra del farmaco.....
da somministrare all'alunno/a secondo le modalità certificate dal personale medico nell'Allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

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, o scaduto;
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

……..

Il genitore .....

Si allega:

Copia dell'**Allegato 2** :

- Prescrizione e piano terapeutico da stilare a cura del medico di medicina generale/pediatria di famiglia/specialista operante operante nel servizio sanitario regionale che ha in cura lo studente.

ISTITUTO COMPRENSIVO "DI MATTEO"
Via Catullo n. 8 - 91022 Castelvetrano (TP)
Cod. Fisc. 81000310813 - Tel. / Fax Segr. (0924) 901100 - 528762
E - mail: tpic815003@istruzione.it PEC: tpic815003@pec.istruzione.it
URL: www.iccapuanapardo.edu.it

Allegato 4

Modulo per comunicazione richiesta di somministrazione e verifica disponibilità per la somministrazione farmaci alunni.

Al Coordinatore di Classe
A tutti i docenti del
Ai Collaboratori Scolastici

OGGETTO: **Alunno/a.....classe .....**

Plesso.....Somministrazione farmaco salvavita.

Con la presente, si comunica che la famiglia dell'alunno in oggetto ha consegnato in data..... la documentazione attestante che …….presenta la possibilità di .....

Per opportuna informazione al Personale Docente e Ata del plesso, si trasmette copia di tale documentazione, rilasciata dallo specialista....., evidenziando di prestare particolare attenzione all'informativa riguardante le modalità d'intervento per la gestione della malattia da parte del personale scolastico in caso di episodi critici, in cui è necessaria la somministrazione del farmaco "....."· obbligatorio nell'intervento d'urgenza.
I genitori segnalano anche la necessità di aiutare l'alunno/a……..... nell'auto-somministrazione ..... in quanto non completamente autonomo.

Tale farmaco, consegnato dal genitore, è stato consegnato a ..... e va conservato nell'armadietto dei medicinali del plesso.

Distinti saluti.

N.B. Apporre firma per ricevuta nell'allegato A, e segnalazione disponibilità intervento, entro il …….

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Anna Vania Stallone

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs n. 39/93

Allegato A
Da restituire in segreteria

OGGETTO: Alunno/a.....classe .....
Plesso.....Somministrazione farmaco salvavita.

Ai Docenti: Scuola Primaria /Scuola Infanzia/Scuola Secondaria di I grado

	Cognome – Nome	**FIRMA Per presa visione**	**FIRMA disponibilità**	**Formato primo soccorso**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Ai Collaboratori Scolastici: Scuola Primaria /Scuola Infanzia/Scuola Secondaria di I grado

	Cognome – Nome	**FIRMA Per presa visione**	**FIRMA disponibilità**	**Formato primo soccorso**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				