



ISTITUTO COMPRENSIVO "Luigi Pirandello"

Viale della Resistenza n. 51 - 97013 COMISO (RG) - Tel.: 0932 961245  
C.F.: 91021070882 - C.M.: RGIC83600B - Codice Univoco Ufficio: UF4PDV

e-mail: [rgic83600b@istruzione.it](mailto:rgic83600b@istruzione.it) pec: [rgic83600b@pec.istruzione.it](mailto:rgic83600b@pec.istruzione.it) sito web: [www.scuolapirandellocomiso.edu.it](http://www.scuolapirandellocomiso.edu.it)



ISTITUTO COMPRENSIVO - "LUIGI PIRANDELLO"-COMISO  
Prot. 0006890 del 12/09/2023  
I-1 (Uscita)

CIRCOLARE n. 17

Comiso, 12 settembre 2023

AI DOCENTI  
AL DSGA/AL PERSONALE ATA  
ALL'ALBO ON LINE - AL SITO WEB  
AGLI ATTI

**Oggetto: Somministrazione farmaci in ambito scolastico**

VISTE le "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico, predisposte congiuntamente dal Ministero dell'Istruzione e dal Ministero della Salute, pubblicate e diffuse con Nota 2312 del 25/11/2005 del Ministero dell'Istruzione;

VISTO il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la Legge 13 luglio 2015, n. 107 "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti";

VISTO il D.A. 11.1520 del 09/08/2013 relativo alla "Organizzazione dell'assistenza alle persone con diabete mellito in età pediatrica nella Regione siciliana";

VISTA il D.A. n. 3 del 2015 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana;

Tutto ciò visto e rilevato, si forniscono, con la presente circolare, le indicazioni da seguire in ordine alla somministrazione dei farmaci a scuola. 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, in ordine alla presentazione di un modulo da compilarsi a cura del medico curante o specialista, attestante lo stato di malattia e la non differibilità della somministrazione. Detto modulo si aggiungerà al modulo di autorizzazione sottoscritto dai genitori o dal soggetto esercitante la potestà genitoriale. La predetta modulistica sarà consegnata alla famiglia direttamente a cura degli 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, assistente tecnico). 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 agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservarsi a scuola, in luogo idoneo appositamente individuato, per tutta la durata del trattamento.

Giova rilevare che anche l'autosomministrazione dei farmaci da parte degli alunni può avvenire in seguito alle procedure richiamate precedentemente.

L'autosomministrazione, negli alunni al di sotto dei 12 anni, deve avvenire, sotto la stretta sorveglianza di un adulto.

## **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 (richiesta/autorizzazione da parte della famiglia, requisiti/disponibilità da parte del personale scolastico).

Nei casi descritti nei punti 1) e 2) si provvederà a raccogliere la richiesta/autorizzazione della famiglia, che verrà successivamente comunicata al personale scolastico incaricato della somministrazione dei farmaci contestualmente alla definizione delle procedure operative da seguire, dopo la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

## **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 118, 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 in Istituto 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 118.

Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente circolare i moduli funzionali alle predette azioni relative alla somministrazione dei farmaci a scuola, da compilare a cura dei genitori e del medico curante, e da portare all'attenzione del Dirigente scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione da parte degli alunni.

Qualora i genitori avessero provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia), devono solo comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno in corso, compilando il modulo 7.

Le SSLL sono invitate ad inviare i moduli compilati e firmati entro il 30 settembre 2023 all'indirizzo di posta elettronica della scuola: [rgic83600b@istruzione.it](mailto:rgic83600b@istruzione.it)

Si allegano:

- Allegato 1: Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.
- Allegato 2: Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione farmaci in orario scolastico.
- Allegato 3: Verbale di consegna farmaci da somministrare in orario scolastico.
- Allegato 4: Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili - Firma dei genitori.
- Allegato 5: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni.
- Allegato 6: Richiesta autosomministrazione farmaci.
- Allegato 7: Prosecuzione della somministrazione farmaci.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Prof.ssa Francesca Lauria

Documento firmato digitalmente,  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 c.2, d.lgs. 7/3/2005, n.82,  
"Codice dell'Amministrazione Digitale"

## Allegato 1

*Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)*

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "L. Pirandello"  
Comiso

Io sottoscritti .....in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto  
in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale)  
dell'alunno/a.....nato/a ..... a.....il e  
frequentante nell'anno scolastico 2023/24 la classe .....sez..... scuola  
Primaria ....., Secondaria di I grado,

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine, autorizzano:

- ✓ Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento
- ✓ Il minore stesso alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato 2.

Si allega:

- ✓ Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- ✓ Allegato 2 – (*Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico*)

Numeri di telefono utili: Medico Curante...../Genitori

.....

Comiso, .... / .... / ....

Firma

.....

## Allegato 2

*Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)*

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "L. Pirandello"  
Comiso

Il minore.....nato  
a....., il....., residente a....., via.....e frequentante  
codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....

pertanto, necessita della

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

✓ Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

.....

✓ Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....

.....

✓ Modalità di conservazione del farmaco

.....

.....

✓ Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

..... È prevista

l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno: SI  NO

Data,.....

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza: .....

### Allegato 3

#### **Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)**

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "L. Pirandello"  
Comiso

In data ..... alle ore ..... i sottoscritti .....in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a..... frequentante la classe.....consegnano nelle mani di .....una confezione nuova ed integra del farmaco da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

I genitori:

- ✓ autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- ✓ provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- ✓ comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....  
.....

I genitori .....

.....

Si allega:

- ✓ copia dell'Allegato 2 - *Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico*

Comiso, .....

#### **Allegato 4 - Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (Regolamento Europeo 679/2016)**

Gentilissimi Genitori,

vi informo che ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 si garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la *Vostra* riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- ✓ Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Francesca Lauria



ISTITUTO COMPRENSIVO "Luigi Pirandello"

Viale della Resistenza n. 51 - 97013 COMISO (RG) - Tel.: 0932 961245  
C.F.: 91021070882 - C.M.: RGIC83600B - Codice Univoco Ufficio: UF4PDV



e-mail: [rgic83600b@istruzione.it](mailto:rgic83600b@istruzione.it) pec: [rgic83600b@pec.istruzione.it](mailto:rgic83600b@pec.istruzione.it) sito web: [www.scuolapirandellocomiso.edu.it](http://www.scuolapirandellocomiso.edu.it)

## INFORMATIVA PRIVACY INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA [Ver. A012 del 01/06/2021]

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione del rapporto con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarLa di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali ?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata di somministrazione farmaci in orario scolastico avverrà allo scopo di garantire il diritto alla salute dell'allievo ed il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.
Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte ?	Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel rispetto del principio di indispensabilità del trattamento.
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti ?	I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a: <ul style="list-style-type: none"><li>- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovrintendere alla somministrazione richiesta;</li><li>- Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori;</li><li>- ASL/ATS per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale;</li><li>- Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza;</li><li>- Professionisti di cui l'Istituto si avvale (RSPP e Medico Competente);</li><li>- Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.)</li><li>- Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto);</li><li>- Fornitori di cui l'Istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione);</li></ul> esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto.



	Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy.
Cosa accade se non conferisco i miei dati ?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta
Cos'altro devo sapere ?	Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata. Potrà ottenere inoltre maggiori informazioni contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo riportato sulla carta intestata e/o il R.P.D./D.P.O. all'indirizzo e-mail rgic83600b@istruzione.it

Luogo e data .....

ALLIEVO \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

Cognome e nome 1° Genitore o Tutore .....

Firma

..... (\*)

Cognome e nome 2° Genitore .....

Firma

.....

(\*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.

## Allegato 5

### Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

Al Dirigente Scolastico dell'IC "L. Pirandello"  
Comiso

Il/La sottoscritto/a docente/collaboratore scolastico/ass. amministrativo ..... in servizio presso l'Istituto comprensivo "L. Pirandello" di Comiso, in qualità di

- docente formato primo soccorso..... SI  NO
- collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI  NO
- assistente amministrativo formato primo soccorso.....SI  NO
- assistente tecnico formato primo soccorso.....SI  NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno .....della classe.....

#### DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data, .....

FIRMA

---

**Allegato 6**

Al Dirigente Scolastico dell'IC "L. Pirandello"  
Comiso

Oggetto: richiesta di autosomministrazione di farmaci

I sottoscritti.....genitori  
dell'alunno/a.....  
nato/a a .....il.....  
residente a ..... in via.....  
frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....  
sita a ..... in Via.....

Essendo il figlio/a affetto da .....  
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore autosomministri**, 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 di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano il personale da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.).

Data,

Firma dei genitori

.....

.....

## Allegato 7

Al Dirigente Scolastico dell'IC "L. Pirandello"  
Comiso

Oggetto: **prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita** (contiene dati sensibili)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ Genitori  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_;

avendo inoltrato nel decorso a.s. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente a.s il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di occorrenza – della

somministrazione del farmaco e/o la terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono la prosecuzione della somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico \_\_\_\_\_.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.**

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.***

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.).

Comiso, \_\_\_\_\_

I Genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

