

Circ. n. 9

ICS ARCULEO-GRAMSCI
Prot. 0011819 del 05/09/2025
V-7 (Uscita)

Ai Sigg. Genitori
Al personale docente e ATA
All'ufficio alunni
Al D.S.G.A.

Oggetto: Somministrazione e auto-somministrazione farmaci a scuola.

Si allegano alla presente **IL VADEMECUM** per la somministrazione dei farmaci a scuola e la modulistica per la somministrazione e l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito scolastico; in particolare:

Allegato 1: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA (a cura dei genitori)

Allegato 2: PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE - PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE – SOMMINISTRAZIONE PERSONALE SCOLASTICO (a cura del MEDICO/CONSEGNA GENITORI)

Allegato 3: INFORMATIVA PRIVACY ALLE FAMIGLIE (a cura dei genitori)

Allegato 4: VERBALE CONSEGNA FARMACO (a cura della segreteria)

Allegato 5: RICHIESTA DI AUTO- SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA (a cura dei genitori)

Allegato 6: PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE - PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE – AUTOSOMMINISTRAZIONE (a cura del MEDICO/CONSEGNA GENITORI)

Allegato 7 : VERBALE LUOGO DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO (a cura della segreteria)

Allegato 8 : DICHIARAZIONE CONOSCENZA SITUAZIONE SPECIFICA (a cura del personale docente e ATA)

Allegato 9 : DISPONIBILITA' SOMMINISTRAZIONE (a cura del personale docente e ATA)

A. CASO DI SOMMINISTRAZIONE DA PARTE DI UN OPERATORE SCOLASTICO.

I moduli utili sono i seguenti:

1. ALLEGATO 1 - Richiesta di somministrazione farmaco salvavita. Da compilare a cura dei genitori/tutore.
2. ALLEGATO 2 – Prescrizione del medico curante. Da compilare a cura del pediatra/specialista.
3. ALLEGATO 3 - INFORMATIVA PRIVACY. Da compilare a cura dei genitori/tutore
4. ALLEGATO 4 - Modulo consegna farmaco. Da compilare a cura dei genitori/tutore, (indicante data di consegna, quantità di farmaci e scadenza).

B. CASO DI AUTOSOMMINISTRAZIONE

I moduli utili sono i seguenti:

1. ALLEGATO 3 - INFORMATIVA PRIVACY. Da compilare a cura dei genitori/tutore
2. ALLEGATO 4 - Modulo consegna farmaco. Da compilare a cura dei genitori/tutore, (indicante data di consegna, quantità di farmaci e scadenza).
3. ALLEGATO 5 - Richiesta di A U T O - somministrazione farmaco salvavita. Da compilare a cura dei genitori/tutore.
4. ALLEGATO 6 – Prescrizione del medico curante. Da compilare a cura del pediatra/specialista.

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Vincenza Caleca

VINCENZA CALECA
05.09.2025 13:18:43 CEST

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

a.s. _____ / _____

I sottoscritti _____ e _____
genitori/tutore dell'alunno/a _____ nato a _____ il
_____ residente a _____ in via _____ frequentante
la classe _____ della scuola _____

Essendo minore affetto da _____

COMUNICANO

che il proprio figlio potrebbe necessitare della somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco salvavita
come da **allegata autorizzazione medica** (ALLEGATO 2) rilasciata in data

_____ dal/dalla dott./dott.ssa _____

PERTANTO

I sottoscritti:

- a) sono a conoscenza che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento;
- b) **sollevano il personale, che effettua la somministrazione, da ogni responsabilità** derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- c) si rendono disponibili a **concordare un eventuale incontro** in cui definire le modalità di intervento e a **comunicare**, anche in corso d'anno, **eventuali modifiche** (ad es. tipo di farmaco e dose) ricordando che il seguente modulo deve essere compilato sempre all'inizio di ogni anno scolastico;
- d) acconsentono alla condivisione di un **protocollo di intervento individuale** tra scuola, famiglia e personale sanitario (pediatra...) che potrà prevedere la chiamata del 112.
- e) si impegnano a **fornire il farmaco e la prescrizione medica (allegata alla presente)** recante la necessità e indispensabilità di eventuale somministrazione a scuola, con posologia, orario, modalità di conservazione;
- f) firmeranno un documento riportante data della consegna, nome del farmaco e data di scadenza dello stesso, quantità di farmaci consegnati; per i minorenni i farmaci vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per l'intero anno scolastico.
- g) si impegnano a ricordare al personale scolastico, eventuali date di scadenza del farmaco;
- h) **si impegnano a ricordare al personale scolastico** (in forma telefonica o scritta) di portare con sé il farmaco in caso di uscite o viaggi di istruzione;
- i) Acconsentono al trattamento dei **dati personali e sensibili** ai sensi del D.Lgs. 196/03 (modificato dal d. lgs 101/2018 di adeguamento al Reg. UE n.679/2016). Nello specifico, l'informazione sullo stato di salute del proprio figlio sarà comunicata anche al personale scolastico con nomina temporanea (eventuali supplenti di docenti o di collaboratori scolastici o esperti esterni) ☐ Sì ☐ No

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

_____ Numeri di telefono utili:

- Pediatra libera scelta /medico curante _____
- Genitori/Tutore _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

ALLEGATO 2 (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO tramite la famiglia

a.s. _____/_____

Il/La sottoscritta

dott./dott.ssa _____

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

in via _____ frequentante la classe _____ della scuola

Essendo minore affetto da _____

POTREBBE NECESSITARE DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL SEGUENTE FARMACO SALVAVITA IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

Nome commerciale del farmaco _____

Circostanze in cui somministrare il farmaco e Modalità di somministrazione

PERTANTO

Il/la

sottoscritto/a _____

attesta che la somministrazione del farmaco sopra indicato **può essere somministrato da parte di personale non sanitario**, in ambito ed in orario scolastico, e non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario

- conferma che la somministrazione del farmaco **non comporta danni**;
- si rende disponibile a condividere un protocollo individualizzato insieme alla scuola e alla famiglia, che prevede in ogni caso la chiamata del 112 (con telefonata registrata);
- si rende disponibile a fornire tutte le indicazioni utili al trattamento del caso e all'addestramento del personale di come effettuare la somministrazione dello stesso;
- è a conoscenza che la richiesta di somministrazione deve essere compilata all'inizio di ogni anno scolastico, su richiesta della famiglia;
- acconsente a fornire dati utili per eventuali comunicazioni urgenti:

Telefono studio _____; tel.

Cellulare _____

e- mail _____

Data _____

Timbro e Firma del Pediatra libera scelta /medico curante

ALLEGATO 3 SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Informativa privacy alle famiglie

La presente informativa è redatta ai sensi degli Artt. Da 13 a 15 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali e particolari necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente all'iscrizione dell'alunno all'Istituto scolastico avverrà al fine di garantire il diritto alla salute dello stesso.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati avverrà all'interno dell'edificio scolastico, i quali verranno comunicati al personale di segreteria, agli insegnanti e al personale ATA che, nel corso dell'anno scolastico, entreranno in contatto diretto con l'alunno (tutti i docenti nel consiglio di classe, interclasse, intersezione; personale ATA in servizio nella sede frequentata dall'alunno e addetto alla segreteria, anche se in servizio per brevi periodi di tempo). Ciò al fine di garantire un tempestivo ed efficace intervento, in caso di necessità di somministrazione del farmaco.

L'Istituto scolastico si impegna a provvedere ad impartire ai propri incaricati istruzioni precise in merito alle condotte da tenere e alle procedure da applicare per garantire la riservatezza dei dati dei propri utenti ed un corretto trattamento dei dati.

I dati personali da lei forniti potranno essere comunicati a Enti Locali (ad esempio incaricati del trasporto scolastico), all'Amministrazione Scolastica (MIUR, USR, UST), a professionisti e fornitori di cui l'Istituto si avvale per le proprie finalità, ai responsabili del servizio di refezione (nel caso l'assunzione del farmaco o la patologia abbia relazione con la dieta dell'alunno), ad esperti esterni che svolgono attività in classe (laboratori, insegnanti di educazione motoria...)

I dati verranno conservati secondo le indicazioni delle Regole tecniche in materia di conservazione digitale degli atti, definite da AGID e nei tempi e nei modi indicati dalle Linee Guida per le Istituzioni Scolastiche e dei Piani di Conservazione e Scarto degli archivi scolastici definiti dalla Direzione Generale degli Archivi presso il Ministero per i Beni e le Attività Culturali.

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'Istituto nel suo complesso, legalmente rappresentato dal Dirigente Scolastico. I dati di contatto del titolare sono esplicitati nell'intestazione del presente documento.

Responsabile della protezione dei dati

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è il Dott. Renato Narcisi, contattabile alla mail: netsense@pec.it

Diritti degli interessati

Gli interessati hanno diritto di ottenere dal titolare, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che gli riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del regolamento). L'apposita istanza è presentata contattando il responsabile della protezione dei dati, Dott. Renato Narcisi, contattabile alla mail: netsense@pec.it.

Diritto di reclamo

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR hanno diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Il/I sottoscritto/i _____

☐ genitore ☐ genitori ☐ tutore

dell'alunno _____ classe ____ sez _____ della Scuola

_____ di _____ dichiarano di aver
ricevuto l'informativa Privacy per la somministrazione di farmaci a scuola e

☐ acconsente ☐ non acconsente

al trattamento di tutti i dati necessari per le finalità e con le modalità citate nella suesposta
informativa.

Data _____

Firma del padre

Firma della madre

Firma del tutore

N.B. si richiede la firma di
entrambi i genitori

VERBALE CONSEGNA FARMACO

Il sottoscritto _____ genitore
dell'alunno _____ consegna in
data _____ n° confezioni _____ del farmaco
_____ con data di
scadenza _____

Il farmaco

- ☐ non necessita di particolari modalità di conservazione
- ☐ necessita di essere conservato secondo le seguenti modalità:

_____ li _____

Firma del genitore

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

a.s. _____ / _____

I sottoscritti _____ e _____
genitori/tutore dell'alunno/a _____ nato a _____
_____ il _____ residente a _____ in
via _____ frequentante la classe _____ della scuola _____ di

Essendo minore affetto da _____

COMUNICANO

Che il proprio figlio **necessita di assumere il farmaco** in ambito scolastico, come da modalità espresse nell'allegata autorizzazione medica (ALLEGATO 6) rilasciata in data _____
dal/dalla dott./dott.ssa. _____

Pertanto, i sottoscritti:

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **consapevoli che lo stesso è stato educato ad una corretta auto- somministrazione**

- a) **sollevano il personale che assiste all' auto -somministrazione, da ogni responsabilità** derivante dalla auto-somministrazione del farmaco stesso
- b) dichiarano che il proprio figlio è stato educato ad una corretta assunzione del farmaco
- c) si rendono disponibili a **concordare un eventuale incontro** in cui definire le modalità di intervento e a **comunicare**, anche in corso d'anno, **eventuali modifiche** (ad es. tipo di farmaco e dose) ricordando che il seguente modulo deve essere compilato sempre all'inizio di ogni anno scolastico;
- d) acconsentono alla condivisione di un **protocollo di intervento individuale** tra scuola, famiglia e personale sanitario (pediatra...)
- e) si impegnano a **fornire il farmaco e la prescrizione medica (allegata alla presente)** recante la necessità e indispensabilità di eventuale auto-somministrazione a scuola, con posologia, orario, modalità di conservazione;
- f) firmeranno un documento riportante data della consegna, nome del farmaco e data di scadenza dello stesso, quantità di farmaci consegnanti;
- g) si impegnano a ricordare al personale scolastico, eventuali **date di scadenza del farmaco**;
- h) si impegnano a **ricordare al personale scolastico** (in forma telefonica o scritta) **di portare con sé il farmaco in caso di uscite o viaggi di istruzione**;
- i) Acconsentono al trattamento dei **dati personali** e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (modificato dal decreto lgs. 101/2018 di adeguamento al Reg. UE n. 679/2016). Nello specifico, l'informazione sullo stato di salute del proprio figlio sarà comunicata anche al personale scolastico con nomina temporanea (eventuali supplenti di docenti o di collaboratori scolastici o esperti esterni) ☐ Sì ☐ No

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra libera scelta /medico curante _____

Genitori/Tutore _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

ALLA AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

a.s. _____ / _____

Il/La sottoscritta dott./dott.ssa

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A:

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____
_____ residente a _____ in via _____ classe _____
_____ della scuola _____ di _____

Essendo minore affetto da _____

POTREBBE NECESSITARE DELL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL SEGUENTE FARMACO SALVAVITA IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

Nome commerciale del farmaco _____

Circostanze in cui l'alunno/a può ricorrere all'auto-somministrazione del farmaco e Modalità di auto-somministrazione

PERTANTO

Il/la sottoscritto/a

- dichiara che il proprio assistito **è stato educato ad una corretta assunzione del farmaco**
- conferma che l' **auto-somministrazione del farmaco non comporta danni**
- si rende disponibile a condividere un protocollo individualizzato insieme alla scuola e alla famiglia
- si rende disponibile a fornire tutte le indicazioni utili al trattamento del caso e alla spiegazione pratica di come assistere l'allievo durante l'auto-somministrazione dello stesso;
- è a conoscenza che la richiesta di auto-somministrazione deve essere compilata all'inizio di ogni anno scolastico, su richiesta della famiglia;
- acconsente a fornire dati utili per eventuali comunicazioni urgenti:
telefono studio _____; tel. Cellulare _____ e-mail _____

Data _____

Timbro e Firma del Pediatra libera scelta /medico curante

ALLEGATO 7 VERBALE LUOGO DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO

Alunno/a _____ Classe ____/____ Plesso _____

- Vista la richiesta e l'autorizzazione e la dichiarazione dei genitori alla somministrazione di farmaci;
- Vista la documentazione medica riguardante l'alunno/a;

si attesta

che il farmaco è conservato

Si raccomanda ai sigg. collaboratori scolastici di prestare attenzione affinché, in caso di necessità, durante le lezioni sia sempre possibile l'accesso al locale agli adulti di riferimento.

Sono consapevoli, altresì di dover portare sempre il farmaco con sè in caso di cambio plesso/ uscite didattiche.

[illegible]

I sottoscritti docenti e collaboratori scolastici della scuola _____ dichiarano **di essere disponibili a somministrare il farmaco** all'alunno/a _____

[illegible]

VADEMECUM: FARMACO A SCUOLA

A. PREMESSA

La tutela della salute e del benessere di bambini/ragazzi, in relazione a patologie acute e croniche che richiedono interventi durante l'orario scolastico, è una priorità di sistema, che richiede il raccordo tra i diversi attori coinvolti al fine di garantire un appropriato percorso di gestione degli interventi nel contesto scolastico.

Si rileva pertanto la necessità di garantire un approccio omogeneo alla gestione degli interventi nell'ambito dell'istituto, al fine di garantire a tutti gli alunni (con riferimento alle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado) che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci in orario scolastico, di ricevere una appropriata assistenza, evitare incongrue somministrazioni di farmaci, sostenere al contempo, là dove ve ne sono le condizioni, il percorso di empowerment individuale nella gestione della propria patologia. Anche gli alunni sono coinvolti quindi, in maniera appropriata rispetto ad età e competenze sviluppate, nelle scelte e nelle procedure che riguardano la gestione del farmaco a scuola e, ove possibile, il medico prescrive l'autosomministrazione del farmaco

B. ASPETTI GENERALI

La somministrazione di farmaci a scuola, oggetto del protocollo, è riferita alle seguenti situazioni:

- Somministrazione e auto-somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

La somministrazione di farmaci a scuola, contemplata dal protocollo, è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute.

In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere di emergenza/urgenza è comunque indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112.

Per ogni situazione individuale viene comunque elaborato da parte del dirigente scolastico un piano personalizzato di intervento condiviso tra la famiglia (e l'alunno), gli operatori sanitari e la scuola.

Condizione necessaria alla somministrazione di farmaci a scuola è la presenza di certificazione attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione della terapia specifica di cui lo studente necessita.

La procedura per la somministrazione del farmaco va RICHIAMATA all'inizio di ogni anno scolastico. Ad inizio di ogni anno scolastico dovrà essere ripresentata tutta la documentazione.

Il personale scolastico può somministrare farmaci a condizione che tale somministrazione non debba richiedere il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

C. PROCEDURA PER ATTIVARE LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO A SCUOLA

- Il genitore all'atto di iscrizione (o in caso di diagnosi successiva) avverte la segreteria che l'alunno necessita di assumere un farmaco.
- La segreteria, a seconda delle casistiche, consegna alla famiglia i modelli allegati da compilare a cura della stessa e del medico curante, che dovranno essere riconsegnati all'ufficio alunni della segreteria al fine di essere protocollati.
- La segreteria si attiva per la notifica a tutto il Consiglio di classe e per richiedere all'ASP la formazione in situazione.
- La segreteria procede, altresì, alla compilazione dell'allegato 7 (verbale del luogo di conservazione del farmaco), dopo aver sentito i docenti e il dirigente scolastico.
- I docenti e i collaboratori scolastici dovranno compilare e firmare gli Allegati 8 e 9

Esclusivamente gli alunni segnalati hanno la facoltà di auto-somministrarsi il farmaco, comunque sotto la sorveglianza del docente. **Qualora un docente rilevasse situazioni di auto-somministrazione non conosciute, è tenuto ad avvertire il dirigente.**

D. DOVE VIENE CUSTODITO IL FARMACO

Il farmaco va custodito in luogo noto e sicuro, non accessibile agli alunni, preventivamente individuato, che deve contenere esclusivamente i medicinali salva-vita; quindi diverso dalla cassetta del pronto soccorso. Tale luogo è indicato nel piano personalizzato di intervento.