

**FUTURA** **LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI**

**pon** Per la scuola competenza e obiettivi per l'apprendimento 2013-2020  
Ministero dell'Istruzione e del Merito  
UNIONE EUROPEA Fondo sociale europeo Fondo europeo di sviluppo regionale

**Istituto Comprensivo Statale ad indirizzo musicale "Agostino Inveges" - Sciacca**

Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado  
Via Alcide De Gasperi, 8/A - 92019 SCIACCA (AG) - Tel. 0925 21331  
Codice MIUR: AGIC86500P - Codice Fiscale 92035720843 -  
E-mail: [agic86500p@istruzione.it](mailto:agic86500p@istruzione.it) - PEC: [agic86500p@pec.istruzione.it](mailto:agic86500p@pec.istruzione.it) - Sito web: [www.inveges.edu.it](http://www.inveges.edu.it)

Circ. n. 24

I.C. - "A. INVEGES"-SCIACCA  
Prot. 0000442 del 15/09/2023  
I (Uscita)

Sciacca, 15/09/2023

-Ai signori Docenti  
-Ai genitori  
-Al personale ATA  
p.c. al DSGA  
Albo/Sito  
Atti

**Oggetto: Assistenza di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

Si porta a conoscenza delle SS.LL. che l'assistenza degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta a questa Dirigenza dai genitori dei minori, o da coloro che esercitano la potestà genitoriale, presentando idonea certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno, corredata da prescrizione specifica di farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

La somministrazione di farmaci potrà avvenire sulla base di autorizzazioni rilasciate dalla competente ASP di zona o dal pediatra dell'alunno e non deve richiedere il possesso di cognizioni specifiche di tipo sanitario da parte del personale scolastico che si dovesse dichiarare disponibile a tale scopo, fatta salva la necessità (in base alla certificazione medica e al Piano Terapeutico presentati dai genitori) di avere effettuato formazione specifica.

Sarà valutata, caso per caso e su richiesta degli esercenti la potestà genitoriale, l'eventualità di prevedere la necessaria autorizzazione all'accesso dei locali scolastici ai genitori degli alunni, o a personale delegato dagli stessi, per la somministrazione dei farmaci durante l'anno scolastico.

Al fine di disciplinare le azioni propedeutiche alla somministrazione dei farmaci a scuola, si allegano alla presente:

1. Protocollo di somministrazione dei farmaci a scuola (**Allegato n. 1**);
2. Richiesta di somministrazione dei farmaci (**Allegato n. 2**);
3. Piano di Intervento Personalizzato (**Allegato n. 3**);
4. Consenso al trattamento dei Dati personali e sensibili (**Allegato n. 4**);
5. Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni del personale Docente e ATA (**Allegato n. 5**);
6. Formazione del docente/collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco (**Allegato n. 6**);
7. Verbale di consegna del farmaco (**Allegato n. 7**).

In assenza delle direttive e indicazioni riportate nel richiamato Protocollo, contrassegnato quale allegato n. 1 alla presente, di cui costituisce parte integrante, nessun farmaco sarà accettato a Scuola o potrà essere somministrato agli alunni o autosomministrato dagli stessi.

Il "Protocollo di somministrazione farmaci" viene pubblicato nella sezione Regolamenti del sito informatico dell'Istituto e i docenti sono pregati di informare i genitori degli alunni, qualora fossero nella impossibilità di accedere al sito della scuola secondo le modalità ritenute più opportune, della pubblicazione del più volte menzionato protocollo, affinché possa essere reso noto alle famiglie e le stesse possano attivarsi, in caso di esigenza di somministrazione dei farmaci a scuola, secondo le modalità in esso indicate.



Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Angela Croce



**FUTURA**  **LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI**

     **UNIONE EUROPEA**  
Fondo sociale europeo  
Fondo europeo di sviluppo regionale

**Istituto Comprensivo Statale ad indirizzo musicale  
"Agostino Inveges" - Siacca**

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado  
Via Alcide De Gasperi, 8/A - 92019 SCIACCA (AG) - Tel. 0925 21331  
Codice MIUR: AGIC86500P - Codice Fiscale 92035720843 -  
E-mail: [agic86500p@istruzione.it](mailto:agic86500p@istruzione.it) - PEC: [agic86500p@pec.istruzione.it](mailto:agic86500p@pec.istruzione.it) - Sito web: [www.inveges.edu.it](http://www.inveges.edu.it)

Allegato n. 1 alla Circolare n. 24 del 15/09/2023

**OGGETTO: PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**CONSIDERATA** la dichiarazione dei diritti del bambino, approvata dall'ONU il 20 novembre 1959, che afferma che va garantito ai bambini il diritto ai mezzi che consentono lo sviluppo in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale spirituale e sociale;

**VISTO** il Decreto Legislativo del 31 Marzo 1998 numero 112 "conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali";

**VISTO** il decreto del presidente della Repubblica 8 Marzo 1999 n. 275 concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

**VISTA** la legge 8 novembre 2000 numero 238, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

**VISTO** il decreto legislativo 30 Marzo 2001 n. 165, concernente "norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

**VISTA** la nota MIUR protocollo numero 22312/Segr. punto del 25/11/2005 con la quale sono inviate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" a firma dei Ministri del MIUR e della salute;

**VISTA** la C.M. n. 321 del 10/01/2017 del MIUR sulle modalità per la somministrazione dei farmaci a scuola;

**VISTO** il C.C.N.L. punto del comparto scuola 2016/2018 sottoscritto in data 10/04/18, art. 28, comma 4;

**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) ovvero necessita di specifica formazione da parte del personale scolastico resosi disponibile;

**CONSIDERATO** che l'omissione della nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare danni alla persona che ne necessita;

**DISPONE** quanto segue:

**1. QUANDO SOMMINISTRARE FARMACI A SCUOLA**

- a. **I farmaci a scuola non devono di norma essere somministrati**, salvo casi necessari autorizzati da medici;

- b. **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;
- c. **Malattie croniche** (patologie che non guariscono e che richiedono terapie di mantenimento, ad esempio asma e diabete): si somministrano i farmaci prescritti con l'indicazione circa l'orario, posologia e modalità di somministrazione;
- d. **Urgenze prevedibili** (in patologie croniche note virgola che possono comportare fatti acuti con necessità di farmaci salvavita, ad essere 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 VERIFICHINO URGENZE EMERGENZE NON PREVEDIBILI, È NECESSARIO FARE RICORSO ALLE PROCEDURE DI PRONTO SOCCORSO RICHIEDE L'INTERVENTO DEL 118.**

**2. IL GENITORE O CHI ESERCITA LA POTESTÀ PARENTALE DEVE:**

- Fare richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico, redatta sull'apposito modulo predisposto (**allegato 2 alla circolare n. 24 del 15/09/2023**).
- Accompagnare la richiesta di somministrazione con la presentazione di certificazione medica redatta dal medico curante o dallo specialista e attestante lo stato di malattia dell'alunno, con la prescrizione specifica del farmaco da assumere (nome commerciale del farmaco, chiara descrizione dell'evento che richiede la somministrazione, posologia, conservazione, modalità e tempi di somministrazione, eventuale durata della terapia).
- Precisare espressamente nella richiesta che la somministrazione del farmaco è possibile anche da parte di personale non sanitario.

**3. IL MEDICO SPECIALISTA CURANTE/DEVE:**

- a. Rilasciare la certificazione medica (Piano Di Intervento Personalizzato P.I.P.) lo stato di malattia dell'alunno, con la prescrizione specifica del farmaco da assumere (nome commerciale del farmaco, chiara descrizione dell'evento che richiede la somministrazione, posologia, conservazione, modalità e tempi di somministrazione, eventuale durata della terapia), secondo il modulo predisposto (**allegato 3 alla circolare n. 24 del 15/09/2023**).
- b. Specificare nella certificazione di cui sopra che la somministrazione del farmaco è indispensabile che avvenga in orario scolastico, qualora occorran le condizioni che ne richiedono l'uso.
- c. Specificare la non discrezionalità di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione, né a quella di conservazione.
- d. specificare la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.

**4. IL DIRIGENTE SCOLASTICO DEVE:**

- Organizzare momenti formativi di primo soccorso per il personale scolastico in servizio, anche al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione dei farmaci "salvavita".
- Informare i genitori degli alunni dell'istituto scolastico (anche tramite sito web) della procedura di somministrazione dei farmaci messe in atto.
- Richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (richiesta per interventi di somministrazione farmaci in ambito scolastico e certificazione medica da allegare ad essa) dopo aver acquisito il consenso al trattamento dei dati personali sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)(**allegato 4 alla circolare n. 24 del 15/09/2023**).



- Individuare tra il personale che, in caso di bisogno, è nelle condizioni di intervenire con la somministrazione del farmaco (in via prioritaria che ha seguito i corsi di formazione primo soccorso).
- Acquisire la disponibilità del personale scolastico a somministrare il farmaco "salvavita" (**allegato 5 alla circolare n. 24 del 15/09/2023**).
- Chiedere alla Asl (Centro Terapeutico) di competenza la formazione del docente/collaboratore scolastico disponibili ai fini della somministrazione dei farmaci che necessitano, per l'appunto, di specifica formazione (**allegato 6 alla circolare n. 24 del 15/09/2023**).
- Informare e condividere con il personale scolastico disponibile a somministrare il farmaco il piano personalizzato di intervento.
- Acquisire mediante il verbale per consegna farmaco il medicinale nuovo ed integro da somministrare all'alunno/a (**allegato 7 alla circolare n. 24 del 15/09/2023**).
- Garantire la corretta e sicura conservazione dei farmaci, mediante istruzioni da emanare al personale dipendente interessato.
- Invitare i genitori dell'alunno, in occasione dei passaggi ad altre scuole, di informare il DS della scuola di destinazione e concordare la trasmissione della documentazione necessaria. Informare i genitori dell'alunno, in caso di mancanza di personale scolastico per la somministrazione dei farmaci o nel caso di accertata inadeguatezza nei provvedimenti programmati, che sarà previsto soltanto il ricorso al sistema nazionale di pronto soccorso, per impossibilità di poter somministrare il farmaco a scuola.

#### **5. IL PERSONALE SCOLASTICO DEVE:**

- Partecipare ai momenti formativi rivolti a tutto il personale.
- Provvedere alla somministrazione del farmaco, se ha seguito corsi di formazione di primo soccorso o se ha effettuato specifica formazione.
- Provvedere alla somministrazione del farmaco, se individuato dal dirigente scolastico, previa dichiarata disponibilità da parte del personale interessato.
- Informare il DS ed il RSPP per eventuali criticità, impotenza o in atto.

#### **6. AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI:**

- L'autosomministrazione del farmaco è prevista ed autorizzata espressamente dai genitori dell'alunno nel caso in cui l'alunno viene ritenuto idoneo dagli stessi genitori, per età, esperienza consolidata, addestramento e capacità di seguire le istruzioni impartite dal proprio medico, capace autonomo nella gestione delle procedure di somministrazione del farmaco che lo riguardano. Anche in questo caso il genitore seguirà il protocollo di cui sopra.

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Angela Croce

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico dell'Istituto.....

I sottoscritti (cognome e nome)...../.....

Genitori o esercenti la potestà genitoriale dello/a studente/ssa

Nato/a .....il.....e residente a.....

In via .....che frequenta la classe ..... Sez .....

del Plesso.....  S.I.  S.P.  S.S.I.G.

sito in via .....

CAP .....località.....Provincia.....

- Consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzione sanitarie,
- In base alla **Certificazione medica con attestazione e Piano Terapeutico allegati**, rilasciati dal servizio di pediatria dell'azienda ASL ..... / dal Dottore .....in data .....

**CHIEDONO**

che a nostro/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal piano terapeutico oppure

che nostro/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'autosomministrazione, in orario scolastico, le farmaci previsti dal piano terapeutico.

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità durante derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché sia effettuata in ottemperanza del Piano Terapeutico.

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

Sarà mia cura, inoltre, provvedere 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 rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e la sospensione del trattamento.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale
Numeri di telefono		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs n. 196/03.

I sottoscritti consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R.n. 445/00, dichiariamo di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del C.C., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Sciacca , \_\_\_\_\_

Firma(genitori o chi ne ha la potestà genitoriale)

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

**PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO P T P**

Alla famiglia dell'alunno/a

Al personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli insegnanti della classe sezione \_\_\_\_

Al fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

All'azienda USL \_\_\_\_\_

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato per la (auto) somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all'alunno/a

I sottoscritti Dirigente Scolastico .....e il Referente per l'Azienda USL.....Dottore .....

**Vista** la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentato dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a iscritto/a alla classe .....sez .....

del Plesso.....  S.I.  S.P.  S.S.I.G.

sito in via .....

località.....;

**Vista** la certificazione medica con attestazione e piano terapeutico rilasciata dal servizio di pediatria dell'agenda dell'Azienda USLn. .... dal Dott .....in data .../.../..., nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco .....(nome commerciale) da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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 di conservazione del farmaco;

**Vista** la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)

Salvavita

(oppure)

Indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute dal Piano terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

**Visti** gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;



**DISPONGONO**

che il farmaco venga consegnato dai genitori o dall'esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato sig. /Sig. ra .....

che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel piano terapeutico allegato, nel seguente locale .....

che il/i farmaco/i venga/no sostituito/i alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengono assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà all'alunno nella autosomministrazione, ecc.): .....

COGNOME E NOME	TIPO DI PERSONALE	FIRMA DEL PERSONALE SCOLASTICO (leggibile)	DATA DELL'ATTESTATO DI FORMAZIONE RILASCIATO DALL'AZIENDA USL

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Angela Croce

L'Azienda USL  
Dott.

I sottoscritti genitori o esercente la potestà genitoriale ....., viste le determinazioni assunte dal dirigente scolastico e dalla Azienda USL ..... con la presente:

esprimono il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni del Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

si impegnano a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti ..... orari .....

Data, .... / .... / .....

Firma dei genitori  
o dell'esercente la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

---

---

**Allegato 4 alla Circolare interna n. 24 del 15/09/2023**

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs. 196 del 30.06.03)**

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.L.gs 196 DEL 30.06.2003**

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

**Gentili genitori,**

desidero informarvi che il D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali 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 della protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la vostra riservatezza 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.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità nazionali ad altre Asl, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina generale, all'assessorato Regionale Alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Angela Croce

---

Firma dei genitori  
o dell'esercente la potestà genitoriale  
per il consenso

---

---

**Allegato 5 alla Circolare interna n. 24 del 15/09/2023**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
"A. Inveges"  
Siacca(AG)  
Sede

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a docente/ATA .....

Docente formato primo soccorso ..... Sì -  
NO

Collaboratore scolastico formato primo soccorso ..... Sì -  
NO

Considerata la richiesta dei genitori/dell'esercente la patria potestà dell'alunno/a .....

della classe ..... sez. ....

**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.

Sciacca,

Firma dei genitori  
o dell'esercente la potestà genitoriale

---

---



**Allegato 6 alla Circolare interna n. 24 del 15/09/2023**

Spett.le Asl .....

**Oggetto: Formazione del docente/collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco.**

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno ..... della  
classe.....,

Vista la Certificazione medica e il Piano Terapeutico allegato alla richiesta,

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

**si chiede**

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificamente formato.

In attesa di riscontro, cordialità.

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Angela Croce

---

**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO**

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto  
Ai genitori (o esercente la patria potestà) dell'alunno/a

**Oggetto: Verbale di consegna del farmaco salvavita/indispensabile da somministrare**

All'alunno/a

...(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno/a e da dare in copia ai genitori).....

In data .....alle ore.....,

il sig....., la sig.ra .....

- Genitori dell'alunno
- oppure esercente la potestà genitoriale dell'alunno/a .....
- L'alunno/a ....., nato/a a ....., prov. ....

e residente a ....., iscritto/a alla classe ....., sez. ...., dell'Istituto ....., consegna all'incaricato, sig./sig.ra ....., individuato nel Piano di intervento Personalizzato prot. n. .... un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1. ....
2. ....

Da somministrare all'alunno/a .....come da certificazione

medica e piano terapeutico consegnato in segreteria, rilasciata in data ..... dal

(barrare la voce corrispondente):