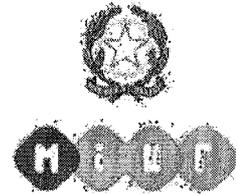


Istituto Comprensivo Statale  
"Domenico Scina - Gaetano Costa"  
Indirizzo Musicale  
Palermo



I. C. - "SCINA-COSTA"-PALERMO  
Prot. 0012311 del 03/10/2022  
VII (Uscita)

Palermo, 03 Ottobre 2022

**Comunicazione n° 38**

- **A tutto il personale Docente**
- **Al DSGA**
- **A tutto il personale ATA**
- **All'Albo istituzionale**
- **Alla sez. Amministrazione Trasparente del sito istituzionale della scuola**
- **Aree riservate sito istituzionale della scuola**

**Oggetto: Sicurezza Igiene e salute - Somministrazione farmaci.**

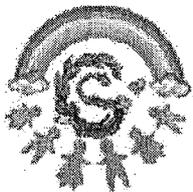
In ottemperanza agli obblighi di informazione della scrivente, di cui al D. Lgs 81/2008, si trasmettono in allegato le note relative all'oggetto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Dott.ssa Aurora Fiumo*

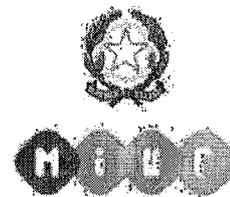


Via Giuseppe Li Bassi 60, 90128, Palermo  
Tel. 091 486725 | Fax 091 6575444  
C.F. 97251100828 | [www.icscina-costa.edu.it](http://www.icscina-costa.edu.it)  
[pa1c8ac00x@istruzione.it](mailto:pa1c8ac00x@istruzione.it) | [pa1c8ac00x@pec.istruzione.it](mailto:pa1c8ac00x@pec.istruzione.it)





Istituto Comprensivo Statale  
"Domenico Scina - Gaetano Costa"  
Indirizzo Musicale  
Palermo



## PREMESSA

Con la nota n. 2312/Dip/Segr del 25/11/2005 il **Ministero dell'Istruzione** d'intesa con quello della **Salute** hanno emanato le Raccomandazioni contenenti "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".

La somministrazione dei farmaci a scuola è subordinata:

- Alla **richiesta formale della famiglia** a fronte di un certificato medico attestante lo stato di malattia
- Alla **verifica del Dirigente Scolastico** delle strutture e della **disponibilità degli operatori scolastici** in servizio
- Alla **formale autorizzazione del Dirigente Scolastico** nel caso di disponibilità interne, secondo le modalità indicate dal medico curante;

In mancanza di disponibilità interne il Dirigente Scolastico è tenuto:

- all'**attivazione di procedure formali e informali** per creare sinergie con i servizi sociali comunali, ASP e soggetti privati per assicurare un servizio di assistenza infermieristica;
- all'**attivazione di servizi provvisori alternativi** (autorizzazione all'ingresso dei genitori, formalizzazione delle procedure per la chiamata del 118, corso di formazione e formazione specifica con tutti gli operatori scolastici e le famiglie di tutti gli alunni);
- in difetto delle condizioni sopra descritte, occorre dare **comunicazione formale e motivata ai genitori** o agli esercenti la potestà genitoriale e al **Sindaco del Comune di residenza** dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

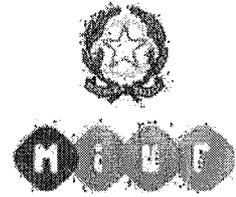
Rimane prescritto in ricorso al Sistema Sanitario di pronto Soccorso (118) nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le presenti linee guida ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

Resta inteso che, in caso di emergenza, tutto il personale scolastico è comunque tenuto ad intervenire (**art. 593 del codice penale, modificato dall' art 1 della LEGGE 9 APRILE 2003 n. 72.**)

Infatti "**in caso di malore non ci si può esimere di portare il normale soccorso con la solerzia che ogni buon padre o madre di famiglia ha il dovere di fornire. Altrimenti, potrebbe configurarsi, come accade per la strada (o in occasione di incidenti, il reato di omissione di soccorso**" (nota del 22 febbraio del 2000 del Dipartimento XI del Comune di Roma - Ufficio scuola dell'infanzia - Direttore Raffaele Nocera).



Istituto Comprensivo Statale  
"Domenico Scina - Gaetano Costa"  
Indirizzo Musicale  
Palermo



## LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELLA SCUOLA

Non si prevede in generale la somministrazione di farmaci presso le scuole.

In alcuni casi eccezionali, però, la frequenza scolastica può essere possibile solo se l'alunno può assumere un farmaco nelle ore di scuola.

In questi casi, qualora la somministrazione del farmaco non presenti particolari difficoltà, la disponibilità del personale addetto della scuola a farsi carico della somministrazione può risolvere il problema.

È comunque utile fare riferimento al presente protocollo nei casi giudicati più complessi, per richiesta dei genitori o del personale scolastico o per giudizio del medico di comunità.

1. Le patologie per cui viene presa in considerazione la somministrazione di un farmaco a scuola sono in genere croniche e prevedono farmaci indispensabili, come ad esempio crisi convulsive in malattie croniche, fibrosi cistica, crisi di asma, diabete insulino dipendente o altro da valutare.
2. Il farmaco viene somministrato dal personale della scuola previo accordo fra scuola-famiglia secondo la procedura di seguito descritta.
3. Il genitore, inoltre, al Dirigente Scolastico la richiesta di somministrazione del farmaco a scuola (allegato MODULO 1).
4. Il Dirigente Scolastico chiede al genitore il certificato del medico curante o di un centro specialistico di riferimento, recante il nome commerciale del farmaco, la modalità di somministrazione, l'esatta posologia e la necessità, non differibile, di somministrazione del farmaco in determinate circostanze che dovessero accadere in orario scolastico o in caso di emergenza.
5. Il Medico fornisce una completa informazione attraverso la sottoscrizione del modulo allegato (MODULO 2), quali siano gli eventuali sintomi da monitorare per la somministrazione, sulle modalità di somministrazione, sugli effetti collaterali dopo la somministrazione del farmaco e su quale debba essere il comportamento più congruo da attuare nell'ipotesi che questi si presentino. Fermo restando la chiamata al 118 nel caso in cui il personale scolastico lo ritenga opportuno e ne rispetto del Regolamento di Istituto.
6. I genitori del minore sottoscrivono il proprio consenso (allegato MODULO 1), con il quale, previa completa informazione sulle possibilità operative fornite dalla scuola, essi autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco al bambino, nelle patologie nel dosaggio indicato dal medico, consegnandolo direttamente al personale scolastico previa firma congiunta del verbale di consegna del medicinale salvavita (allegato MODULO 3).
7. Sottoscritto l'accordo, i genitori consegneranno il farmaco che sarà conservato con le modalità indicate.
8. I genitori, infine, firmeranno il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili previa informativa del Dirigente Scolastico ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196 del 30-06-2003 (allegati MODULI 4 e 5).

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott. ssa Aurora Fumo

Via Giuseppe Li Bassi 60, 90128, Palermo

Tel. 091 486725 | Fax 091 6575444

C.F. 97251100828 | [www.icscina-costa.edu.it](http://www.icscina-costa.edu.it)

[paic8ac00x@istruzione.it](mailto:paic8ac00x@istruzione.it) | [paic8ac00x@pec.istruzione.it](mailto:paic8ac00x@pec.istruzione.it)



Al Dirigente Scolastico della  
Scuola .....

Il /La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ..... Nome .....

nato il ..... e frequentante nell'anno scolastico .....

La Scuola .....

classe .....

**CHIEDE**

Che sia somministrato, in casi di emergenza, al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,  
coerentemente alla certificazione medica allegata,

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante .....

-----  
Numeri di telefono utili: Medico Curante .....

Genitori .....

In fede,

Data, .....

Firma \* .....

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....

nato il ..... residente a .....

**Necessita**

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

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....  
.....

modalità di somministrazione (orari, dose normale e massima, via di somministrazione)

.....  
.....

durata della terapia

(Indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....  
.....  
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per .....

.....  
.....

Data, .....

timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

## VERBALE INCONTRO PARTI INTERESSATE NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

A seguito della richiesta del \_\_\_\_\_ inoltrata dai genitori di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ il dirigente (o suo delegato), il personale della scuola, il medico di famiglia ed i genitori si sono riuniti ed accordati in data odierna circa la possibilità e la modalità di conservazione e somministrazione del farmaco a scuola.

Luogo di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione: \_\_\_\_\_

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.

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

Si allega:

- Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità) e la posologia necessaria
- Richiesta dei genitori

Palermo, \_\_\_\_\_

Il Medico \_\_\_\_\_ Il Dirigente \_\_\_\_\_

Il Personale della scuola (qualifica) \_\_\_\_\_

Il Genitore \* \_\_\_\_\_

\* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.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 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.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASP, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Il titolare del trattamento è il dirigente scolastico di questa istituzione scolastica.
- Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore S.G.A.
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)**

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D Lgs. 196 del 30.06.2003,

Il/la sottoscritto/a

Cognome..... Nome.....

In qualità di:

- genitore
- soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome..... Nome.....

nato a..... PROV.....

Il..... classe.....

- acconsente** al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.
- non acconsente** al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

**Nota importante:**

**il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica.**

Data

Firma.....

(da restituire alla scuola debitamente compilato e firmato)