

Ministero dell'Istruzione
e del Merito**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 3 CESCHELLI**
VIA CIFERI N. 53 - SAN GIUSEPPE VESUVIANO (NA) 80047Codice Scuola : naic8fj00c
mail: naic8fj00c@istruzione.itCodice Fiscale: 92044620638
pec: naic8fj00c@pec.istruzione.it

I. C. "3 - CESCHELLI"
SAN GIUSEPPE VESUVIANO (NA)
Prot. 0010158 del 22/09/2025
V (Uscita)

**A tutti Docenti
Ai Genitori
Al Personale Ata
Al Sito web**

Oggetto: PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

facendo riferimento alla "Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI",

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 31 Marzo 1998 n. 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 n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'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 n. 2312/Dip/Segr. 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;

VISTO il C.C.N.L. del comparto scuola 2019/2021 sottoscritto in data 18.01.24;

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);

CONSIDERATO che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita; dispone la seguente procedura per quanto previsto in oggetto

PREMESSO CHE:

- Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25/01/2005, le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico);
- la somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato, per la cura di particolari patologie croniche, o al bisogno, in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- la scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Dirigente Scolastico ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga).

DISPONE

IL SEGUENTE PROTOCOLLO IN CUI SI DECLINANO I COMPITI E LE RESPONSABILITÀ DELLE PARTI INTERESSATE: FAMIGLIA, MEDICO CURANTE E ISTITUZIONE SCOLASTICA.

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

LA FAMIGLIA	• Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante (Modulo 01) o da parte dei genitori stessi o loro delegati (Modulo 03); • Autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Modulo 02) allegando certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante; • Fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante; • Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.
IL MEDICO CURANTE	• Rilascia il certificato (Modulo 04) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità; • Indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità; • Indica la modalità di conservazione del farmaco; • Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie; • Indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore.
LA FAMIGLIA	I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui: • indicano nome e cognome dell'alunno; • precisano la patologia di cui soffre l'alunno; • comunicano il nome commerciale del farmaco; • chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico; • autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità; • allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia); • forniscono il farmaco, che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.

L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci: • verifica la disponibilità degli operatori scolastici a garantire la somministrazione di farmaci. (Gli operatori scolastici sono individuati possibilmente tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso); • individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco; • garantisce la corretta conservazione del farmaco; • prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.
---------------------------------	--

Modalità di somministrazione di farmaci per particolari patologie acute da parte di personale della scuola

LA FAMIGLIA	• I genitori inoltrano richiesta alla scuola chiedendo l'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici durante l'orario di scuola, al fine di provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco all'alunno. • I genitori possono delegare altra persona alla somministrazione del farmaco. • I genitori sono tenuti ad allegare, alla richiesta, certificazione medica attestante la patologia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere necessariamente in orario scolastico.
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	• Il Dirigente Scolastico, acquisita la certificazione del medico curante, concede l'autorizzazione all'accesso ai locali dell'istituto durante l'orario di scuola ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci. • Verifica la disponibilità degli operatori scolastici a garantire la somministrazione di farmaci. (Gli operatori scolastici sono individuati possibilmente tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso); • Il Dirigente Scolastico: ○ individua il luogo fisico per la terapia da effettuare. ○ garantisce la corretta conservazione del farmaco; ○ prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.

Si allega modulistica:

Modulo 01 Richiesta di somministrazione farmaci nei locali ed in orario scolastico

Modulo 02 Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci *(da parte del personale scolastico o autosomministrazione)* in orario scolastico.

Modulo 03 Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci *(da parte dei genitori o di loro delegati)* in orario scolastico.

Modulo 04 Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e Piano Terapeutico.

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "3 Ceschelli"
di San Giuseppe Vesuviano

Modulo 01

RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Il sottoscritto nato a
il e residente a
via n.
La sottoscritta nata a
il e residente a
via n.
genitori/ esercente/i la potestà genitoriale del/della minore nata
a il e residente a
in via n.
frequentante nell'anno scolastico la classe/sez. della Scuola
sita a in Via
Essendo il/la minore affetto/a da
constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata
in data dal dott.
Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte del personale non sanitario e di cui si
autorizza fin d'ora l'intervento;
Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e
l'indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà,
dunque, essere rinnovata per l'anno scolastico successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione
del farmaco;
Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari (118);
Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano il personale scolastico da ogni
responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata
prescrizione medica.

(BARRARE se del caso)

☐ Chiedono che il/la proprio/a figlio/a possa somministrarsi il farmaco di cui all'allegata prescrizione medica.

Acconsentono al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità di cui al presente documento ai
sensi del Regolamento europeo 679/2016 art. 9 c.2. lett. a (Trattamento di categorie particolari di dati personali).

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
.....
.....

Numeri di telefono utili:

	Numero di cellulare	Numero fisso
Padre		
Madre		
Altra persona esercente la patria potestà		

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "3 Ceschelli"
di San Giuseppe Vesuviano

Modulo 02

Il sottoscritto nato a
il e residente a
via n.
La sottoscritta nata a
il e residente a
via n.
genitori/ esercente/i la potestà genitoriale del/della minore nata
a il e residente a
in via n.
frequentante nell'anno scolastico la classe/sez. della Scuola
sita a in Via

CHIEDONO

che sia somministrato 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.

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

	Numero di cellulare	Numero fisso
Padre		
Madre		
Altra persona esercente la patria potestà		
Medico Curante		

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "3 Ceschelli"
di San Giuseppe Vesuviano

Modulo 03

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.

Il sottoscritto nato a
il e residente a
via..... n.....
La sottoscritta nata a
il e residente a
via..... n.....
genitori/ esercente/i la potestà genitoriale del/della minorenata
ail e residente a
in via n.
frequentante nell'anno scolastico la classe/sez.della Scuola
sita ain Via

CHIEDONO

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

***Eventuale Delega

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra

A tal fine si allega **certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.**

In fede.

Data,

Firma Firma

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "3 Ceschelli"
di San Giuseppe Vesuviano

Modulo 04

Il minore (Cognome) (Nome)

nato il..... residente a

Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione *(da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica)* del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

.....

.....

.....

durata della terapia

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

.....

.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

.....

Data,

timbro e firma del medico

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIVOLTA ALLE FAMIGLIE AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679- SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Ai sensi della vigente normativa sul trattamento e la protezione dei dati personali, questa Istituzione Scolastica, rappresentata dal dirigente scolastico Michele Antonio Iovine in qualità di Titolare del trattamento, dovendo acquisire o già detenendo dati personali che riguardano Lei ed il minore che Lei rappresenta (studente), per l'espletamento delle sue funzioni istituzionali e, in particolare, per gestire le attività di istruzione, educative e formative stabilite dal Piano dell'Offerta Formativa, è tenuta a fornirLe le informazioni appresso indicate riguardanti il trattamento dei dati personali in suo possesso.

Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali Suoi e dello studente che Lei rappresenta, anche appartenenti alle categorie particolari come elencate nel Regolamento (EU) 679/2016, avrà le finalità di:

1. gestione delle 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, dietro prestazione del suo libero consenso

Periodo di conservazione

I dati personali raccolti per le finalità sopra descritti saranno conservati per il tempo prescritto dalla legge per l'espletamento delle attività istituzionali, gestionali e amministrative e saranno utilizzati (e mantenuti aggiornati) al massimo per la durata del rapporto tra la vostra famiglia e codesta istituzione o, prima, fino alla revoca del consenso.

Riferimenti per la protezione dei dati

Titolare del Trattamento dei dati personali è la scuola stessa, che ha personalità giuridica autonoma ed è legalmente rappresentata dal dirigente scolastico p.t.

Riferimenti per la protezione dei dati

Responsabile della protezione dei dati è il dott. Angelo Pagano, del quale si riportano di seguito i riferimenti di contatto email: pagano-angelo@virgilio.it

Le ricordiamo inoltre che in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento presentando apposita istanza con il modulo disponibile presso gli uffici di segreteria.

Diritti degli interessati

Le ricordiamo, ai sensi della vigente normativa ed in particolare degli articoli 15-22 e 77 del RGPD UE 2016/679, che lei ha sempre il diritto di esercitare la richiesta di accesso e di rettifica dei suoi dati personali, che ha il diritto a richiedere l'oblio e la limitazione del trattamento, ove applicabili, e che ha sempre il diritto di revocare il consenso e proporre reclamo all'Autorità Garante.

Destinatari dei dati personali e assenza di trasferimenti

I dati oggetto del trattamento potranno essere comunicati a soggetti esterni alla istituzione scolastica quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- alle AUSL e agli Enti Locali per il funzionamento dei Gruppi di Lavoro Handicap di istituto e per la predisposizione e verifica del Piano Educativo Individualizzato, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n.104;
- ad Aziende Ospedaliere;
- al Medico di Medicina Generale;
- all'Assessorato Regionale alla Sanità;
- al Ministero della salute.

I dati oggetto del trattamento, registrati in sistemi informativi su web, sono conservati su server ubicati all'interno dell'Unione Europea e non sono quindi oggetto di trasferimento.

Si allega: Autorizzazione al trattamento dei dati

Il Dirigente Scolastico
Ing. Michele Antonio Iovine

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, c.2 del Decreto- Legge 39/93

Allegato 1

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIVOLTA ALLE FAMIGLIE AI SENSI DELL'ART.13 DEL
REGOLAMENTO (UE) 2016/679- SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

GENITORE 1

La/il sottoscritta/o _____, genitore/tutore legale dell'alunna/o _____

nata/o a _____, il _____, iscritta/o alla classe _____,

per l'anno scolastico 20__/20__

dichiara di aver preso visione sul sito della scuola/in formato cartaceo dell'informativa SOMMINISTRAZIONE
FARMACI fornita dal Titolare del trattamento, e inoltre

[] dà il consenso [] nega il consenso,

al trattamento dei propri dati per la gestione delle 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.

Data _____

Firma _____

GENITORE 2

La/il sottoscritta/o _____, genitore/tutore legale dell'alunna/o _____

nata/o a _____, il _____, iscritta/o alla classe _____,

per l'anno scolastico 20__/20__

dichiara di aver preso visione sul sito della scuola/in formato cartaceo dell'informativa SOMMINISTRAZIONE
FARMACI fornita dal Titolare del trattamento, e inoltre

[] dà il consenso [] nega il consenso,

al trattamento dei propri dati per la gestione delle 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.

Data _____

Firma _____