



Liceo Scientifico Statale "Ulisse Dini"  
Via Benedetto Croce, 36 – 56100 Pisa  
tel.: 050 20036 fax: 050 29220 <http://www.liceodini.it/>  
pips02000a@istruzione.it



**Circolare n. 19 del 22 settembre 2022**

A TUTTI GLI ALUNNI E ALLE LORO FAMIGLIE  
A TUTTI I DOCENTI  
AL DSGA  
AL PERSONALE ATA  
BACHECA/SITO WEB

**Oggetto: Somministrazione farmaci a scuola**

**Si forniscono, nella presente circolare, le indicazioni da seguire in ordine alla somministrazione dei farmaci a scuola, ai sensi di quanto stabilito dalla Nota n. n. 2312 del 25.11.2005 emanata dal Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, relativa alle "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".**

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**, con 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 è allegata alla presente circolare e presente nella sezione "Modulistica famiglie" nel sito web della scuola

**b) Verifica, da parte del Dirigente Scolastico, della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nell'Istituto (docenti, assistenti amministrativi, collaboratori scolastici, assistenti tecnici).**

### **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..

### **2) 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 112, 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 112.

Si allegano alla presente circolare i moduli funzionali alle predette azioni relative alla somministrazione dei farmaci a scuola:

- ✓ **Allegato 1** (*Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico*);
- ✓ **Allegato 2** (*Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico*);
- ✓ **Allegato 3** (*Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico*);
- ✓ **Allegato 4** (*Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili - Firma dei genitori o dichi esercita la patria potestà*);
- ✓ **Allegato 5** (*Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni*)

Il Dirigente Scolastico

*Adriana Piccigallo*

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3,  
comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993

Allegato 1

**Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Dini  
Pisa

I sottoscritti ..... in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) di ..... nato/a ..... a ..... il ..... e frequentante nell'anno scolastico ..... la classe.....

**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  
.....

Pisa, ..../.../.... Firma  
.....

Allegato 2

**Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Dini  
Pisa

Il minore

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

**Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico**

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 (indicare le iniziali)..... 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**
- ✓ **comuniceranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.**

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

.....  
.....

Il Dirigente Scolastico .....

Il Personale della scuola (qualifica).....

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)***

Pisa, .....

**Allegato 4 - Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili**

**(Regolamento Europeo 679/2016)**

**Informativa ai sensi del 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.**
- ✓ **La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.**
- ✓ **I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali 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 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.**

Il Dirigente Scolastico

Firma dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale

-----

Allegato 5

*Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni*

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Dini  
Pisa

Il/La sottoscritto/a

.....  
.....

in servizio presso il Liceo Dini 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 (*iniziali*).....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