

COMUNICAZIONE N. 11 DEL 10 SETTEMBRE 2025

Ai GENITORI
Alle ALUNNE e agli ALUNNI
Ai DOCENTI
Al personale ATA

OGGETTO: somministrazione farmaci a scuola

Si forniscono, sulla base del PROTOCOLLO D'INTESA TRA REGIONE LOMBARDIA E UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA, le seguenti raccomandazioni:

Contesto

a. I farmaci a scuola non devono essere somministrati agli studenti, salvo i casi autorizzati dai genitori quando siano presenti le condizioni seguenti:

- a.a. assoluta necessità;
- a.b. somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- a.c. non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

b. L'autorizzazione alla somministrazione viene rilasciata dai genitori degli studenti, insieme alla certificazione medica che attesti i requisiti di cui al punto a.

c. L'autorizzazione sarà formulata sul modulo allegato e consegnata all'attenzione della Dirigente Scolastica.

d. In caso di particolari complessità, l'ATS, a richiesta, supporta la Dirigente Scolastica nel valutare le condizioni di fattibilità della somministrazione richiesta.

Competenze della Dirigente Scolastica

- acquisisce la prescrizione medica e la firma di autorizzazione da parte della famiglia;
- valuta le risorse localmente disponibili (*famiglia, operatori scolastici, associazioni locali di volontariato*);
- valuta la disponibilità a farsi carico dell'intervento, previo addestramento, da parte (in ordine) della famiglia (*legge 104*), degli operatori scolastici, delle associazioni di volontariato;
- in caso di particolari complessità, costruisce insieme al direttore del Distretto ATS territorialmente competente un protocollo d'intervento per l'attuazione della prescrizione terapeutica del medico curante, comprensivo dell'attività di "formazione in situazione" rivolto ai soggetti coinvolti, garantita dall'ASL locale;

Pro memoria per i genitori

- L'autorizzazione va consegnata alla Dirigente Scolastica;

- L'autorizzazione va rinnovata ad inizio anno scolastico e in corso dello stesso solo se necessario.
- I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.
- Ai fini dell'autorizzazione va utilizzato il **modulo** allegato.

Nella compilazione del modulo occorrerà fare attenzione a esplicitare in modo leggibile e senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose di farmaco da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Normativa di riferimento

- nota n. 2312.Dip. Segr del 25-11-2005;
- 30/SAN della Regione Lombardia del 12.07.2005;
- Linee guida:

https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2005/allegati/linee_guida_farmaci.pdf;

<https://www.ats-insubria.it/news/8818-protocollo-di-intesa-per-la-somministrazione-di-farmaci-a-scuola-siglato-tra-regione-lombardia-e-ufficio-scolastico-regionale-in-corso-di-aggiornamento>

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Giuseppina Romina Porro

Firma autografata sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2 del D. L.vo n. 39/93

MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Alla Dirigente Scolastica
dell'ICS Como Lago

Il/La sottoscritto/a		
Padre / Madre di		
Nato/a a		il
Classe	Sez.	<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di II grado plesso
		<input type="checkbox"/> Scuola Primaria plesso
		<input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia
Telefono reperibile		

COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

necessita della seguente terapia farmacologia, ritenuta di assoluta necessità e che non ha alternative alla somministrazione in orario scolastico:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	
PRESCRIZIONE MEDICA	
Dosaggio e modalità di somministrazione	
Orari somministrazione	
Durata della terapia	
Modalità di conservazione	
Note del medico curante per interventi di particolare necessità:	
Luogo e data,	
<hr/> <i>Firma e timbro del medico curante</i>	

Il/La sottoscritto/a considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico,

autorizzano

la Dirigente Scolastica a provvedere all'attuazione della prescrizione e sollevano il personale scolastico o volontario da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla prescrizione sopra riportata.

Luogo e data,

Firma

INFORMATIVA PRIVACY INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

[Ver. A012 del 01/06/2021]

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione del rapporto con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarLa di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali ?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata di somministrazione farmaci in orario scolastico avverrà allo scopo di garantire il diritto alla salute dell'allievo ed il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.
Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte ?	Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel rispetto del principio di indispensabilità del trattamento.
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti ?	I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a: <ul style="list-style-type: none"> - Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovrintendere alla somministrazione richiesta; - Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori; - ASL/ATS per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale; - Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza; - Professionisti di cui l'Istituto si avvale (RSPP e Medico Competente); - Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.); - Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto); - Fornitori di cui l'Istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione); <p>esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto. Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy.</p>
Cosa accade se non conferisco i miei dati ?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta
Cos'altro devo sapere ?	Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata. Potrà ottenere inoltre maggiori informazioni contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo riportato sulla carta intestata e/o il R.P.D./D.P.O. all'indirizzo e-mail dpo@agicomstudio.it

Luogo e data

Cognome e nome 1° Genitore o Tutore

Firma (*)

Cognome e nome 2° Genitore

Firma

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.