



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "Dante Alighieri"

Via Piave, 31 – 20010 Vittuone (MI)

Tel. 02 9024781

E mail: miic86200p@istruzione.it; pec: miic86200p@pec.istruzione.it

AI DOCENTI

AL PERSONALE ATA

AL DSGA

AI GENITORI

AL SITO WEB DELL'ISTITUTO

ALLA BACHECA DEL REGISTRO ELETTRONICO (con richiesta di Presa Visione)

SEDI

Circolare n. 18

Vittuone, 18/09/2025

Oggetto: Procedura per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico – A.S. 2025/2026

Nel rispetto del diritto allo studio sancito dalla normativa vigente, si comunica che per l'anno scolastico 2025/2026 è attiva la procedura per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico a favore di alunni affetti da patologie croniche o temporanee che necessitano di trattamento durante l'orario scolastico.

Tale procedura si attua nel rispetto delle Linee guida del Ministero della Salute e dell'Istruzione, del D.Lgs 81/2008, del Protocollo quadro d'Intesa tra Regione Lombardia e l'Ufficio scolastico Regionale per la Lombardia prot. n. 33900 del 04/07/2025 e prevede la collaborazione tra scuola, famiglia, personale sanitario e, se necessario, enti locali.

Attivazione della procedura

La somministrazione è subordinata a richiesta formale da parte dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale, corredata dalla seguente documentazione:

- Modulo di richiesta (Allegato A): deve indicare chi somministra il farmaco (personale scolastico, genitore, autosomministrazione assistita).
- Certificazione medica e Piano Terapeutico (Allegato B): redatto dal medico curante o dalla struttura sanitaria, con indicazione dettagliata del farmaco, della posologia, delle modalità e tempi di somministrazione, dell'eventuale necessità di formazione specifica del personale scolastico e della natura salvavita o indispensabile della terapia.

La documentazione completa deve essere consegnata all'Ufficio Didattica entro il 30 settembre 2025. Anche i genitori che hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a richiedere la somministrazione di farmaci salvavita durante l'orario scolastico sono tenuti a rinnovare la richiesta per il nuovo anno scolastico usando i moduli allegati.

Requisiti per la somministrazione da parte della scuola

Il personale scolastico può somministrare i farmaci esclusivamente se:

- non sono richieste competenze sanitarie specialistiche;
- se sollevato da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco
- la somministrazione è programmabile (per patologie croniche);
- è disponibile un Piano Terapeutico dettagliato;

- il personale ha espresso formale disponibilità, eventualmente dopo specifica formazione.
In assenza di queste condizioni, i genitori potranno accedere alla scuola per effettuare la somministrazione, previa autorizzazione.

Compiti del Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico:

- riceve e valuta la documentazione presentata;
- individua un locale idoneo e sicuro per la conservazione dei farmaci;
- autorizza, se necessario, l'accesso dei genitori o di personale esterno;
- promuove percorsi formativi per il personale coinvolto;
- può attivare convenzioni con enti esterni (ASST, Croce Rossa, ecc.) in caso di mancanza di personale scolastico disponibile.

Obblighi della famiglia

I genitori devono:

- consegnare farmaci integri, etichettati con nome, posologia, scadenza;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco o ad assistere l'alunno secondo le indicazioni del Piano terapeutico e sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- comunicare tempestivamente variazioni terapeutiche o cliniche;
- garantire il rifornimento regolare del farmaco richiesto.

Situazioni di emergenza

In caso di emergenza non prevista dal Piano Terapeutico o non gestibile con la somministrazione programmata, il personale scolastico attiverà immediatamente il Numero Unico di Emergenza 112, adottando le misure di sicurezza previste dal Piano di Emergenza dell'Istituto.

Modulistica allegata

Allegato A – Modulo per la richiesta di somministrazione farmaci

Allegato B – Certificazione medica e Piano Terapeutico

Informativa sul trattamento dei dati personali

L'informativa è pubblicata sul sito web di istituto, sottosezione "Altri contenuti"- "Privacy" di Amministrazione trasparente ed è consultabile al seguente link:

https://www.trasparenzascuole.it/Public/AmministrazioneTrasparenteV3.aspx?Customer_id=23a3d7a0-3f1c-494c-8a86-5c3bbce6189e&PID=2e651f22-8ea3-4183-8604-060ac79e1577

Per ogni chiarimento, si invitano le famiglie e il personale a contattare l'Ufficio di Presidenza o l'Ufficio Didattica. Si confida nella piena collaborazione di tutte le componenti scolastiche per garantire il diritto alla salute e allo studio degli alunni.

Cordiali saluti

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Maria Manfredino

*(Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs.
82/2005)*

Allegato A

Richiesta di Somministrazione di Farmaci nei Locali e in Orario Scolastico

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Dante Alighieri"

Il/La sottoscritto/a:

(Cognome e Nome) _____

- ☐ Genitore dell'alunno/alunna _____
☐ Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/alunna _____

E

Il/La sottoscritto/a:

(Cognome e Nome) _____

- ☐ Genitore dell'alunno/alunna _____
☐ Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/alunna _____

Considerato che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
in base alla Certificazione Medica e al Piano Terapeutico allegati, rilasciati dall'ASST
_____/ dal Dott. _____ in
data // ____;

CHIEDONO

(barrare la scelta):

- ☐ Che a mio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano Terapeutico.

(oppure)

- ☐ Che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante la stessa in orario scolastico. (oppure)

Esprimiamo 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 derivante dalla somministrazione stessa, purché effettuata in ottemperanza alle indicazioni fornite nel Piano Terapeutico.

Mi impegno a:

- Provvedere alla fornitura, al rifornimento e alla sostituzione dei farmaci e del materiale eventualmente necessario alla somministrazione, tenendo conto della loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
- Rinnovare la documentazione in caso di variazioni nella posologia, in caso di

trasferimento o passaggio a un altro ciclo scolastico.

- Comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione del farmaco, così come ogni variazione nelle necessità di somministrazione e/o sospensione del trattamento.

Dati di Contatto:

Genitore/Tutore: _____

Numero di telefono: _____

Dati di Contatto Medico Curante/Pediatra:

Nome e Cognome: _____

Numero di telefono: _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali e Sensibili

I sottoscritti dichiarano di aver letto integralmente l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili prodotta dall'istituto ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE.

Firma del Genitore/Tutore: _____

Firma del Genitore/Tutore: _____

Il/la sottoscritt_____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data _____ Firma del genitore _____

Nota: Questo modulo deve essere consegnato completo di Certificazione Medica e Piano Terapeutico allegati.

Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

SEZIONE 1: CERTIFICAZIONE MEDICA

SI CERTIFICA

Che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il // _____

Residente in _____ Cap _____ Località _____

_____ Provincia _____

Codice Fiscale: _____

È affetto/a da una condizione che richiede la somministrazione del farmaco _____ in orario scolastico, in conformità al seguente Piano Terapeutico.

Considerato che:

- La somministrazione del farmaco è necessaria durante l'orario scolastico perché:
 - Farmaco salvavita
 - Farmaco indispensabile
- La somministrazione del farmaco **non richiede il possesso di cognizioni sanitarie specialistiche** né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale somministratore, sia per quanto riguarda l'individuazione degli eventi che richiedono la somministrazione, sia per tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

SI ATTESTA

Che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico resosi disponibile e adeguatamente formato laddove richiesto dal Piano Terapeutico. La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.

Luogo _____ Data // _____

Timbro e Firma del Medico:

SEZIONE 2: PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome _____ Nome _____

Nome commerciale del farmaco indispensabile: _____

Principio attivo del farmaco: _____

☐ Necessità di somministrazione quotidiana: _____

- Orario di somministrazione: _____
- Dose da somministrare: _____
- Modalità di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione del farmaco: _____
- Durata della terapia: Dal _____ al _____

_____ ☐ Somministrazione "al bisogno":

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

-
- Dose da somministrare: _____
 - Modalità di somministrazione: _____
 - Modalità di conservazione del farmaco: _____
 - Durata della terapia: : Dal _____

_____ al _____

☐ Farmaco salvavita (se applicabile):

- Nome commerciale del farmaco salvavita: _____
- Modalità di somministrazione:

-
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

-
- Dose da somministrare: _____
 - Modalità di conservazione: _____

Autosomministrazione:

L'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco:

☐ Sì ☐ No

Formazione del personale scolastico:

È necessaria una formazione specifica per il personale scolastico individuato per la somministrazione?

☐ Sì ☐ No

Note per la formazione specifica da parte dell'ASST:

Luogo _____ **Data //** _____

Timbro e Firma del Medico:

Nota Bene: La presente certificazione deve essere consegnata in forma originale al Dirigente Scolastico e costituisce documentazione essenziale per l'attivazione della somministrazione del farmaco in orario scolastico.