



UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo



FUTURA
LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GUIDO GALLI"

Presidenza – Plesso "Nolli-Arquati", Viale Romagna, 16/18 – 20133 MILANO (MI)
C.F. 97667030155 – Cod. Mecc: MIIC8FU00A - C.U. IPA: ICVRM – C.U. Fatt.Ele. UFF9VL
Tel. 0288447131 – Fax 0288447138 - PEO: miic8fu00a@istruzione.it - PEC: miic8fu00a@pec.istruzione.it
Plessi Primarie: "P. Bonetti" – Via Tajani, 12 – 20133 "E Toti" - Via Cima, 15 – 20134 – "Cinque Giornate" - Via Mugello, 5 – 20137 – Milano (MI) ·
Secondaria I Grado "Cova" – Plesso Via Cova, 5 - 20133 - Plesso Via Cipro, 2 – 20137 - Milano (MI)

Circolare n.51

Milano, 20 ottobre 2025

Al Personale Docente

Al Personale Ata

Alle Famiglie

Scuola Primaria

Secondaria I grado

Oggetto: Somministrazione farmaci in orario scolastico a.s. 2025/26

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, e del Protocollo quadro d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci e/o gestione dispositivi medici a scuola - Protocollo d'Intesa USRL – RL n. 33900 del 03.07.2025, che regola le procedure riferite alla somministrazione di farmaci e/o gestione di dispositivi medici a scuola a favore di studenti portatori delle seguenti patologie: diabete, epilessia, allergie e asma.

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 cartacea completa dovrà essere consegnata all'Ufficio di Segreteria.

Il Dirigente Scolastico, informati i docenti, il Consiglio di Classe, i referenti dei rispettivi plessi, individuerà i docenti o il personale ATA che si rendano volontariamente disponibili ad intervenire, e ne acquisirà il consenso scritto; in caso di necessità recepirà inoltre la eventuale disponibilità di altri soggetti volontari anche esterni alla scuola, individuati in accordo con i Genitori e da questi

formalmente autorizzati. Verificherà inoltre la presenza di condizioni ambientali atte a garantire una corretta modalità di conservazione del farmaco, così come indicato nel Piano Terapeutico, in condizioni di facile accessibilità, tenendo comunque conto che le emergenze devono essere gestite nel luogo in cui avvengono, senza spostare l'alunno, e comunicherà l'attivazione del protocollo alle famiglie interessate.

Il **personale scolastico** può somministrare i farmaci esclusivamente se:

- non sono richieste competenze sanitarie specialistiche;
- 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.

I **genitori** dovranno:

- consegnare farmaci integri, etichettati con nome, posologia, scadenza;
- comunicare tempestivamente variazioni terapeutiche o cliniche;
- garantire il rifornimento regolare del farmaco richiesto.

La prima somministrazione del farmaco per terapie croniche non deve avvenire in ambito scolastico; fanno eccezione i farmaci per le emergenze (es. adrenalina, glucagone, diazepam) che possono essere somministrati anche per la prima volta in ambito scolastico.

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 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

Si confida nella piena collaborazione di tutte le componenti scolastiche per garantire il diritto alla salute e allo studio degli alunni.

Il Dirigente Scolastico
dott.ssa Rosa Stella Cassotti
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, c. 2 del D.L.gs n. 39/93*

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Al Dirigente Scolastico
I.C. Guido Galli di Milano**

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a _____

genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente _____

nato a _____ il ____/____/____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

CHIEDONO/CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN)Dr. _____ nell'allegata prescrizione redatta in data ____/____/____/

☐ **sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Ci impegniamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

☐ **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili**

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel. _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

***PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI
MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE***

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di Famiglia ☐ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ e constatata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE
VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome _____

nato a _____ il ____/____/____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo _____
- Nome commerciale _____
- Forma farmaceutica _____
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i _____
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____ al _____; continuativa; al bisogno) _____
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco _____
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive

Firma e timbro del Medico

Data _____
