



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per la
Lombardia

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE COMPLETO "B. CROCE"

SCUOLE DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA I GRADO

Via Marco Polo 9 – 21010 FERNO (Va)
Cod. Min. VAIC86100R – Cod. Fisc. 91032280124

Com.n. 48

Ferno, 24/09/2026

Ai genitori/ tutori degli alunni

Al personale scolastico

Al DSGA

Al sito scolastico

Oggetto: protocollo locale farmaci a scuola

Il presente documento è finalizzato a regolamentare la somministrazione di farmaci e dispositivi medici nelle collettività scolastiche, con riferimento alle scuole dell'infanzia, primaria, e secondaria di I e II grado al fine di garantire a tutti gli alunni che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci e/o gestione di dispositivi medici per la gestione di patologie complesse (diabete, allergie, asma, epilessia) in orario scolastico, di ricevere una appropriata assistenza.

La somministrazione di farmaci a scuola, è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute. In relazione alla patologia diabetica si richiama quanto definito dalla Circolare Regionale n. 30 del 12 luglio 2005 "Linee Guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico." (Allegato n.1)

Il personale scolastico può somministrare farmaci a condizione che tale somministrazione non debba richiedere il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

Si comunica inoltre che, con il nuovo Anno Scolastico, le richieste di assistenza da parte delle famiglie di studenti affetti dalle patologie croniche contemplate dall'attuale protocollo devono pervenire entro il **28 settembre alle ASST di Competenza** (ASST Sette Laghi o ASST Valle Olona) secondo la procedura dell'attuale protocollo di intesa in vigore che alleghiamo. (Allegato n.2)

Specifichiamo che le richieste sono presentate dai genitori che provvedono ad allegare l'opportuna documentazione. Qualora la richiesta fosse stata già presentata lo scorso anno scolastico e lo studente frequenti ancora l'istituto è necessario comunque ripresentare la domanda senza la relativa documentazione, a meno che non ci siano evoluzioni nel piano terapeutico presentato in precedenza. Sulla richiesta deve essere specificato che si tratta di un rinnovo.

Modalità per la richiesta della somministrazione del farmaco.



Firmato da:
ORTOLANI SUSI
24/09/2026 11:38:28

- Il Genitore/Tutore inoltra alla segreteria scolastica via mail al **vaic86100r@istruzione.it** la

richiesta di somministrazione di farmaco a scuola in formato PDF entro il **28 settembre** compilando i seguenti moduli:

- per patologie croniche o in caso di emergenza

il **MODULO A + MODULO C + CERTIFICAZIONE MEDICA** (attestante lo stato di malattia dell'alunno/a con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere)

- per terapie farmacologiche brevi

il **MODULO B + MODULO C + CERTIFICAZIONE MEDICA** (attestante lo stato di malattia dell'alunno/a con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere)

Nello stesso MODULO A o MODULO B il Genitore/Tutore autorizza la somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate, **sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti.**

Per tutte le **esigenze che emergeranno dopo il 28 settembre** il Genitore/Tutore potrà presentare la documentazione con la stessa modalità quando se ne presenterà la necessità.

1. Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci e della relativa documentazione:

- individua nei diversi plessi scolastici un luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici Personale docente e ATA in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci.
- autorizza la somministrazione della terapia farmacologica prescritta in ambito e orario scolastico e qualora richiesto autorizza l'accesso a scuola durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o ai loro delegati, per la somministrazione dei farmaci.

Il Dirigente Scolastico si riserva la possibilità di richiedere al Medico curante di fornire al personale della scuola, alla presenza dei genitori, una completa informazione su quali siano gli eventuali sintomi da monitorare per la somministrazione, sulle modalità di somministrazione, sui possibili effetti collaterali dopo la somministrazione del farmaco e su quale debba essere il comportamento più congruo da attuare nell'ipotesi che questi si presentino.

II DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Susi Ortolani

(Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Benedetto
Croce" Via Marco Polo,10 Ferno (VA)

MODULO A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per patologie croniche o in caso di emergenza

Il /La sottoscritto/a
in qualità di ☐ Genitore ☐ Tutore
di Cognome Nome.....
nato/a il..... e frequentante nell'anno scolastico/.....
la classe sez. della scuola
di
essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

- ☐ sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite
 - ☐ la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
 - ☐ la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato da personale esterno indicato dalla famiglia di cui si allegano le generalità e la copia della carta di identità
 - ☐ la possibilità di AUTO-SOMMINISTRAZIONE
in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal Dott.
- ☐ sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

- ☐ al periodo dal al
- ☐ al corrente anno scolastico /.....

MODALITA' DI CUSTODIA DEL FARMACO

- ☐ custodito dal personale scolastico (luogo e modalità da concordare)
- ☐ custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C), recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitore/Tutore

Data

Firma

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Benedetto
Croce" Via Marco Polo,10 Ferno (VA)

MODULO B

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per terapie farmacologiche brevi

Il /La sottoscritto/a
in qualità di ☐ Genitore ☐ Tutore
di Cognome Nome.....
nato/a il..... e frequentante nell'anno scolastico/.....
la classe sez. della scuola
di
essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità e l'impossibilità di somministrazione in orario extrascolastico

CHIEDE

- ☐ la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
- ☐ la possibilità di AUTO-SOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata
in data dal Dott.

La richiesta è riferita:

- ☐ al periodo dal al
- ☐ al corrente anno scolastico /.....

MODALITA' DI CUSTODIA DEL FARMACO

- ☐ custodito dal personale scolastico (luogo e modalità da concordare)
- ☐ custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine:

AUTORIZZA

il personale della scuola ospitante il minore alla somministrazione e/o alla custodia del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.**

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C), recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitore/Tutore

Data

Firma

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Benedetto
Croce" via Marco Polo, 10 Ferno (VA)

MODULO C

Allegato al Certificato Medico

ISTRUZIONI DEL MEDICO CURANTE

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

- Nome commerciale del farmaco:
.....
- Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):
.....
.....
- Modalità e tempi di somministrazione, posologia:
.....
.....
- ☐ **Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico**
- ☐ **Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola** (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)
- ☐ **Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno**

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

.....
.....
.....

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

.....

.....

.....

.....

Data, ...

Il Medico Curante

.....