



Ai genitori/tutori

Al personale della scuola

Procedura per la somministrazione di farmaci a scuola

Indicazioni operative permanenti

In base ai:

- *Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola (DGR 6919/2017)*
- *Modello organizzativo per la gestione della somministrazione dei farmaci a scuola dell'ATS di Bergamo (Prot. 112587 del 05/12/2017)*

Il Dirigente Scolastico trasmette le seguenti **indicazioni operative**, a cui **personale scolastico e famiglie** devono attenersi in caso di necessità di somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico.

1. Condizioni necessarie per avviare la procedura

Per attivare la somministrazione di farmaci a scuola è obbligatorio presentare:

1. **Richiesta scritta dei genitori** (o dell'alunno se maggiorenne) al Dirigente Scolastico – *Allegato A*
2. **Certificazione medica** attestante lo stato di malattia, con **Piano Terapeutico** redatto dal medico – *Allegato B*

2. Ruoli e responsabilità

A) Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale

- Presentano la richiesta al Dirigente Scolastico (*Allegato A*) con certificazione medica e Piano Terapeutico (*Allegato B*) e, nel caso di richiesta di auto-somministrazione, (*Allegato C*)
- Forniscono recapiti aggiornati per eventuali contatti urgenti.
- Comunicano tempestivamente ogni variazione del Piano Terapeutico, documentata dal medico responsabile.
- Consegnano il farmaco e gli eventuali presidi necessari, garantendone il regolare rifornimento.
- Ripresentano la richiesta:
 - ad ogni cambio di ciclo scolastico;
 - in caso di trasferimento ad altra scuola.

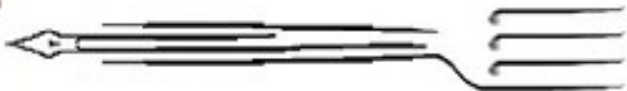
B) Alunni e studenti

- Sono coinvolti nella gestione della terapia in modo proporzionato a età e competenze.
- Se previsto dal Piano Terapeutico, possono autosomministrarsi il farmaco.



Il Ministro dell'Istruzione e Merito

nembro
ipseo
a.



sonzogni



MOD. 006_2025

- Segnalano subito eventuali problemi legati alla patologia o alla terapia.

C) Medico (SSR o struttura pubblica/accreditata)

- Certifica lo stato di malattia e redige il Piano Terapeutico con tutte le indicazioni necessarie.
- Fornisce chiarimenti utili all'applicazione del Piano Terapeutico.

D) Scuola

Il Dirigente Scolastico, dopo aver verificato la completezza della documentazione:

- Informa il Consiglio di Classe.
- Individua il personale docente/ATA volontario e/o altri soggetti formalmente autorizzati dai genitori.
- Verifica che siano garantite condizioni ambientali adeguate per la conservazione del farmaco.
- Tutela la privacy degli studenti.
- Comunica ai genitori l'avvio della procedura.
- L'ufficio alunni invia tramite PEC all'ATS di Bergamo (protocollo@pec.ats-bg.it) la documentazione (*Allegati A e B*) per ciascuna richiesta.

3. Avvertenza importante

In nessun caso il personale scolastico è autorizzato a somministrare farmaci agli alunni **senza** che sia stato attivato l'apposito protocollo.

Di seguito

- **Allegato A** – Richiesta dei genitori/tutori
- **Allegato B** – Certificato medico con Piano Terapeutico
- **Allegato C** - Certificazione medica da allegare alla richiesta di auto- somministrazione di farmaci in ambito scolastico



Il Ministro dell'Istruzione e Merito



MOD. 006_2025

Allegato A: RICHIESTA DEI GENITORI (o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

Data

Al Dirigente Scolastico dell'Alberghiero Sonzogni

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/a

Della classe.....Scuola.....

residente a.....In via.....

Comune.....Prov..... Tel

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr..... e presentati in allegato alla presente richiesta.

- ☐ **Chiedono la disponibilità** della scuola alla somministrazione e dichiarano:
 - Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
 - Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
 - Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
 - Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.
- ☐ Autorizzano:
 - se del caso, l'auto-somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).
- ☐ Chiedono:
 - La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario...)

.....

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i

seguenti: nometel.....

nome tel A

disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

Luogo e data

Firme





Il Ministro dell'Istruzione e Merito



MOD. 006_2025

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, 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, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

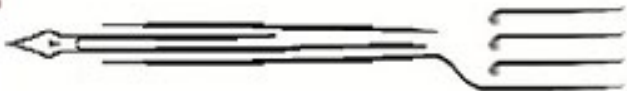
Luogo e data _____

Firma del genitore _____



Il Ministro dell'Istruzione e Merito

nembro
ipseo
a.



sonzogni



MOD. 006_2025

Allegato B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che

Nato ail residente

in via.....Comune.....Prov..... Frequentante la

classe della scuoladi..... È affetto /a dalla

seguente patologia per la quale:

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- La somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Nome del farmaco.....forma farmaceutica.....

Dosaggio.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

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

Dose da somministrare.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

.....
.....

Prescrizione ADRENALINA Sì No



Il Ministro dell'Istruzione e Merito



MOD. 006_2025

Data In fede Firma e timbro del Medico

**Allegato C- CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AUTO- SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno/a

Data e luogo di nascita _____ clas. e sez. _____

DICHIARA

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di conservazione _____

Effetti collaterali da segnalare alla scuola _____

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento):

- ☐ SI
- ☐ NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze programmate di seguito indicate:

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei seguenti sintomi:

- 1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco
- 2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:



Il Ministro dell'Istruzione e Merito

nembro
ipseo
a. sonzogni



MOD. 006_2025

Data In fede Firma e timbro del Medico



Via Bellini, 54 – NEMBRO (Bg) – Tel. 035 521 285 – C.F. 951 3924 0162
PEO: bgrh020009@istruzione.it – PEC: bgrh020009@pec.istruzione.it
sito internet www.alberghierosonzogni.it