



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "IV NOVEMBRE"**

Via Passalacqua Trotti, 10 - 22066 **MARIANO COMENSE** (CO)  
tel. 031 745331 - fax 031 752098 - c.f. 90035780130  
[coic853004@istruzione.it](mailto:coic853004@istruzione.it) [coic853004@pec.istruzione.it](mailto:coic853004@pec.istruzione.it) [www.icmarianocomense.it](http://www.icmarianocomense.it)

---

**PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

(approvato all'unanimità dal Collegio dei Docenti del 29.06.2019)

"L'esercizio del diritto all'istruzione non può essere impedito da alcuna difficoltà, anzi è dovere della scuola e di tutti gli enti pubblici interessati rimuovere gli ostacoli che di fatto possono impedire il pieno sviluppo della persona" (Art.3 della Costituzione della Repubblica Italiana – Gazzetta Ufficiale N°.298 del 27/12/1947).

Sono sempre più numerosi gli studenti frequentanti scuole di ogni ordine e grado che manifestano patologie acute e croniche per le quali potrebbe rendersi necessaria la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico.

Questa evenienza non deve spaventare e costituire un ostacolo alla frequenza scolastica dell'alunno con patologia cronica, che deve avvenire in maniera "naturale", senza creare nel bambino/ragazzo sensazioni di "diversità" o suscitare allarmismo negli operatori scolastici o nei genitori.

**Documenti di riferimento**

Nota 2312 del 25.11.2005 - [...] per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica (art. 1 delle Linee Guida).

"La somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto" (art. 2 delle suddette Linee Guida).

"...somministrazione di farmaci intesa come emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata da una patologia cronica nota, che richiede intervento immediato. Continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica. (art.1 protocollo d'intesa tra regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia del 13.09.2017).

**QUANDO SOMMINISTRARE FARMACI A SCUOLA**

La presenza nel nostro Istituto di alunni con gravi patologie e allergie ha posto il problema di un efficace processo organizzativo finalizzato alla gestione di possibili e prevedibili situazioni di emergenza.

**In orario scolastico, generalmente non è prevista la somministrazione di farmaci agli studenti.**

La somministrazione dei farmaci a scuola è assicurata agli studenti con patologie croniche, ma solo nei casi richiesti e autorizzati dai genitori e se risulterà indispensabile durante l'orario scolastico. Il farmaco può essere somministrato dal personale della scuola (docente e ATA che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi della normativa vigente) previo accordo fra le parti secondo la procedura descritta:

- il genitore (o l'esercitante la potestà genitoriale) inoltra al Dirigente Scolastico la richiesta di somministrazione di farmaco a scuola compilando il Modulo A, accompagnata dalla prescrizione del medico (Modulo A\_1) attestante lo stato di malattia dell'alunno/a con le indicazioni specifiche dei farmaci da somministrare (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

Nello stesso Modulo A il genitore (o l'esercitante la potestà genitoriale) 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.

- Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci e della relativa documentazione:
  - effettua una verifica delle strutture scolastiche e individua un luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
  - verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci;
  - autorizza la somministrazione della terapia farmacologica prescritta.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il Dirigente Scolastico può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

- Vista la maggiore autonomia degli studenti a partire dai 12 anni, se richiesto dalla famiglia e dal medico curante, è possibile prevedere l'auto-somministrazione dei farmaci. I genitori inoltrano al Dirigente Scolastico la richiesta utilizzando il Modulo B corredata di prescrizione medica (Modello B\_1).
- In presenza di una patologia che richieda la somministrazione di un farmaco di assoluta necessità per la salute dell'alunno, il genitore può far richiesta al Dirigente Scolastico per accedere alla scuola durante le lezioni e somministrare personalmente il medicinale utilizzando il Modulo C corredata da prescrizione medica (Modello C\_1).

**La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.**

A fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

Nel rispetto della privacy si invitano i docenti a:

- prendere visione della documentazione degli alunni che hanno necessità di assumere farmaci durante la permanenza in Istituto e della relativa documentazione medica;
- informare il Consiglio di Classe/Interclasse/Intersezione circa le problematiche esistenti in materia di salute degli alunni;
- far pervenire alla segreteria la disponibilità personale o di altro docente del Consiglio di classe a somministrare farmaci (dichiarazione di disponibilità alla somministrazione di farmaci).

Tutta la documentazione prodotta dai genitori verrà inviata a A.T.S Insubria.

Tutta la modulistica è disponibile presso la segreteria.

ALLEGATI:

1. moduli A,B,C - A\_1, B\_1, C\_1;
2. dichiarazione di disponibilità alla somministrazione farmaci;
3. comunicazione ai docenti della classe.

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.C. IV NOVEMBRE  
MARIANO COMENSE**

**OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
VALIDA PER L'ANNO SCOLASTICO IN CORSO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, **chiedono** la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da personale non sanitario, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

A conoscenza del contenuto del Regolamento Interno dell'Istituto che non prevede l'obbligo, da parte degli insegnanti, di somministrare farmaci, contestualmente alla presente richiesta, **esonerano gli insegnanti/operatori della scuola da ogni responsabilità, presente e futura**, connessa alla somministrazione stessa o alla involontaria mancata somministrazione.

I farmaci prescritti vengono consegnati in confezione integra, e saranno sostituiti alla data di scadenza e ritirati alla fine dell'anno scolastico.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Numeri di telefono/cellulare utili:**

- Medico curante \_\_\_\_\_  
(di cui si allega prescrizione)

- Genitori \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE  
NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A:**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a .....

Residente a .....

in via ..... n. .... telefono n. ....

Scuola ..... di via .....

Classe ..... sez .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Dose da somministrare .....

Modalità di somministrazione .....

.....

.....

Durata terapia: .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

.....

.....

.....

**Data, .....**

**Timbro e firma del Medico**

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo IV Novembre  
Mariano Comense

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

I sottoscritti ..... e .....  
genitori di .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via .....  
frequentante la classe ..... Sez. .... della Scuola "....."  
sita a ..... via .....  
chiedono sotto la propria responsabilità che il proprio figlio sopracitato possa procedere  
dal giorno ..... al giorno ..... alle ore .....  
all'autosomministrazione del/i farmaco/i .....  
come da allegata prescrizione medica rilasciata in data .....  
dal medico curante Dr. ....

Si evidenzia che, come da indicazione medica, data la patologia .....  
di cui nostro/a figlio/a è affetto/a, la somministrazione del farmaco in orario scolastico risulta di assoluta  
necessità per la salute del/la ragazzo/a il/la quale ha raggiunto attualmente una sufficiente autonomia  
nella somministrazione.

Ci assumiamo inoltre l'impegno di monitorare la scadenza del farmaco dato eventualmente in consegna  
alla scuola e di ritirarlo alla fine dell'anno scolastico.

Acconsentiamo altresì al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679.

La presente autorizzazione è valida per l'anno scolastico in corso.

Data .....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

.....

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DA  
PARTE DELL'ALUNNO/A**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**IL FARMACO SOTTOINDICATO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A:**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a .....

Residente a .....

in via ..... n. .... telefono n. ....

Scuola ..... di via .....

Classe ..... sez .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Dose da somministrare .....

Modalità di somministrazione .....

.....

.....

Durata terapia: .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

.....

.....

.....

Data, .....

**Timbro e firma del Medico**

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo IV Novembre  
Mariano Comense

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD ACCEDERE A SCUOLA PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti ..... e .....  
genitori di .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via .....  
frequentante la classe ..... Sez. .... della Scuola “.....”  
sita a ..... via .....  
chiedono l'autorizzazione ad accedere a scuola regolarmente nei giorni .....  
alle ore ..... per la somministrazione del/i farmaco/i .....  
come da allegata prescrizione medica rilasciata in data .....  
dal medico curante Dr. ....

Si evidenzia che, come da indicazione medica, data la patologia .....  
di cui nostro/a figlio/a è affetto/a, la somministrazione del farmaco in orario scolastico risulta di  
assoluta necessità per la sua salute.

Ci assumiamo inoltre l'impegno di monitorare la scadenza del farmaco eventualmente dato in  
consegna alla scuola e di ritirarlo alla fine dell'anno scolastico.

Acconsentiamo altresì al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento U.E.  
2016/679.

La presente autorizzazione è valida per l'anno scolastico in corso.

Data .....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

.....

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AD ACCEDERE A SCUOLA PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DA PARTE DEI GENITORI DELL'ALUNNO/A**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**IL FARMACO SOTTOINDICATO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A:**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a .....

Residente a .....

in via ..... n. .... telefono n. ....

Scuola ..... di via .....

Classe ..... sez .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Dose da somministrare .....

Modalità di somministrazione .....

.....

.....

Durata terapia: .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

.....

.....

.....

**Data,** .....

**Timbro e firma del Medico**



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "IV NOVEMBRE"**

Via Passalacqua Trotti, 10 - 22066 **MARIANO COMENSE** (CO)  
tel. 031 745331 - fax 031 752098 - c.f. 90035780130  
[coic853004@istruzione.it](mailto:coic853004@istruzione.it) [coic853004@pec.istruzione.it](mailto:coic853004@pec.istruzione.it) [www.icmarianocomense.it](http://www.icmarianocomense.it)

➤ ALLE INSEGNANTI DELLA CLASSE \_\_\_ SEZ \_\_\_

PLESSO: \_\_\_\_\_

Oggetto: **firma di notifica comunicazione – FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Alunno \_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_ - classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

- Vista la richiesta dei genitori ns. prot. n. \_\_\_\_\_ del
- Vista le indicazioni del medico allegate alla richiesta;

si trasmette alle insegnanti di classe copia dei documenti

**nominativo**

**firma**

nominativo	firma

