



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI" VERDELLO

VIA DON GIAVAZZI, 26 - 24049 VERDELLO (BG)  
TEL. 035 871073 - FAX 035 872821 - C.M. BGIC88700C - C.F.93024450160



bgic88700c@istruzione.it

www.icverdello.edu.it

bgic88700c@pec.istruzione.it

Ai genitori  
p.c. personale scolastico

## Oggetto: somministrazione farmaci a scuola

Con la presente, in riferimento alle problematiche relative alla possibilità di somministrare farmaci agli allievi durante l'attività didattica e loro permanenza a scuola, si precisa che, di norma, l'auto assunzione e la somministrazione di farmaci agli allievi in custodia al personale scolastico è vietata.

In considerazione del fatto che in molte situazioni (siano esse di emergenza sanitaria o meno) la somministrazione di farmaci può essere un elemento discriminante la salute dell'allievo all'interno della scuola e al fine di tutelarne il diritto allo studio, è stata definita dalla Regione Lombardia di concerto con l'Ufficio Scolastico Regionale una specifica procedura che consente, con un protocollo ben definito (DGR 6919/2017), la somministrazione di farmaci all'interno della scuola.

Sulla base di quanto contenuto nel citato accordo, è stata rivisitata la procedura già in essere presso questo istituto e aggiornata la modulistica di riferimento, al fine di tutelare il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della stessa struttura scolastica di bambini/alunni/studenti frequentanti.

La somministrazione di farmaci a scuola è legittimata nelle seguenti situazioni:

- continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica (FARMACO INDISPENSABILE);
- somministrazione di farmaci in seguito a una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata a una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati (FARMACO SALVAVITA).

La procedura di somministrazione di farmaci a scuola è attivabile a seguito di richiesta specifica da parte dei genitori e in presenza della certificazione medica attestante lo stato di malattia del bambino/alunno/studente con allegata la prescrizione della terapia necessaria.

Il personale scolastico (docente e ATA) può somministrare farmaci a condizione che tale somministrazione non richieda il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

Verificata la disponibilità del personale scolastico, il dirigente scolastico autorizza la somministrazione del farmaco.

La prima somministrazione del farmaco non deve avvenire in ambiente scolastico ad eccezione di specifiche situazioni.

La richiesta deve essere presentata al Dirigente Scolastico ad ogni cambio di ciclo scolastico e anche in caso di trasferimento/passaggio ad altra Istituzione Scolastica.

In caso di variazioni del piano terapeutico la famiglia è tenuta a rinnovare l'intera procedura di richiesta somministrazione.

La famiglia è tenuta a:

- monitorare la data di scadenza del farmaco;
- ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico di riferimento;
- riconsegnare il farmaco prima dell'avvio del successivo anno scolastico.



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI" VERDELLO

VIA DON GIAVAZZI, 26 - 24049 VERDELLO (BG)  
TEL. 035 871073 - FAX 035 872821 - C.M. BGIC88700C - C.F.93024450160



bgin88700c@istruzione.it

www.icverdello.edu.it

bgin88700c@pec.istruzione.it

## **IN TUTTI I CASI IN CUI SI RAVVISI COMUNQUE UN CARATTERE DI EMERGENZA/URGENZA È INDISPENSABILE COMPORRE IL NUMERO UNICO DELL'EMERGENZA 112.**

In caso di manifestazione acuta in alunni che rientrano tra i casi con prescrizione di adrenalina per rischio anafilassi, al momento della chiamata al numero unico 112, quando si è messi in contatto con l'emergenza sanitaria, sarà necessario identificare la richiesta di intervento con il termine **"PROTOCOLLO FARMACO"**

### Modelli Allegati

1. Richiesta di somministrazione farmaci da parte della famiglia
2. Richiesta di auto-somministrazione farmaci da parte della famiglia
3. Modello prescrizione del medico curante
4. Verbale per consegna medicinale salvavita/indispensabile

Distinti saluti

✂=====

Tagliando da restituire al docente coordinatore/prevalente entro il 13.09.2021

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

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe ....^ sez.

..... della scuola \_\_\_\_\_ dichiarano:

di aver ricevuto la comunicazione avente per oggetto: **somministrazione farmaci a scuola;**

\*Firma dei genitori \_\_\_\_\_



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI" VERDELLO

VIA DON GIAVAZZI, 26 - 24049 VERDELLO (BG)  
TEL. 035 871073 - FAX 035 872821 - C.M. BGIC88700C - C.F.93024450160



bgic88700c@istruzione.it

www.icverdello.edu.it

bgic88700c@pec.istruzione.it

*\*Qualora la comunicazione in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile, si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.*

## MODELLO - RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO)

Verdello .....

Al dirigente scolastico  
IC Verdello

I sottoscritti.....  
genitori dell'alunno .....  
residente a ..... in via.....  
frequentante la classe.....della scuola.....

### RICHIEDONO

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

### PERTANTO CHIEDONO

A) 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;
- 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;
- 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, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili a seguito dell'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

B) LA POSSIBILITÀ DI ACCESSO ALLA SCUOLA per la somministrazione del farmaco da parte di

.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI" VERDELLO

VIA DON GIAVAZZI, 26 - 24049 VERDELLO (BG)  
TEL. 035 871073 - FAX 035 872821 - C.M. BGIC88700C - C.F.93024450160



bgic88700c@istruzione.it

www.icverdello.edu.it

bgic88700c@pec.istruzione.it

- Medico curante .....
- Genitori .....

In base al Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia e USR Lombardia (dgr 6919/2017) i genitori sono consapevoli che la Scuola trasmetterà la loro richiesta e il certificato del Medico all'ATS di Bergamo.



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI" VERDELLO

VIA DON GIAVAZZI, 26 - 24049 VERDELLO (BG)  
TEL. 035 871073 - FAX 035 872821 - C.M. BGIC88700C - C.F.93024450160



bgic88700c@istruzione.it

www.icverdello.edu.it

bgic88700c@pec.istruzione.it

## MODELLO - RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO)

Verdello .....

Al dirigente scolastico  
IC Verdello

I sottoscritti.....

genitori dell'alunno .....

residente a ..... in via.....

frequentante la classe.....della scuola.....,

constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal Dr ..... e presentati in allegato alla presente richiesta.

Dichiarano di sollevare la scuola da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

In base al Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia e USR Lombardia (dgr 6919/2017) i genitori sono consapevoli che la Scuola trasmetterà la loro richiesta e il certificato del Medico all'ATS di Bergamo.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Medico curante .....
- Genitori .....



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI" VERDELLO

VIA DON GIAVAZZI, 26 - 24049 VERDELLO (BG)  
TEL. 035 871073 - FAX 035 872821 - C.M. BGIC88700C - C.F.93024450160



bgic88700c@istruzione.it

www.icverdello.edu.it

bgic88700c@pec.istruzione.it

## MODELLO - CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO (a cura del medico)

Si certifica che ..... Data di nascita .....

Residente a ..... In via ..... n.....  
frequentante la classe ..... della scuola

È affetto/a dalla seguente patologia .....

per la quale:

- vi è l'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 incorre 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 conservazione del farmaco.....

Prescrizione ADRENALINA

SÌ

NO

In fede

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO .....



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DON MILANI" VERDELLO

VIA DON GIAVAZZI, 26 - 24049 VERDELLO (BG)  
TEL. 035 871073 - FAX 035 872821 - C.M. BGIC88700C - C.F.93024450160



bgic88700c@istruzione.it

www.icverdello.edu.it

bgic88700c@pec.istruzione.it

**MODELLO** (a cura dei genitori e coordinatore/prevalente di classe/sezione)

**Verbale per consegna medicinale** \_\_\_\_\_

**Alunno/a** \_\_\_\_\_

In data.....alle ore..... la/il sig. ....

..... genitore del  
bambino/alunno/studente/a,..... frequentante la  
classe..... della scuola .....consegna agli insegnanti di classe una  
confezione nuova ed integro del medicinale..... da somministrare all'alunno/a  
in caso di ..... nella dose .....  
come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in  
data ..... dal Dr. ....

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

\_\_\_\_\_

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra del farmaco all'inizio dell'anno scolastico oppure ogni qualvolta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Verdello, \_\_\_\_\_

Il genitore

Per le insegnanti (docente coordinatore/referente o delegato)

\_\_\_\_\_