



## *Istituto comprensivo "Arbe - Zara"*

Viale Zara n. 96 (via Arbe, 21) - 20125 MILANO  
C.F. 80124730153 – Cod. Mecc. MIIC8DG00L  
Milano ☎ 02/6080097 -

Sito Istituto: [www.icarbezara.edu.it](http://www.icarbezara.edu.it) - istituzionale: [MIIC8DG00L@istruzione.it](mailto:MIIC8DG00L@istruzione.it)  
posta certificata: [MIIC8DG00L@pec.istruzione.it](mailto:MIIC8DG00L@pec.istruzione.it)  
Codice univoco per fatturazione elettronica **UF58DE**

Circ. n. 15  
Milano, 12 settembre 2023

Agli studenti  
Alle famiglie  
Ai docenti  
Al personale ATA  
Sito web

**Oggetto: Somministrazione farmaci a scuola**

### **II DIRIGENTE SCOLASTICO**

- Vista la nota congiunta di Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005 con la quale sono state emanate le "Linee guida 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".
- Visti i protocolli d'intesa tra Regione Lombardia e USR Lombardia del 13/9/2017 e tra ATS Milano, ASST Milano Nord e UST Milano (allegati);

### **DISPONE**

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni ci si attenga alle seguenti linee guida:

1. la somministrazione di farmaci a scuola, oggetto del presente protocollo, è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute;
2. la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto;
3. la somministrazione deve essere richiesta formalmente al dirigente scolastico da chi esercita la potestà sul minore a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, dose da somministrare) – si allega modulistica necessaria.
4. le parti coinvolte si impegnano a seguire il percorso operativo indicato nei citati protocolli;
5. resta in ogni modo prescritto il ricorso al Servizio Urgenza ed Emergenza (112) in tutti i casi in cui si ravvisi una situazione di emergenza.

**La suddetta procedura concerne i farmaci salvavita, si invitano, comunque, tutte le famiglie degli alunni con condizioni di salute anche non gravi, a informare i docenti coordinatori di classe/sezione per avere un quadro dettagliato della situazione.**

Il Dirigente Scolastico  
dott.ssa Tiziana Falconetti

Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

# **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

Al Dirigente Scolastico della

Scuola per l'infanzia

Scuola primaria

Scuola secondaria I

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / C. Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

## **CHIEDO**

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

**sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

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

oppure che, in alternativa,

**mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Firma

Data \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza**

Firma

Data \_\_\_\_\_

ⓧ Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

ⓧ Genitori: Madre cell: \_\_\_\_\_ Padre cell: \_\_\_\_\_