LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

MODULISTICA PER LA SOMMINISTRAZIONE A SCUOLA DI FARMACI

per terapie croniche e/o eventi acuti che pregiudicano gravemente

lo stato di salute dello studente

Allegati 1–8 alla Circolare n. 43 del 22 settembre 2026 del Dirigente Scolastico

Riferimenti normativi:

Raccomandazioni MIUR – Ministero della Salute, 25 novembre 2005

D.P.R. 8 marzo 1999, n. 275 – Regolamento sull'autonomia scolastica

D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 – Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

D.M. 15 luglio 2003, n. 388 – Regolamento sul pronto soccorso aziendale

Legge 13 luglio 2015, n. 107

Protocollo quadro Regione Lombardia – U.S.R. Lombardia, D.G.R. 3 giugno 2025, n. XII/4483 (BURL n. 23 del 6.6.2025), valido aa.ss. 2025/26-2027/28

Nota esplicativa Direzione Generale Welfare Regione Lombardia n. 7476 del 7 agosto 2025

Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), art. 9 – D.Lgs. 196/2003 come modif. da D.Lgs. 101/2018

LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 1

Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico (a cura del Medico curante / specialista del S.S.N.)

Ai sensi del Protocollo quadro d'intesa Regione Lombardia – U.S.R. Lombardia per la somministrazione di farmaci e/o gestione di dispositivi medici a scuola (D.G.R. 3 giugno 2025, n. XII/4483 – BURL n. 23 del 6.6.2025) e delle Raccomandazioni MIUR – Ministero della Salute del 25 novembre 2005.

Dati dello studente

Cognome e nome:	**Data di nascita:**
Classe e sezione frequentata:	**Codice fiscale:**

Diagnosi e quadro clinico

Descrizione dell'evento/situazione che richiede la somministrazione del farmaco

---

Farmaco prescritto

Nome commerciale:	**Principio attivo:**
Forma farmaceutica:	**Dosaggio:**

Posologia, modalità e tempi di somministrazione (specificare se terapia programmata a orari fissi oppure «al bisogno»)

Modalità di conservazione del farmaco (secondo RCP e Foglio Illustrativo)

Indicazioni specifiche

☐ Prescrizione di adrenalina auto-iniettabile per rischio di anafilassi

☐ Prescrizione di farmaco per l'interruzione di crisi epilettica prolungata

☐ Monitoraggio glicemico in continuo tramite applicativo smartphone (eventualmente collegato al caregiver)

☐ Altro (specificare): _____

Modalità di somministrazione

☐ Auto-somministrazione da parte dello studente (lo studente è autonomo nella gestione)

☐ Somministrazione da parte di terzi (personale scolastico volontariamente disponibile)

Dichiarazione del medico

Il/la sottoscritto/a medico dichiara che la somministrazione sopra descritta:

☐ non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario

☐ non richiede 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 a tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione

Durata della terapia / validità del presente Piano Terapeutico

_____

Data _____

Timbro e firma del Medico:	**Recapiti del Medico (tel./e-mail):**

LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 2A

Richiesta di somministrazione farmaci a scuola (a cura dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale – studente minorenne)

Da presentare in Segreteria didattica unitamente all'Allegato 1 (Certificazione del Medico e Piano Terapeutico).

Al Dirigente Scolastico del Liceo Classico Statale «Giuseppe Parini» di Milano

Cognome e nome del/la richiedente:	**Rapporto di parentela con lo studente:**
Luogo e data di nascita:	**Codice fiscale:**
Residenza:	**Recapiti telefonici ed e-mail per contatti urgenti:**

Dati dello studente

Cognome e nome:	**Classe e sezione:**
Data di nascita:	**Patologia (facoltativo, se non desumibile dall'Allegato 1):**

Il/la sottoscritto/a, esercente la responsabilità genitoriale sullo studente sopra indicato,

CHIEDE

che al proprio figlio/a sia somministrato, in orario scolastico e secondo il Piano Terapeutico allegato (Allegato 1), il farmaco ivi indicato, e a tal fine

DICHIARA

☐ di essere consapevole che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi volontariamente disponibile, lo stesso non possiede né competenze né funzioni sanitarie;

☐ di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco e/o ad assistere l'alunno/a secondo le indicazioni del Piano Terapeutico, sollevando l'Istituto e il personale individuato da ogni responsabilità

derivante dalla somministrazione medesima, fermo restando il rispetto delle indicazioni del Piano Terapeutico;

☐ di impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco prescritto, in confezione integra, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, microinfusori, sistemi di monitoraggio, glucometri), provvedendo al rinnovo delle forniture in tempo utile e comunque prima della scadenza;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione del Piano Terapeutico, formalmente documentata dal medico;

☐ di autorizzare, ove indicato nell'Allegato 1, l'auto-somministrazione del farmaco da parte dello studente;

☐ di essere consapevole che, in caso di emergenza/urgenza, il personale scolastico contatterà comunque il Numero Unico dell'Emergenza 112.

Milano, _____

Firma del/la richiedente:	**Firma dell'altro genitore/esercente la responsabilità (se presente):**

Informativa privacy: il trattamento dei dati relativi alla salute contenuti nella presente richiesta e nei relativi allegati avviene ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018 – cfr. Allegato 6.

LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 2B

Richiesta di somministrazione farmaci a scuola (a cura dello studente maggiorenne)

Da presentare in Segreteria didattica unitamente all'Allegato 1 (Certificazione del Medico e Piano Terapeutico).

Al Dirigente Scolastico del Liceo Classico Statale «Giuseppe Parini» di Milano

Cognome e nome dello studente:	**Classe e sezione:**
Luogo e data di nascita:	**Codice fiscale:**
Recapiti telefonici ed e-mail:	**Recapiti di un familiare/persona di riferimento per emergenze:**

Il/la sottoscritto/a, studente maggiorenne,

CHIEDE

che gli/le sia somministrato, in orario scolastico e secondo il Piano Terapeutico allegato (Allegato 1), il farmaco ivi indicato, e a tal fine

DICHIARA

☐ di essere consapevole che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi volontariamente disponibile, lo stesso non possiede né competenze né funzioni sanitarie;

☐ di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco e/o ad assistere lo studente secondo le indicazioni del Piano Terapeutico, sollevando l'Istituto e il personale individuato da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione medesima;

☐ di impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco prescritto, in confezione integra, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, provvedendo al rinnovo delle forniture in tempo utile;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico ogni variazione del Piano Terapeutico, formalmente documentata dal medico;

☐ di richiedere l'autorizzazione all'auto-somministrazione del farmaco, ove indicato nell'Allegato 1;

☐ di essere consapevole che, in caso di emergenza/urgenza, il personale scolastico contatterà comunque il Numero Unico dell'Emergenza 112.

Milano, _____

Firma dello studente:	

LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 3

Dichiarazione di disponibilità volontaria del personale scolastico alla somministrazione di farmaci / gestione di dispositivi medici

Ai sensi dell'art. 2 del Protocollo quadro D.G.R. Lombardia n. XII/4483 del 3.6.2025: il personale scolastico agisce su base esclusivamente volontaria e non è tenuto al possesso di competenze sanitarie.

Al Dirigente Scolastico del Liceo Classico Statale «Giuseppe Parini» di Milano

Cognome e nome:	**Qualifica (Docente / Personale ATA):**
Classe/i o plesso di servizio:	**Recapiti (tel./e-mail):**

Il/la sottoscritto/a, informato/a in merito al caso dello studente/della studentessa

_____

e alle indicazioni del relativo Piano Terapeutico,

DICHIARA

☐ di rendersi disponibile, su base volontaria e gratuita, a effettuare la somministrazione del farmaco e/o la gestione del dispositivo medico secondo le indicazioni del Piano Terapeutico allegato agli atti;

☐ di essere consapevole che tale disponibilità non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

☐ di impegnarsi a partecipare alla formazione/informazione organizzata dall'ASST territorialmente competente o da Associazioni di pazienti riconosciute;

☐ di essere consapevole che, in caso di situazioni di emergenza/urgenza, dovrà comunque essere contattato il Numero Unico dell'Emergenza 112, specificando il riferimento al «Protocollo Farmaci»;

☐ di essere a conoscenza che l'attività formativa eventualmente ricevuta non attribuisce competenze di tipo sanitario e non è sostitutiva di titoli abilitanti riconosciuti dalla legge.

Milano, _____

Firma:	**Per presa visione – Il Dirigente Scolastico:**

LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 4

Provvedimento del Dirigente Scolastico di presa in carico e individuazione del personale incaricato

Verbale/nota interna riepilogativa; il relativo atto formale (determina/decreto) può essere prodotto in forma di documento a sé stante con testata istituzionale, ove ritenuto opportuno dal Dirigente Scolastico.

Studente (cognome e nome):	**Classe e sezione:**
Data di presentazione della richiesta:	**Data del presente provvedimento (entro 10 gg. dalla richiesta):**

Il Dirigente Scolastico, verificata la completezza della documentazione presentata (Allegati 1 e 2A/2B) e sentito il Consiglio di Classe, DISPONE:

☐ l'attivazione della procedura di somministrazione secondo il Piano Terapeutico allegato agli atti;

☐ l'individuazione del personale di seguito indicato quale incaricato, su base volontaria, alla somministrazione/assistenza (v. Allegato 3):

_____

☐ l'individuazione del locale/spazio idoneo alla conservazione del farmaco e all'eventuale somministrazione, verificato in condizioni di pulizia, privacy e facile accessibilità:

_____

☐ la trasmissione di comunicazione ai genitori/allo studente maggiorenne, con l'esito della procedura di presa in carico, nel termine di 10 giorni dalla richiesta;

☐ la segnalazione del caso all'ASST territorialmente competente (v. Allegato 7), con particolare riguardo a eventuale prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi o di farmaco per crisi epilettica prolungata;

☐ l'apertura/aggiornamento del Registro delle somministrazioni per lo studente interessato (Allegato 5);

☐ in caso di indisponibilità di personale docente/ATA, la valutazione di soluzioni alternative (Enti Locali, Associazioni di pazienti, altri soggetti del territorio), con contestuale segnalazione della criticità all'ASST competente.

Milano, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO prof. Massimo Nunzio Barrella	

LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 5

Registro delle somministrazioni

Un registro va aperto e conservato per ciascuno studente destinatario di un Piano Terapeutico attivo. Il registro è custodito a cura del referente individuato ed è esibibile in caso di verifica.

Studente (cognome e nome):	**Classe e sezione:**
Farmaco/i in carico:	**Referente/i incaricato/i:**

Data	Ora	Farmaco/dose somministrata	Somministratore (nome e qualifica)	Firma	Note/eventi

LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 6

Informativa sul trattamento dei dati particolari relativi alla salute

Ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), con riguardo alle categorie particolari di dati di cui all'art. 9, e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

Titolare del trattamento
Liceo Classico Statale «Giuseppe Parini» di Milano, Via Goito 4, 20121 Milano, in persona del Dirigente Scolastico pro tempore.

Finalità e base giuridica del trattamento
I dati relativi allo stato di salute dello studente, alla diagnosi e al Piano Terapeutico sono trattati al solo fine di consentire la somministrazione del farmaco e/o la gestione del dispositivo medico in orario scolastico, in esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso alla tutela del diritto allo studio, alla salute e al benessere dello studente (art. 6, par. 1, lett. e, e art. 9, par. 2, lett. g e h, GDPR), in attuazione delle Raccomandazioni ministeriali del 25 novembre 2005 e del Protocollo quadro Regione Lombardia – U.S.R. Lombardia D.G.R. n. XII/4483 del 3 giugno 2025.

Modalità del trattamento e soggetti autorizzati
I dati sono trattati dal personale scolastico appositamente autorizzato e individuato (Dirigente Scolastico, personale docente e ATA volontariamente disponibile, referente di plesso), nel rispetto del principio di minimizzazione, con misure che ne garantiscono la riservatezza (conservazione in luogo non accessibile a terzi, comunicazione al solo personale coinvolto nella procedura).

Comunicazione dei dati
I dati potranno essere comunicati all'ASST territorialmente competente, all'ATS e, in caso di emergenza, al Numero Unico dell'Emergenza 112, nei limiti strettamente necessari alla gestione del caso, in attuazione del Protocollo quadro regionale sopra richiamato. I dati non sono oggetto di diffusione.

Periodo di conservazione
I dati sono conservati per la durata della frequenza scolastica dello studente e, successivamente, secondo i termini previsti dal massimario di scarto degli archivi scolastici.

Diritti dell'interessato
L'interessato (esercente la responsabilità genitoriale o studente maggiorenne) può esercitare in ogni momento i diritti di cui agli artt. 15-22 del GDPR (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione, portabilità), rivolgendosi al Titolare del trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) dell'Istituto, nonché proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Consenso al trattamento dei dati particolari relativi alla salute
Il/la sottoscritto/a, letta l'informativa che precede, presta il proprio consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute dello studente sopra indicato, nei limiti e per le finalità ivi descritte.

Studente (cognome e nome):	**Classe e sezione:**

Milano, _____

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale / dello studente maggiorenne:	

LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 7

Nota di segnalazione e trasmissione all'ASST territorialmente competente

La modulistica va trasmessa esclusivamente all'ASST territorialmente competente individuata in base al Comune/Municipio sede dell'Istituto (cfr. elenco ASST pubblicato da ATS Milano, aggiornato per l'a.s. 2026/2027). Non è previsto l'invio ad ATS Milano.

Spett.le ASST _____ (territorialmente competente)

e p.c. Ufficio Scolastico Territoriale di Milano

Oggetto: Segnalazione caso di studente con necessità di somministrazione di farmaci/gestione di dispositivi medici a scuola – Protocollo quadro D.G.R. Lombardia n. XII/4483 del 3 giugno 2025.

Istituto scolastico:	**Liceo Classico Statale «Giuseppe Parini» – Milano**
Studente (iniziali o cognome e nome, secondo prassi ASST):	**Classe e sezione:**

Si trasmette la documentazione relativa al caso in oggetto:

☐ Allegato 1 – Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico

☐ Allegato 2A/2B – Richiesta dei genitori/dello studente maggiorenne

☐ Allegato 3 – Elenco del personale scolastico individuato quale disponibile

Segnalazioni specifiche (barrare se pertinenti)

☐ Prescrizione di adrenalina auto-iniettabile per rischio di anafilassi

☐ Prescrizione di farmaco per l'interruzione di crisi epilettica prolungata

☐ Richiesta di formazione/informazione del personale scolastico disponibile

☐ Richiesta di supporto per situazione di particolare criticità organizzativa

☐ Segnalazione di necessità di smaltimento rifiuti sanitari pericolosi (es. siringhe)

Si resta a disposizione per ogni chiarimento e si ringrazia per la collaborazione.

Milano, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO prof. Massimo Nunzio Barrella	

LICEO CLASSICO STATALE «GIUSEPPE PARINI» – MILANO

Via Goito 4, 20121 Milano – C.F. 80150590158 – C.M. MIPC170001 – Tel. 02/6551278

ALLEGATO 8

Scheda di intervento rapido per le emergenze

Da affiggere in prossimità dell'apparecchio telefonico del plesso/aula interessato, in luogo visibile al personale, nel rispetto della riservatezza. Un modulo per ciascuno studente.

Studente (cognome e nome):	**Classe e sezione:**
Patologia:	**Farmaco/i in dotazione a scuola e luogo di conservazione:**

Segnali/sintomi da riconoscere

Azione immediata da compiere (secondo il Piano Terapeutico)

In presenza di caratteri di emergenza/urgenza, chiamare SEMPRE il 112

Specificare: riferimento al «Protocollo Farmaci», nome dello studente, sintomi in atto, farmaco già somministrato (se presente), indirizzo esatto della scuola: Via Goito 4, 20121 Milano.

Contatti da avvisare tempestivamente

Genitore/esercente la responsabilità genitoriale 1 (tel.):	**Genitore/esercente la responsabilità genitoriale 2 (tel.):**
Medico curante/specialista (tel.):	**Referente scolastico incaricato (tel. interno):**

Aggiornata il: _____