



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
**"Santa Caterina"**  
**Cagliari**

Uffici di Direzione e Segreteria: Via Canelles, 1 – 09124 CAGLIARI  
Tel. 070662525 Fax 070652017 – C.M.: CAIC89300G  
Email PEC: [caic89300g@pec.istruzione.it](mailto:caic89300g@pec.istruzione.it) Email istituz. [caic89300g@istruzione.it](mailto:caic89300g@istruzione.it)  
Sito web: [www.istitutocomprensivosantacaterina.edu.it](http://www.istitutocomprensivosantacaterina.edu.it)



**Protocollo Somministrazione Farmaci a Scuola**  
**Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria, Scuola Secondaria di I grado Triennio**  
**2025/2028**

La nota n. 2312 del 25.11.2005 del Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, contiene 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 tutelare il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica".

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo in caso di assoluta necessità e nel rispetto delle successive indicazioni:

Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche. Tale somministrazione richiede il rispetto dei seguenti passaggi:

- a) La famiglia presenta formale richiesta, corredata di modulo a cura del medico curante o specialista, attestante lo stato di malattia e l'indifferibilità della somministrazione. La modulistica è inviata dalla famiglia via mail ([didattica@istitutocomprensivosantacaterina.edu.it](mailto:didattica@istitutocomprensivosantacaterina.edu.it)) e si trova allegata alla presente circolare;
- b) Il Dirigente Scolastico verifica la disponibilità degli operatori in servizio nel plesso, individuati preferibilmente tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L. 81/2008;
- c) Il Dirigente Scolastico autorizza la somministrazione ed informa i docenti.

Il farmaco dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservare a scuola, in luogo idoneo appositamente individuato dal Dirigente Scolastico, per tutta la durata del trattamento.

In caso l'alunno sia ritenuto capace di auto somministrazione del farmaco, la famiglia può chiedere che il farmaco venga autonomamente trasportato e conservato dall'alunno tra i propri effetti personali. Si allegano la modulistica per le famiglie e la modulistica ad uso interno.

***Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Santa Caterina***  
***Via Canelles - Cagliari***

**RICHIEDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Anno scolastico \_\_\_\_\_

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

Genitori/ tutori dell'alunno \_\_\_\_\_ frequentante il

Plesso \_\_\_\_\_ classe/sezione \_\_\_\_\_

Chiedono (*barrare le voci di interesse*)

☐ La somministrazione di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, che si allega.

☐ Autorizzano contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta

*ovvero*

☐ La possibilità che l'alunno si auto somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata, con conservazione del farmaco

☐ in un locale scolastico (I farmaci prescritti verranno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia)

*ovvero*

☐ tra gli effetti personali dell'alunno (I farmaci prescritti verranno conservati a cura dell'alunno ed il personale scolastico avrà il solo compito di assistere lo studente nel momento dell'assunzione).

Dichiarano contestualmente che i sottoscritti e il medico di riferimento sono reperibili ai seguenti numeri telefonici:

madre \_\_\_\_\_

padre \_\_\_\_\_

medico \_\_\_\_\_

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

La presente richiesta ha la durata della terapia ed è rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

I \_\_\_\_\_ Genitori / Tutori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER  
LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO  
TERAPEUTICO**

**SI CERTIFICA**

lo stato di malattia dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, in

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
  - ☐ salvavita  
(oppure)
  - ☐ indispensabile;
- Considerato che 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;

### SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.

**Luogo** \_\_\_\_\_

**In fede**  
**Timbro e Firma del Medico**

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome ..... Nome .....

Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

.....

Necessita di somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina (h. ....) dose da somministrare .....

Pasto (prima, dopo) ..... dose .....

Pomeriggio (h. ....) dose .....

Modalità di somministrazione del farmaco

.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:**

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....

**(Oppure)**

Nome commerciale del farmaco **salvavita** .....

Modalità di somministrazione del farmaco

.....

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

Dose da somministrare ..... Capacità  
dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì

☐ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale  
scolastico individuato per la somministrazione

☐ Sì

☐ No

**Luogo** .....

**In fede**  
**Timbro e Firma del Medico**

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ai docenti della classe** \_\_\_\_\_  
**Plesso** \_\_\_\_\_

Vista la richiesta presentata dai genitori dell'alunno \_\_\_\_\_

Si informano i docenti che il minore necessita di:

☐ somministrazione di farmaci in ambito scolastico

somministratore/i individuato/i: \_\_\_\_\_

luogo di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

☐ assistenza nell'auto somministrazione di farmaci in ambito scolastico

luogo di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_ nome  
commerciale del/i farmaco/i \_\_\_\_\_ modalità di  
somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

durata della terapia

---

---

---

Luogo \_\_\_\_\_...

**Il Dirigente Scolastico**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APPROVAZIONE**

- ☒ Approvato dal Collegio Docenti, in data 22/12/2025 con delibera n. 18.
- ☒ Approvato dal Consiglio di Istituto, in data 22/12/2025 con delibera n. 33.