

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 Email istituz. caic89300g@istruzione.it

Sito web: www.istitutocomprendisvosantacaterina.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@istitutocomprendisvosantacaterina.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***

RICHIESTA 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)
 - 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 _____

Accconsentono 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

Io 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**

Necessità 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) Necessità 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

sommministratore/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.