ISTITUTO COMPRENSIVO "U. FOSCOLO – VIA STOCCOLMA"
Sede legale Viale Marconi, 82; uffici Amm.vi Via Stoccolma, 1 - 09129 CAGLIARI
Tel. 070/43069 Cod. Fisc. 92284520928 - cod. fatt. elettronica: DZDWRF
e-mail pec - CAIC8AM00E@pec.istruzione.it e-mail peo - CAIC8AM00E@istruzione.it

Cagliari, 4 settembre 2026

Circ. N° 10

Ai Docenti
Scuola dell'Infanzia
Scuola Primaria
Scuola Secondaria di Primo grado
Alla DSGA
Al Personale ATA
Alle famiglie degli alunni

LORO SEDI

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

La presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui le alunne e gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

Con la nota n. 2312 del 25.11.2005 il Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, ha emanato 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 nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità e, soprattutto, se risulterà indispensabile durante l'orario scolastico.

1) Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci per patologie croniche.

Tale somministrazione richiede il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

a) Richiesta formale da parte della famiglia a fronte di un certificato medico attestante lo stato di malattia aggiunto al modulo di autorizzazione, sottoscritto dal soggetto esercitante la patria potestà, contenente in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:
- nome e cognome dell'alunna o dell'alunno
- nome commerciale del farmaco
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- dose da somministrare
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- durata della terapia.

b) Verifica del Dirigente Scolastico della struttura e della disponibilità degli operatori in servizio nel plesso (docenti e collaboratori scolastici), individuati tra il personale che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del D.L. 626/94.

c) Formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

Solo dopo questi tre passaggi è possibile procedere alla somministrazione del farmaco prescritto che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento.

2) Terapie farmacologiche brevi.

Resta invariata l'assoluta necessità della somministrazione durante l'orario scolastico e la richiesta/autorizzazione da parte della famiglia.

Il responsabile di plesso raccoglierà la richiesta/autorizzazione della famiglia comunicandola poi al personale scolastico incaricato della somministrazione dei farmaci, dopo la formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

3) La gestione dell'emergenza.

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere di portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia), altrimenti potrebbe configurarsi il reato di omissione di soccorso.

Allegati:

1. **Dichiarazione medica**
2. **Autorizzazione alla somministrazione**

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - Foscolo-Stoccolma - Cagliari

F.to IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa M. Marcella Vacca
Firma autografa sostituita da indicazione a stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.L.vo n. 39/93

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti …….....

……

genitori di …….

nato a……. il ……..

residente a …… in via……

frequentante la classe …… della Scuola ……

sita a ……..……. in via……..….

Essendo il minore affetto da ……

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data……..dal Dr……..

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03.
SI NO

Data……

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

…… ……..

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

• Genitori _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome ……. Nome……..

Data di nascita ……..Residente a …….

in via ……. Telefono …….

Classe …….. della Scuola ……..

sita a ……. in via ……..

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco …….

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione …….

……

…….

Modalità di somministrazione …….. Dose ……..

Orario: 1^ dose … … … … 2^ dose … … … … 3^dose … … … … 4^ dose … … … …

Durata terapia: dal…….. al……..

Modalità di conservazione del farmaco ……

note ……..……

……..

Data_____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra