

IC CLAUDIO ABBADO - ROMA
Prot. 0014135 del 11/09/2025
IV (Uscita)

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo CLAUDIO ABBADO

via Monte Zebio, 35 - 00195 Roma Tel. 06/3725859 - fax 06/3741217

e-mail RMIC8GW005@istruzione.it pec RMIC8GW005@pec.istruzione.it

Codice Fiscale: 97712900584 Cod.Mecc: RMIC8GW005

Alle Famiglie e ai Docenti
I.C. Claudio Abbado

Circ n. 9

Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola

In considerazione dei casi in cui si renda necessario, in via temporanea o permanente, somministrare farmaci agli alunni in orario scolastico, si ritiene opportuno, sulla base dei protocolli stipulati tra Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione, precisare le condizioni in cui ciò è consentito, ferma restando la necessaria attenzione da parte delle istituzioni alla centralità dell'alunno e alla priorità di tutelarne la salute e il benessere.

Si precisa pertanto quanto segue:

1. I farmaci a scuola (o comunque durante le attività scolastiche) non devono essere somministrati né possono essere autosomministrati, salvo i casi autorizzati dai medici del S.S.N. e/o dai Pediatri di famiglia;
 2. I medici del S.S.N. e/o i Pediatri di famiglia devono nell'autorizzazione certificare:
 - l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico;
 - la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, 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;
 - la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.
 3. Il certificato deve inoltre contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:
 - nome e cognome dello studente;
 - nome commerciale del farmaco;
 - descrizione oggettiva dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco o dell'orario da rispettare per la somministrazione;
 - dose da somministrare;
 - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - i possibili effetti collaterali e le azioni da intraprendere in caso si verificassero;
 - durata della terapia.
 4. La famiglia consegnerà alla Segreteria Didattica la richiesta unitamente al certificato medico e ai farmaci prescritti, in confezione integra, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento.
 5. La Dirigente Scolastica, acquisita la richiesta dalla famiglia ed il certificato medico, valuta la fattibilità organizzativa ed individua il gruppo di operatori scolastici disponibili (docenti, non docenti, personale educativo/assistenziale) da incaricare della somministrazione dei farmaci, garantendo loro, se necessario, la formazione in situazione, con il possibile contributo delle famiglie e dei medici curanti.
- N.B. Eventuali richieste del precedente anno scolastico devono essere riconfermate e rinnovate.**
6. Gestione dell'emergenza: resta comunque prescritto il ricorso al SSN di Pronto Soccorso nei casi in cui non sia possibile applicare il presente protocollo o questo risulti inefficace.



La Dirigente Scolastica

Prof.ssa Arianna Vennarucci

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.lgs. n. 39/93*

RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti e

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a

☐ frequentante la classe..... della scuola.....

☐ frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....

nell'anno scolastico..... affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.....

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra

☐ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

☐ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n..... confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data,

Numeri utili

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

Telefono Medico curante (Dott.....)

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

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 ORARIO SCOLASTICO**

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

sita a in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose; 3^a dose; 4^a dose

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita
(barrare la scelta):

☐ Parziale autonomia ☐ Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Note

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

CARTA INTESATA MEDICO O CENTRO DI CURA

FAC-SIMILE CERTIFICATO MEDICO IN CASO DI NECESSITA' DI TERAPIA DI URGENZA
(da riporre in un astuccio insieme con il farmaco salvavita)

ASSISTITO (Cognome Nome)

NATO A il

- DIAGNOSI
- DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA DI URGENZA

INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO IN CASO DI URGENZA:

- NOME DEL FARMACO/I (nome commerciale)
- DOSAGGIO
- MODALITA' E VIA DI SOMMINISTRAZIONE
- EVENTUALE POSSIBILITA' DI RIPETIZIONE E TEMPISTICA
- EFFETTI COLLATERALI
- TEMPI DI ATTESA PER RICHIESTA ASSISTENZA MEDICA DI EMERGENZA
- MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO
- DICHIARAZIONE CHE IL FARMACO PUO' ESSERE SOMMINISTRATO DA PERSONALE NON SPECIALIZZATO E PRIVO DI COMPETENZE SANITARIE

MATERIALE DA FORNIRE ALLA SCUOLA:

- FARMACO/I
- MATERIALE E DISPOSITIVI SPECIFICI (se previsti)
- ALIMENTI PER CORREZIONE IPOGLICEMIA (se previsto)

DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

TEL. del medico

CELL. del medico

.....

PIANO INDIVIDUALE DI TRATTAMENTO DIABETOLOGICO

Questo programma è stato preparato dal Diabetologo pediatra e condiviso con i genitori dello studente. Esso costituisce uno strumento di supporto, utile alla gestione del diabete a scuola.

Il Sig. _____ che esercita la potestà genitoriale sul minore sotto indicato, ha espresso il consenso al trattamento dei dati personali del medesimo.

INFORMAZIONI GENERALI

Studente _____
 _____ Nome e Cognome _____ Anno Scolastico _____
 Istituto Comprensivo _____ Scuola _____ Classe _____
 Data di nascita _____ Data di esordio del diabete _____

Numeri di contatto per le informazioni

Genitore 1 _____ Tel. casa _____ lavoro _____ cell. _____
 Genitore 2 _____ Tel. casa _____ lavoro _____ cell. _____

Altri contatti di emergenza

Nome e cognome _____ Tipo di relazione con lo studente _____ Tel. _____
 Nome e cognome _____ Tipo di relazione con lo studente _____ Tel. _____

Capacità del bambino/ragazzo rispetto alla terapia

E' in grado di eseguire lo stick della glicemia da solo?	Si	No
E' in grado di stabilire la dose corretta d'insulina da solo?	Si	No
E' in grado di preparare da solo l'insulina che si deve somministrare?	Si	No
E' capace di somministrarsi l'insulina da solo?	Si	No
Ha bisogno della supervisione di un adulto per preparare o eseguire la dose d'insulina?	Si	No
E' in grado di gestire il microinfusore autonomamente?	Si	No

Controllo della glicemia

- **Orari abituali di controllo della glicemia** (barrare):
 - ☐ prima dello spuntino della mattina
 - ☐ prima del pasto principale
 - ☐ 2 ore dopo il pasto principale
- **Situazioni in cui eseguire controlli extra della glicemia** (barrare):
 - ☐ prima dell'attività fisica
 - ☐ dopo l'attività fisica
 - ☐ se il bambino/ragazzo mostra segni di ipoglicemia
- **Tipo di terapia insulinica**
 - ☐ Multi-iniettiva
 - ☐ Microinfusore
- **Dose d'insulina per i pasti**

Dose abituale d'insulina rapida a pranzo: n _____ UI di insulina _____

n _____ UI se la glicemia è da _____ a _____ mg/dl

n _____ UI se la glicemia è da _____ a _____ mg/dl

Data _____

Firma e timbro del Medico

MATERIALE DA FORNIRE ALLA SCUOLA da parte dei genitori

Glucometro con relative strisce

Lancette pungi dito e relativo pungi dito

Iniettore a penna con relativi aghi

Insulina in uso

Glucagone

Alimenti per la correzione dell'ipoglicemia

SCHEMA ALIMENTARE PERSONALIZZATO

Al Dirigente Scolastico

Al responsabile della mensa scolastica

Il Vs alunno/a _____ affetto da diabete tipo 1, consumerà regolarmente il pranzo alla Vs. mensa scolastica. Il suo problema prevede **un'alimentazione sana ed equilibrata**, poiché il suo fabbisogno è identico a quello di tutti gli altri coetanei che si alimentano **in maniera corretta**. Le porzioni e le preparazioni non debbono essere differenziate rispetto a quelle previste dalle tabelle dietetiche in uso presso la Vostra struttura.

Nel caso del bambino con diabete sono necessarie soltanto alcune attenzioni per le quali chiediamo la competente collaborazione dell'educatore presente al momento del pasto, in particolare:

- è importante che il bambino assuma tutti i carboidrati presenti nel pasto (in particolare pasta, riso, pane, patate, frutta, ecc.) e questo concetto è valido anche per le merende;
- non dare doppia razione, fatta eccezione per le verdure il cui consumo è libero;
- In caso di scarso appetito può essere eliminato il secondo piatto, mai il primo. Se ciò non fosse possibile, si possono sostituire i carboidrati del primo piatto con un supplemento di pane o patate;
- nel caso che il menù scolastico preveda un dessert (torta, gelato, yogurt, budino) può essere dato seguendo le indicazioni dei genitori.