



## *Ministero dell'istruzione e del merito*

*Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia di Bari  
Ufficio V - Ambito territoriale di Foggia  
Scuole dell'infanzia e primaria del primo ciclo  
dell'istruzione  
"San Ciro" di Foggia*



# Regolamento per la somministrazione dei farmaci a scuola

- **Premesso** che, tra Regione Puglia, ASL e Ufficio Scolastico Regionale, in data 25/10/2024, è stato sottoscritto il "Protocollo d'intesa per un approccio omogeneo e integrato da attuare in caso di necessità di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico" con il quale sono stati regolamentati gli interventi finalizzati all'assistenza degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- **Visto** che i farmaci vengono somministrati esclusivamente quando la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico e la omissione può causare danni alla salute dell'alunno o alunna, su richiesta scritta dei genitori o esercenti la potestà genitoriale corredata da prescrizione del Medico secondo la modulistica allegata;
- **Considerato** che la somministrazione di farmaci può essere programmata sia per la cura di particolari patologie croniche sia per la cura di patologie che possono manifestarsi con sintomatologia acuta;
- **Stabilito** che a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando al somministratore non siano richieste né cognizioni specialistiche di tipo sanitario né esercizio di discrezionalità tecnica;
- **Valutato** che la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci (inoltrata dai Genitori/Tutori al Dirigente Scolastico) ha validità annuale e va rinnovata ad ogni inizio d'anno scolastico (anche in caso di proroga);
- **Preso atto** che il Collegio Docenti con delibera n.46 del 20/12/24 e il Consiglio di Circolo con delibera n.37 del 20/12/24 ha adottato il presente Regolamento per la somministrazione dei farmaci a scuola

## SI PREDISPONE

il seguente regolamento in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: Genotori/Tutori, Medico Specialista, Dirigente Scolastico e Personale Scolastico.

### Modalità di somministrazione di farmaci per terapie farmacologiche da parte del personale scolastico

I GENITORI/TUTORI DELL'ALUNNO	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Presentano al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco(all. 1), accompagnata da prescrizione medica (all. 2).</li><li>2. Fornisce alla scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico .</li><li>3. Comunica alla scuola, con tempestività, eventuali variazioni di terapia.</li></ol>
IL MEDICO SPECIALISTA	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Redige il Certificato (All. n.2) in cui prescrive la somministrazione del farmaco in orario scolastico, attenendosi ai seguenti criteri:<ul style="list-style-type: none"><li>-l'assoluta necessità;</li><li>-la somministrazione indispensabile in orario scolastico;</li><li>-la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto relativamente ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;</li><li>-la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.</li></ul></li></ol>
IL DIRIGENTE SCOLASTICO	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Promuove l'organizzazione delle attività di informazione, formazione e addestramento del personale scolastico;</li><li>2. Verifica la disponibilità dei locali idonei alla conservazione e somministrazione del farmaco;</li><li>3. Autorizza l'accesso alla scuola nell'orario previsto per l'intervento al genitore o ai soggetti che agiscono su delega formale dei genitori stessi;</li><li>4. Individua, in primis fra il personale scolastico già nominato come addetto al Primo Soccorso (che è stato formato ai sensi del D. Lgs 81/08 e D.M. 388/2003), gli operatori scolastici disponibili a somministrare i farmaci (All. 3) e ai quali deve essere garantita l'informazione e la formazione specifica</li><li>5. Promuove il monitoraggio di eventuali situazioni critiche che dovessero presentarsi in tale ambito attraverso l'adozione di un apposito registro (all. n.4) trasmesso annualmente all'Ufficio Scolastico Regionale entro il 31 gennaio dell'anno successivo.</li></ol>

IL PERSONALE SCOLASTICO	<p>Il personale scolastico (docente e ATA) resosi disponibile per la somministrazione del farmaco (All. 3):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partecipa alle attività di informazione/formazione/aggiornamento:</li> <li>2. Provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione</li> <li>3. Aggiorna il registro di monitoraggio (all.4) sulle eventuali situazioni critiche verificatesi a fronte degli interventi effettuati</li> </ol>
-------------------------	--

**Modalità di somministrazione di farmaci per terapie farmacologiche da parte di genitori o di loro delegati**

LA FAMIGLIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I genitori dell'alunno/a inoltrano richiesta al Dirigente Scolastico chiedendo l'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici durante l'orario di scuola, al fine di provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco</li> <li>2. I genitori possono delegare altra persona alla somministrazione del farmaco;</li> <li>3. I genitori sono tenuti ad allegare, alla richiesta, certificazione medica attestante la patologia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci;</li> </ol>
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il Dirigente Scolastico acquisisce la certificazione del medico curante, compilato in ogni sua parte, secondo il modello allegato (All.n.2);</li> <li>2. Il Dirigente Scolastico concede l'autorizzazione, durante l'orario scolastico, ad accedere ai locali dell'istituto ai genitori degli alunni o ai loro delegati per la somministrazione dei farmaci;</li> <li>3. Il Dirigente Scolastico individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.</li> <li>4. Il Dirigente Scolastico promuove il monitoraggio di eventuali situazioni critiche che dovessero presentarsi in tale ambito attraverso l'adozione di un apposito registro in cui dovranno essere riportate per ogni evento critico rilevato.</li> </ol>

In tutti gli eventi acuti che rivestono i caratteri d'emergenza, relativamente ai casi già noti alla scuola è prescritto il ricorso al **Numero unico europeo per le emergenze (NUE) 112** o comunque nei casi che richiedono conoscenze di tipo specialistico o discrezionalità tecnica da parte dell'adulto. È in ogni caso prescritta l'informazione al genitore o all'esercitante la potestà genitoriale contestualmente all'evento acuto

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI ( CHE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO NELL'ESERCIZIO DI DISCREZIONALITÀ TECNICA DA PARTE DELL'ADULTO-ART.2 DELLE RACCOMANDAZIONI MIUR DEL 25/11/2005-IN AMBITO SCOLASTICO) E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI**

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_ genitore/i-  
tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a il residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

Vista la specifica patologia dell'alunno \_\_\_\_\_ preso atto del Protocollo  
esistente tra Regione, ASL e Ufficio Scolastico Regionale, in materia di somministrazione di farmaci a scuola  
adottato in data 6/09/2021, constatata l'assoluta necessità

**chiede/ono**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione  
medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_.

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

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 ( i dati sensibili sono i  
dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone). SI  NO

-Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta  
dal \_\_\_\_\_

-Consegna farmaco specifico alla scuola \_\_\_\_\_

-Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco- es. custodito nello  
zaino) \_\_\_\_\_

Contestualmente autorizza/no

Il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica .

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: \_\_\_\_\_

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

**NOTE:**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunemente rinnovabile nel corso dello stesso anno se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA DA SOMMINISTRARE IN AMBITO  
SCOLASTICO**

**Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario nell'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto (art.2 delle raccomandazioni MIUR del 25/11/2005)**

Per il paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

**SI PRESCRIVE**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

**la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte del personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)**

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario di somministrazione/dose: Prima dose \_\_\_\_\_ Seconda dose \_\_\_\_\_

Terza dose \_\_\_\_\_

Durata terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Terapia Continuativa: SI NO (Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico)

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

La presente prescrizione viene rilasciata su richiesta del genitore/tutore legale del minore per gli usi consentiti dalla legge ed valida per il massimo di un anno scolastico salvo modifiche che saranno comunicate a chi di competenza da parte del genitore/tutore legale del minore.

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del MMG/PLS/MS**

\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
Circolo Didattico "San Ciro"  
Foggia

**Dichiarazione disponibilità del personale ATA  
per la somministrazione di farmaci ad alunni in orario scolastico**

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ Collaboratore scolastico dell'XI Circolo Didattico San Ciro,

**dichiara**

la propria disponibilità a somministrare- all'alunno ..... della classe ..... - in orario scolastico, il farmaco \_\_\_\_\_ indicato nella certificazione medica consegnata.

Foggia, \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
Circolo Didattico "San Ciro"  
Foggia

**Dichiarazione disponibilità del personale ATA  
per la somministrazione di farmaci ad alunni in orario scolastico**

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ Collaboratore scolastico dell'XI Circolo Didattico San Ciro,

**dichiara**

la propria disponibilità a somministrare- all'alunno Scarpiello Gaetano della classe 2<sup>AD</sup> - in orario scolastico, il farmaco \_\_\_\_\_ indicato nella certificazione medica consegnata.

Foggia, \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
Circolo Didattico "San Ciro"  
Foggia

**Dichiarazione disponibilità del personale docente per la somministrazione di farmaci ad alunni in orario scolastico**

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_ docente del Circolo Didattico San Ciro, dichiara la propria disponibilità a somministrare in orario scolastico, il farmaco \_\_\_\_\_ all'alunno della classe \_\_\_\_\_ affetto da \_\_\_\_\_ come da certificazione medica consegnata.

Foggia,

\_\_\_\_\_



## *Ministero dell'istruzione e del merito*

*Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia di Bari*

*Ufficio V - Ambito territoriale di Foggia*

*Scuole dell'infanzia e primaria del primo ciclo  
dell'istruzione*

*"San Ciro" di Foggia*



# REGISTRO MONITORAGGIO

## per eventuali situazioni critiche

# Somministrazione farmaci in orario scolastico

"Protocollo d'intesa Regione Puglia-ASL-USR per la Puglia per un approccio omogeneo e integrato da attuare in caso di necessità di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico" 25/10/2024

## DESCRIZIONE EVENTO CRITICO

DATA \_\_\_\_\_

CODICE IDENTIFICATIVO ALUNNO \_\_\_\_\_

PATOLOGIA DELL'ALUNNO \_\_\_\_\_

FARMACO SOMMINISTRATO \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA SITUAZIONE CRITICA INTERVENUTA \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

AZIONI INTRAPRESE \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# DESCRIZIONE EVENTO CRITICO

DATA \_\_\_\_\_

CODICE IDENTIFICATIVO ALUNNO \_\_\_\_\_

PATOLOGIA DELL'ALUNNO \_\_\_\_\_

FARMACO SOMMINISTRATO \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA SITUAZIONE CRITICA INTERVENUTA \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

AZIONI INTRAPRESE \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## DESCRIZIONE EVENTO CRITICO

DATA \_\_\_\_\_

CODICE IDENTIFICATIVO ALUNNO \_\_\_\_\_

PATOLOGIA DELL'ALUNNO \_\_\_\_\_

FARMACO SOMMINISTRATO \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA SITUAZIONE CRITICA INTERVENUTA \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

AZIONI INTRAPRESE \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

