



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: Genitori/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">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).2. Fornisce alla scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico .3. Comunica alla scuola, con tempestività, eventuali variazioni di terapia.
IL MEDICO SPECIALISTA	<ol style="list-style-type: none">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">-l'assoluta necessità;-la somministrazione indispensabile in orario scolastico;-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;-la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.
IL DIRIGENTE SCOLASTICO	<ol style="list-style-type: none">1. Promuove l'organizzazione delle attività di informazione, formazione e addestramento del personale scolastico;2. Verifica la disponibilità dei locali idonei alla conservazione e somministrazione del farmaco;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;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 specifica5. 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.

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"> 1. Partecipa alle attività di informazione/formazione/aggiornamento: 2. Provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione 3. Aggiorna il registro di monitoraggio (all.4) sulle eventuali situazioni critiche verificatesi a fronte degli interventi effettuati
-------------------------	--

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

LA FAMIGLIA	<ol style="list-style-type: none"> 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 2. I genitori possono delegare altra persona alla somministrazione del farmaco; 3. I genitori sono tenuti ad allegare, alla richiesta, certificazione medica attestante la patologia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci;
L'ISTITUZIONE SCOLASTICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il Dirigente Scolastico acquisisce la certificazione del medico curante, compilato in ogni sua parte, secondo il modello allegato (All.n.2); 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; 3. Il Dirigente Scolastico individua il luogo fisico per la terapia da effettuare. 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.

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^AD - 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 _____
