



**Istituto Comprensivo**  
**“BALILLA - COMPAGNONE -RIGNANO G.”**  
**San Marco in Lamis (FG)**



## **REGOLAMENTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

Il presente documento regola la somministrazione dei farmaci a scuola, alla luce del rinnovato “Protocollo d’intesa per un approccio omogeneo e integrato da attuare in caso di necessità di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico” approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 1403 del 09/08/2021 e sottoscritto il giorno 06/09/2021 tra Regione, ASL e Ufficio Scolastico Regionale.

Nel presente regolamento si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate (esercenti la potestà genitoriale, medico curante e istituzione scolastica) alla somministrazione dei farmaci in ambito scolastico.

L’obiettivo finale è quello di garantire agli alunni il diritto allo studio, la salute e il benessere all’interno della struttura scolastica.

**Art.1**  
**Campo di applicazione**

- a- In ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in casi di effettiva assoluta necessità, come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute (es. convulsioni febbrili, diabete giovanile).
- b- In ambito scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico e la cui omissione può causare danni alla salute dell'alunno.

**Art.2**  
**Iter procedurale**

**Gli esercenti la potestà genitoriale possono:**

- richiedere al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione da parte dei familiari o da persone espressamente autorizzate, in orario scolastico, del farmaco indicato dal medico curante;
- richiedere al Dirigente scolastico l'autorizzazione all'autosomministrazione da parte dell'alunno laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Tale modalità dovrà essere esplicitamente autorizzata da parte del genitore, il quale dovrà assumersi integralmente la responsabilità nella richiesta di attivazione del percorso al Dirigente Scolastico, sollevando la scuola da ogni conseguenza e responsabilità derivante da una somministrazione inidonea;
- richiedere al dirigente scolastico l'autorizzazione alla somministrazione da parte del personale scolastico in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante.

Qualora i familiari richiedano che la somministrazione del farmaco sia a cura del personale scolastico (docenti, personale ATA) autorizzano espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante, sollevando l'istituzione scolastica da, ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore. (Allegato 1)

Una volta ottenuta l'autorizzazione alla somministrazione del farmaco, gli esercenti la potestà genitoriale dovranno:

- fornire all'istituzione scolastica esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante, in confezione integra, riportante in modo chiaro e in stampato il nome-cognome-classe di appartenenza dell'alunno;
- fornire il farmaco tenendo personalmente nota della scadenza e provvedendo direttamente, mediante controlli periodici sul posto, alla verifica della corretta conservazione e all'eventuale sostituzione in caso di necessità;

- impegnarsi a comunicare all'Istituzione scolastica con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura;
- fornire all'Istituzione scolastica un recapito telefonico al quale siano sempre reperibili i familiari o un loro delegato per le emergenze. (Allegato 3)

La richiesta di somministrazione o auto somministrazione ha validità annuale, pertanto, dovrà essere ripresentata all'inizio di ogni anno scolastico o in caso di variazione della terapia o della posologia.

### **Il medico curante dovrà:**

- rilasciare il certificato in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità.

Dalla prescrizione alla somministrazione rilasciata si deve evincere con chiarezza:

- l'assoluta necessità della somministrazione o autosomministrazione del farmaco in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione, né di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre, devono essere indicate:

- la modalità di conservazione del farmaco;
- le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso pregiudizievoli per la salute del minore.
- (Allegato 2)

### **L'Istituzione scolastica si impegna a:**

- valutare l'ammissibilità della richiesta e acquisire ove possibile la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione del farmaco in orario scolastico;
- autorizzare i familiari ad entrare a scuola per somministrare il farmaco in orario scolastico;
- autorizzare all'autosomministrazione del farmaco in orario scolastico qualora l'alunno possieda le competenze per farlo autonomamente;
- individuare il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;
- individuare il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco. Se non ci sono i requisiti si rimanda integralmente all'applicazione dell'art.4 delle Raccomandazioni MIUR/Ministero Salute 25/11/2005.

“Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti i locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, i Dirigenti Scolastici possono procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni. Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, i Dirigenti Scolastici possono provvedere all'attivazione di collaborazioni formalizzate in apposite convenzioni con i competenti assessorati per la salute e per i servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati anche attraverso il ricorso ad Enti ed Associazioni di volontariato. In difetto delle condizioni sopra descritte il Dirigente Scolastico

è tenuto a darne comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale e al Sindaco del comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta”.

In riferimento alla presente intesa il Dirigente può provvedere all'attivazione di collaborazioni/convenzioni con le Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, al fine di sopperire alle carenze logistiche ed organizzative dell'istituto scolastica ed alla mancanza di personale disponibile ad effettuare l'intervento.

- informare il D.S.G.A., il referente di plesso, i collaboratori scolastici e i docenti del plesso e/o interessati relativamente alla presenza in classe/sezione di alunni che necessitano dell'assunzione di farmaci;

promuovere incontri con il medico curante, gli esercenti la potestà genitoriale ed il personale scolastico al fine di formarlo ed informarlo e per chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti:

- la patologia e le sue manifestazioni;
- la fattibilità della somministrazione del farmaco e la eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;
- la non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;
- la presa d'atto della certificazione medica;
- le eventuali modalità di spostamento dell'alunno dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza;
- Indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.

### **Il personale scolastico (docente e ATA) si impegna a:**

- esprimere formalmente la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco in orario scolastico.

Nel caso in cui il personale scolastico abbia concesso la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco, si impegna a:

- provvedere alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella richiesta e definite nel piano di intervento;
- partecipare ad eventuali incontri formativi/informativi organizzati dal Dirigente Scolastico.  
( PIP Allegato 4)

In ogni caso il Dirigente Scolastico acquisita la richiesta della famiglia con allegato il modulo di autorizzazione rilasciato dal medico curante, valutata la fattibilità organizzativa, acquisisce la disponibilità del personale scolastico a somministrare i farmaci ed organizza un incontro formativo con i genitori ed il personale scolastico tenuto dal medico che ha redatto la certificazione medica per definire un Piano Individuale di Intervento.

**Art.3**  
**Gestione dell'emergenza**

Resta comunque prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo il presente regolamento ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

**Art.4**  
**Modalità di conservazione del farmaco**

Qualora la conservazione del farmaco comporti l'utilizzazione di specifiche attrezzature e l'adozione di puntuali metodologie come il ciclo del freddo, non potendo la scuola garantire il corretto e costante funzionamento del frigorifero in orario di chiusura e soprattutto di sospensione delle attività dal pomeriggio del venerdì alla mattina del lunedì, si declina ogni responsabilità per accadimenti che potrebbero determinare l'alterazione del farmaco o la sua nocività in caso di somministrazione. I predetti farmaci, pertanto, devono essere resi nella disponibilità della scuola per la eventuale somministrazione in tempi e con modalità che sollevino dalla responsabilità della conservazione.

Il presente regolamento rimane in vigore fino a predisposizione di nuovo atto o a formale modifica del presente.

Il Regolamento Somministrazione Farmaci a Scuola  
è stato approvato dal Collegio Docenti nella seduta  
del 5/11/2021  
ed è stato approvato dal Consiglio d'Istituto nella  
seduta del 25/11/2021 con delibera n.8.

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

Io sottoscritto/a .....,

Genitore dello studente/essa .....

Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa .....,

nato/a a..... il .../.../..... e residente a ..... in  
Via....., che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto  
..... sito in Via ..... Cap .....

Località ..... Provincia .....,

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... /dal Dott. ...., in data .../.../.....;

### **CHIEDO**

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/a /a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

1

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo

Data

(1) Firma

\_\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a



Luogo .....

In fede

Timbro e Firma del  
Medico

Data ...../...../.....

.....

## PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome..... Nome.....

**A) Nome commerciale del farmaco indispensabile .....**

**A.1) Necessita di somministrazione quotidiana**

- Orario e dose da somministrare:

Mattina (h.....) dose da somministrare.....

Pasto (h.....) dose da somministrare.....

Pomeriggio (h.....) dose da somministrare.....

- Modalità di somministrazione del farmaco.....
- Modalità di conservazione del farmaco.....
- Durata della terapia: dal...../...../..... al...../...../.....

**A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:**

- Descrizione dell'evento che necessita della somministrazione del farmaco (specificare):

.....  
.....

- Dose da somministrare.....
- Modalità di somministrazione del farmaco.....
- Modalità di conservazione del farmaco.....

Durata della terapia: dal...../...../...../ al ...../...../.....

**B) Nome commerciale del farmaco salvavita.....**

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....  
.....

- Dose da somministrare: .....
- Modalità di somministrazione del farmaco.....
- Modalità di conservazione del farmaco.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'autosomministrazione del farmaco:

SI'

NO

Necessità di formazione specifica da parte dell'Azienda ASL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

SI'

NO

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'Azienda ASL

.....  
.....

Luogo.....

In fede

Data.....

Timbro e Firma del Medico

## VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

**Oggetto:** *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a*

\_\_\_\_\_ (da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_,  
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

esercente la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, iscritto  
alla classe \_\_\_\_, sez. \_\_, dell'Istituto \_\_\_\_\_, consegna  
all'incaricato, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot.  
\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e Piano  
Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal (barrare la voce  
corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL \_\_\_\_\_

medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_

medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo: \_\_\_\_\_ con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/ l' esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

## PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Alla Famiglia dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_

Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto

Alla Azienda ASL \_\_\_\_\_

**Oggetto:** *Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all'alunno/a.....*

I sottoscritti Dirigente scolastico ..... e il Referente per l'Azienda ASL....  
..... dott. ....,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a ....., iscritto/a alla classe.....sez.....dell'Istituto....., plesso ....., sito in via ..... , località .....

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda ASL n. .... / dal Dott. .... in data .../.../....., nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) ..... da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa 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;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)

salvavita

indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda ASL nelle date indicate nella tabella sottostante;

## DISPONGONO

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_;

che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nel seguente locale: \_\_\_\_\_;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale, che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.):

\_\_\_\_\_;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda ASL
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

Il Dirigente Scolastico

Prof. ....

Firma: \_\_\_\_\_

L'Azienda ASL \_\_\_\_\_

Dott. ....

Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda ASL \_\_\_\_\_ con la presente:

esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del genitore o dell'esercente la  
potestà genitoriale