

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
V.F. CASSANO - A. DE RENZIO**



**SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA DI PRIMO GRADO
BITONTO**

Via Gaetano Salvemini n. 7 - 70032 - Bitonto (BA) - Tel.: 0803714029
Cod. Fisc.: 93423340723 - Cod. Mecc.: BAIC85000R - Cod. U.S.: 658

Indirizzo e-mail: baic85000r@istruzione.it -
Indirizzo pec: baic85000r@pec.istruzione.it
Sito web: www.iccassanoderenzio.edu.it



REGOLAMENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO.

**Approvato dal Consiglio di Istituto
con Delibera n. 43 del 31/01/2023**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PRESO ATTO che l'art. 32 della Costituzione che dichiara «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...*» e gli artt. 3, 32 e 34 che sanciscono il diritto allo studio di tutti i cittadini dello Stato Italiano;

VISTE le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, emanate il 25 novembre 2005 dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca – MIUR e il Ministero della Salute che, raccomandando la somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico, precisa che essa può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica del personale;

VISTO l'Atto di raccomandazione, nota prot 2312 del 25 novembre 2005 - MIUR e il Ministero della Salute;

VISTA la Circolare Ministeriale n. 321 del 10 ottobre 2017 avente come oggetto: "Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci indispensabili";

VISTO il "Protocollo d'intesa per un approccio omogenea e integrata da attuare in casa di necessità di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico" sottoscritto tra Regione Puglia, ASL e Ufficio Scolastico Regionale per la somministrazione di farmaci in orario scolastico del 14.09.2021 – prot. AO0_081;

CONSIDERATE le richieste pervenute a questo ufficio in merito all'oggetto del presente Regolamento,

VISTA la delibera n. 43 del Consiglio d'Istituto del 31.01.2023 con la quale è stato approvato il presente regolamento,

EMANA IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1 – Ambito di applicazione

È assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza aver seguito quanto prescritto nel presente regolamento.

Ogni bambino/a ha diritto di essere tutelato per gli aspetti che riguardano la salute, soprattutto coloro che sono affetti da malattie croniche, nell'ambito della comunità scolastica che rappresenta il luogo privilegiato del processo di socializzazione e crescita culturale.

Art. 2 – Autorizzazione da parte dei Medici

È possibile procedere alla somministrazione di farmaci solo ed esclusivamente quando questi debbano essere tassativamente assunti in orario scolastico. La somministrazione deve essere, in ogni caso, autorizzata dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di libera scelta e/o dai Medici di medicina generale. La documentazione da produrre da parte del medico deve indicare lo stato di malattia dell'alunno, la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, nonché:

1. Nome e cognome dello studente;
2. Nome commerciale del farmaco;
3. Se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
4. Posologia;
5. Modalità di somministrazione
6. Modalità di conservazione del farmaco;
7. Durata della terapia.

Nella certificazione deve essere specificato se la somministrazione del farmaco possa essere effettuata da soggetti non in possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario.

Nel caso in cui trattasi di farmaci da somministrare in presenza di particolari sintomi della malattia, il medico dovrà descrivere, al fine di consentire il pieno riconoscimento dell'evento, le modalità del manifestarsi e d'intervento e specificare se per la somministrazione sia necessario l'intervento di personale adeguatamente formato.

In ogni caso, nei casi di emergenza o in quelli in cui si rendano necessarie conoscenze di tipo specialistico o sia necessaria discrezionalità da parte del somministratore, si farà il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso o al Servizio 118.

Art. 3 – Richiesta della famiglia

I genitori devono inviare il modulo di richiesta al Dirigente Scolastico all'indirizzo di posta elettronica baic85000r@istruzione.it o consegnarlo all'ufficio protocollo dell'Istituto corredato di tutta la documentazione e di **copia del documento di identità** dei detentori la potestà genitoriale.

Nell'oggetto della mail deve essere riportata la seguente dicitura: **"Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy"**.

I genitori, all'atto della delega, restano i responsabili esclusivi della realizzazione dei trattamenti concordati.

Art. 4 – Autorizzazione alla somministrazione.

L'autorizzazione alla somministrazione è rilasciata dal Dirigente Scolastico su richiesta espressa dei genitori degli studenti che sono tenuti a presentare l'intera documentazione sanitaria richiesta e utile alla valutazione del caso.

Il Dirigente Scolastico, acquisita la delega formale dei genitori, autorizzerà il personale della scuola che abbia espresso per iscritto la sua disponibilità e che sia informato sul singolo caso.

Successivamente i Genitori verranno contattati dall' Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e per concordare le modalità di consegna del farmaco.

Art. 5 – Somministrazione dei farmaci in orario scolastico

La famiglia consegnerà al personale autorizzato della scuola, in confezione integra, i farmaci prescritti da somministrare in orario scolastico per tutto il periodo del trattamento.

Possono effettuare la somministrazione del farmaco:

- I genitori;
- L'alunno in auto-somministrazione;
- Persone che agiscono su delega formale dei genitori;
- Il personale della scuola che abbia espresso per iscritto la sua disponibilità;
- Il personale del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale.

L'alunno minorenne che può provvedere autonomamente all'autosomministrazione dei farmaci, deve essere autorizzato dai genitori.

Qualora il Dirigente Scolastico ne ravvisi la necessità, può essere organizzato un incontro formativo, tenuto dal medico che ha prodotto la certificazione di cui all'Art.2, con i genitori e il personale scolastico autorizzato al fine di redigere il Piano Individuale d'Intervento.

Art. 6 – Gestione dell'emergenza

Qualora non sia possibile applicare il Piano Individuale di intervento o questo risulti inefficace, l'Istituto si riserva il ricorso al SSN di Pronto Soccorso.

Art. 7 – Durata del trattamento

Il trattamento verrà erogato per la durata indicato dalla famiglia e dalla certificazione del medico.

In ogni caso la procedura prevista dal presente Regolamento andrà ripetuta a ogni inizio d'anno scolastico al fine di aggiornare la documentazione in possesso della scuola e consentire una efficace organizzazione della stessa

Il Dirigente Scolastico

prof. Saverio Pansini

Il presente documento è stato firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005

Allegati:

Modulo 1: Richiesta del genitore

Modulo 2: Richiesta auto-somministrazione

Modulo 3: Prescrizione del Medico

Modulo 4: Verbale di consegna del farmaco

Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI 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)

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i _____
genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____, frequentante la classe/sezione _____
_____ della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

vista la specifica patologia dell'alunno _____
preso atto del protocollo esistente tra _____, in materia di somministrazione di farmaci a scuola
adottato in data _____ 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 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 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/ono:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data _____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà _____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare _____

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico 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.

Modulo 2: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno (o dall'alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente scolastico)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno (Cognome e Nome) _____ nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ frequentante la classe/sezione _____ della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico _____ affetto dalla seguente patologia _____

Comunica

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

—

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

Firma del Medico Curante

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente scolastico

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico 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.

**Modulo 3: "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

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di 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.

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Residente a _____
 In via _____ Telefono _____
 Classe _____ della Scuola _____
 Sita a _____ In via _____
 Dirigente Scolastico _____
 affetto dalla seguente patologia _____

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 _____

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza (es. shock anafilattico)**:

Modalità di somministrazione _____
 Dose _____
 Modalità di conservazione del farmaco _____
 Note _____

Data

Timbro e firma del MMG/PLS/MS

MODULO 4

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno

Al genitore dell'alunno/a

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

In data _____ alle ore _____, il Sig. /la Sig.ra _____,

genitore o esercente la potestà genitoriale dell'/la alunno/a _____

iscritto alla classe ____, sez. ____, della Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria _____

_____ (barrare le voci che non interessano) dell'Istituto Comprensivo "Cassano

de Renzio" di Bitonto, consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____,

una confezione nuova e integra del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'/la alunno/a _____ come da certificazione

medica acquisita al fascicolo rilasciata dal medico pediatra _____.

Il farmaco verrà conservato nella scuola conformemente alle prescrizioni comunicate.

Il genitore / l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno

scolastico, a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà

terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione nel trattamento.

Bitonto, data ____/____/____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore /dell'esercente la potestà genitoriale _____