



MIM – USR SICILIA

I.C. "F.P. POLIZZANO" GANGI (PA) con plessi di Geraci Siculo

Via S. Leonardo – 90024 Gangi-

Tel. 0921644579 – C.F. 95005240825-Cod. Min. PAIC84500B

Codice univoco fatturazione UFIGXO Codice iPa istsc_paic84500b

e-mail: paic84500b@istruzione.it PEC paic84500b@pec.istruzione.it

sito web <http://www.icpolizzano.edu.it>

REGOLAMENTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

(Allegato 1 del Regolamento di Istituto)

(Approvato dal Consiglio di Istituto nella seduta del 22/12/2022)

VISTO l'art. 32 della Costituzione;

VISTO il Decreto legislativo n. 81 del 2008 e le successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 275, concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, concernente "norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

VISTO il Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTE le linee programmatiche del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca del 2005 che pongono tra le strategie fondamentali della politica scolastica quella della centralità dei "bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie, degli insegnanti";

CONSIDERATO che tale principio è stato recepito dalla Legge 28 marzo 2003, n. 53 di delega al Governo per la definizione delle norme generali dell'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale;

RITENUTA la necessità di definire interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica;

L'I.C. F.P. Polizzano di Gangi e Geraci Siculo adotta il seguente Regolamento:

Art.1 – Regola generale – È fatto divieto di somministrare farmaci ad alunni, ad eccezione dei due casi di **somministrazione di farmaci per terapia** e di **ricorso a farmaci salva-vita in situazioni di emergenza**.

Art. 2 – Tipologia degli interventi – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle ASL; tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Art. 3 – Soggetti coinvolti - La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le ASL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

Art. 4 – Modalità di intervento – La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

Il dirigente scolastico, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;

- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (personale docente ed ATA) a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti 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, il dirigente scolastico può 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, il dirigente scolastico può 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 (es.: Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada).

In difetto delle condizioni sopra descritte, il dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercitanti la potestà genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Art.5 – Gestione delle emergenze – Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le presenti norme ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Caso 1: somministrazione di farmaci per terapia

1. La **famiglia fa richiesta al dirigente scolastico** accompagnata da prescrizione medica specifica, con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.).
2. Il **dirigente scolastico concorda con la famiglia** orari e modalità in cui un familiare o suo delegato possa recarsi presso la scuola per la somministrazione del farmaco.
3. Qualora sia impossibile ad un genitore o suo delegato recarsi a scuola, il **dirigente verifica se tra il personale** vi sia qualcuno disponibile e con opportuna ed adeguata formazione.
4. Qualora **nessun insegnante sia disponibile o non vi siano persone formate**, il Dirigente potrà interessare i **servizi sanitari territoriali**. Se anche questi non fossero disponibili, il Dirigente ne dà comunicazione formale e motivata ai genitori e al **Sindaco del Comune di residenza dell'alunno**.
5. L'insegnante che ha aderito alla richiesta, registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia).

Caso 2: ricorso a farmaci salva-vita in situazioni di emergenza

1. La **famiglia segnala al dirigente scolastico** le eventuali situazioni in cui l'alunno necessita della somministrazione immediata di farmaci salva-vita. La richiesta è accompagnata da prescrizione medica specifica, con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.).
2. il **Dirigente scolastico valuta se organizzare col Medico di base apposita riunione formativa** con gli insegnanti interessati. In tal caso è necessario redigere apposito verbale, anche in forma sintetica, con firma dei partecipanti.
3. Considerato che spetta al datore di lavoro individuare gli addetti all'emergenza e che il lavoratore incaricato non può rifiutare la nomina se non per grave e giustificato motivo, **la somministrazione di farmaco salva-vita è obbligatoria e rientra nelle competenze relative alla gestione dell'emergenza**.
4. Chi avesse validi e documentati motivi per rifiutare tale incarico lo deve segnalare per iscritto al dirigente scolastico motivandone le ragioni.
5. L'insegnante che ha effettuato la somministrazione dei farmaci salva-vita registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia) e ne dà segnalazione al Dirigente scolastico e alla famiglia.

Iter procedurale/Modulistica

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i

genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico **formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori**, come da allegato modulo (all. A)

La richiesta deve essere **corredata da certificazione medica** (in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati), che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale o Specialisti.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno indicare:

- stato di malattia dell'alunno;
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile 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; Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:
- nome cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Accettata la certificazione, il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione, come da moduli allegati:

- all. B/1 se trattasi di farmaco salvavita;
- all. C/1 se trattasi di farmaco indispensabile.

Ricevuta l'autorizzazione e la certificazione medica, gli insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

- all. B/2 verbale consegna farmaco salvavita;
- all. C/2 verbale consegna farmaco indispensabile.

Per casi specifici, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere **l'auto-somministrazione**.

- Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, anche la dicitura che: "il minore/ l'alunno può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola".
- La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico (all. D).
- Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con e gli insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola, anche in questi documenti andrà specificato che: "il minore/ l'alunno può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola".
- La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.
- Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

Tutte le informazioni acquisite attraverso la documentazione prodotta e gli incontri con i medici, sono sottoposte al principio di riservatezza e vanno trattate come dati sensibili.

Al Dirigente Scolastico dell'IC
Polizzano di Gangi

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti e
genitori di nato a il
residente a.....in via.....
frequentante la classe.....della Scuola.....
sita a.....in Via.....
Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta
necessità,

chiedono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione
medica rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente (i dati sensibili sono i
dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il.....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale*

.....
.....

*** nel caso firmi un solo genitore:**

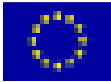
**"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non
corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza
delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che
richiedono il consenso di entrambi i genitori".**

FIRMA _____

Numeri di telefono utili:

GENITORI: _____

Pediatra di libera scelta/medico curante _____



Allegato B/1

MIM – USR SICILIA

I.C. "F.P. POLIZZANO" GANGI (PA) con plessi di Geraci Siculo

Via S. Leonardo – 90024 Gangi-

Tel. 0921644579 – C.F. 95005240825-Cod. Min. PAIC84500B

Codice univoco fatturazione UF1GXO Codice iPa istsc_paic84500b

e-mail: paic84500b@istruzione.it PEC paic84500b@pec.istruzione.it

sito web <http://www.icpolizzano.edu.it>

Al personale individuato

sede

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione **farmaco salvavita**

All'alunno/a frequentante la classe

Scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig.

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegata certificazione.

Luogo e Data il

Il Dirigente Scolastico

Per presa visione il personale individuato

Allegato C/1

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

All'alunno/a frequentante la classe
scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,
dal/i Sig.

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore.....
all'alunno/a nella dose di come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione.
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:

.....
.....

Luogo e Data il

Il Dirigente Scolastico

Per presa visione e conferma della disponibilità:
Il personale incaricato (firma)

Allegato B/2
VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data alle ore la/il sig.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
consegna all'insegnante coordinatore di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale
.....

da somministrare al/all'alunno/a in caso di¹ nella dose
..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata
alla presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

- Provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato o scaduto, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data il.....

I genitori

.....

Gli insegnanti

.....

¹
In caso di somministrazione di seguito indicare l'evento

Allegato C/2
VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data alle ore la/il sig.
genitore dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
consegna all'insegnante coordinatore di classe un flacone nuovo ed integro del
medicinale.....dasomministrareall'alunno/aognigiornoalleore..... nella
dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copiaallegata
alla presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- Provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato o scaduto, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....
.....

Luogo e Data il

I genitori

Gli insegnanti

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Polizzano di Gangi

Allegato D

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato a.....il..... re-
sidente a in via
frequentantelaclasse.....dellaScuola.....
sitaa.....inVia.....

Essendo l'alunno (minore)effettodae constatata l'assoluta
necessità, chiedono che **l'alunno (minore) si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la
terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione
medica rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa (i dati sensibili sono i
dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il.....

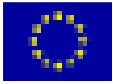
Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori



Allegato E

MIM – USR SICILIA

I.C. "F.P. POLIZZANO" GANGI (PA) con plessi di Geraci Siculo

Via S. Leonardo – 90024 Gangi-

Tel. 0921644579 – C.F. 95005240825-Cod. Min. PAIC84500B

Codice univoco fatturazione UFIGXO Codice iPa istsc_paic84500b

e-mail: paic84500b@istruzione.it PEC paic84500b@pec.istruzione.it

sito web <http://www.icpolizzano.edu.it>

AI DOCENTI E AL PERSONALE ATA DELLA CLASSE _____

Alunno _____

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega modello).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione.

Nel caso l'alunno/a dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione.

È estremamente utile potersi avvalere di **due persone**:

una persona per i contatti telefonici:

- chiama i genitori,
- informa il 112 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.

una persona per la somministrazione:

- accudisce l'alunno/a
- somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

A. Orario in cui l'insegnante di classe si trova da solo a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a. l'insegnante di classe soccorre l'alunno/a e chiama il collaboratore scolastico;
- b. il collaboratore scolastico accorre, se ha in consegna porta il medicinale all'insegnante, riunisce e porta gli studenti in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c. l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco
- d. il collaboratore scolastico chiama il 112 e i genitori.

B. Orario in cui l'insegnante di classe si trova da solo a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:

L'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico e soccorre l'alunno/a

- a. Il collaboratore scolastico accorre, se ha in consegna porta il medicinale all'insegnante, porta gli altri studenti in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- b. l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco
- c. il secondo collaboratore scolastico chiama il 112 e i genitori.

C. Orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a. un insegnante soccorre l'alunno/a
- b. l'altro insegnante chiama il collaboratore scolastico, poi chiama il 112 e i genitori
- c. il collaboratore scolastico accorre e porta, se ha in consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce gli studenti e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d. l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di intervento.

VERBALE INCONTRO DI COORDINAMENTO

A seguito della richiesta del _____ inoltrata dai genitori di _____
classe _____ il coordinatore di classe su delega del dirigente, il personale della scuola, il medico di
comunità ed i genitori si sono riuniti ed accordati in data odierna circa la possibilità e la modalità di
conservazione e somministrazione del farmaco a scuola.

Luogo di conservazione del farmaco: _____

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione: _____

I genitori autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso
personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Il Medico di Comunità _____ Il Coordinatore di classe _____

Il Personale della scuola (qualifica) _____

I Genitori (o il Genitore *) _____

* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

Si allega:

- Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità) e la posologia necessaria
- Richiesta dei genitori

Gangi, _____