



A. S. 2020/2021

## REGOLAMENTO

### SOMMINISTRAZIONE A SCUOLA DI FARMACI SALVAVITA

PREMESSO CHE :

- Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25/01/2005, le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico);
- la somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato, per la cura di particolari patologie croniche, o al bisogno, in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Dirigente Scolastico ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga);
- La scuola San Pio X in data 13.09.2020 ha adottato il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola;

Si dispone

#### ARTICOLO 1

##### IL GENITORE

Il genitore in caso di bisogno di eventuale somministrazione di farmaci in ambito scolastico al proprio figlio:

1. presenta motivata richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico secondo lo schema in Allegato n. A,
2. accompagna la richiesta di somministrazione con la presentazione di una certificazione medica redatta dal PLS, dal MAP o dallo Specialista del S.S.N. secondo lo schema in Allegato B,
3. fornisce il farmaco alla scuola tenendo nota della scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto in uso,



4. fornisce al Dirigente Scolastico un recapito telefonico al quale sia reperibile egli stesso o un suo delegato.

## ARTICOLO 2

### PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE

La prescrizione/certificazione del MAP, del PLS, dello Specialista deve specificare:

1. il nome dell'alunno,
2. la patologia dell'alunno,
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaco,
4. le modalità di somministrazione del farmaco,
5. la dose da somministrare,
6. la modalità di conservazione del farmaco.

## ARTICOLO 3

### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il Dirigente Scolastico, a fronte di richiesta/autorizzazione e di prescrizione medica:

1. individua il personale incaricato per la somministrazione del farmaco tenendo presente le raccomandazioni ministeriali citate in premessa,
2. promuove la partecipazione, da parte del personale scolastico, ai corsi di formazione organizzati dall'Alss o altri enti autorizzati,
3. autorizza la somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico,
4. indica, vista la prescrizione medica, le modalità per la conservazione e la somministrazione del farmaco.
5. Assicura la somministrazione del farmaco durante le uscite didattiche in ambito scolastico/educativo secondo modalità organizzative.

## ARTICOLO 5:

### IL PERSONALE SCOLASTICO

Il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco: 1. partecipa a specifici momenti formativi organizzati e concordati con la scuola;



2. provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione medica.

ARTICOLO 6:

DURATA

L'autorizzazione rilasciata dalla famiglia alla scuola avrà durata solamente per l'anno in scolastico in corso, scaduto l'anno decade l'autorizzazione.

\_Allegato\_A\_

\_Allegato\_B\_

La coordinatrice didattica

Dott.ssa Francato Valentina

Allegato A al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019 pag. 1/2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

Al legale rappresentante della scuola dell'infanzia S. Pio X

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

\_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia:

\_\_\_\_\_ Nato a

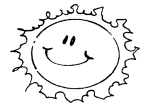
\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_



Della Scuola dell' Infanzia S. Pio X Sito a Cadoneghe in via Zanon 16

CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E  
CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA  
SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI  
FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA  
AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data \_\_\_\_\_ dal  
dott. \_\_\_\_\_ COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA  
SOMMINISTRAZIONE DEI SUDDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI  
PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA  
L'INTERVENTO.





Allegato B

al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019 pag. 1/2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;

- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI, ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO, ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO**

**SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA**

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

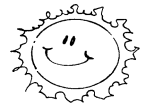
in via \_\_\_\_\_ Frequentante  
la Scuola dell'Infanzia S. Pio X Sito a Cadoneghe in via Zanon 16,

Affetto da

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

Nel caso in cui si verifichi

\_\_\_\_\_



---

---

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

1. NOME COMMERCIALE DEL FARMACO

---

---

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE

---

---

DOSE

---

---

ORARIO 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^dose \_\_\_\_\_ 3^dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco

---

---

---

Note

---

---

---

2. NOME COMMERCIALE DEL FARMACO

---

---

---

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE

---

---

DOSE

---

---

ORARIO 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^dose \_\_\_\_\_

3^ dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_



Modalità di conservazione del farmaco

---

---

Note

---

---

3. NOME COMMERCIALE DEL FARMACO

---

---

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE

---

---

DOSE

---

ORARIO 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup>dose \_\_\_\_\_

3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco

---

---

Note

---

---

Data

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista \_\_\_\_\_

---

Timbro