



**Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca**  
ISTITUTO COMPRENSIVO DI ZANICA  
Via Serio n.1 - 24050 Zanica  
Tel: 035 670728 Fax: 035671653  
e-mail uffici: [bgic89300q@istruzione.it](mailto:bgic89300q@istruzione.it) – [iczanica893@pec.postamsw.it](mailto:iczanica893@pec.postamsw.it)

## **Regolamento per la somministrazione di farmaci a scuola**

**VISTO** il documento “Atto di Raccomandazioni del 25/11/2005 contenente le linee guida per la definizione di interventi finalizzati all’assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico”, predisposto dal Ministero dell’Istruzione dell’Università e della ricerca d’intesa con il Ministero della salute;

**PRESO ATTO** delle diverse richieste da parte delle famiglie;

**CONSIDERATA** la necessità di regolamentare questo settore in modo da adottare prassi uniformi all’interno dell’Istituto Comprensivo di Zanica;

### **PREMESSO CHE:**

1. L’esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico è da tempo all’attenzione delle Istituzioni e delle Associazioni delle famiglie;
2. La presenza di tali situazioni richiama l’attenzione dell’Istituzione scolastica a tutelare la salute ed il benessere dell’alunno e pone la necessità urgente di predisporre un protocollo il più possibile condiviso tra le varie componenti scolastiche ed i soggetti coinvolti nella tutela della salute;

### **VALUTATO CHE:**

1. L’intervento sugli alunni che esigono la somministrazione di farmaci si deve configurare come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto che interviene;
2. Tale attività di intervento rientra in un protocollo terapeutico stabilito dai sanitari la cui omissione può causare danni alla persona;
3. La prestazione dell’intervento viene supportata da una specifica “formazione in situazione” riguardanti le singole patologie, nell’ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.

### **SI CONVIENE QUANTO SEGUE:**

Criteri adottati per autorizzare la somministrazione di farmaci in orario scolastico

#### **Art. 1:** Autorizzazione da parte dei Medici - Criteri

- I farmaci a scuola devono essere somministrati nei casi autorizzati dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di libera scelta e/o dai Medici di medicina generale, tramite documentazione recante la certificazione medica dello stato di malattia dell’alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- L’autorizzazione viene rilasciata su richiesta dei genitori degli studenti che presentano ai medici la documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

1. L'assoluta necessità;
2. La somministrazione indispensabile in orario scolastico;
3. 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;
4. La fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre deve contenere in modo chiaro e leggibile:

1. Nome e cognome dello studente;
2. Nome commerciale del farmaco;
3. Indicare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile.
4. Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione (nel caso di farmaci al bisogno e per i quali occorre una adeguata formazione del personale della scuola)
5. Dose da somministrare;
6. Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
7. Durata della terapia.

La famiglia consegnerà alla Dirigente scolastica la richiesta (allegato 1 o 2), unitamente al modulo di autorizzazione rilasciata dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di libera scelta e/o Medici di Medicina Generale e ai farmaci prescritti in confezione integra da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento, dando il proprio consenso alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico.

## **TITOLO 1**

Somministrazione di farmaci in orario scolastico a seguito di cure di durata prestabilita

### **Art. 2**

La Dirigente Scolastica, su richiesta della famiglia (allegato 1), autorizza l'accesso a scuola dei genitori per il tempo strettamente necessario alla somministrazione del farmaco.

In alternativa la famiglia con apposita richiesta (allegato 1) può avvalersi del personale della scuola.

La Dirigente scolastica, acquisita la richiesta della famiglia con allegato il modulo di autorizzazione rilasciato dai Medici secondo le indicazioni di cui all'art.1, valutata la fattibilità organizzativa.

- Acquisisce la disponibilità del personale scolastico a somministrare i farmaci;
- Se si ravvisa la necessità, organizza un incontro formativo con i genitori ed il personale scolastico tenuto dal medico che ha redatto l'autorizzazione secondo l'art. 1.

## **TITOLO 2**

Somministrazione di farmaci al bisogno in orario scolastico in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie

### **Art. 3**

La Dirigente scolastica, acquisita la richiesta della famiglia (allegato 2) con allegato il modulo di autorizzazione rilasciato dai Medici secondo le indicazioni di cui all'art.1, valutata la fattibilità organizzativa.

- Acquisisce la disponibilità del personale scolastico a somministrare i farmaci (allegato 3);
- Organizza un incontro formativo con i genitori ed il personale scolastico tenuto dal medico che ha redatto l'autorizzazione secondo l'art. 1 per definire un Piano Individuale di Intervento (allegato 4);

### **TITOLO 3**

**Art. 4:** Gestione dell'emergenza

Resta comunque prescritto il ricorso al SSN di Pronto Soccorso nei casi in cui non sia possibile applicare il Piano Individuale di intervento o che questo risulti inefficace.

**Art. 5:** Durata dell'autorizzazione del Medico e della Famiglia

L'autorizzazione del medico e della famiglia ha durata strettamente legata al periodo di trattamento indicata dal Medico o per un anno scolastico nel caso di interventi al bisogno in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie.

***Approvato dal Consiglio di Istituto del 26.10.2011***

## Allegato 1

Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico  
a seguito di cure di durata prestabilita

Alla Dirigente dell'I.C. di ZANICA

I sottoscritti ..... (padre) .....(madre)  
genitori dell'alunno/a ..... nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della scuola ..... nel plesso.....

Chiedono  
(barrare il riquadro di interesse)

- L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.
- La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.
- La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel protocollo dell'I.C. di Zanica.

Data ..... Firma (padre) .....  
Firma (madre) .....

---

## Allegato 2

Modulo di richiesta per la somministrazione di farmaci al bisogno in orario scolastico  
in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie

Alla Dirigente dell'I.C. di ZANICA

I sottoscritti ..... (padre) .....(madre)  
genitori dell'alunno ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della scuola ..... nel plesso.....

Chiedono  
(barrare il riquadro di interesse)

La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia al bisogno in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.

La somministrazione della terapia farmacologia al bisogno in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel protocollo dell'I.C. di Zanica.

Data ..... Firma (padre) .....

Firma (madre) .....

---

Il Dirigente Scolastico vista la seguente richiesta autorizza/non autorizza per il seguente motivo:

Personale scolastico disponibile alla vigilanza o alla somministrazione del farmaco:

Data \_\_\_\_\_

La Dirigente Scolastica  
(Gabbini dott.ssa Silvana)

### Allegato 3

#### Modulo di disponibilità del personale scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione o alla somministrazione della terapia farmacologica

I sottoscritti

..... nel ruolo di .....

Firma .....

..... nel ruolo di .....

Firma .....

..... nel ruolo di .....

Firma .....

..... nel ruolo di .....

Firma .....

Si dichiarano disponibili alla vigilanza durante l'auto-somministrazione/alla somministrazione della terapia farmacologica secondo la richiesta della famiglia dell'alunno ..... frequentante la classe ..... della scuola ..... nel plesso..... con allegata l'autorizzazione del Medico curante.

Data .....

## Piano Individuale di Intervento

Anno scolastico ..... Data .....

Alunno ..... nato a ..... il .....

Frequentante la classe ..... nella scuola ..... nel plesso .....

**Alla presenza di:**

Genitori .....

Medico ..... Personale scolastico .....

Descrizione dei sintomi per i quali occorre al bisogno somministrare i farmaci secondo l'allegata autorizzazione medica:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Modalità di Intervento Personalizzato:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Eventuali Note:

.....  
.....

Firma Genitori

Firma Medico Curante

Firma personale scolastico

Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico  
a seguito di cure di durata prestabilita

Alla Dirigente dell'I.C. di ZANICA

I sottoscritti ..... (padre) .....(madre)  
genitori dell'alunno/a ..... nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della scuola ..... nel plesso.....

Chiedono  
(barrare il riquadro di interesse)

- L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.
- La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologia con la vigilanza del personale scolastico Consapevoli che la vigilanza viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.
- La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel protocollo dell'I.C. di Zanica.

Data ..... Firma (padre) .....  
Firma (madre) .....