



## PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA A SCUOLA

VISTA	la Legge n. 176 del 27 maggio 1991 contenente Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989
VISTA	la Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 (diritto per i parenti di assistere il paziente e particolari agevolazioni)
VISTO	il Decreto Legislativo n. 112 del 31/03/1998 sulle strategie fondamentali della politica scolastica, in particolare sulla centralità dei “bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie, degli insegnanti”
VISTO	il Decreto del Presidente della Repubblica n. 275 dell’8 marzo 1999 “Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, ai sensi dell’art. 21 della Legge n. 59 del 15 marzo 1997
VISTO	il Decreto Ministeriale n. 388 del 15/07/2003 in attuazione dell’art. 15 del DL n. 626/1994 (“tutti i cittadini sono obbligati dalle disposizioni vigenti ai doveri di primo soccorso” e “nelle scuole è presente personale dirigente, docente, educativo, ATA adeguatamente formato)
VISTO	il Documento “Atto di Raccomandazioni del 25 novembre 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 delle Ricerche d’Intesa con il Ministero della Salute
VISTA	la Legge n. 67 del 1° marzo 2006 “Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni”
VISTO	il Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, “Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”
VISTA	la Direttiva del M.I.U.R. del 27/12/2012 “Strumenti d’intervento per gli alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l’inclusione scolastica e CM n. 8 del 6 marzo 2013. Indicazioni operative”
VISTO	il “Documento strategico d’intervento integrato per l’inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete in contesti scolastici, educativi e formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all’istruzione e alla migliore qualità di vita”, A.G.D. in collaborazione con il Ministero della Salute e il Ministero dell’Istruzione, Università e Ricerca, presentato in Senato il 7/11/2013

### Il Protocollo definisce le modalità di somministrazione dei farmaci salvavita a scuola.

I farmaci a scuola non devono di norma essere somministrati, salvo casi necessari autorizzati da medici. I farmaci a scuola possono essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione in orario scolastico può avvenire solo in caso di assoluta necessità e se risulta indispensabile.

I farmaci a scuola possono essere somministrati nei seguenti casi:

- malattie croniche (patologie che non guariscono e che richiedono terapie di mantenimento, ad es. asma e diabete). Si somministrano i farmaci prescritti con l’indicazione circa orario, posologia e modalità di somministrazione;
- urgenze prevedibili (in patologie croniche note che possono comportare fatti acuti con necessità di farmaci salvavita, ad es. asma, diabete, epilessia).



**Solo in questi casi** possono essere somministrati i farmaci salvavita in base alle indicazioni fornite nel piano terapeutico. L'eventuale somministrazione dei farmaci prevede in ogni caso la chiamata d'urgenza al 118.

**In tutti gli altri casi di malore dello studente si farà ricorso esclusivamente all'intervento del 118.**

#### **IL GENITORE O CHI ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DEVE:**

- fare richiesta scritta di somministrazione del farmaco salvavita al Dirigente
- accompagnare la richiesta di somministrazione con la presentazione di certificazione medica redatta dal medico curante o dallo specialista e attestante lo stato di malattia dello studente con la prescrizione specifica del farmaco da assumere (nome commerciale del farmaco, chiara descrizione dell'evento che richiede la somministrazione, posologia, conservazione, modalità e tempi di somministrazione, eventuale durata della terapia)
- precisare che la somministrazione del farmaco è possibile anche da parte di personale non sanitario
- fornire il farmaco in corso di validità all'istituzione scolastica.

#### **IL MEDICO SPECIALISTA/CURANTE DEVE:**

- redigere il **Piano terapeutico** indicando il nome commerciale del farmaco, la descrizione dell'evento che richiede la somministrazione, la posologia, la conservazione, le modalità e i tempi di somministrazione, l'eventuale durata della terapia.

#### **IL DIRIGENTE SCOLASTICO DEVE:**

- organizzare momenti formativi per personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione dei farmaci "salvavita"
- richiedere alla famiglia dello studente, che necessita di somministrazione dei farmaci salvavita, la documentazione necessaria (richiesta per intervento di somministrazione farmaci in ambito scolastico e certificazione medica da allegare ad essa)
- individuare tra il personale chi, in caso di bisogno, è nelle condizioni di intervenire con la somministrazione del farmaco (in via prioritaria chi ha seguito corsi di formazione sulla somministrazione dei farmaci salvavita in orario scolastico)
- acquisire la disponibilità del personale scolastico a somministrare il farmaco "salvavita"
- informare e condividere con il personale scolastico disponibile a somministrare il farmaco il **piano personalizzato di intervento**
- garantire la corretta e sicura conservazione dei farmaci, nei limiti imposti dalla struttura scolastica
- prevedere il ricorso al Sistema Nazionale di Pronto Soccorso, dandone comunicazione alla famiglia, in caso di mancanza di personale scolastico per la somministrazione dei farmaci.

#### **IL SOMMINISTRATORE DEVE:**

- indicare la disponibilità alla somministrazione
- prendere visione del Piano terapeutico contenuto nel fascicolo personale dello studente presso la segreteria didattica
- approfondire la metodica di somministrazione del farmaco esplicitata nelle slide presentate durante il corso di formazione e pubblicate sul sito d'istituto in area riservata
- provvedere alla somministrazione del farmaco
- informare il Dirigente e il RSPP su eventuali criticità, in potenza o in atto.

#### **IL PERSONALE IN SERVIZIO (tutti i docenti compresenti: disciplinari, specializzati, tecnico pratici di laboratorio, supplenti o assistenti socio-educativi presenti in classe al momento della crisi) DEVE:**

- mettere in atto la procedura di soccorso dello studente (anche se non ha dato la disponibilità alla somministrazione del farmaco) assicurandosi che lo stesso riceva cura e assistenza esplicitata nel **Piano personalizzato di intervento**



#### **AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI:**

L'auto-somministrazione del farmaco è prevista laddove lo studente, per età (indicativamente tra i 12 e i 17 anni), esperienza, addestramento è autonomo nella gestione del suo problema di salute. In caso di auto-somministrazione dello studente il genitore compilerà l'allegato D.

Qualora si determini una crisi il personale scolastico sarà tenuto a mettere in atto esclusivamente la procedura di emergenza inserita nel piano di intervento. In nessun caso si potrà procedere alla somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico.

Il documento, parte integrante del PTOF, contiene i seguenti documenti:

- Allegato A - Richiesta di somministrazione del farmaco salvavita
- Allegato B - Piano Terapeutico
- Allegato C - Richiesta di prosecuzione della somministrazione del farmaco
- Allegato D - Richiesta di auto-somministrazione di farmaci

Il Dirigente  
Antonio Francesco DIVICCARO

## **ALLEGATO A – RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA**

Prot. N. \_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico  
I.I.S.S. "LEONTINE E GIUSEPPE DE NITTIS"**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori o esercenti la responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ dell'I.I.S.S. "Léontine e Giuseppe De Nittis",  
essendo il minore affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_ e  
constatata l'assoluta necessità, con la presente

### **CHIEDONO CHE**

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, il farmaco salvavita indicato nell'allegato B, in caso di urgenza dovuti al seguente evento \_\_\_\_\_ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

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.

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

I sottoscritti, provvederanno 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 dello/a studente/ssa medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

**I sottoscritti autorizzano il personale della scuola ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.**

### **Privacy policy**

Con la presente clausola l'I.I.S.S. "Léontine e Giuseppe De Nittis" dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), questa Istituzione Scolastica dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti, che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti o imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute, che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, Antonio Francesco DIVICCARO.

La famiglia acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

---

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

---

**Numeri di telefono utili:**

Genitori \_\_\_\_\_ cell/abitazione \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) \_\_\_\_\_

cell/studio \_\_\_\_\_

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO B - PIANO TERAPEUTICO**

Prot. N. \_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico  
I.I.S.S. "Léontine e Giuseppe De Nittis"**

**OGGETTO:** indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) (*a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale*))

Il minore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

In via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

necessità della somministrazione del seguente farmaco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

modalità di somministrazione e di conservazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

durata della terapia \_\_\_\_\_

posologia \_\_\_\_\_

eventuali effetti collaterali \_\_\_\_\_

**Eventuali note:**

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG**

**ALLEGATO C RICHIESTA DI PROSECUZIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO**

Prot. N. \_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico  
I.I.S.S. "Léontine e Giuseppe De Nittis"**

**OGGETTO:** prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

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

genitori o esercenti la responsabilità genitoriale di \_\_\_\_\_ nato a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dell'I.I.S.S. "Léontine e Giuseppe De Nittis"

- avendo inoltrato nel decorso anno scolastico formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;
- considerato che nel corrente anno scolastico il/la proprio/a figlio/a necessita, in caso di bisogno, della somministrazione del farmaco per il quale la terapia non è mutata, **chiedono che la somministrazione del farmaco avvenga anche per il corrente anno scolastico.**

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

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

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dello/a studente/ssa medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

**I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.**

### **Privacy policy**

Con la presente clausola l'I.I.S.S. "Léontine e Giuseppe de Nittis" dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), questa Istituzione

Scolastica dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti, che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti o imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute, che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03 e che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, Antonio Francesco DIVICCARO.

La famiglia acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

---

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

---

#### **Allegato D RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Prot. N. \_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico  
I.I.S.S. "Léontine e Giuseppe De Nittis"**

**Oggetto:** richiesta di auto-somministrazione di farmaci

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

genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dello/a studente/ssa

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a

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

la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ dell'I.I.S.S. "Léontine e Giuseppe De Nittis" sita a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Essendo nostro figlio affetto da \_\_\_\_\_  
e constatata l'assoluta necessità, **chiedono** la possibilità che **nostro figlio si autosomministri**, in  
ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola  
come da allegata prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_  
dal dott. \_\_\_\_\_.

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

La famiglia acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili  
sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_