

PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

PREMESSO CHE La Costituzione Italiana, all'art. 32 tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, all'art.34, stabilisce che la Repubblica rende effettivo il diritto allo studio;

VISTE la Raccomandazione del 25/11/2005 emanata dal MIUR contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studentesse/studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, per la tutela del diritto allo studio delle/gli stesse/i
la C.M. n. 321 del 10/01/2017
la Convenzione firmata tra la Regione Campania e l'Ufficio Scolastico Regionale della Campania per consentire la somministrazione di farmaci anche durante l'orario scolastico, come necessario, per esempio, nelle cure dell'epilessia, dell'asma, delle allergie e del diabete infantile;

TENUTO CONTO che la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuti l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui la/lo studentessa/studente frequenta la Scuola (orario scolastico);
che a Scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste alla/al somministratrice/somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

DISPONE

il seguente

PROTOCOLLO

in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e Istituzione scolastica

Art. 1 – Campo d'intervento

1. La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle ASL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.
2. In ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità, come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute.



3. Durante l'orario scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire in altro momento e la cui omissione può causare danni alla salute della/dello studentessa/studente.
4. La somministrazione può avvenire solamente in virtù di un rapporto fiduciario fra famiglia ed operatrici/operatori scolastiche/scolastici.
5. Da parte delle/degli operatrici/operatori scolastiche/scolastici, che diano la loro disponibilità volontariamente, possono essere somministrati solamente farmaci somministrabili anche in ambiente domestico principalmente per via orale, aerosol e simili; la somministrazione di farmaci per via parenterale è prevista solo in caso di urgenza e per rarissimi casi particolari.
6. Il genitore o tutrice/tutore legale, nell'interesse della/del propria/o figlia/figlio, è tenuta/o a segnalare tempestivamente qualsiasi patologia in atto che potenzialmente possa determinare una situazione di emergenza.

Art. 2 – Modalità d'intervento

CASO 1 – RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO

1. La richiesta di somministrazione del farmaco deve essere inoltrata da parte dei genitori, affidatari o dalla/dal tutrice/tutore alla Dirigente Scolastica utilizzando il modulo allegato (**ALLEGATO A**).
2. Con tale richiesta i genitori/affidatari o la/il tutrice/tutore autorizzano il personale della scuola che si renderà disponibile all'incarico a somministrare il farmaco, **sollevandolo da ogni responsabilità civile e penale che derivi dalla somministrazione della terapia farmacologica contenuta in suddetta richiesta**. Quest'ultima deve essere accompagnata dalla **prescrizione rilasciata dal Medico Curante/Struttura Sanitaria (ALLEGATO B)** dalla quale si evinca l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico e la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario. La prescrizione medica deve inoltre contenere, esplicitato in modo chiaro e leggibile:
 - nome e cognome della/dello studentessa/studente;
 - nome commerciale del farmaco;
 - dose da somministrare;
 - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - durata della terapia.
3. La Dirigente scolastica, vista la richiesta inoltrata dalla famiglia, verifica la disponibilità delle/degli operatrici/operatori scolastiche/scolastici in servizio a garantire la somministrazione dei farmaci. Il Dirigente acquisisce la disponibilità tra il personale docente ed ATA preferibilmente tra le/gli operatrici/operatori che abbiano seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94 o nell'ambito del personale già nominato come addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D. M. 388/03).
4. Se necessario, la Dirigente organizza con il Medico di base un incontro formativo con le/i docenti interessate/i del quale verrà redatto apposito verbale con firma delle/dei partecipanti, protocollato e messo agli atti nel fascicolo personale della/dello studentessa/studente. Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente ed ATA, anche in collaborazione con le ASL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.
5. Chi avesse validi e documentati motivi per rifiutare tale incarico è tenuto a segnalare per iscritto alla Dirigente scolastica motivandone le ragioni.
6. Qualora nessuna/nessun docente sia disponibile o non vi siano persone formate, la Dirigente **potrà interessare i servizi sanitari territoriali. Se anche questi non saranno disponibili, la Dirigente potrà rivolgersi ai servizi o alle associazioni di volontariato. In caso di mancanza di disponibilità da parte di questi ultimi, la Dirigente ne dà comunicazione formale e motivata alla famiglia e alla/al Sindaca/o del Comune di residenza della/dello studentessa/studente.**
7. Dopo aver acquisito la disponibilità del personale della scuola, la Dirigente autorizza le/gli operatrici/operatori alla somministrazione dei farmaci mediante comunicazione ufficiale alle/ai docenti interessati.
8. La Dirigente, o sua/o delegata/o, effettua una verifica delle strutture scolastiche individuando il luogo fisico idoneo alla conservazione e alla somministrazione dei farmaci. La famiglia consegna alla Dirigente, o alla/al sua/o delegata/o, il farmaco, sottoscrivendo apposito verbale di consegna.

N.B. Nel caso di studentesse/studenti che necessitino di farmaci salva-vita o farmaco che non richieda un'assunzione periodica e sistemica ma occasionale per far fronte a situazioni di emergenza medica, il personale scolastico, che si è precedentemente dichiarato disponibile, è tenuto a farsi carico della somministrazione e, contestualmente, dare immediata comunicazione alla famiglia e chiamare il servizio di pronto soccorso nazionale 118. In ogni caso le/gli addette/i



MANLIO ROSSI-DORIA
AVELLINO

Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera

MANLIO ROSSI-DORIA

AVELLINO

Via Filippo Visconti

CM: AVRHO4000X - CF: 92035900843

PEO: AVRHO4000X@istruzione.it - PEC: AVRHO4000X@PEC.istruzione.it

WEB: alberghierorossidoria.edu.it - Tel. 0825 761817



all'emergenza non possono rifiutarsi di somministrare i farmaci salvavita in quanto ciò rientra nelle competenze relative alla gestione delle emergenze.

CASO 2 – RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO

1. La famiglia può inoltrare alla Dirigente scolastica formale richiesta di auto-somministrazione del farmaco da parte della/del propria/o figlia/figlio, sia in caso di emergenze mediche sia in caso di terapie farmacologiche sistemiche e prolungate nel tempo (**ALLEGATO D**). La famiglia è tenuta a specificare il possesso della reale capacità da parte della/del minore di auto – somministrarsi il farmaco. La richiesta deve essere accompagnata dalla **prescrizione rilasciata dal Medico Curante** (pediatra di base) dalla quale si evinca l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico. La prescrizione medica deve inoltre contenere, esplicitato in modo chiaro e leggibile:
 - nome e cognome della/dello studentessa/studente;
 - nome commerciale del farmaco;
 - dose da somministrare;
 - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - durata della terapia.
2. La Dirigente scolastica, acquisita la richiesta, convoca la famiglia per concordare orari e modalità (compreso luogo di conservazione e di somministrazione) in cui debba avvenire l'auto- somministrazione. Di tale incontro sarà redatto apposito verbale da conservare nel fascicolo personale della/dello studentessa/studente.
3. La Dirigente scolastica predispone l'informativa alle/ai docenti di tutto il consiglio di classe.

CASO 3 – RICHIESTA ACCESSO AI LOCALI DELLA SCUOLA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO ALLA/AL PROPRIA/O FIGLIA/FIGLIO

1. La famiglia può inoltrare alla Dirigente scolastica formale richiesta di accesso ai locali della scuola per somministrare farmaci alla/al propria/o figlia/figlio, sia in caso di emergenze mediche sia in caso di terapie farmacologiche sistemiche e prolungate nel tempo (**ALLEGATO C**). La richiesta deve essere accompagnata dalla **prescrizione rilasciata dal Medico Curante** (pediatra di base) dalla quale si evinca l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico. La prescrizione medica deve inoltre contenere, esplicitato in modo chiaro e leggibile:
 - nome e cognome della/dello studentessa/studente;
 - nome commerciale del farmaco;
 - dose da somministrare;
 - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - durata della terapia.
2. La Dirigente scolastica, acquisita la richiesta, convoca la famiglia per concordare orari e modalità (compreso luogo di conservazione e di somministrazione) in cui una/un familiare o sua/o delegata/o possa recarsi presso la scuola. Di tale incontro sarà redatto apposito verbale da conservare nel fascicolo personale della/dello studentessa/studente.
3. La Dirigente scolastica autorizza con comunicazione formale i genitori/affidatari/tutori o loro delegata/o ad accedere ai locali della scuola per somministrare il farmaco secondo le modalità concordate durante l'incontro con la famiglia o ogniqualvolta sia necessario intervenire in seguito ad emergenza medica.
4. La Dirigente scolastica predispone l'informativa alle/ai docenti di tutto il consiglio di classe. Per ciascuno dei suddetti casi la richiesta e le autorizzazioni concesse dalla Dirigente scolastica hanno validità annuale. La modulistica può essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico, in relazione anche ai possibili sviluppi riguardanti la situazione medico-clinica delle/degli studentesse/studenti. La documentazione deve essere aggiornata dalla famiglia se necessario anche nel corso dell'anno scolastico qualora si verificano cambiamenti nella situazione medica o nella terapia farmacologica precedentemente comunicata.

Art. 3 – Gestione dell'emergenza

La normativa prescrive il ricorso al Servizio Territoriale di Emergenza (118) nei casi in cui si ravvisi la necessità di interventi non precedentemente richiesti e/o autorizzati dai genitori o tutrice/tutore e non differibili in relazione alla gravità dell'intervento.



IPSEOA MANLIO ROSSI-DORIA

Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera

MANLIO ROSSI-DORIA

AVELLINO

Via Filippo Visconti

CM: AVRHO4000X - CF: 92035900843

PEO: AVRHO4000X@istruzione.it - PEC: AVRHO4000X@PEC.istruzione.it

WEB: alberghierorossidoria.edu.it - Tel. 0825 761817



ALLEGATO A
Alla Dirigente Scolastica
dell'IPSEOA Manlio Rossi Doria di Avellino

OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (contiene dati sensibili)

La sottoscritta	in qualità di madre
codice fiscale	nata a _____ il _____
residente a	via/piazza _____
telefono fisso	cellulare _____
email	

Il sottoscritto	in qualità di padre
codice fiscale	nato a _____ il _____
residente a	via/piazza _____
telefono fisso	cellulare _____
email	

oppure (minore sotto tutela)

La sottoscritta/ Il sottoscritto	in qualità di altra persona esercente la responsabilità genitoriale
codice fiscale	nato/a a _____ il _____
residente a	via/piazza _____
telefono fisso	cellulare _____
email	

della/dello studentessa/studente nato/a a
il
residente a in via n.
frequentante la classe

CHIEDE/CHIEDONO

- che alla/al propria/o figlia/o siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dalla/dal dott.ssa/dott.;
(*oppure*)
- che alla/al propria/o figlia/o siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dalla/dal dott.ssa/dott.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dalla 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 e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente alla Dirigente Scolastica,



Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera
MANLIO ROSSI-DORIA
 AVELLINO

Via Filippo Visconti
 CM: AVRHO4000X - CF: 92035900843
 PEO: AVRHO4000X@istruzione.it - PEC: AVRHO4000X@PEC.istruzione.it
 WEB: alberghierorossidoria.edu.it - Tel. 0825 761817



mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute della/dello studentessa/studente medesima/o 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 della/del figlia/o ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori o dagli affidatari/tutori.

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 112

Luogo e data _____

(firma per esteso e leggibile)

Firma madre _____

Firma padre _____

Firma di altra persona esercente
la responsabilità genitoriale _____

IN CASO DI RICHIESTA FIRMATA SOLTANTO DALLA MADRE O SOLTANTO DAL PADRE

La sottoscritta, in qualità di madre ☐

Il sottoscritto, in qualità di padre ☐

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per dichiarazioni non veritiere, dichiara di presentare la suddetta richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 317, 337 ter e 337 quater del codice civile, che prevedono i casi di esercizio congiunto e di esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale in presenza dei presupposti di legge.

Privacy policy

Con la presente clausola l'IPSEO A MANLIO ROSSI DORIA di Avellino 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 D.Lgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto 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 od 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 D.Lgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è la Dirigente scolastica.

Acconsento 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).

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

Firma dei genitori/affidatari/tutori legali

.....
.....



Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera
MANLIO ROSSI-DORIA
 AVELLINO

Via Filippo Visconti
 CM: AVRHO4000X - CF: 92035900843
 PEO: AVRHO4000X@istruzione.it - PEC: AVRHO4000X@PEC.istruzione.it
 WEB: alberghierorossidoria.edu.it - Tel. 0825 781817



ALLEGATO B

Alla Dirigente Scolastica
dell'IPSEOA Manlio Rossi Doria di Avellino

OGGETTO: INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (contiene dati sensibili)
(a cura della/del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)

La/lo studentessa / studente
CognomeNome
Nata/o il.....a.....
residente a
In via/piazzaN.
affetto dalla seguente patologia:.....
nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

NECESSITA

della somministrazione del seguente farmaco.....
Modalità di somministrazione
Dose:

Eventuali note:

.....
.....

Luogo e data

.....

Timbro del/della Pediatra di Libera Scelta /MMG



IPSEOA MANLIO ROSSI-DORIA

Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera

MANLIO ROSSI-DORIA

AVELLINO

Via Filippo Visconti

CM: AVRHO4000X - CF: 92035900643

PEO: AVRHO4000X@istruzione.it - PEC: AVRHO4000X@PEC.istruzione.it

WEB: alberghierorossidoria.edu.it - Tel. 0825 761817



ALLEGATO C
Alla Dirigente Scolastica
dell'IPSEOA Manlio Rossi Doria di Avellino

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSO AI LOCALI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO

La sottoscritta	in qualità di madre
codice fiscale	nata a _____ il _____
residente a	via/piazza _____
telefono fisso	cellulare _____
email	

Il sottoscritto	in qualità di padre
codice fiscale	nato a _____ il _____
residente a	via/piazza _____
telefono fisso	cellulare _____
email	

oppure (minore sotto tutela)

La sottoscritta/ Il sottoscritto	in qualità di altra persona esercente la responsabilità genitoriale
codice fiscale	nato/a a _____ il _____
residente a	via/piazza _____
telefono fisso	cellulare _____
email	

della/dello studentessa/studente.....nata/o a

il

residente a in via..... n.

frequentante la classe

CHIEDE/CHIEDONO

di poter accedere
poter far accedere sua/o delegata/o, sig.ra/sig.
ai locali scolastici durante l'orario scolastico
nei giorni.....
nel seguente orario.....

in occasione di emergenza medica causata dalla patologia riportata nella certificazione medica per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.

Luogo e data_____

(firma per esteso e leggibile)

Firma madre_____

Firma padre_____

Firma di altra persona esercente
la responsabilità genitoriale_____




Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera
MANLIO ROSSI-DORIA
AVELLINO

Via Filippo Visconti
CM: AVRHO4000X - CF: 92035900843
PEO: AVRH04000X@istruzione.it - PEC: AVRH04000X@PEC.istruzione.it
WEB: alberghierorossidoria.edu.it - Tel. 0825 761817



IN CASO DI RICHIESTA FIRMATA SOLTANTO DALLA MADRE O SOLTANTO DAL PADRE

La sottoscritta, in qualità di madre ☐

Il sottoscritto, in qualità di padre ☐

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per dichiarazioni non veritiere, dichiara di presentare la suddetta richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 317, 337 ter e 337 quater del codice civile, che prevedono i casi di esercizio congiunto e di esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale in presenza dei presupposti di legge.



IPSEOA MANLIO ROSSI-DORIA

Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera

MANLIO ROSSI-DORIA

AVELLINO

Via Filippo Visconti

CM: AVRH04000X - CF: 92035900843

PEO: AVRH04000X@istruzione.it - PEC: AVRH04000X@PEC.istruzione.it

WEB: alberghierorossidoria.edu.it - Tel. 0825 761817



ALLEGATO D
Alla Dirigente Scolastica
dell'IPSEOA Manlio Rossi Doria di Avellino

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

La sottoscritta	in qualità di madre
codice fiscale	nata a _____ il _____
residente a	via/piazza _____
telefono fisso	cellulare _____
email	

Il sottoscritto	in qualità di padre
codice fiscale	nato a _____ il _____
residente a	via/piazza _____
telefono fisso	cellulare _____
email	

oppure (minore sotto tutela)

La sottoscritta/ Il sottoscritto	in qualità di altra persona esercente la responsabilità genitoriale
codice fiscale	nato/a a _____ il _____
residente a	via/piazza _____
telefono fisso	cellulare _____
email	

della/dello studentessa/studente.....

nata/o ail.....

residente a in via.....

frequentante la classe.....sez.....dell'Istituto.....

essendo la studentessa/lo studente affetto da
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che la studentessa/lo studente si autosomministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadalla/dal dott.ssa/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.

Acconsentono 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).

Luogo e data _____

(firma per esteso e leggibile)

Firma madre _____

Firma padre _____

Firma di altra persona esercente
la responsabilità genitoriale _____



Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera

MANLIO ROSSI-DORIA

AVELLINO

Via Filippo Visconti

CM: AVRHO4000X - CF: 92035900843

PEO: AVRH04000X@istruzione.it - PEC: AVRH04000X@PEC.istruzione.it

WEB: alberghierorossidoria.edu.it - Tel. 0825 761817



IN CASO DI RICHIESTA FIRMATA SOLTANTO DALLA MADRE O SOLTANTO DAL PADRE

La sottoscritta, in qualità di madre ☐

Il sottoscritto, in qualità di padre ☐

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per dichiarazioni non veritiere, dichiara di presentare la suddetta richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 317, 337 ter e 337 quater del codice civile, che prevedono i casi di esercizio congiunto e di esercizio esclusivo della responsabilità genitoriale in presenza dei presupposti di legge.