

REGOLAMENTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVA VITA

A.S. 2025/2026

Premessa

La somministrazione di farmaci in orario scolastico riguarda alunni ed alunne affetti da patologie per le quali è indispensabile seguire una terapia farmacologica o assumere al bisogno farmaci salvavita prescritti dal proprio Pediatra (PLS) o Medico Curante (MMG). Tale necessità non può essere motivo di emarginazione o di ostacolo alla frequenza scolastica e, allo stesso tempo, deve permettere, sia all'alunno che alla scuola, di vivere un'esperienza e una vita scolastica serena e in sicurezza, tutelandone il diritto allo studio e all'istruzione, alla salute e al benessere.

CONSIDERATI i diritti alla salute e all'istruzione sanciti dalle Dichiarazioni e Convenzioni Internazionali dell'ONU nonché dalla Costituzione Italiana;

VISTA la nota MIUR prot. n. 2312/Dip./Segr. del 25/11/2005 *Atto di Raccomandazioni contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;*

PREMESSO che *"la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto"* (art. 2 delle suddette Linee Guida);

CONSIDERATO che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;

VISTA la Circolare Ministeriale n. 321 del 10/01/2017 con la quale il Ministero dell'Istruzione ha inoltrato la nuova modulistica da utilizzare per la somministrazione dei farmaci a scuola;

Il ricorso al presente protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunno/a sia affetto/a

da una patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili, ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto dal medico curante o pediatra e non richiede competenze specialistiche di tipo sanitario né di discrezionalità da parte del personale scolastico.

L'adozione delle misure prescritte in questo protocollo e l'osservanza di quanto concordato tra i soggetti coinvolti solleva il personale da ogni responsabilità civile e penale.

SOGGETTI COINVOLTI, ITER PROCEDURALE e MODULISTICA

LA FAMIGLIA (Genitori o tutori legali)

- Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione da parte del personale scolastico, del farmaco salvavita utilizzando l'allegato (**Modello A**);
- Allegano alla richiesta di somministrazione farmaci salvavita, la prescrizione medica rilasciata dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) o dal medico Curante (MMG) (**Allegato 1**) in cui si evince lo stato di malattia e la patologia di cui è affetto il/proprio/a figlio/a, il nome commerciale del farmaco, conservazione, modalità e tempi di somministrazione, dose (posologia);
- Autorizzano espressamente 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, ma dietro indicazione di quest'ultimi;
- Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento, sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore;
- Il farmaco/i da somministrare è quello indicato nella prescrizione medica allegata alla richiesta.
- Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura;
- Sottoscrive il **PROTOCOLLO D'INTERVENTO INDIVIDUALE DI PRIMO SOCCORSO** dove è esplicitato l'iter di intervento di somministrazione farmaco salvavita (**Modello D**);
- Acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

IL PEDIATRA (PLS) O MEDICO CURANTE

- Rilascia alla famiglia la prescrizione medica (Allegato 1) in cui si evince:
 - lo stato di malattia e la patologia di cui è affetto l'alunno/a,
 - il nome commerciale del farmaco, conservazione, modalità e tempi di

- somministrazione, dose (posologia);
- indica i sintomi per riconoscere la crisi/evento per cui intervenire;
- fornisce indicazioni specifiche di primo soccorso in attesa del 118 e su cosa non fare;
- indica eventuali effetti indesiderati che possono comparire durante e/o dopo la somministrazione del farmaco salvavita, pregiudizievoli per la salute dei minori;
- Si rende disponibile ad eventuali incontri con il personale scolastico addetto alla somministrazione del farmaco salvavita per chiarimenti e precisazioni utili all'intervento.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- O suo delegato, fornisce alla famiglia tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione di questo protocollo;
- Acquisita la richiesta di somministrazione farmaco salvavita da parte della famiglia, verifica e acquisisce la disponibilità del personale scolastico. Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente e ATA, in via prioritaria tra quelli che sono stati formati con apposito corso per la somministrazione farmaci salvavita e in via secondaria tra coloro già formati e nominati come addetti al primo soccorso.
- In assenza di personale formato il DS richiede all'ASP territorialmente competente, l'attivazione di corsi di **"Formazione in situazione - somministrazione farmaco salvavita"** nell'ambito delle attività e obiettivi previsti dal protocollo d'intesa "UNA NUOVA ALLEANZA PER LA SALUTE DEI BAMBINI", stipulato tra USR e Assessorato della Salute (Giusto decreto del 17.06.2016 - GURS n. 29 del 08.07.2016) (**Allegato 3**);
- Attiva, su delibera degli OO.CC. il Protocollo per la somministrazione farmaci salvavita;
- Il DS o suo delegato (Fiduciario di plesso) sottoscrive i modelli d,f;
- Fornisce alla famiglia indicazioni e precisazioni sulle procedure di intervento di somministrazione;
- Promuove incontri tra addetti alla somministrazione, famiglia e Pediatra/Medico curante al fine di chiarire da parte di quest'ultimo in maniera più analitica e approfondita, aspetti circa la patologia e le sue manifestazioni, manovre di soccorso, posologia, tempi e modalità di somministrazione (laddove richieste dal personale scolastico interessato);
- Autorizza la possibilità di trasportare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche/visite e viaggi di istruzione.

IL FIDUCIARIO DI PLESSO

- Individua, in collaborazione con il DS, il luogo idoneo per la conservazione del

farmaco;

- Sottoscrive i modelli b,c,d,f e li consegna in segreteria per il protocollo e l'inserimento degli stessi nel fascicolo personale dell'alunno/a;
- Fornisce la modulistica ai genitori che ne fanno richiesta;
- Fornisce alla famiglia indicazioni e precisazioni sulle procedure di intervento di somministrazione;
- Fornisce agli addetti alla somministrazione la documentazione ed il registro somministrazione farmaco (**Modello G**)

ADDETTO ALLA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

- Dichiaro la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci salvavita;
- Si rende disponibile alla partecipazione a corsi di formazione per la somministrazione dei farmaci salvavita;
- È informato sul protocollo da seguire rispetto al singolo caso (nome del farmaco, prescrizione medica, luogo di conservazione del farmaco,..);
- In caso di urgenza/emergenza segue il protocollo di intervento, di cui al **Modello D (da definire)**

Il personale scolastico si impegna a collaborare ad una efficace realizzazione del presente Protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni alunno/a e a ricorrere al Servizio sanitario ogni qualvolta si manifestino episodi di emergenza.

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO E AUTO-SOMMINISTRAZIONE

Nei casi in cui l'alunno sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici, il Dirigente Scolastico:

- su richiesta della famiglia (**Modello H** corredato di prescrizione medica), autorizza l'auto-somministrazione del farmaco salvavita da parte dell'alunno/a, individuando il luogo fisico per la procedura di auto-somministrazione;

ALLEGATI

Allegato 1 - Prescrizione Pediatra (PLS) o Medico Curante (MMG) somministrazione farmaci

Allegato 3 - Richiesta formazione in situazione somministrazione farmaci salvavita

Allegato 4 - Scheda formazione in situazione

Modello A - Richiesta somministrazione farmaci

Modello B - Verbale consegna farmaco

Modello C - Verbale conservazione farmaco salvavita

Modello C1 - Autorizzazione somministrazione farmaci

Modello D - Protocollo d'intervento individuale di primo soccorso (da definire)

Modello G - Registro Somministrazione farmaco salvavita

Modello H - Richiesta autosomministrazione farmaci



Ministero dell'Istruzione e del Merito - Ufficio Scolastico Regionale

Allegato 1

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la documentazione sanitaria,

SI CERTIFICA CHE

il paziente (Cognome e Nome) _____

nato a _____ il ___ / ___ / _____,

residente a _____, in via _____

è affetto da _____

è portatore di _____

è sottoposto a terapia _____

per cui, in caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza di

occorre seguire le seguenti indicazioni ed attuare le seguenti modalità di intervento:

SINTOMI PER RICONOSCERE LA CRISI/EVENTO per cui intervenire

In caso di crisi/evento CHIAMARE IL 118 e, nell'attesa (indicazioni specifiche per il primo soccorso):

Somministrare il farmaco quando/se

SOMMINISTRAZIONE FARMACO

Nome commerciale _____ Principio attivo _____

Dose _____

Modalità di somministrazione

COSA NON FARE

EVENTUALI EFFETTI INDESIDERATI

Durante _____

Dopo _____

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO

Note _____

Si rilascia la presente su richiesta dell'interessato (genitori) e per gli usi consentiti dalla legge.

Data _____

TIMBRO E FIRMA
del PEDIATRA (PLS) o MEDICO CURANTE (MMG)

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
 Via Nicosia, 2 - ENNA - tel. 0935/500924
 C.F.: 80006370862 - Codice Meccanografico: ENIS004004 - C.U.: UFSU9Z
 e-mail: enis004004@istruzione.it - Web: www.iisenna.edu.it - P.E.C. enis004004@pec.istruzione.it

Allegato 3

Prot. n..... del

Oggetto: Richiesta “Formazione in situazione”, somministrazione farmaco salvavita

Il/la sottoscritto/a, in qualità di Dirigente Scolastico della scrivente Istituzione Scolastica, nell’ambito delle attività e obiettivi previsti dal protocollo d’intesa “UNA NUOVA ALLEANZA PER LA SALUTE DEI BAMBINI”, stipulato tra USR e Assessorato della Salute (Giusto decreto del 17.06.2016 – GURS n. 29 del 08.07.2016)

chiede

alla S.V. l’attivazione della “Formazione in situazione” per il proprio personale scolastico individuato.

Si dichiara inoltre di essere in possesso di:

- Richiesta dei genitori dell’alunno
- Documentazione medica riguardante l’alunno
- Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci e alla formazione
- Dichiarazione sull’individuazione del locale per la conservazione dei farmaci e dei materiali occorrenti

La problematica di salute evidenziata è:

Specificare il bisogno rilevato. *Esempio: Crisi epilettiche in iperpiressia*)

Pediatra/MMG: Dott./Dott.ssa

Recapito telefonico: cell. Ambulatorio

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

Il Dirigente Scolastico

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome

dell'alunno.....

Frequentante la classe..... istituzione scolastica

.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico e profilo professionale

.....

.....

.....

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....

.....

.....

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

.....

.....

.....

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

.....

.....

ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO

.....

.....

.....

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

.....

.....

2. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

....

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico

.....

3. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

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

(Luogo e Data) il

VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

Via Nicosia, 2 - ENNA - tel. 0935/500924

C.F.: 80006370862 - Codice Meccanografico: ENIS004004 - C.U.: UFSU9Z

e-mail: enis004004@istruzione.it - Web: www.iisenna.edu.it - P.E.C. enis004004@pec.istruzione.it

Prot. n.....
del

(modello a)

Al Dirigente Scolastico
dell'IPS FEDERICO II ENNA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D. S.)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe sez. della Scuola
sita a in via
essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità,
chiedono che nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia,
venga somministrato il/i farmaco/i salvavita, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in
data dal/la dott./ssa

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, ma dietro indicazione di quest'ultimo.

Consapevoli che l'operazione 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 e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del
Regolamento UE n. 679/2016 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle
persone).

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

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



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

Via Nicosia, 2 - ENNA - tel. 0935/500924

C.F.: 80006370862 - Codice Meccanografico: ENIS004004 - C.U.: UFSU9Z

e-mail: enis004004@istruzione.it - Web: www.iisenna.edu.it - P.E.C. enis004004@pec.istruzione.it

VERBALE PER CONSEGNA FARMACO SALVAVITA

(modello B)

In data _____ alle ore _____ il/la sig. _____

genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

sez. _____ della Scuola _____ di

_____ consegna al fiduciario di plesso un flacone nuovo

ed integro del medicinale _____ da somministrare al/la ragazzo/a

in caso di _____ 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;
- Comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

Luogo e data _____

Il genitore

Il fiduciario di plesso



(Modello C)

VERBALE PER LA CONSERVAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA

In data _____ alle ore _____ il fiduciario di plesso Prof./Sig. _____

_____ in servizio presso la Scuola _____

di _____ prende in consegna il medicinale

_____ (vedasi verbale consegna farmaco salvavita) da

somministrare all'alunno/a _____ classe/sezione _____ e lo

conserva in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale deputato a seguire le

indicazioni del 118, ovvero _____

Luogo e data _____

Firma

Il/I genitore/i _____ dell'alunno/a

_____, nel ribadire che sarà loro cura procedere a sostituzione del

farmaco in caso di scadenza e/o di nuova prescrizione, dichiarano che la conservazione di esso è

conforme alle indicazioni fornite dal personale sanitario che ne ha prescritto la somministrazione in

caso di emergenza, CONSAPEVOLI che essa potrà avvenire da parte di PERSONALE

SCOLASTICO NON IN POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI A TAL UOPO, secondo

le indicazioni del 118.

Luogo e data _____

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

Via Nicosia, 2 - ENNA - tel. 0935/500924

C.F.: 80006370862 - Codice Meccanografico: ENIS004004 - C.U.: UFSU9Z

e-mail: enis004004@istruzione.it - Web: www.iisenna.edu.it - P.E.C. enis004004@pec.istruzione.it

(MODELLO C1)

AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DISPONIBILE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaci:

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

dal/i Sig.

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
- assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

all'alunno/a

scuola classe sez.

il Dirigente Scolastico autorizza i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco o a coadiuvare l'alunno nell'auto-somministrazione, con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso.

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

(Luogo e Data) il

Il Dirigente Scolastico



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca – Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

Via Nicosia, 2 – ENNA – tel. 0935/500924

C.F.: 80006370862 –Codice Meccanografico: ENIS004004 – C.U.: UFSU9Z

e-mail: enis004004@istruzione.it – Web: www.iisenna.edu.it – P.E.C. enis004004@pec.istruzione.it

Modello H

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

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante nell'a.s. la classe sez. della Scuola
sita a in via
essendo il minore affetto da

CHIEDONO

Di autorizzare il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e di seguito descritta:

- Nome del farmaco:
- Dosi:.....
- Periodo di somministrazione:
- Ora/e di somministrazione:

Dichiarano di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sulla auto-somministrazione e di aver constatato che lo stesso ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia.

Sollevano l'I.C. Campofelice di Roccella da qualsiasi responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia prescritta e dall'autonoma conservazione del farmaco.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Genitori

Pediatra di libera scelta/medico curante