

## PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

### **Premessa**

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute ed al benessere all'interno della struttura scolastica, con le modalità indicate nel protocollo d'intesa tra Regione Lazio e Ufficio Scolastico Regionale Lazio per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico emanato il 31 gennaio 2018.

Considerato che:

1. il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura 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 soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.
4. nei casi in cui il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

### **Iter procedurale/Modulistica**

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (allegato 1) corredata da autorizzazione medica che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici, tramite l'apposito modulo (allegato 2), attenendosi ai criteri di:

- assoluta necessità;
  - somministrazione indispensabile in orario scolastico
  - 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;
  - fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;
- dovranno indicare indicato in modo chiaro e leggibile:
- nome cognome dell'alunno;
  - patologia dell'alunno;
  - nome commerciale del farmaco;
  - dose da somministrare e modalità di somministrazione;
  - modalità di conservazione del farmaco;
  - durata della terapia.
  - effetti collaterali
  - indicazioni operative per interventi ed eventuali specifiche somministrazioni per la prima gestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche
  - capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.

### **Auto-somministrazione:**

Nei casi in cui l'alunno minore abbia raggiunto una parziale o totale autonomia nella gestione della propria terapia farmacologica, d'intesa con il medico e la famiglia, è possibile prevedere l'auto-somministrazione.

- Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, dovrà evidenziare anche la capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.
- La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico.
- Per gli alunni maggiorenni andrà presentata apposita dichiarazione (allegato 4)

### **Procedura attuativa**

Accettata la documentazione precedentemente elencata, il Dirigente scolastico:

- verifica la disponibilità del personale scolastico (Allegato 5) ad effettuare la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale e custoditi a scuola come richiesto dalla famiglia, previa opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia,
- invia la documentazione al direttore del Distretto della ASL di riferimento territoriale, includendo le informazioni circa:
  - la presenza di un locale per l'effettuazione dell'intervento;
  - la destinazione di un locale e/o di appositi spazi idonei per la conservazione dei farmaci e delle attrezzature necessari per l'intervento e della documentazione contenente dati sensibili dell'alunno, nel rispetto della normativa vigente;
  - la presenza dell'attrezzatura necessaria (armadietto, frigorifero, ecc.) per la conservazione dei farmaci;
  - la richiesta di formazione in situazione del personale scolastico individuato.
- predisporre l'autorizzazione (Allegato 5a) con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da esempio (Allegato 7) specificando, se il caso, che il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato o coadiuvato dal personale della scuola.

### **Formazione in situazione**

Il Direttore del Distretto sanitario di competenza territoriale, avvalendosi del personale e delle strutture aziendali competenti in materia, prende accordi con il Dirigente scolastico o con il Responsabile della struttura formativa per la realizzazione della formazione in situazione, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai vari attori un'apposita scheda (Allegato 3).

### **Registrazioni**

Tutti gli interventi andranno annotati, su di un apposito "registro di somministrazione" (Allegato 6) istituito dal Dirigente Scolastico, a cura da parte del personale che ha effettuato la somministrazione o ha coadiuvato l'alunno all'auto-somministrazione

### **Integrazione tra diritto alla salute e diritto alla riservatezza**

Nell'applicazione del presente Protocollo, il trattamento dei dati personali e sensibili e tutte le azioni connesse alla somministrazione dei farmaci sono eseguiti nel rispetto della D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti ..... e  
.....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a

.....  
frequentante la classe ..... della  
scuola.....

nell'anno scolastico....., affetto

da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da  
prescrizione medica allegata, rilasciata in data ..... dal Dott.

.....

**CHIEDONO** (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra  
.....
- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
  - La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato .....,  
Lotto ..... scadenza ..... e relativa prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....  
.....

**Numeri di telefono utili:**

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. medico curante Dott. .... tel.

.....

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

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

*Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità*

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome

..... Nato il. ....

a.....

Residente a

.....

In

via.....

..... Frequentante la classe..... della  
scuola..... sita a

..... in Via

..... Affetto da

.....

..... **Nome commerciale del farmaco da somministrare:**

.....

**Tipologia del farmaco:** (barrare la scelta):

Salvavita

Indispensabile

**Modalità di somministrazione:**

.....

**Orario:** 1<sup>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> dose.....;

**Durata della terapia:**

.....

.....

**Modalità di conservazione:**

.....

.....

**Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco** (barrare la scelta):

Parziale autonomia

Totale autonomia

## Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

.....

Descrizione dell'evento che richiede la

somministrazione.....

.....

.....

Dose:

.....

.....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione: .....

**Note**.....

.....

.....

.....

(Luogo e Data) ..... il .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

.....

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

.....  
.....

**2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO**

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

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

.....

**3. 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

.....

**4. 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**

.....  
.....



**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO  
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

.....

nato a .....

il..... residente a

..... in

Via..... tel

.....

studente/studentessa che frequenta la classe ..... sez .....

scuola

.....

.....

sita in Via

.....

..... Cap ..... Località

.....

..... Prov.....

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale)

..... come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI  NO

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dell'interessato/a

.....  
.....



**AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DISPONIBILE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

(carta intestata dell'Istituto)

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

.....  
.....

