# REGOLAMENTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

# INDICE

Premessa....3
Art. 1 - Iter procedurale....3
Art. 2 - Formazione in situazione....4
Art. 3- Auto-somministrazione da parte dell'alunno/a....4
Art. 4 - Registrazione degli episodi....4
Art. 5 - Modulistica....4
Allegato 1....6
Allegato 2....8
Allegato 3....10
Allegato 4....12
Modulo 1....13

# Premessa

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in ambito e 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 MIUR, Ufficio Scolastico Regionale (USR) Lazio e Regione Lazio per la somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico (Prot. N. 5985 del 19/02/2018).

In base alla normativa vigente, 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, ma che rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona.

Pertanto, 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. 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.

# Art. 1 - Iter procedurale

a. Per attivare la procedura che autorizzi la somministrazione dei farmaci in ambito e orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente Scolastico formale richiesta sottoscritta da entrambi (Allegato 1), corredata da autorizzazione medica (Allegato 2) e da eventuale Piano Terapeutico in cui siano chiaramente indicati i seguenti punti:

   - assoluta necessità;
   - somministrazione indispensabile in ambito e orario scolastico;
   - impossibilità di discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, sia in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, sia 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;
   - patologia dell'alunno/a;
   - nome commerciale del farmaco;
   - dose da somministrare e modalità di somministrazione;
   - modalità di conservazione del farmaco;
   - durata della terapia;
   - effetti collaterali;
   - capacità o meno dell'alunno/a di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.

b. La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. Allo stesso modo, il piano terapeutico va costantemente aggiornato.
c. Accettata la documentazione di cui sopra, il Dirigente Scolastico:
    - verifica la disponibilità del personale scolastico ad effettuare la somministrazione dei farmaci consegnati dai Genitori o Esercenti la potestà genitoriale e custoditi a scuola come richiesto dalla famiglia, previa opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario e coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia.
d. Il personale scolastico:
    - partecipa ai momenti formativi rivolti a tutto il personale
    - provvede alla somministrazione del farmaco se individuato dal Dirigente (prioritariamente gli addetti di primo soccorso e il personale che si renderà disponibile)
    - informa il DS e il RSPP su eventuali situazioni critiche verificatesi durante la somministrazione del farmaco.
e. Una volta raccolta tutta la documentazione necessaria, nella classe di appartenenza dell'alunno/a verrà affisso un avviso generico (Modulo 1) che indichi la presenza di uno o più soggetti sottoposti a trattamento farmacologico indispensabile e/o salvavita. In classe dovrà essere inoltre custodita adeguatamente la documentazione necessaria per effettuare eventuali interventi d'urgenza, in attesa dei soccorsi.

## Art. 2 - 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 per la realizzazione della formazione in situazione, nel corso della quale viene compilata e sottoscritta dai soggetti coinvolti un'apposita scheda.

## Art. 3- Auto-somministrazione da parte dell'alunno/a

Nei casi in cui l'alunno/a 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'autosomministrazione. Per poter soddisfare questa esigenza, l'autorizzazione medica, oltre all'eventuale Piano Terapeutico, 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.

## Art. 4 - Registrazione degli episodi

Tutti gli interventi andranno annotati, su di un apposito "registro di somministrazione" istituito dal Dirigente Scolastico, a cura del personale che abbia effettuato la somministrazione o che abbia coadiuvato l'alunno/a durante l'auto-somministrazione (Allegato 4).

## Art. 5 - Modulistica

Gli Allegati 1, 2, 3 sono parte integrante del Protocollo di Intesa tra MIUR – Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio e Regione Lazio (Prot. N. 5985 del 19/02/2018):

Allegato 1: Richiesta dei Genitori/Tutore al Dirigente Scolastico

Allegato 2: Prescrizione del Medico curante alla somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico

Allegato 3: Scheda per la Formazione in Situazione

Allegato 4: Comunicazione di assunzione/somministrazione di farmaci indispensabili o salvavita in orario ed ambito scolastico

Modulo 1: cartello da affiggere in classe per segnalare la presenza di casi

# Allegato 1

**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 (Allegato 2) rilasciata in data ……..dal Dott……. …….. e da piano terapeutico, rilasciato 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)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegnano n……..confezioni integre, Lotto……..scadenza…….**

**Si allega prescrizione medica e il piano terapeutico**

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

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

_____ _____

Data,_____

| **Numeri utili** | | |
|---|---|---|
| Telefono fisso..... | …… … | …… |
| Telefono cellulare..... | …… … | ……... |

Telefono Medico curante (Dott.…… ……)

**N.B.**
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.

---

# Allegato 2

**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……..

Dirigente scolastico……

Affetto da ……..

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

**Modalità di somministrazione:** .....

**Orario:** 1^ dose .....; 2^ dose……; 3^ dose……; 4^ dose……;

**Durata della terapia**:……

**Modalità di conservazione**:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (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.....

**Data,** ……

**Timbro e Firma del Medico curante**

# Allegato 3

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Nome e Cognome dell'alunno/a …….....

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/a ……., 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)…….....

**VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

….……

# Allegato 4

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE/SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI O SALVAVITA IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**

*da compilare dal docente che assista all'auto somministrazione di farmaci o che effettui la somministrazione d'urgenza*

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a …….……

docente di ……. presso la Scuola ……..

plesso …….. dell'IC 2 di Ceccano, in data …….., alle ore ……..……,

DICHIARA

- di aver effettuato
  - vigilanza (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - affiancamento (controllo delle modalità di auto somministrazione)

  nei confronti dell'alunno/a ……..…… frequentante la classe …… sez. …… della Scuola ……., plesso ……., durante le operazioni di auto somministrazione del farmaco: ……..……. così come indicato nella certificazione medica/piano terapeutico allegato alla documentazione.

- di aver proceduto

  nei confronti dell'alunno/a ……..…… frequentante la classe …… sez. …… della Scuola ……., plesso ……., alla somministrazione d'urgenza del farmaco: ……..…… così come indicato nella certificazione medica/piano terapeutico allegato alla documentazione.

Luogo e data, …….

Firma docente ……..

# ⚠ INFO IMPORTANTE ⚠

# PRESENZA IN AULA DI …….. ALUNN….

# CHE POTREBBE NECESSITARE DI

# FARMACO SALVAVITA

# CONSULTA LA DOCUMENTAZIONE MEDICA E

# SEGUI LE ISTRUZIONI