

# SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA



UOC Promozione ed  
Etica della Salute

PA-STF-PCU-001  
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Rev. n. 01  
04/02/2022  
Pag. 1 di 8

Fasi	Funzioni	Nome e Cognome	Firma	Data
Redazione	Per il gruppo di lavoro	dott.ssa Vittoria Doretti		
Verifica	Direttore Dip. CTS del territorio, della fragilità e delle dipendenze	dott.ssa Anna Beltrano		
	Direttore Dip. emergenza urgenza	dott. Massimo Mandò		
	Direttore Dip. professioni I.O.	dott.ssa Vianella Agostinelli		
Approvazione	Direttore Sanitario	dott.ssa Simona Dei		
Controllo	Direttore AFD Qualità, Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure	dott. Roberto Monaco		

Gruppo di lavoro composto da:  
Claudio Pagliara; Elena Maria Rustichini; Luana Lenzi; Maura Petromilli.

Luogo e modalità di conservazione: AD Promozione ed Etica della Salute - cartaceo	Responsabile Dott. Claudio Pagliara
--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

Revisione senza modifiche <input type="checkbox"/>	Motivo della revisione: - Il dott. Claudio Pagliara è stato nominato Direttore UOSD Codice Rosa Salute e Medicina di genere pur rimanendo Responsabile del Network Aziendale di Promozione ed Educazione alla salute. - Aggiornamento delle procedure dopo una prima fase di applicazione pratica.
----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La diffusione del presente documento è assicurata mediante pubblicazione nell'intranet aziendale. Essa inoltre verrà distribuita, a cura della struttura emittente, alla seguente lista di strutture organizzative:

1. Dip. CTS del territorio, della fragilità e delle dipendenze
2. Dip. Emergenza Urgenza e Area Critica
3. U.O.C. Promozione ed Etica della salute
4. UU.OO.SS Educazione alla Salute
5. Zone distretto

La somministrazione di farmaci in orario scolastico riguarda studenti affetti da patologie per le quali è indispensabile, sulla base di specifica certificazione rilasciata dal medico curante, assumere la terapia durante le ore di frequenza scolastica per garantire il diritto allo studio, la salute e il benessere degli studenti che presentano tale necessità.

L'Az. USL Toscana Sud Est, recependo la DGR n° 653/2015 e il successivo Decreto 14574/2016, con la DCG n° 506/2022 ha approvato la procedura aziendale che indica un iter univoco e la modulistica utilizzabile in modo omogeneo su tutto il territorio aziendale rendendo operativi gli strumenti da parte di tutti i soggetti coinvolti: famiglie, scuole, medici, insegnanti e individuando il Responsabile del Network aziendale di Promozione ed Educazione alla Salute, come referente per l'Azienda Asl Toscana Sud Est della autorizzazione alla somministrazione.

L'iter per rilasciare l'autorizzazione alla somministrazione dei farmaci indispensabili e/o salvavita individuata dalla sopra indicata procedura, necessita di un'accurata verifica della corretta compilazione della modulistica (certificato medico/p. terapeutico; richiesta della famiglia alla scuola; verbale consegna farmaco; piano d'intervento personalizzato) soprattutto per accertare che gli insegnanti e/o il personale ATA della scuola abbia dato disponibilità alla somministrazione e che, se indicato dal piano terapeutico (all.1), abbiano la dovuta certificazione di specifica formazione.

La certificazione medica prodotta dai genitori ha validità per l'intero anno scolastico in cui è presentata e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se ciò sia reso necessario da variazioni della patologia o delle modalità di somministrazione

## PROCEDURA OPERATIVA

Il percorso di collaborazione dell'Azienda USL Toscana Sud Est con l'Istituto scolastico è attivato da una richiesta di somministrazione del farmaco (compilazione dei 4 allegati ) inoltrata attraverso questo indirizzo e-mail: **eas@uslsudest.toscana.it**

### A)

Se nell' allegato 1 (pag.2) non è segnalata la necessità di formazione specifica e gli allegati sono stati compilati correttamente, si procederà alla firma da parte del medico individuato dalla Direzione Sanitaria per il rilascio dell'autorizzazione (allegato 4 pag. 2 firmato dal dott. Pagliara)

### B)

Se nell' allegato 1 (pag.2) è segnalata la necessità di formazione specifica, attiviamo, tramite comunicazione email, il Dipartimento Emergenza Urgenza affinché sia predisposta la formazione degli operatori che si sono resi disponibili, senza che sia previsto alcun onere a carico della scuola; sede/giorni/orari dei corsi vengono concordati tra il Dirigente Scolastico e gli Operatori sanitari. Quando il D. Scolastico invia all'Azienda USL, tramite la email sopraindicata, notizia l'avvenuta formazione si procederà all'invio dell'autorizzazione

### C)

Nel caso in cui nell'istituto scolastico non venga individuato il gruppo di operatori che si rendono volontariamente disponibili per la somministrazione del farmaco salvavita e la somministrazione di farmaci indispensabili

La richiesta e la mail di arrivo dove viene specificato quanto sopra, verrà inoltrata al Direttore della Zona Distretto di riferimento per l'Istituto scolastico che avvalendosi del Responsabile dell'U.F. Medicina di Comunità del distretto di competenza (allegato 4 del Decreto n° 14574 /2016), valuterà in base al tipo di richiesta, la soluzione organizzativa in grado di far fronte alla richiesta

Nel caso non si riesca a definire la suddetta soluzione organizzativa, si provvederà a notificare il caso in oggetto alla Centrale Operativa "118" di competenza.

**firma del medico che prescrive il farmaco**

## Allegato 2

Modulistica per la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Richiesta alla scuola - dicembre 2016

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO** *Allegato 2*  
(art. 1 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 25 maggio 2013, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....  
☐ Genitore dello studente/essa ..... (oppure) ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ..... (oppure) ☐ Studente/essa maggiorenne nato/a il ..... e residente a ..... che frequenta la classe ... sez. ... dell'Istituto in Via ..... sito in Via ..... Cap ..... Località ..... Provincia .....  
 • consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,  
 • in base alla Certificazione medica con Attestazione a Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ...../dal Dott. .... in data .....

**CHIEDO**  
anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)  
☐ che a mio/a figlio/a a me stesso siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico  
 (oppure)  
☐ che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, reossi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsiasi responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.  
 Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.  
 Sarà mia cura, inoltre, provvedere 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 dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono:	famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede,  
 Luogo ..... Data ..... (1) Firma .....

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

firma del genitore

## Allegato 3

Modulistica per la scuola e la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Consegna farmaco - Dicembre 2016

**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO** *Allegato 3*  
Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto  
Al genitore dell'alunno/all'alunno

**Oggetto:** Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a .....  
(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data ..... alle ore ....., la/il sig./sig.ra .....  
(barrare la voce che corrisponde)  
☐ genitore dell'alunno/a .....  
 (oppure) ☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno .....  
 (oppure in caso di alunno maggiorenne)  
☐ l'alunno/a ..... nato/a ..... il ..... e residente a ..... iscritto alla classe ..... sez. ... dell'Istituto ..... consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra ..... individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. n. .... un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:  
 1) .....  
 2) .....

da somministrare all'alunno/a ..... come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ..... dal (barrare la voce corrispondente):  
☐ Servizio di pediatria della Azienda USL .....  
☐ medico pediatra di libera scelta dott. ....  
☐ medico di medicina generale dott. ....

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato.  
 ➤ nel seguente luogo: .....  
 ➤ con le seguenti modalità: .....

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo ..... Data .....  
 Firma dell'incaricato .....  
 Firma del genitore/dello studente .....

firma del genitore e dell'incaricato della scuola che ritira il farmaco

**VA SEMPRE  
COMPILATA**

**Allegato 4**

Modelistica per la Scuola e l'Azienda USL - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - PIP dicembre 2016

**DISPONGONO**

- Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_;
- che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale \_\_\_\_\_;
- che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.); \_\_\_\_\_;
- Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, restando volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda USL
			/ /
			/ /
			/ /

Il Dirigente Scolastico

L'Azienda USL \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) \_\_\_\_\_  
Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL \_\_\_\_\_ con la presente:

- ☐ esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;
- ☐ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del genitore  
o dell'esercente la potestà genitoriale  
o dello studente (se maggiorenne)

**firma del  
genitore**

**firma del dirigente scolastico**

**firma del medico Az. USL Toscana Sud Est che  
autorizza la somministrazione**

Modelistica per la Scuola e l'Azienda USL - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - PIP dicembre 2016

Allegato 4

**PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)**

(Art. 2 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Prot. n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alla Famiglia dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(oppure)  
All'alunno/a \_\_\_\_\_  
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_  
Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto \_\_\_\_\_  
Alla Azienda USL \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione dei/i farmaco/i in orario scolastico all'alunno/a \_\_\_\_\_

I sottoscritti Dirigente scolastico \_\_\_\_\_ e il Referente per l'Azienda USL \_\_\_\_\_ dott. \_\_\_\_\_

- Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne) \_\_\_\_\_, iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_, plesso \_\_\_\_\_, sito in via \_\_\_\_\_, località \_\_\_\_\_;
- Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. \_\_\_\_/\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) \_\_\_\_\_ da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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;
- Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde):  
☐ salvavita  
(Oppure)  
☐ indispensabile
- Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco all'alunno/a predetto/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione dei/i farmaco/i da somministrare;
- Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

0564 485755  
0564 483884