

Protocollo di somministrazione farmaci a scuola

**stipulato tra ATS, ASST Spedali Civili,
ASST Garda, ASST Franciacorta ed
Ufficio scolastico Regionale Lombardia-Ufficio IV
AT di Brescia**

Protocollo di Somministrazione Farmaci a Scuola

Decreto ATS 319 del 7/06/2024 aggiornamento del Decreto ATS 661 del 28/12/2018

- DGR X/6919 del 24/07/2017 «Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola»
- Protocollo di somministrazione farmaci a scuola, recepito con Decreto ATS n. 661 del 28/12/2018 «**Presa d'atto Protocollo di somministrazione farmaci a scuola tra A.T.S. di Brescia, A.S.S.T. Spedali Civili di Brescia, A.S.S.T. Garda, A.S.S.T. Franciacorta ed Ufficio Scolastico Regionale Lombardia - Ufficio IV AT di Brescia.**»
- Aggiornamento Protocollo per la somministrazione farmaci a scuola, **Decreto ATS N.319 del 7/06/2024**
- **Il protocollo regola la somministrazione di farmaci a scuola, riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute (somministrazione farmaci nelle collettività scolastiche: scuole dell'infanzia, primarie, secondarie di I e II grado).**

Protocollo di Somministrazione Farmaci a Scuola

Decreto ATS 319 del 7/06/2024 che aggiorna il Decreto ATS 661 del 28/12/2018

La somministrazione di farmaci a scuola è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute ed è riferita alle seguenti situazioni:

- **Continuità terapeutica**, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
- Somministrazione di farmaci in seguito ad una emergenza, intesa come **manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota**, che richiede interventi immediati

In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere di Emergenza/Urgenza è comunque indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112

Elementi caratterizzanti

- **La somministrazione dei farmaci è organizzata secondo un percorso** che, coinvolgendo il bambino/ragazzo, la famiglia, il Medico, l'Istituto Scolastico, l'ATS e la ASST per le rispettive competenze, perviene alla definizione di specifico **percorso individuale d'intervento** con l' eventuale apporto di EE.LL, Associazioni di pazienti nonché eventuali altre Associazioni /soggetti della comunità locale a vario titolo competenti, **con l'intento di ricercare le modalità di gestione più appropriate**
- **Condizione necessaria** alla somministrazione di farmaci a scuola è la presenza di una certificazione attestante lo stato di malattia dello studente, indicante la prescrizione della terapia specifica di cui lo studente stesso necessita
- Il personale scolastico, in via del tutto **volontaria**, può somministrare farmaci a condizione che tale somministrazione non debba richiedere il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica
- La **prima somministrazione del farmaco non deve avvenire in ambiente scolastico** ad eccezione di specifiche situazioni.

Soggetti coinvolti (1):

- **Genitori** (o esercenti resp genitoriale/alunno stesso se maggiorenne): formulano richiesta al Dirigente scolastico fornendo i due allegati compilati (allegato 1 compilato dagli stessi e allegato 2 stilato dal medico a seguito di richiesta degli stessi)
- **Studente** coinvolto in modo appropriato rispetto ad età e competenze sviluppate nelle scelte che riguardano al gestione del farmaco a scuola; nelle condizioni ove possibile si autosomministrano farmaco (autorizzato da genitori nell'allegato 1)
- **Medico** (Medico del SSR in convenzione o dipendente di una struttura sanitaria accreditata) :Certifica lo stato di malattia e redige il Piano Terapeutico con le indicazioni per la corretta somministrazione del farmaco; fornisce eventuali informazioni e delucidazioni per l'applicazione del Piano Terapeutico
- **Scuola** : dirigente acquisisce annualmente documentazione da genitori (allegato 1 e allegato2); verifica completezza informazioni; informa consiglio di classe e personale scuola, individua operatori disponibili e altro eventuale personale individuato e formalmente autorizzato dal richiedente; verifica condizioni atte a garantire la conservazione farmaco nel rispetto indicazioni prescritte; invia ad ATS tramite PEC le richieste presentate da genitori; Invia tramite PEC ad ATS eventuale richiesta di fabbisogni formativi personale ed eventuale richiesta di consulenza/intervento se presenti criticità relative all'attuazione dei piani terapeutici.

Soggetti coinvolti (2) :

- **ATS** : riceve dirigenti scolastici la segnalazione della richiesta dei genitori, le eventuali richieste formazione e di sensibilizzazione permanenti, la comunicazione di criticità che si presentassero all'attuazione del piano terapeutico; si interfaccia con i referenti individuati dalle ASST ed i Dirigenti Scolastici per l'analisi delle situazioni critiche presentate da questi ultimi al fine della valutazione utile a definire le situazioni più adatta; raccoglie le segnalazioni di alunni con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi e comunica ad AREU
- **ASST**: individua i propri servizi e gli operatori di riferimento per l'interlocuzione con l'ATS per l'analisi e la verifica di soluzioni a seguito delle criticità segnalate ; fornisce supporto in caso di criticità relative all'attuazione del piano terapeutico con particolare riguardo alla sensibilizzazione/informazione e formazione

ATS

- Informa, per quanto di competenza, i soggetti a vario titolo coinvolti e/o interessati (intesi Comuni, malati/familiari per il tramite delle principali Associazioni presenti sul territorio, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia, Agenzia regionale Emergenza Urgenza) circa il modello organizzativo e la procedura adottata localmente per l'attuazione del protocollo di somministrazione farmaci a scuola. Disponibile alla collaborazione con USR Lombardia – Ufficio IV AT di Brescia per l'informazione alle Istituzioni scolastiche
- Riceve dai Dirigenti Scolastici la segnalazione della richiesta dei genitori (o esercenti la responsabilità genitoriale) o studenti se maggiorenni, di attivazione del protocollo con la documentazione relativa
- Riceve dai Dirigenti Scolastici le eventuali richieste di sensibilizzazione-informazione pertinenti e la comunicazione di criticità che si presentassero all'attuazione del Piano Terapeutico con la coerente documentazione relativa alla patologia in relazione alla quale, per ogni singolo studente, è prevista l'assoluta necessità di somministrazione continua o al bisogno di farmaci
- Raccoglie le segnalazioni di studenti con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi e le comunica all'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza (AREU)

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 1

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE / STUDENTE MAGGIORENNE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a _____
genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente/studente maggiorenne ____
nato a _____ il ____/____/____/CFI_____ /CFI_____ della scuola primaria _____
frequentante la classe _____ della scuola primaria _____
scuola secondaria di primo grado _____
scuola secondaria di secondo grado _____
sita a _____ in Via _____
essendo lo studente affetto da _____

CHIEDONO/CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN)Dr. _____ nell'allegata prescrizione redatta in data _____

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a al sottoscritto maggiorenne dal personale della scuola

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale reso disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario reso disponibile alla somministrazione dei/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
Ci impegniamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

mio/a figlio/a/il sottoscritto maggiorenne si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel. _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Firma _____

Data _____

Accento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Data _____ Firma _____

NOTE A RETRO PAGINA

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 2

**PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL
MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI
FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE**

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

Medico di Medicina Generale Pediatra di Famiglia Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato e constatata l'assoluta necessità:

**PRESCRIVE
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE
VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome _____

nato a _____ il ___/___/____/CFI_____

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado _____

scuola secondaria di secondo grado _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

del seguente farmaco

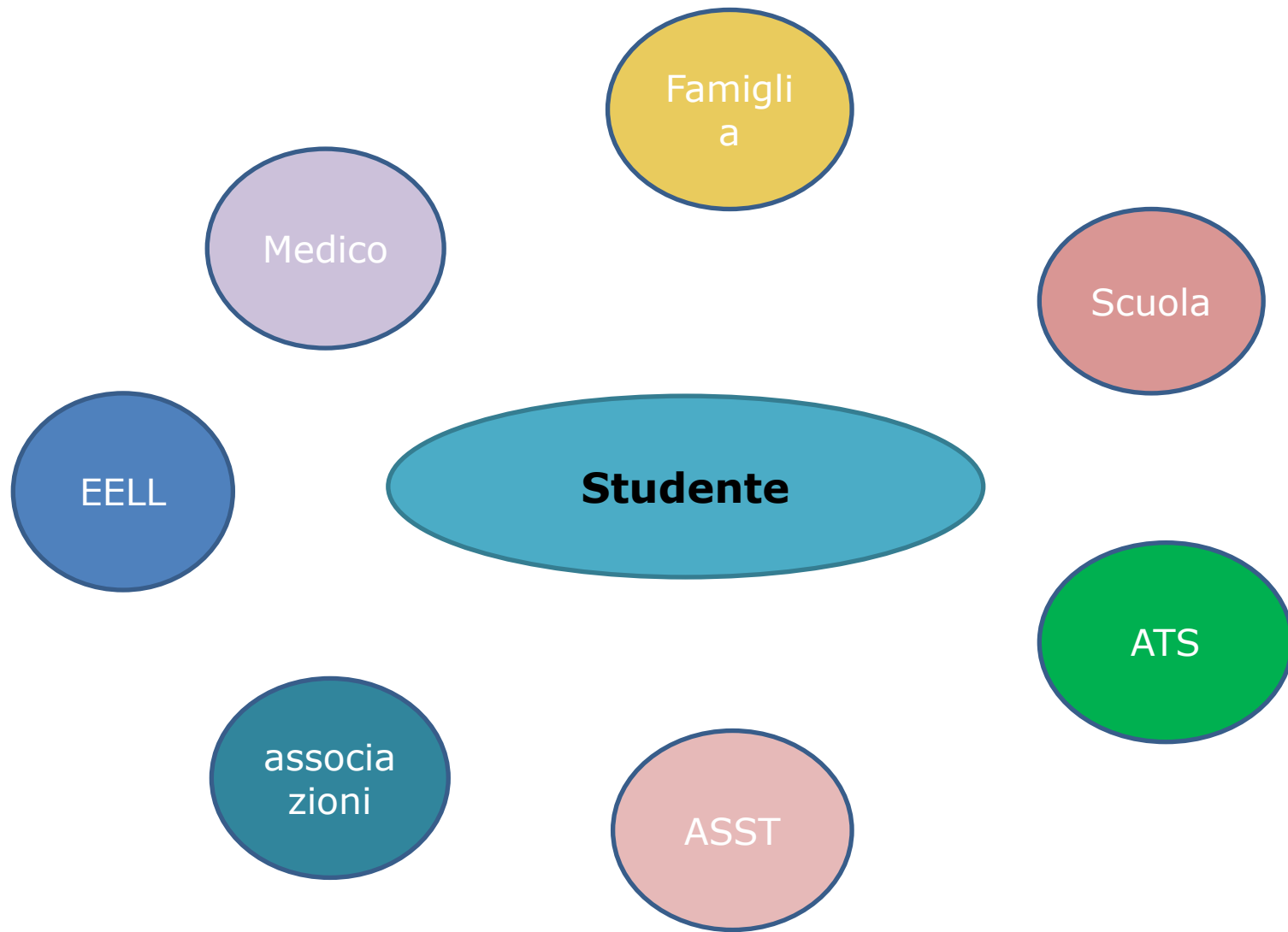
- Principio attivo _____
- Nome commerciale _____
- Forma farmaceutica _____
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i _____
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____ al _____; continuativa e/o al bisogno) _____
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco _____
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi. _____

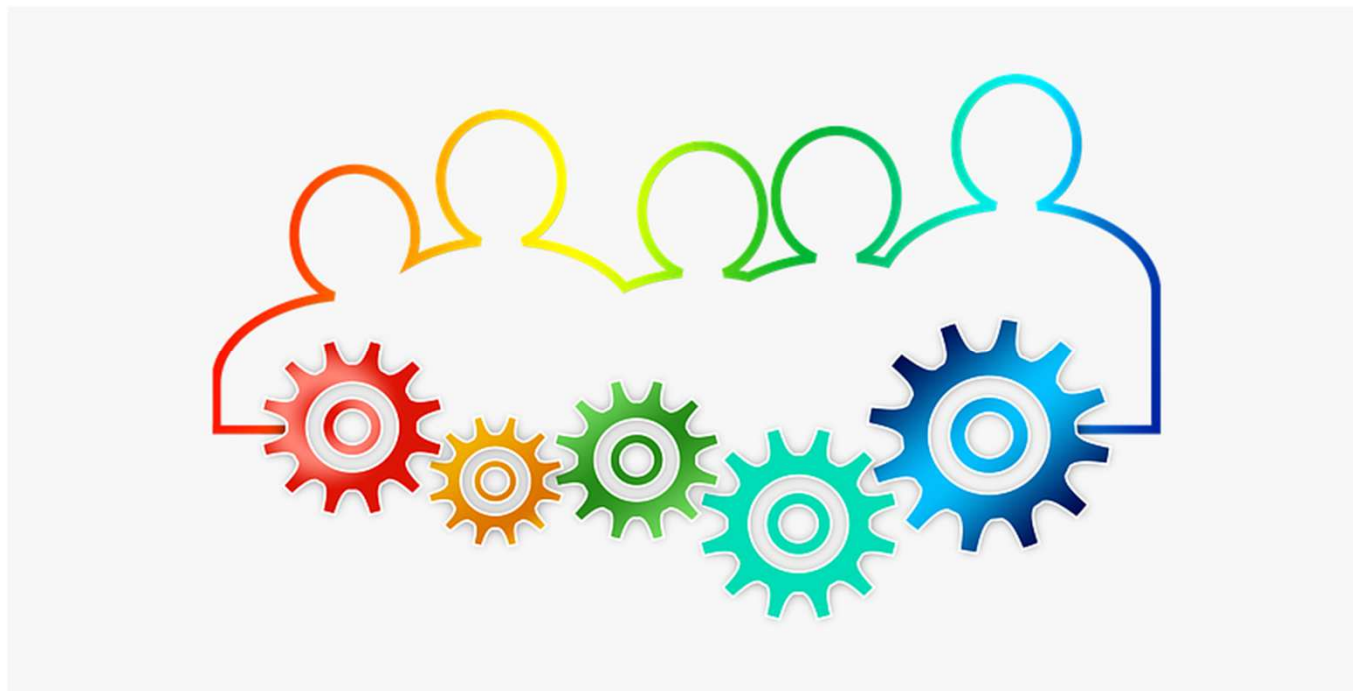
In ogni caso il Medico precisa che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore essendo eseguibile **anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive

Firma e timbro del Medico

Data _____





Grazie