*Anno Scolastico 2024/2025*

**MODULISTICA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

**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.

**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.
* predispone 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.

**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 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. |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Salvavita** |  | **Indispensabile** |

**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** (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**

**……………………………………………………………..**