

## **Somministrazione di farmaci agli alunni.**

Non esiste per il personale docente alcun obbligo di somministrare a scuola farmaci agli alunni a meno che non si sia data volontariamente la disponibilità a svolgere tale funzione e comunque non prima che la scuola abbia acquisito formalmente la richiesta della famiglia o di chi esercita la potestà genitoriale. Tuttavia la responsabilità dell'organizzazione e della gestione circa le modalità della somministrazione dei farmaci, in orario scolastico, ricade sul dirigente che ha l'obbligo di individuare, attraverso un iter procedurale, quali debbano essere gli specifici interventi tali da permettere la somministrazione di farmaci di cui possono bisognare gli alunni che versino in particolari casi di gravità. Non è però dato per scontato che la suddetta somministrazione spetti esclusivamente al personale interno della scuola il quale non può in alcun modo essere obbligato ad assumersi tale responsabilità.

Le Raccomandazioni del 2005 emanate congiuntamente dal Ministro dell'istruzione e della Salute, che "contengono le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica", sono ad oggi l'unico documento che tratta l'argomento.

Le Linee Guida regolano infatti, in via del tutto generale, non entrando nello specifico di farmaci da somministrare e di relative patologie, le modalità di intervento, chiamando in causa i genitori, i medici di base, la scuola ed in primis il dirigente scolastico il quale deve assumersi, almeno all'inizio della richiesta scritta della somministrazione dei farmaci da parte della famiglia, l'onere di gestire ciò che formalmente viene demandato all'istituzione scolastica.

### **SOMMINISTRAZIONE DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO**

Sono i casi di patologie che richiedono interventi immediati da parte del personale.

Il genitore (o l'alunno se maggiorenne) fa la richiesta al Dirigente Scolastico secondo le indicazioni del medico curante, accompagnandola con un certificato medico che deve ricalcare quanto riportato nella normativa di riferimento. Il Dirigente Scolastico si attiverà secondo una procedura predefinita.

### **AUTOSOMMINISTRAZIONE**

In tale tipologia rientra l'assunzione di farmaci, portati da casa, direttamente da parte dell'alunno (prosecuzione di cure mediche, casi vari ed estemporanei di necessità di un farmaco, ecc.).

In linea di massima, se l'alunno è minorenni, il personale della scuola non può consentire l'autosomministrazione.

E' però permessa, per alunni minorenni di almeno 14 anni di età, se il genitore fa preventivamente richiesta al Dirigente Scolastico (secondo lo schema allegato), accompagnandola con un certificato medico che deve ricalcare quanto riportato nella normativa di riferimento.

Per attivare la somministrazione del farmaco in orario scolastico è necessaria:

Richiesta della famiglia

Certificazione medica rilasciata dal Pediatra di Famiglia o dal Medico di Medicina Generale o da un Medico dei Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, che indichi lo stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, indicando se si tratta di farmaco salvavita o indispensabile.

Ai fini della tutela della privacy non è necessaria l'esplicitazione della diagnosi.

La Direzione Scolastica si attiverà con la ASL di riferimento, nell'ambito della definizione del Piano Terapeutico, per concordare l'attivazione, da parte dell'istituzione sanitaria, di corsi di formazione specifici per il personale dichiaratosi disponibile alla somministrazione del farmaco. Per facilitare un'uniformità di applicazione, si concordano dei modelli per la richiesta e per la certificazione, considerando che tutte le certificazioni possono essere prodotte anche in modelli diversi purché conformi nel contenuto.

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I IN ORARIO SCOLASTICO**

**Al Dirigente della Scuola** .....

**di** .....

Il sottoscritto ..... genitore (o chi ne fa le veci)

di .....

frequentante la classe .....

Constatata l'assoluta necessità, chiede la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaco/i

.....

come da allegata attestazione medica

Dichiara che sarà sua cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

A tal fine il sottoscritto genitore

**CHIEDE**

Il supporto del personale della scuola

SÌ

NO

Se SÌ:

Nella somministrazione del farmaco

Nella vigilanza durante la somministrazione del farmaco

Firma del genitore (o chi ne fa le veci)

.....

**CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno ..... nato il ..... per motivi di salute e constatata l'assoluta necessità

qualora si presentino i seguenti sintomi .....  
.....

nel seguente orario .....  
necessita della somministrazione in ambito ed orario scolastico

del farmaco .....

alla dose .....

con le seguenti modalità.....

per il periodo .....

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile per la cura della malattia da cui il bambino è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

Si rilascia al genitore di .....su richiesta dello stesso

In fede

Timbro e firma del medico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

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 a..... il .... / ..... / ..... e residente a .....

in Via ....., che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto

..... 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 e 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/io, 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, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia 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.

In fede,

Luogo Data (1) Firma

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

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 \_\_\_\_\_