

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICA
S. Medicina Preventiva di Comunità

**Linee guida per la
somministrazione di farmaci
a scuola - 2013**

Incontro 9 ottobre 2013
IS Parini Lecco
Relatore
Dott. Franco Tortorella



Accordo tra ASL e Ufficio Scolastico Territoriale



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI LECCO
Corso Carlo Alberto, 120 - 23900 Lecco
tel. 0341 482726 - 482248



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA
DIREZIONE GENERALE
UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE
Via Marco d'Oggiono, 15 - 23900 Lecco
Tel. 0341/296107 - Fax 0341/296104

Lecco, Agosto 2007

Per l'ASL
f.to Il Direttore Sanitario
Dr. Giuseppe Rossi

Per l'USP
f.to Il Dirigente
Dr. Tommaso Lombardo

Lecco, Luglio 2009

Per l'ASL
Il Direttore Sanitario
Dr. Fulvio Edoardo Ortolini

Per l'USP
Il Dirigente
Prof. Fausto Gheller

Lecco, giugno 2013

Per l'ASL della Provincia di Lecco
Il Direttore Generale
Dott. Enzo Lucchini

Per l'Ufficio Scolastico Territoriale di Lecco
Il Dirigente Reggente
Dott. Giuseppe Petralia

PROCEDURA

- L'accordo definisce gli interventi garantiti dall'ASL della Provincia di Lecco a sostegno degli Istituti Scolastici presenti nei territori di competenza finalizzati all'assistenza di alunni/studenti frequentanti:
 - le scuole dell'infanzia,
 - primarie,
 - secondarie di I e II grado,
- 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

CAMPO DI APPLICAZIONE

- Questa procedura è applicata alla somministrazione di farmaci, compresi quelli omeopatici in ambito scolastico, richiesta al dirigente scolastico dai genitori o esercitanti la patria potestà dell'alunno/studente accompagnata dalla prescrizione medica individuale.
- **Non rientra** nel campo di applicazione della presente procedura **l'autosomministrazione** del farmaco prevista laddove l'alunno, per età, esperienza, addestramento, tipologia di somministrazione risulti autonomo nella gestione del problema di salute.

RESPONSABILITA'

ATTIVITÀ

- Richiesta somministrazione farmaci a scuola a minore come da prescrizione medica



TITOLARIETÀ

**Genitori o esercitanti
la patria potestà del
minore**



ATTIVITÀ

- **Verifica** completezza richiesta dei genitori
- possesso requisiti strutturali
- disponibilità del personale scolastico
- valutazione tipologia di farmaco (A o B).
- **Presentazione domanda** di parere sanitario all'ASL per somministrazione del farmaco

RESPONSABILITA'

**Direzione
Istituto
Scolastico**



ATTIVITÀ

- **Verifica** completezza richiesta,
- rispondenza LG requisiti strutturali dichiarati,
- disponibilità del personale,
- tipo farmaco ordinario o salvavita.
- **Valutazione** necessità di formazione/addestramento in base al tipo di farmaco.
- **Richiede addestramento** al S.Famiglia
- **Rilascia Parere sanitario**

TITOLARIETÀ



Regione
Lombardia

ASL Lecco

**SERVIZIO
MEDICINA
PREVENTIVA
DI COMUNITÀ**

ATTIVITÀ

- **Addestramento**
personale scolastico
con personale
infermieristico
- **Attestazione**
addestramento

TITOLARIETÀ



Regione
Lombardia

ASL Lecco

**SERVIZIO
FAMIGLIA
S. Consultori
Familiari**

ATTIVITÀ

- Informazione
procedura
MMG e PLS

TITOLARIETÀ



Regione
Lombardia

ASL Lecco

**Servizio
Assistenza
Sanitaria
Primaria**

LA PROCEDURA DI RICHIESTA DI PARERE SANITARIO

Il parere sanitario per la somministrazione di farmaci, compresi quelli omeopatici, in ambito scolastico **viene richiesto dal dirigente scolastico** che riceve istanza dai genitori o esercenti la patria potestà dell'alunno/studente accompagnata dalla prescrizione medica individuale

**NON È UN OBBLIGO DI LEGGE
È UN'OPPORTUNITÀ**



RICHIESTA DEI GENITORI DELL' ALLIEVO



- La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere **formalmente richiesta** da entrambi i genitori degli alunni (o dagli esercenti la potestà genitoriale) al dirigente dell'istituto scolastico come da nota informativa (allegato n°1).
- I genitori o gli esercenti la potestà genitoriale devono garantire **ogni informazione utile** per la somministrazione dei farmaci.
- Il **farmaco** e gli eventuali **presidi** (siringhe, cotone, disinfettante, etc) devono essere forniti alla scuola dal genitore o dagli esercenti la potestà genitoriale, che avranno cura di **reintegrarli** in seguito a segnalazione da parte della scuola dell'avvenuto consumo e/o della prossimità alla data di **scadenza**.
- La **prima somministrazione** del farmaco non deve avvenire in ambiente scolastico ad eccezione dei farmaci salvavita.

LINEE GUIDA
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
A SCUOLA

INFORMATIVA

La somministrazione di farmaci a scuola è regolamentata dal documento di accordo fra ASL e Ufficio Scolastico Territoriale scaricabile dal sito internet www.asl.lecco.it

Allegato 1

La somministrazione di farmaci, compresi quelli omeopatici in ambito scolastico, viene richiesta dai genitori o esercenti la patria potestà dell'alunno/studente al dirigente scolastico.

La domanda è vincolata alla presentazione della **prescrizione medica** per la somministrazione di farmaci **indifferibili** per il proprio figlio come da fac-simile (allegato n°2 alle Linee guida) rilasciata dal Pediatra di Famiglia, dal Medico di Medicina Generale, dal medico specialista o medico della struttura del SSN. redatta secondo i seguenti requisiti:

- Nome Cognome assistito, dati di riconoscimento anagrafico
- Descrizione della condizione patologica che necessita di somministrazione di farmaci indispensabili in orario scolastico o salvavita
- Nome del farmaco
- Posologia
- Modalità e tempi di somministrazione
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata del trattamento

La prescrizione medica deve essere chiaramente leggibile e riportare firma e timbro del medico e data di rilascio.

La somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministrante.

La prima somministrazione del farmaco non deve avvenire in ambiente scolastico ad eccezione dei farmaci salvavita.

I genitori o gli esercenti la potestà genitoriale devono garantire ogni informazione utile per le modalità di somministrazione dei farmaci.

Il farmaco e gli eventuali presidi (siringhe, cotone, disinfettante, etc) devono essere forniti alla scuola dal genitore o dagli esercenti la potestà genitoriale, che avranno cura di reintegrarli in seguito a segnalazione da parte della scuola dell'avvenuto consumo e/o della prossimità alla data di scadenza.

I genitori o esercenti la patria potestà autorizzano l'Istituto e l'ASL al trattamento dei dati forniti per le sole finalità necessarie all'erogazione della prestazione. (**Legge sulla privacy: art.13 D. Lgs. 196/2003**).

Una volta individuati gli operatori scolastici resisi disponibili deve essere effettuato **atto di delega** agli stessi (allegato n°5 alle Linee guida).

L'ASL su richiesta della scuola verifica la sussistenza dei requisiti sanitari per la procedura di somministrazione e rilascia il relativo parere.



Prescrizione medica

La domanda è vincolata alla presentazione della prescrizione medica per la somministrazione di farmaci indifferibili per il proprio figlio come da fac-simile (allegato n°2) rilasciata dal PdF, dal MMG, dal medico specialista o medico della struttura del SSN redatta secondo i seguenti requisiti:

- **Nome Cognome assistito**, dati di riconoscimento anagrafico
- Descrizione della **condizione patologica** che necessita di somministrazione di farmaci indispensabili in orario scolastico o salvavita
- **Nome del farmaco**
- Posologia
- **Modalità e tempi di somministrazione**
- Modalità di **conservazione** del farmaco
- **Durata del trattamento**
- La prescrizione medica deve essere chiaramente leggibile e riportare firma e timbro del medico e data di rilascio.
- **La somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministrante.**



Prescrizione medica per somministrazione di farmaci a scuola (fac-simile)

Su carta intestata del medico o della struttura sanitaria in cui opera

Allegato 2

- Nome Cognome assistito, dati di riconoscimento anagrafico
- Descrizione della condizione patologica che necessita di somministrazione di farmaci indispensabili in orario scolastico o salvavita
- Nome del farmaco
- Posologia
- Modalità e tempi di somministrazione
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata del trattamento

Data rilascio

Firma e timbro del medico



La prescrizione medica deve essere chiaramente leggibile.

Compiti dell'Istituto Scolastico-1

Il dirigente dell'istituto scolastico, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettua una verifica della struttura scolastica, per l'individuazione del **luogo fisico** idoneo alla **conservazione, custodia e somministrazione dei farmaci** all'interno della struttura; nei casi dubbi potrà prendere preventivo contatto per chiarimenti con la Struttura Medicina Preventiva di Comunità dell'ASL.
- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali della scuola durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o agli esercitanti la potestà genitoriale o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;

Compiti dell'Istituto Scolastico-2

- verifica la **disponibilità del personale scolastico** in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci in caso non garantita dai genitori o esercenti la potestà genitoriale o loro delegati. Gli operatori scolastici vengono individuati preferibilmente tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 81/2008;
- **richiede all'ASL il parere sanitario** per la somministrazione di farmaci indispensabili o salvavita in orario scolastico a cura di personale scolastico, delegato da entrambi i genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale utilizzando il modulo di richiesta (allegato n°3) specificando la tipologia di somministrazione.

Spett.le ASL di Lecco

Servizio Medicina Preventiva di Comunità

Corso Carlo Alberto 120- 23800 Lecco

Il/La sottoscritto/a.....

Dirigente scolastico dell'Istituto.....

ricevuta la richiesta di "somministrazione farmaci" durante l'orario scolastico da parte di **entrambi**

i genitori (o dagli esercenti la potestà genitoriale) **dell'alunno**

frequentante la classe.....

viste le vigenti Linee guida per la somministrazione farmaci a scuola

individuato il personale scolastico disponibile come da modello allegato

individuata idonea soluzione per la conservazione e somministrazione di farmaci come da check list per l'autocertificazione dei requisiti strutturali

chiede rilascio di PARERE SANITARIO relativo a:

- o somministrazione di farmaci di uso ordinario (per via orale, via inalatoria, via rettale) che non implica particolari conoscenze quali farmaci antipiretici, antiasma, antiallergici.*
- o somministrazione di farmaci di tipo specifico, detti "salvavita", non ordinariamente usati, per i quali si ritiene opportuno un approfondimento degli aspetti sanitari (insulina, antiepilettici, adrenalina) con addestramento del personale delegato.*

....., li.../.../.....

In Fede

Allegati:

- fotocopia della delega genitoriale nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione
- fotocopia della prescrizione medica,
- check list per l'autocertificazione dei requisiti strutturali

* scegliere l'opzione pertinente.



LG farm sc/allegato 3

Allegato 3



Regione
Lombardia

ASL Lecco

Compiti dell'Istituto Scolastico-3

TIPOLOGIA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

USO ORDINARIO (come a casa)

- **Tipo a)** patologia che necessita di farmaci per via di somministrazione di uso ordinario (per os, via inalatoria, via rettale) che non implica particolari conoscenze: es. farmaci antipiretici, antiasma, antiallergici;



USO NON ORDINARIO

- **Tipo b)** patologia che prevede farmaci di tipo specifico, cd “salvavita”, non ordinariamente usati, per i quali è opportuno un approfondimento degli aspetti sanitari (es: insulina, antiepilettici, adrenalina). In caso di complessità della somministrazione (tipologia b) e in assenza di pregresso addestramento del personale, può chiedere all'ASL di effettuare un intervento specifico



Compiti dell'Istituto Scolastico

- Alla domanda per il suddetto parere sanitario vanno **allegati**:
- check list per **l'autocertificazione dei requisiti strutturali** (allegato n°4)
- fotocopia della **prescrizione medica**,
- fotocopia della **delega genitoriale** nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione. (allegato n°5).



Allegato 4

CHECK LIST SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Il/La sottoscritto/a.....

Dirigente scolastico dell'Istituto

ricevuta la richiesta di "somministrazione farmaci" presso questo Istituto durante l'orario scolastico
relativamente all'alunno.....

frequentante la classe.....

viste le vigenti Linee guida per la somministrazione farmaci a scuola

dichiara di

- aver individuato nell'aula / nelle vicinanze dell'aula¹ un armadio idoneo alla conservazione separata dei farmaci destinati all'alunno, facilmente individuabili e distinguibili;
- garantire la sicura custodia dei farmaci (chiusura con chiave);
- aver individuato l'idoneo spazio nel frigorifero situato²
- aver individuato il personale scolastico idoneo (insegnanti, dirigenti scolastici, operatori ATA etc) alla somministrazione dei farmaci che provveda al regolare controllo per il reintegro di essi (in particolare controllo delle scadenze e della corretta conservazione);
- garantire la tutela del personale delegato esposto a rischio biologico (taglio e/o puntura accidentale), in possesso del materiale necessario alla somministrazione dei farmaci per la protezione individuale (es. guanti monouso);
- avere a disposizione un elenco dei numeri telefonici di emergenza/urgenza;

In Fede

.....

¹ scegliere l'opzione pertinente

² per farmaci che necessitano di conservazione in frigorifero



Delega alla somministrazione di farmaci

(fac simile)

Il sottoscritto.....padre, la sottoscritta.....madr
genitori di.....nato/a a.....il.....
frequentante

autorizzano

1. il/la sig.....nato/a a.....il.....
con mansione di.....presso

2. il/la sig.....nato/a a.....il.....
con mansione di.....presso

3.
alla somministrazione del farmaco.....
così come da prescrizione medica del dott.....

Il farmaco andrà somministrato secondo le seguenti modalità/secondo le modalità
allegate:

.....
.....

Dichiarano inoltre che non si tratta della **prima somministrazione** del suddetto farmaco
Dichiarano di sollevare l'Istituto e il personale scolastico delegato sopra individuato da
ogni responsabilità per eventuali incidenti che dovessero derivare dalla somministrazione
del farmaco secondo le modalità autorizzate.

Firma padre..... Firma madre.....
(oppure la sola firma di chi esercita la potestà genitoriale)

Allegato 5



Istruttoria a cura della Struttura Medicina Preventiva di Comunità

La domanda presentata in ASL viene presa in carico dalla Struttura Medicina Preventiva di Comunità che:

- valuta la **completezza** della richiesta pervenuta dalla scuola;
- verifica l'esistenza dei **requisiti** previsti dalle specifiche LG;
- valuta la **necessità di addestramento** per la somministrazione di farmaci a scuola, secondo i criteri di cui sopra, in base alle differenti caratteristiche di **patologia** e di **farmaci**.

Istruttoria a cura del Servizio Medicina Preventiva di Comunità

- ove ritenuto necessario per la tipologia di farmaco, **richiede** alla Struttura Famiglia l'organizzazione **dell'offerta di addestramento** a cura di personale infermieristico, attestato con l'apposito modulo firmato dall'operatore sanitario e dal personale scolastico formato (allegato n°6);
- **redige** l'apposito modello di **parere sanitario** (allegato n°7), dichiarando la sussistenza (o meno) dei requisiti di cui alla presente procedura e la relativa documentazione prodotta, rilasciando all'Istituto Scolastico Parere Sanitario alla somministrazione di farmaci a scuola.

Addestramento a cura della Struttura Famiglia: S. Consultori Familiari

- Il Servizio Famiglia riceve dal Servizio Medicina Preventiva di Comunità la richiesta di addestramento del personale scolastico individuato
- Organizza con personale infermieristico territoriale del S. Consultori Familiari tale attività
- Ne attesta il positivo esito con l'apposito modulo firmato dall'operatore sanitario e dal personale scolastico formato (allegato n°6);

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICA
Servizio Medicina Preventiva di Comunità
Corso C. Alberto, 120 – 23900 Lecco
Tel. 0341/482291 fax 0341/482771
email ricercasviluppo.medicinacomunita@asl.lecco.it

Attestazione di addestramento

Il/La sottoscritto/a.....
con la qualifica di
dipendente ASL presso

dichiara

di aver informato e addestrato riguardo alla somministrazione di
per il farmaco/la patologia.....
gli operatori scolastici delegati :

- nato a il
- nato a il
- nato a il
- nato a il
- nato a il

dell'Istituto.....
....., li .../.../....

Firma dell'operatore sanitario
.....

Firma del personale scolastico
.....
.....
.....

Allegato 6



Rilascio di Parere sanitario.

Il Servizio Medicina Preventiva di Comunità, completata l'istruttoria, effettuati gli opportuni accertamenti e, ove prevista, ricevuta l'attestazione di addestramento del personale scolastico,

REDIGE l'apposito modello di parere sanitario (allegato n°7), dichiarando la sussistenza (o meno) dei requisiti di cui alle LG e la conformità della relativa documentazione prodotta, rilasciando all'Istituto Scolastico richiedente *Parere Sanitario alla somministrazione di farmaci a scuola*. Il Parere ha di norma **validità nell'anno scolastico in corso**, a condizione che non intervengano modifiche rispetto a quanto dichiarato dalle parti.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICA
Servizio Medicina Preventiva di Comunità
Corso C. Alberto, 120 – 23900 Lecco
Tel. 0341/482291 fax 0341/482771
email ricercasviluppo.medicinacomunita@asl.lecco.it

Prot. N°...../F.T./r.s.
cl. H1.02.04.02

Lecco

Egr. Dirigente
(*inserire nome cognome*)
(*inserire nome scuola*)
(*inserire indirizzo*)

OGGETTO: Parere sanitario per la somministrazione di farmaci indispensabili o salvavita in orario scolastico a cura del personale secondo le specifiche Linee Guida ASL-UST (Giugno 2013)

Vista la domanda presentata dalla scuola in data..... per la necessità di somministrazione di farmaci indispensabili o salvavita in orario scolastico a cura di personale, delegato da entrambi i genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale all'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ frequentate la Scuola _____ si è effettuata la verifica di congruità con le Linee Guida in oggetto, ai fini del rilascio del parere sanitario da parte del competente Servizio dell'Azienda Sanitaria Locale.

In particolare si è accertata:

- 1) la presenza della prescrizione medica completa;
- 2) la sussistenza d'ideale soluzione per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- 3) la disponibilità degli operatori a garantire la somministrazione dei farmaci
- 4) la somministrazione che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'operatore

Tipo a - Gli operatori, delegati dai genitori, risultano correttamente informati sulle modalità di somministrazione dei farmaci.

Tipo b - Gli operatori, delegati dai genitori, sono stati correttamente addestrati sulle modalità di somministrazione dei farmaci, come da attestazione allegata.

Alla luce degli accertamenti effettuati, risultano rispettati i requisiti di cui alle vigenti Linee Guida ASL-UST 2013. Visto quanto sopra, si esprime **parere sanitario favorevole** per la somministrazione del farmaco in orario scolastico a cura di personale individuato dal Dirigente e delegato dai genitori.

Distinti saluti.

Servizio Medicina Preventiva di Comunità
Dott. Franco Tortorella

Responsabile del procedimento:

LG farm sc/allegato 7

Allegato 7



Parere Sanitario

Il Parere ha di norma **validità nell'anno scolastico** in corso, a condizione che non intervengano modifiche rispetto a quanto dichiarato dalle parti.

Permane la possibilità di “**estensione temporale del parere pregresso rilasciato**” per il successivo anno scolastico nei casi in cui **non risultino variazioni** quali:

- **sede scolastica;**
- **tipo di farmaco e/o posologia;**
- **personale scolastico delegato.**
- solo in caso di modifica di tali requisiti è necessario richiedere nuovo parere.



Registrazione/Archiviazione

L'istruttoria e il rilascio del parere sanitario sono in capo alla Struttura Medicina Preventiva di Comunità che prevede la registrazione delle informazioni statistiche in merito a frequenza dei casi, tipologia, specifiche problematiche e/o criticità e soluzioni adottate ed è responsabile dell'archiviazione.



Per ogni eventuale informazione

S. Medicina Preventiva di Comunità – Resp. Dott. Franco Tortorella
- Inf. Angelina Spinelli

S. Consultori Familiari – Resp. Dott.ssa Ivana Bassani

- Inf Pozzi Maria Rita: area Casatenovo.
- ASV Mattia Carmela: area Cernusco,
- Inf Capodivento Eloise: Olgiate Molgora
- Inf Gandolfi Veronica: area Olginate
- Inf Combi Anna: area Calolziocorte
- Inf Dadda Mariella: area Galbiate, Oggiono, Costamasnaga
- Inf Argenti Marilisa: area Lecco, Valmadrera
- Inf Mungo Concetta: area Mandello, Bellano
- Inf Donati Marta: area Introbio

