

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI  
N°1 – TRIESTINA**

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

Trieste, 4 dicembre 2013



HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES  
Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute



HPH Una Rete dell'OMS  
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Al Direttore dell'Area Educazione  
Università e Ricerca  
Comune di Trieste  
Dott. E. Conte  
Piazza Vecchia 1  
Trieste

Prot. N° 58024/GEN. I.2.A – V.3.C  
(da citare nella risposta)

S.C. Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne e  
Famiglie  
Servizio Distretto n. 3 – Via Valmaura 59 -Trieste

Funzionario referente per quanto comunicato  
Dott.ssa Maria Vittoria Sola

(nome e cognome, numero di telefono)

e mail: vittoria.sola@ass1.sanita.fvg.it

Fax: 040 399 5823

Rif. Nota \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_

Al Direttore dei Servizi Educativi  
Integrati per l'Infanzia, i giovani e la  
famiglia  
Comune di Trieste  
Dott.ssa Maria Rosa Manià  
Piazza Vecchia 1  
Trieste

Alla Dr.ssa Daniela Beltrame  
Ufficio Scolastico Regionale  
Via SS. Martiri, 3  
Trieste

Oggetto: Linee guida per la somministrazione  
di farmaci nei contesti scolastici ed  
educativi

Al Direttore I.C. Campi Elisi  
Prof. Gianfranco Angeli  
Via Carli 1  
Trieste

**ATTO TRASMESSO  
TRAMITE  
INTEROPERABILITÀ (IOp)**

Con la presente si inviano le Linee Guida per la Somministrazione dei Farmaci nei contesti scolastici ed educativi.

Tali Linee Guida sono state concordate con i rappresentanti dell'Area Educazione del Comune di Trieste e dei Dirigenti Scolastici degli Istituti Scolastici provinciali e sono attualmente in uso nelle occasioni in cui si rileva la necessità per un minore con patologia cronica e/o complessa che richieda la somministrazione di farmaci (anche di emergenza) nei contesti scolastici ed educativi.

Si invitano cortesemente le SS.LL. a dare la massima diffusione al personale scolastico interessato a quanto inviato in allegato.

Rimanendo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento si inviano distinti saluti.

**Il Direttore Sanitario  
Dr.ssa Adele MAGGIORE  
- atto sottoscritto digitalmente -**

Allegati:c.s.d.

Centralino 040 3991 111  
Fax 040 399 7189

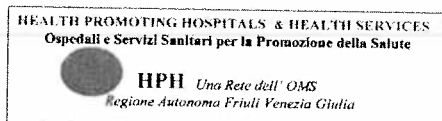
C.F. e P. IVA 00052420320

www.ass1.sanita.fvg.it

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it

L' Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: da@ass1.sanita.fvg.it

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI  
N°1 – TRIESTINA**



**Linee Guida per la somministrazione di farmaci nei contesti scolastici, educativi**

In applicazione delle Raccomandazioni emanate congiuntamente dal MIUR e Ministero della Salute del 25/11/05 si definiscono le presenti **Linee Guida applicative**.

**Le presenti Linee Guida sono da applicarsi nelle scuole di ogni ordine e grado, nei nidi e all'interno delle attività ricreative ed educative e integrative scolastiche (SIS).**

Gli alunni/studenti che frequentano ogni ordine e grado di scuola, a causa di patologie acute o croniche, possono avere la necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico ed extrascolastico.

Per quanto riguarda le patologie croniche (es. diabete giovanile) tale necessità non può costituire ostacolo alla frequenza scolastica dell'alunno in quanto l'essere portatori di una patologia cronica non deve costituire fattore di emarginazione, di esclusione, di ostacolo o impedimento all'esercizio del diritto costituzionale all'istruzione (art. 33 della Costituzione).

Nei contesti scolastici ed educativi l'assistenza specifica agli alunni/studenti che esigono la somministrazione di farmaci da parte del personale deve configurarsi come attività che **non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene e viene svolta di regola su base volontaria.**

Tale attività di assistenza specifica deve fare riferimento ad un piano terapeutico individualizzato stabilito dal Medico Curante (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) e/o dal Medico Specialista, della durata di un anno (v. allegato).

I genitori, in caso di necessità (anche di autosomministrazione), presentano richiesta al Dirigente Scolastico corredata dalla prescrizione alla somministrazione rilasciata dal medico curante e/o dallo specialista (v. allegato).

Sulla base della richiesta e della documentazione disponibile il dirigente scolastico esplora la disponibilità del proprio personale sia in termini di somministrazione che in caso di controllo all'autosomministrazione: una volta organizzata la stessa anche in termini di continuità, comunica ai genitori le modalità operative delineate per acquisire il consenso.

Salvo casi autorizzati, in tutte le altre situazioni i farmaci a scuola non devono essere somministrati.

**Somministrazione di farmaci in maniera continuativa e programmata**

Viene effettuata sulla base di precise istruzioni, impartite dal medico di riferimento del bambino adolescente. In caso di situazioni complesse il Dirigente Scolastico/Coordinatore della struttura e/o la S.S. Tutela Bambini Adolescenti distrettuale di ASS n. 1 triestina convocano un incontro di programmazione al fine di definire le specifiche modalità operative.

La struttura distrettuale si fa carico di organizzare, laddove richiesto/necessario, la "formazione in situazione" rivolta agli operatori scolastici, coinvolgendo la famiglia ed eventuali specialisti competenti.

**Somministrazione di farmaci d'emergenza**



Se è vero che non vi sono normative che prevedano la detenzione di farmaci di emergenza negli istituti scolastici e nelle strutture educative, è altrettanto vero che esistono situazioni particolarmente complesse, sotto il profilo clinico, tali da richiedere un approfondimento preventivo per una loro corretta gestione.

Ci si riferisce in particolare a situazioni, molto rare, ma la cui evoluzione è ampiamente conosciuta, il cui instaurarsi è prevedibile e le cui conseguenze, anche di rilevante gravità, sono potenzialmente prevenibili con un adeguato trattamento farmacologico connotato da una assoluta assenza di potere discrezionale da chi deve porlo in essere.

In quest'ambito sussistono per il personale scolastico ed educativo, cui competono funzioni di vigilanza e custodia di soggetti giuridicamente non capaci, precisi obblighi giuridici di assistenza e di intervento a lato degli aspetti di natura deontologica e della tutela del diritto allo studio e alla salute, pur di primaria importanza.

La violazione di questi obblighi può configurare chiare fattispecie omissive tra cui l'abbandono di persona minore e l'omissione di soccorso.

Nel momento in cui emerge tale condizione, su istanza della famiglia e su prescrizione medica/specialistica, deve essere elaborato un Piano di Intervento individualizzato che coinvolga il Dirigente Scolastico/ Coordinatore della struttura, la S.S. Tutela Bambini Adolescenti distrettuale di ASS n. 1 triestina ed eventuali medici/ specialisti di riferimento.

Il Piano di Intervento individualizzato deve contenere:

- ▲ informazioni essenziali sulla patologia dell'interessato
- ▲ prescrizioni terapeutiche individuali specifiche
- ▲ modalità di somministrazione e - per il singolo caso - di conservazione dei singoli farmaci e assegnazione di compiti specifici
- ▲ procedure di somministrazione del farmaco di emergenza
- ▲ recapiti utili
- ▲ modalità di svolgimento della "formazione in situazione" rivolta agli operatori scolastici, coinvolgendo la famiglia ed eventuali specialisti competenti.

Resta definito che le urgenze non prevedibili rientrano nelle procedure di Primo Soccorso e non richiedono la somministrazione di farmaci; vengono attivati gli addetti di Primo Soccorso e viene chiamato il 118.

Allegato 1

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO A SCUOLA**

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti: \_\_\_\_\_  
genitori di: \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola di: \_\_\_\_\_  
essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

CHIEDONO

- ▲ che sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio, dal Dott. \_\_\_\_\_ di cui allegano prescrizione medica.
- ▲ che sia instaurata in caso di necessità la terapia d'emergenza, di cui allegano prescrizione medica

Si impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da personale non sanitario a cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione del trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma\*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

Allegato 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/ MEDICO DI  
MEDICINA GENERALE/ SPECIALISTA) ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN  
AMBITO 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 in orario scolastico/ ricreativo dell'alunno/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ In \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ dose \_\_\_\_\_

Orario: 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^ dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_ 4^ dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note:

**Luogo e data**

**Timbro e firma del Medico**

