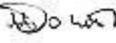
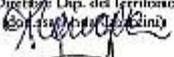
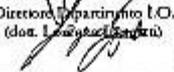


 Direzione Sanitaria	PA-PES-001 SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA	Rev. n. 1 01/05/2018 Pag. 1 di 7
---	--	--

Redatto	Verificato	Controllato	Approvato
Direttore U.O.C. Promozione ed Educazione alla Salute (dot.ssa Vittoria Doretti) 	Direttore Dip. del Territorio (dot. ssa Maria Teresa Cini)  Dipartimento Emergenza Urgenza Area Critica (dot. Massimo Mando)  Direttore Dipartimento I.O. (dot. Luca Giamberini) 	Servizio AFD Qualità, Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure (dot. Roberto Morea) 	Direttore Sanitario (dot.ssa Simona De Santis) 

Gruppo di lavoro:

Claudio Pagnani (U.O.S. Educazione alla salute)

Paola Trapè (Dipartimento Infermieristico e Ostetrico)

Silvia Tompilio (Supporto amm.vo STAFF Direzione Sanitaria)

Luogo e modalità di conservazione: STAFF Direzione Sanitaria - Cartaceo	Firma del responsabile
---	------------------------

Revisione senza modifiche <input type="checkbox"/>	Motivo della revisione: integrazione repertorio strutture organizzative aziendali delaz. n° 06 del 01/02/2018 e n° 143 del 14/02/2018
--	---

La diffusione della presente procedura è assicurata mediante pubblicazione nell'intranet aziendale

strutture organizzative alle quali deve essere diffusa:

Dipartimento Territoriale, UO Medicina di Comunità, Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche, Dipartimento Emergenza Urgenza e Area Critica, UOC Promozione ed Educazione alla Salute, UOS Educazione alla Salute.

SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

La somministrazione di farmaci in orario scolastico riguarda studenti affetti da patologie per le quali è indispensabile, sulla base di specifica certificazione rilasciata dal medico curante, assumere la terapia durante le ore di frequenza scolastica per garantire il diritto allo studio, la salute e il benessere degli studenti che presentano tale necessità.

L'Az. USL Toscana Sud Est, recependo la DGR n° 653/2015 e il successivo Decreto 14574/2016, con una procedura aziendale ha indicato un iter univoco e la modulistica utilizzabile in modo omogeneo su tutto il territorio aziendale rendendo operativi gli strumenti da parte di tutti i soggetti coinvolti: famiglie, scuole, medici, insegnanti e individuando il Responsabile del Network aziendale di Promozione ed Educazione alla Salute, come referente per l'Azienda Asl Toscana Sud Est della autorizzazione alla somministrazione.

L'iter per rilasciare l'autorizzazione alla somministrazione dei farmaci indispensabili e/o salvavita individuata dalla sopra indicata procedura, necessita di un'accurata verifica della corretta compilazione della modulistica (certificato medico/p. terapeutico; richiesta della famiglia alla scuola; verbale consegna farmaco; piano d'intervento personalizzato) soprattutto per accertare che gli insegnanti e/o il personale ATA della scuola abbia dato disponibilità alla somministrazione e che, se indicato dal piano terapeutico (all.1), abbiano la dovuta certificazione di specifica formazione.

La certificazione medica prodotta dai genitori ha validità per l'intero anno scolastico in cui è presentata e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se ciò sia reso necessario da variazioni della patologia o delle modalità di somministrazione

Allegato 2

Modulistica per la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Richiesta alla scuola - dicembre 2016

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 2
 (art. 1 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 25 maggio 2015, n. 653)
 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 Attestazioni e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL/del 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, 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, se così disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsiasi 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. Lgt. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede,
 Luogo Data (1) Firma

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

firma del genitore

Allegato 3

Modulistica per la scuola e la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Consegna farmaco - Dicembre 2016

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/irridispensabile 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 prof. 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

firma del genitore e dell'incaricato della scuola che ritira il farmaco

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

(art. 2 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Prot. n. _____ del ____/____/____

Alla Famiglia dell'alunno/a _____
(oppure)
All' alunno/a _____
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco _____
Agli Insegnanti della classe _____ sezione _____
Al Fascicolo personale dell' alunno/a suddetto _____
Alla Azienda USL _____

Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione dei farmaci in orario scolastico all' alunno/a.....

I sottoscritti Dirigente scolastico e il Referente per l' Azienda USL.....
dott.

- Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell' alunno/a (oppure: dall' alunno/a, in caso di studente maggiorenne) iscritto/a alla classe sez. dell' Istituto plesso sito in via localita'
- Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell' Azienda USL n. / dal Dott. in data nella quale per l' assoluta necessita' della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, ne' l' esercizio di discrezionalita' tecnica da parte dell' adulto somministratore, ne' in relazione all' individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, ne' in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalita' di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)
 - salvavita
 - (Oppure)
 - indispensabile
- Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco all' a/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l' alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonche' la disponibilita' di locali idonei alla conservazione dell' i farmaci/ i da somministrare;
- Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall' Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante.

Allegato 4

DISPONGONO

- Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell' esercente la potestà genitoriale (oppure dall' alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra
- che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale
- che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell' esercente la potestà genitoriale (oppure: dell' alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;
- che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell' alunno/a (specificare ad esempio l' informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l' alunno nell' autosomministrazione, ecc.);
- Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, reso volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell' Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda USL:
			/ /
			/ /
			/ /

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda USL _____

Prof.

Dott.

Firma: _____

Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne)
Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL _____ con la presente:

- esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;
- si impegna a consegnare il farmaco nel piu' breve tempo possibile all' incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari

Data ____/____/____

Firma del genitore
o dell' esercente la potestà genitoriale
o dello studente (se maggiorenne)

firma del genitore

firma del dirigente scolastico

firma del medico Az. Usl Toscana Sud Est

Modello per la famiglia - Somministrazione di farmaci a carico studente - Richiesta alla scuola - dicembre 2016

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI Allegato 2
NELLO CALENDRIARIO SCOLASTICO
Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

La somministrazione di farmaci è consentita:
 Qualora dalla prescrizione medica (oppure) Qualora la prescrizione pediatrica sulla richiesta sia e residente a in Via _____ città in Via _____ Cap _____
 Località _____ Provincia _____
 in alternativa nel caso che il genitore autorizzi con la presente la consegna del farmaco somministrato al personale medico, infermieristico o sanitario della Scuola di Pedagogia dell'Azienda USL _____ in data _____
ESERCIZIO
 anche per conto dell'altro genitore e dell'eventuale procreante genitoriale (bambini scalari)
 che si vuole firmare il presente documento in nome del genitore/ procreante del minore (oppure)
 che si vuole firmare in qualità di tutore/ tutrice del minore/ minore (oppure)

Modello per il medico - Somministrazione di farmaci a carico studente - Certificazione attestante FP - dicembre 2016

PIANO TERAPEUTICO
(art. 1 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 23 maggio 2015, n. 673)

Alunno o Cognome _____ Nome _____

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile _____

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:
 • Orario e dose da somministrare
 o Motivo (a _____) dose da somministrare _____
 o Pasto (prima, dopo) _____ dose _____
 o Posizionamento (a _____) dose _____
 • Modalità di somministrazione del farmaco _____
 • Modalità di conservazione del farmaco _____
 • Durata della terapia dal _____ al _____

A.2) Necessità di somministrazione al bisogno
 • Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare): _____
 • Dose da somministrare _____
 • Modalità di somministrazione del farmaco _____
 • Modalità di conservazione del farmaco _____
 • Durata della terapia dal _____ al _____
 (Oppure) _____

B) Nome commerciale del farmaco salvavita _____

Modalità di somministrazione del farmaco _____
 • Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare): _____
 • Dose da somministrare _____
 • Modalità di somministrazione del farmaco _____
 • Modalità di conservazione del farmaco _____
 • Durata della terapia dal _____ al _____
 (Oppure) _____

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco _____
 Sì
 No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione _____
 Sì
 No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL _____

Modello per la scuola in famiglia - Somministrazione di farmaci a carico studente - Compilazione - dicembre 2016

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO Allegato 2
Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno all'anno _____

Objetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno.
 (da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da far in copia a genitore e allo studente, in suggerimento)

In data _____ alle ore _____ all'igiene sig. sig.ra _____
 (oppure la voce che corrisponde) _____
 genitore dell'alunno _____
 (oppure) esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____
 (oppure in caso di alunno maggiorenne) _____
 l'alunno _____
 dato a _____ del _____ e residente a _____
 iscritto alla classe _____ del _____
 consegnato al farmacista _____ individuato sul Piano di intervento personalizzato prot. _____ in data _____
 1) _____
 2) _____
 3) _____
 da somministrare all'alunno _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnato in segreteria, clinica in data _____ (oppure 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/ esercente la potestà genitoriale lo studente si impegna a curare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra al meno dell'anno scolastico successivo, in mancanza di impegno scritto e riferito in scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà somministrato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Lungo _____ Data _____/_____/_____
 Firma dell'incaricato _____
 Firma del genitore dello studente _____

Modello per la scuola e l'alunno USL - Somministrazione di farmaci a carico studente - FP dicembre 2016

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP) Allegato 2
(art. 2 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 23 maggio 2015, n. 673)

Prof. _____ del _____

Allo Famiglia dell'alunno _____
 Al (oppure) _____
 Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco _____
 Agli Insegnanti della classe _____
 Al Farmaco personale dell'alunno studente _____
 Alla Azienda USL _____

Objetto: Piano di Intervento Personalizzato per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico all'alunno _____

Il sottoscritto Dirigente scolastico _____ e il Referente per l'Alunno USL _____ del _____

► Vista la richiesta di somministrazione con somministrazione prevista dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno (oppure dell'alunno, in caso di studente maggiorenne) _____
 dell'anno _____ piano _____
 del _____ sito in _____
 località _____

► Vista la certificazione medica con prescrizione e Piano terapeutico clinico del Servizio di Pediatria dell'Azienda USL _____ del _____
 della classe _____ del _____
 della richiesta di somministrazione del farmaco in orario scolastico e della somministrazione del farmaco (come commercializzato) _____
 di parte di _____
 personale medico, infermieristico o sanitario, in quanto questa non include il possesso di qualifiche specialistiche, se in mancanza di documentazione medica da parte dell'altro genitore/ esercente la potestà genitoriale, se in mancanza di autorizzazione degli eredi, in cui occorre somministrare il farmaco, se in mancanza di tempo, del genitore e se richiesta la somministrazione e di conservazione del farmaco.

► Vista la erogazione di farmaco _____
 salvavita _____
 (Oppure) _____
 indispensabile _____

► Conoscendo la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, circoscrivendo il proprio orario di servizio, il farmaco al quale prescrizione è stata fornita ed autorizzata e sulla somministrazione del farmaco secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del farmaco e da somministrare.

► Vista la presenza di formazione del personale individuato per la somministrazione clinica dell'Azienda USL nella sede indicata nella tabella sottostante.

Modello per la scuola e l'alunno USL - Somministrazione di farmaci a carico studente - FP dicembre 2016

DECONGELING

► Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dall'esercente la potestà genitoriale (oppure dell'alunno, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile farmacista (igiene sig. sig.ra _____) _____
 ► che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale _____
 ► che il farmaco venga conservato da sciatore a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dell'alunno) che viene reso idoneo del fatto che il farmaco eventualmente sciolto non sarà somministrato.
 ► che venga attuato le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno (specificare ad esempio l'individuazione data agli studenti, presso la segreteria della scuola, presso il locale dove verrà effettuata la somministrazione o il ricorso il piano dell'auto-somministrazione, ecc.) _____
 ► Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, essere volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente scolastico _____

COGNOME & NOIE	Tipi di personale	FIRMA (deglipibile del personale scolastico)	Orario dell'intervento di somministrazione
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Il Dirigente Scolastico _____ L'Alunno USL _____
 Prof. _____ Det. _____
 Firma _____ Firma _____

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno, in caso di alunno maggiorenne) _____
 ► Vista la documentazione medica del Dirigente Scolastico e della Azienda USL _____ con la prescrizione _____
 accetta il consumo alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato.
 si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari: _____
 Data _____/_____/_____
 Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale o dello studente (in suggerimento) _____

debitamente compilati e firmati inviare
 a
eas@uslsudest.toscana.it