

ciascun alunno ove sia attestata ogni somministrazione e il nome dell'adulto che ha provveduto alla somministrazione o assistito alla medesima.

7.4. Gli Enti Locali, proprietari degli immobili in cui hanno sede le istituzioni scolastiche e formative, individuano di concerto con i rispettivi Dirigenti o Responsabili, in ciascun plesso uno spazio adeguato per consentire la somministrazione dei farmaci in modo riservato e per garantire l'adeguata conservazione degli stessi.

Gli Enti Locali, d'intesa con le Istituzioni scolastiche e formative, valutano con il capitale sociale del territorio, la possibilità di fornire collaborazione in materia di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico (es. organizzazioni di volontariato, personale sanitario in pensione, ecc.).

7.5. Il Dirigente scolastico o il Responsabile della struttura formativa 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 e formativo individuato.

7.6. 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**).

Il personale delegato è tenuto ad annotare gli interventi eseguiti secondo le specifiche prescrizioni mediche sul "*registro di somministrazione*" di cui al punto 7.3.

7.7. Il Distretto sanitario di competenza territoriale, di concerto con l'Istituzione scolastica o formativa e l'Ente locale territorialmente competente, definisce e partecipa all'attuazione del Piano di Assistenza Individuale, in caso di alunni con particolari condizioni cliniche per le quali è opportuno prevedere specifici percorsi di pronto soccorso (ad es. informazione preventiva agli operatori del 118e del *triage*).

#### **Art. 8 - Auto-somministrazione**

Qualora l'alunno minorenni abbia raggiunto una *parziale autonomia* nella gestione della propria terapia farmacologica, i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale segnalano la necessità che il personale scolastico o formativo effettui "vigilanza" o "affiancamento"<sup>5</sup> al minore. Se viene richiesto l'affiancamento, si applicano le specifiche di cui agli artt. 3, 5 e 7.

Qualora l'alunno minorenni abbia raggiunto una *completa autonomia*<sup>6</sup> nella gestione della propria terapia farmacologica, i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale ne trasmettono apposita dichiarazione al dirigente scolastico o al Responsabile della struttura formativa.

Lo studente maggiorenne comunica al Dirigente scolastico o al Responsabile della struttura formativa l'auto-somministrazione del farmaco onde consentire la gestione di eventuali situazioni di emergenza (**Allegato 4**).

#### **Art. 9 - Gestione dell'emergenza**

Nei casi in cui si presenti una situazione di emergenza, resta prescritto il ricorso al Pronto Soccorso. Pertanto l'istituzione scolastica o formativa:

- ricorre al Servizio Emergenza (118)
- informa i Genitori o Esercenti la potestà genitoriale.

Quanto sopra, fatti salvi gli interventi di primo soccorso e quelli per la somministrazione dei farmaci come da protocollo terapeutico autorizzato dal Medico curante.

#### **Art. 10 - 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.

#### **Art. 11 - Passaggio dell'alunno ad altro Istituto**

In caso di passaggio o trasferimento dell'alunno ad altro Istituto o ad altro Comune, il Dirigente scolastico o il Responsabile della struttura formativa "inviante" comunica alla famiglia che è compito della stessa:

- informare il Dirigente scolastico o il Responsabile della struttura formativa ricevente e il Distretto sanitario del territorio di riferimento;
- fornire la necessaria documentazione.

<sup>5</sup>Per *vigilanza* si intende la sorveglianza generica sull'avvenuta auto-somministrazione da parte dell'alunno, l'*affiancamento* comprende, invece, anche il controllo delle modalità della sua esecuzione.

<sup>6</sup>Il momento della raggiunta completa autonomia del minore nell'auto-somministrazione del farmaco deriverà dalla valutazione congiunta della famiglia, del medico curante e/o specialista di riferimento.

#### Art. 12 - Monitoraggio

Per verificare la corretta attuazione a livello locale del presente Protocollo d'intesa e l'eventuale necessità di aggiornamento in relazione a specifiche necessità o in conseguenza di modifiche normative, è prevista un'azione di monitoraggio per valutare:

- entità del fenomeno (quantitativo e qualitativo);
- età degli alunni;
- tipologia di scuole;
- tipologia di formazione erogata al personale scolastico;
- segnalazione di eventuali criticità.

Il coordinamento e il monitoraggio dell'attuazione del presente protocollo è in capo all'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio.

#### Art. 13 - Durata del Protocollo

Il presente Protocollo ha validità tre anni a partire dalla data della firma.

Almeno sei mesi prima della naturale scadenza del primo triennio, le parti si impegnano a verificare i risultati del Protocollo e a ridefinire eventualmente i termini degli impegni ed il successivo periodo di validità.

Roma, \_\_\_\_\_

REGIONE LAZIO

Il Segretario Generale  
Della Giunta Regionale

Dott. Andrea Tardiola



Firmato digitalmente  
da ANDREA TARDIOLA  
C=IT  
O: Regione  
Lazio/80143490581

REGIONE LAZIO

Il Direttore Regionale  
Formazione, ricerca e innovazione,  
scuola e università, diritto allo studio

Dott.ssa Elisabetta Longo

UFFICIO SCOLASTICO  
REGIONALE

Il Direttore Generale

Dott. Gildo De Angelis



Firmato digitalmente  
da DE ANGELIS GILDO  
C=IT  
O=MINISTERO  
ISTRUZIONE  
UNIVERSITA' E  
RICERCA/80185250588

**RICHIESTA  
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti ..... e .....  
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
 Y frequentante la classe..... della scuola.....  
 Y frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....  
 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 o formativo, 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
  - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....**

**Si allega 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

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Numeri utili		
Telefono fisso.....	.....	.....
Telefono cellulare.....	.....	.....
Telefono Medico curante (Dott. .... )		

**N.B.**  
 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.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
 ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

*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.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da .....

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

**Modalità di somministrazione:** .....

**Orario:** 1<sup>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> dose.....;

**Durata della terapia:**.....

**Modalità di conservazione:**.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita  
 (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.....

Data, .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**  
(in caso di alunno/a maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura formativa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....  
nato a .....il.....  
residente a .....in Via.....  
tel.....  
studente/studentessa che frequenta la classe ..... sez .....  
scuola .....  
sita in Via ..... Cap .....  
Località ..... Prov.....

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....  
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI

NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data, .....