

## Componenti del gruppo tecnico

---

Maria Teresa Benazzi	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (ASUITS)
Anna Maria Ferneti	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Tamara Feresin	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Stefano Giglio	referente per gli Ordini delle Professioni Infermieristiche del Friuli Venezia Giulia
Stefano Grisan	referente nominato congiuntamente da UIL, USR CISL, CGIL
Mauro Marin	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (AAS 5)
Massimiliano Pellizer	Cooperazione sociale
Michele Picogna	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Luca Spagnol	Cooperazione sociale
Cristina Sumelli	referente nominato congiuntamente da UIL, USR CISL, CGIL
Nicoletta Tofani/Antonio Cianchelli	referente FEDERSANITA' ANCI e ANCI nominato congiuntamente
Roberto Trovò	referente Federazione nazionale tra le associazioni dei disabili e della Consulta regionale delle associazioni delle persone disabili e delle loro famiglie del Friuli Venezia Giulia nominato congiuntamente

# INDICE

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Ambito socio-sanitario
- Ambito scolastico
- Ambito extra-scolastico

I BISOGNI DEI DESTINATARI E LE AREE DI INTERVENTO

## **AREA SOCIO-SANITARIA**

ANALISI DEL CONTESTO

- Setting assistenziali
- Le criticità
- Il processo di presa in carico con focus sulla valutazione multidimensionale e sul piano assistenziale

### **La responsabilità nella somministrazione di farmaci**

PROPOSTE DI PERCORSO

- Esperienze già in atto in Regione Friuli Venezia Giulia e in altre Regioni italiane
- Indirizzi e criteri per la gestione del processo

## **AREA SCOLASTICA ED EXTRA-SCOLASTICA**

ANALISI DEL CONTESTO

- Cenni epidemiologici
- Le criticità

PROPOSTE DI PERCORSO

- Esperienze già in atto in Regione Friuli Venezia Giulia e in altre Regioni italiane
- Indirizzi e criteri per la gestione del processo

## INTRODUZIONE E OBIETTIVI

---

Il presente documento nasce dall'esigenza di assicurare una corretta e sicura gestione della farmacoterapia alle persone nei diversi contesti socio-sanitari, socio-assistenziali ed educativi nel caso in cui non vi siano bisogni di assistenza sanitaria continuativi.

A seguito dei confronti intervenuti nel gruppo di lavoro e dell'analisi svolta in relazione ai contesti regionali vengono qui proposti indirizzi e criteri per la gestione di tale processo.

Costante oggetto di riflessione, a livello del gruppo, l'interesse di garantire i bisogni di cura e di assistenza, nonché la sicurezza degli interventi sanitari, come la somministrazione e/o assunzione della farmacoterapia, ai cittadini nei contesti in cui si trovano, con le risorse adeguate e coerenti al bisogno, all'interno di un sistema di protezione e sostegno equo, umano e sostenibile.

La realtà della cura di un sempre crescente numero di persone con patologie croniche sul territorio è sostenibile se nei processi di presa in carico sono riconosciuti tutti gli operatori, inclusi *care giver* e familiari, che collaborano nelle attività, attraverso una formazione specifica e soluzioni organizzative appropriate.

Il documento si compone di due parti principali in coerenza con i macro-contesti individuati:

- area socio-sanitaria;
- area scolastica ed extra-scolastica.

Per ogni contesto individuato, a seguito di un'analisi sullo stato dell'arte a livello regionale, vengono proposti dei possibili percorsi per la gestione dei processi relativi alla farmacoterapia.

Per quanto riguarda l'area socio-sanitaria il documento fornisce elementi utili per la predisposizione di linee di indirizzo regionali per la gestione del suddetto processo.

Per quanto concerne l'area scolastica ed extra-scolastica sono indicati gli attori principali del sistema da coinvolgere per regolare in tali settori la specifica attività.

## NORMATIVA DI RIFERIMENTO

---

### AMBITO SOCIO-SANITARIO

- **DM 14 settembre 1994, n. 739**, in cui viene citato che "l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche"
- **Accordo Conferenza Stato-Regioni dd. 22 febbraio 2001**: si definiscono le competenze della figura professionale dell'operatore socio-sanitario (di seguito Oss)
  - Assistenza diretta alla persona: l'Oss opera in base a protocolli operativi predisposti dal personale sanitario e sociale responsabile del processo assistenziale;
  - collaborazione in semplici attività di supporto gestionale, organizzativo e formativo;
  - non è prevista la somministrazione di terapia farmacologica, ma è previsto che, in sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto, l'Oss sia in grado di aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso.
- **Regione Veneto, legge regionale n. 20 16 agosto 2001** "La figura professionale dell'operatore socio-sanitario"
- **Decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, art. 1, comma 8**, convertito con modificazioni, nella **legge 8 gennaio 2002, n. 1** recante «**Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario**» e **Accordo Stato-Regioni dd. 16 gennaio 2003**: si sottolinea la funzione ausiliaria dell'Oss e ne definisce la formazione complementare in assistenza sanitaria che consente all'operatore di collaborare con l'infermiere e di svolgere autonomamente alcune attività assistenziali, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o sotto la sua supervisione

- **DGR n. 220 del 24 febbraio 2014 Regione Emilia Romagna** “Indicazioni sui percorsi relativi alle politiche assistenziali eseguite a domicilio da personale laico su pazienti con malattie croniche, rare o con necessità assistenziali complesse”
- **Legge 11 gennaio 2018, n. 3** “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”, articolo 5 (Albi professionali): istituisce la categoria degli operatori socio-sanitari e delega a prossimi provvedimenti di attuazione una più articolata definizione dei ruoli
- Risposta del Ministero della salute a **interrogazione parlamentare n. 5-00113** (10/07/2018): delucidazioni sull'erogazione di farmaci da parte degli operatori socio-sanitari
- Nella **Regione Friuli Venezia Giulia (di seguito FVG)** gli indirizzi e standard formativi per il conseguimento della qualifica di operatore socio-sanitario sono definiti dalla **DGR n. 381 del 11 marzo 2016**.

## AMBITO SCOLASTICO

- **Circolare Ministro Salute-Istruzione 25/11/2005**
- **Regione FVG-Ufficio I° Scolastico Regionale:** Circolare 15 febbraio 2010, con cui si prende atto dei contenuti della Circolare Ministeriale 25/11/2005, senza un'articolata regolamentazione di orientamento agli operatori
- **Regione Toscana: DGR n. 653 del 25 maggio 2015 e n. 112 del 20/02/2012**
- **Regione Piemonte: DGR n. 50-7641 del 21 maggio 2014**
- **DGR n.1122 del 25 agosto 2015 Regione Veneto:** “Percorso sperimentale di addestramento per operatori socio sanitari da assegnare a minori con patologia inguaribile o disabilità grave per l'assistenza in orario scolastico”
- **Regione Lazio-MIUR:** “Percorso Integrato per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico” **Reg. Cron. n. 21036 del 05 febbraio 2018, DGR n. 649/2017 e DGR n. 71/2012**
- **Regione Lombardia-Ufficio Scolastico Regionale:** Protocollo d'intesa per la somministrazione di farmaci a scuola del 13/09/2017.

## AMBITO EXTRA-SCOLASTICO

- **Legge regionale 18 agosto 2005, n. 20** “Sistema educativo integrato dei servizi per la prima infanzia”
- **DPRReg 4 ottobre 2011 n. 230** e successive modifiche e integrazioni “Regolamento recante requisiti e modalità per la realizzazione, l'organizzazione, il funzionamento e la vigilanza, nonché modalità per l'avvio e l'accreditamento, dei nidi d'infanzia, dei servizi integrativi e dei servizi sperimentali e ricreativi e linee guida per l'adozione della Carta dei servizi, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, lettere a), c) e d) della legge regionale 18 agosto 2005, n. 20 (Sistema educativo integrato dei servizi per la prima infanzia)
- **Regione Emilia Romagna: DGR n. 166 del 20 febbraio 2012** su cui si fondano i protocolli per la somministrazione di farmaci a minori in contesti extra-familiari, scolastici o educativi, anche semiresidenziali, della Provincia di Bologna del 2013, di Modena, di Parma e di Reggio Emilia
- **D.Lgs 13 aprile 2017, n. 65** “Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107”.

## I BISOGNI DEI DESTINATARI E LE AREE DI INTERVENTO

---

Il documento proposto affronta il tema della prescrizione-somministrazione-valutazione della terapia farmacologica individuando due diverse aree di intervento e di conseguenza due diverse modalità di risposta, in considerazione della diversità degli attori e dei bisogni delle persone.

Nella tabella seguente sono descritte le aree di intervento e i principali *setting* dove si svolgono le attività assistenziali ed educative.

AREA SOCIO-SANITARIA	AREA SCOLASTICA ED EXTRA-SCOLASTICA	
	SCOLASTICA	EXTRA-SCOLASTICA
Residenzialità e semiresidenzialità anziani	Scuole dell'infanzia	Servizi per la prima infanzia 0 - 6 anni (nidi d'infanzia, spazio gioco, centro gioco, sezione primavera)
Residenzialità e semiresidenzialità disabili	Scuole primarie	Servizi territoriali per disabili minori e adulti e servizi a privati attivati per beneficiari di Fondo per l'autonomia possibile (FAP)
Residenzialità e semi-residenzialità salute mentale	Scuole secondarie di I grado	Servizi educativi rivolti a minori in stato di disagio (SET)
Residenzialità e semi-residenzialità dipendenze	Scuole secondarie di II grado	Servizi educativi di gruppo (doposcuola, comunità educativa semiresidenziale diurna, pre-scuola e post scuola, ludoteca, centri estivi, centri di aggregazione giovanile)
Cure domiciliari		

Le norme citate nel capitolo precedente non definiscono chiaramente, per nessuno dei vari *setting* assistenziali, una puntuale gestione della farmacoterapia ad esempio nei *setting* sopra citati e quando non è prevista la figura dell'infermiere in modo continuativo; non distinguono tra utenti adulti capaci di autodeterminarsi e di richiedere aiuto nell'assunzione dei farmaci e utenti passivi non autosufficienti, con o senza rappresentante legale. Inoltre non si attua una distinzione tra farmaci particolari richiedenti valutazioni sanitarie per una sicura somministrazione e farmaci pronti per l'uso o da automedicazione e tra via di somministrazione.

Ad esempio in base alla compromissione fisica e/o cognitiva e al livello di autonomia/dipendenza della persona, il grado di aiuto all'assunzione fornito dall'operatore può variare dall'informazione-supervisione (ad es. ricordare l'ora e il farmaco da assumere) sino al supporto e sostegno alla ingestione dei farmaci, come nel caso in cui la persona necessita di aiuto per l'assunzione dei pasti.

Di norma, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sociali per anziani accreditate è prevista la figura dell'infermiere che garantisce, su prescrizione medica, la corretta somministrazione della terapia, con l'eventuale collaborazione degli Oss. La somministrazione di farmaci da parte di personale non sanitario in strutture residenziali non sanitarie è stata a volte giudicata reato di esercizio abusivo di professione infermieristica (Consiglio di Stato, sentenza n. 1384 dd. 09/03/2010), ma è stata anche giudicata lecita (Cassazione, sentenza n. 14603 dd. 15/04/2010).

Nei contesti scolastici, come da Circolare Ministeriale del 2005, viene responsabilizzato il ruolo della famiglia e dei *care giver* nella somministrazione dei farmaci attraverso lo strumento della delega a personale debitamente formato, con il coinvolgimento, altresì, dei pediatri di libera scelta e del distretto sanitario competente. Sono note esperienze istituzionali in contesto extra-scolastico che hanno applicato detta Circolare del 2005 destinata a gestire il processo della farmacoterapia nel contesto scolastico (ad es. Provincia di Bologna).

Nello schema che segue sono in sintesi rappresentati i tre percorsi possibili finalizzati a regolare l'attività in questione, evidenziando quali sono rispettivamente gli *output* attesi, gli attori principali da coinvolgere e i destinatari delle azioni. Sono, altresì, indicate alcune buone pratiche regionali ed extra-regionali da cui si è partiti per individuare i principali contenuti e strumenti per attuare le rispettive proposte di percorso.

DRIVER	AREA SOCIO-SANITARIA	AREA SCOLASTICA	AREA EXTRA-SCOLASTICA
Output regionale	Indirizzi e modalità per gestione processo	Schema di convenzione tipo tra Azienda sanitaria e Istituti scolastici per la gestione dei casi in coerenza con la Circolare ministeriale	Indirizzi stesura avvisi/bandi per la gestione del servizio offerto e in particolare per la gestione del caso specifico (minore con terapia farmacologica)
Attori	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità Gruppo regionale intersettoriale	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità Direzione ufficio Scolastico regionale Enti locali	Direzione centrale salute Enti locali
Destinatari	Aziende sanitarie Enti Terzo settore Familiari e utenti	Aziende sanitarie Istituti comprensivi scolastici Enti locali Operatori del settore Famiglie	Enti Locali Associazioni pubbliche e private titolari dei servizi Operatori del settore Famiglie
Buone pratiche note	Procedura "ex AAS 3", anno 2017 per la gestione delle prescrizioni terapeutiche nelle strutture per la disabilità e per i servizi semiresidenziali per non autosufficienti (aziendali e/o convenzionate con l'AAS3)" Procedura ASL Treviso anno 2012 "Istruzioni operative per strutture residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità"	Protocollo di Intesa tra AAS 5 e Ufficio scolastico regionale 2016-2018 "Verso una scuola che promuove salute"	Provincia di Bologna anno 2013 "Protocollo provinciale per la somministrazione di farmaci in contesti extra-familiari, educativi, scolastici o formativi"
Fase/strumento	Unità di Valutazione Distrettuale  Progetto/Piano individuale  Pianificazione delle modalità di assunzione - somministrazione della farmacoterapia  Delega a persona nominata in contesti specifici (servizi disabilità, centri diurni, domicilio...)	Valutazione collegiale dei singoli casi  Formazione del personale insegnante e personale amministrativo, tecnico e ausiliario (ATA)  Delega del rappresentante legale a persona nominata	Valutazione collegiale dei singoli casi  Formazione degli operatori/animatori  Delega del rappresentante legale a persona nominata
Attore core del processo	Operatori dell'Unità di valutazione distrettuale (UVD)	Operatori del Distretto Il minore, i familiari, il pediatra di libera scelta	Il minore, i familiari, il pediatra di libera scelta

# AREA SOCIO-SANITARIA

---

## ANALISI DEL CONTESTO

### **SETTING ASSISTENZIALI: STAFF MIX PRESENTE E MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA**

Nella tabella sotto riportata sono descritti i *macro-setting* assistenziali presenti nella nostra Regione, con riferimento allo *staff mix* presente nelle diverse strutture e nel domicilio e la modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria.

Si evidenzia che, attualmente, sono presenti delle criticità nella gestione della farmacoterapia in quei contesti dove l'assistenza sanitaria è fornita al bisogno e dove la presenza dell'infermiere non è continuativa.

	STRUTTURE RESIDENZIALI			STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI		
	Tipologie strutture	Qualifica staff	Assistenza sanitaria	Tipologie strutture	Qualifica staff	Assistenza sanitaria
Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone anziane non autosufficienti	Residenze anziani per autosufficienti	Oss	Al bisogno fornita dall'Azienda sanitaria	Centri diurni anziani autosufficienti	non regolato	
	Residenze anziani non autosufficienti I liv.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oss</li> <li>• animatore/educatore</li> <li>• Infermiere</li> <li>• Fisioterapista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza infermieristica: 6-8 ore die;</li> <li>• Fisioterapista: 1/50</li> </ul>	Centri diurni anziani non autosufficienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• animatore</li> <li>• Oss</li> <li>• infermiere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza infermieristica: 3 ore settimana fino 14 posti;</li> <li>• 4 ore settimana per 15 o più posti</li> </ul>
	Residenze anziani non autosufficienti II liv.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oss</li> <li>• animatore/educatore</li> <li>• Infermiere</li> <li>• Fisioterapista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza infermieristica: almeno 10-14 ore giornaliere, 7 giorni su 7</li> <li>• Fisioterapista: 1/50</li> </ul>			
	Abitare possibile e domiciliarita' innovativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Care giver</li> <li>• operatori addetti all'assistenza</li> </ul>	Al bisogno fornita dall'Azienda sanitaria			
Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali	Residenze del Dipartimento salute mentale (DSM)	Educatori, animatori, operatori addetti assistenza (non regolato)	Fornita dal DSM se prevista nel progetto terapeutico riabilitativo	Centri diurni	Educatori, animatori, operatori addetti assistenza (non regolato)	Fornita dal DSM se prevista nel progetto terapeutico riabilitativo
	Abitare inclusivo	Educatori, animatori, operatori addetti assistenza (non regolato)	Fornita dal DSM se prevista nel progetto terapeutico riabilitativo			
Assistenza socio-	Gruppi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educatori</li> </ul>	Al bisogno fornita	Centri semi-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educatori</li> </ul>	Interventi sanitari per



	STRUTTURE RESIDENZIALI			STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI		
	Tipologie strutture	Qualifica staff	Assistenza sanitaria	Tipologie strutture	Qualifica staff	Assistenza sanitaria
sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità fisica e psichica	appartamento (max 6 ospiti)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Addetti all'assistenza di base</li> </ul>	dall'Azienda sanitaria	residenziali (max -25 ospiti)  funzionanti per 7 ore giornaliere con apertura almeno di 44 settimane	<ul style="list-style-type: none"> <li>Istruttori e operatori socio assistenziali (OTA, ADEST) coordinati da un responsabile</li> </ul> Rapporto 1 operatore ogni 2 utenti	cura e riabilitazione, che non siano forniti dall'equipe multidisciplinare, sono assicurati dall'Azienda sanitaria competente ai sensi dell'art 7 Legge 104/92
	Comunità alloggio (min 7 max 14 ospiti; 28 ospiti se due contigue)	Operatori commisurati al numero di utenti accolti	Al bisogno fornita dall'Azienda sanitaria			
	Residenze protette (min 18; max 24 deroghe fino a 48 ospiti)	educatori adest/oss infermieri medici	Fisioterapista, psicologo e assistenza medica fornita al bisogno dall'Azienda			
Assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche	Comunità terapeutiche per tossicodipendenti	Educatori	Fornita dai Servizi per le dipendenze	Centri diurni		

SERVIZI DOMICILIARI FVG			
	Tipologia servizio	Qualifica staff	Assistenza sanitaria
Assistenza socio-sanitaria alle persone anziane non autosufficienti a domicilio	Assistenza domiciliare integrata (SID, SDR, SAD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infermiere</li> <li>Fisioterapista</li> <li>Oss</li> </ul>	Al bisogno fornita dall'Azienda sanitaria

## **LE CRITICITA'**

Nel corso delle discussioni del gruppo tecnico sono emersi, in sintesi, i seguenti nodi da tenere presente per affrontare la stesura di linee di indirizzo regionali in tema di gestione della farmacoterapia nelle strutture socio-sanitarie territoriali:

- la liceità e le modalità per il coinvolgimento di operatori non infermieri in alcune attività come “l'aiuto all'assunzione dei farmaci” prescritti fornito alla persona in contesti organizzati;
- le caratteristiche e il bisogno dell'utenza che spesso necessita di una maggiore sorveglianza sanitaria a causa del fisiologico aumento dell'età media degli ospiti accolti nelle strutture non sanitarie e della comparsa di patologie tipiche dell'invecchiamento;
- la tipologia dei modelli organizzativi di norma utilizzati per il funzionamento di tali servizi che prevedono una molteplicità di attori (medico di medicina generale, operatori del distretto sanitario, medici specialisti, operatori delle cooperative sociali, ecc..) con il rischio di frammentare il processo di presa in carico e le attività assistenziali/riabilitative;
- la necessità di una presa in carico integrata delle persone accolte nelle strutture e di conseguenza l'adozione di strumenti di lavoro che consentano l'integrazione tra gli operatori;
- il complesso e articolato riferimento normativo che regola le attività e l'esercizio professionale dei singoli operatori nonché il rapporto e/o la relazione che insiste tra alcuni di essi;
- la necessità di dare indirizzi univoci e promuovere omogeneità di buone pratiche nelle strutture assistenziali per migliorare efficacia e sicurezza dell'assistenza tra gli enti del servizio sanitario regionale;
- le pronunce di segno opposto da parte degli organi giudicanti che a volte condannano e a volte legittimano il coinvolgimento di operatori non infermieri nel processo terapeutico farmacologico.

Tenuto conto delle criticità emerse, dei riferimenti normativi, degli indirizzi e delle buone pratiche analizzate già presenti in Regione FVG ed extra-regionali, di seguito si esplicitano i punti focali su cui è opportuno fare perno per la definizione delle indicazioni regionali per la gestione della farmacoterapia nelle strutture socio-sanitarie territoriali:

- la valutazione multidimensionale e il piano assistenziale;
- la responsabilità nella somministrazione dei farmaci;
- i *setting* assistenziali: *staff mix* presente e modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria;
- i contenuti dei piani di terapia.

## **IL PROCESSO DI PRESA IN CARICO CON FOCUS SULLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E SUL PIANO ASSISTENZIALE**

La legge regionale 17/2014 all'art. 19, comma 14, lettera L, afferma che in ogni Distretto è assicurata la funzione di Centrale Unica Operativa Aziendale (PUA = Punto Unico di Accesso) per l'identificazione dei bisogni di salute e assistenziali e di integrazione tra i servizi distrettuali, di prevenzione, ospedalieri e i Servizi Sociali dei Comuni (di seguito SSC), con lo scopo di assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale della popolazione servita, in accordo con i SSC, a cui è affidata la tutela sociale delle persone e in particolare dei minori e delle famiglie ai sensi della L.R. 31 marzo 2006 n.6 artt.5 e 6 e della L.R. 12 dicembre 2014 artt. 62-65.

All'art. 23, comma 4, la L.R. 17/2014 si afferma che l'Unità di valutazione distrettuale (UVD), di cui all'art. 25 della L.R. 10/1998 n.10 e art. 15 della L.R. 37/1995, dotata di competenze multi professionali e multidisciplinari, legge e condivide le esigenze dei cittadini con bisogni complessi sanitari e sociali e garantisce la tempestiva presa in carico e la risposta assistenziale terapeutica, riabilitativa più appropriata. Ai sensi dell'art. 23 della LR 17/2014, anche l'accesso alle strutture intermedie viene stabilito a livello distrettuale tramite le UVD di cui all'art. 25 L.R. 10/1998.

Ai sensi dell'art.19, comma 11, della L.R. 17/2014 l'attività delle professioni sanitarie nel Distretto è svolta in *équipe* multiprofessionale con la finalità di privilegiare la centralità della persona, in coordinamento con le altre professioni sanitarie.

Con il termine UVMD si comprendono tutte le unità di valutazioni distrettuali precedentemente definite con altre sigle, come di seguito rappresentato.

L.R. 17/2014 art. 19, comma 14, lettera L  Centrale Unica Operativa Aziendale (PUA = Punto Unico di Accesso)	In ogni Distretto il PUA opera per l'identificazione dei bisogni di salute, assistenziali e di integrazione tra i servizi distrettuali, di prevenzione, ospedalieri ed i SSC con lo scopo di assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale, in accordo con i SSC.
UVMD - unità di valutazione multiprofessionale distrettuale	E' una commissione di lavoro multidisciplinare ed inter-istituzionale socio-sanitaria attivata per la valutazione e la presa in carico di persone con bisogni socio-sanitari complessi, richiedenti la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) integrato che preveda l'intervento coordinato di più servizi erogati da strutture diverse.
L.R. n.10/1998 art. 25 UVD (unità di valutazione distrettuale)	Attraverso l'UVD si realizza la programmazione integrata degli interventi nell'ambito degli obiettivi programmatici di carattere generale. Legge le esigenze dei cittadini con bisogni complessi sanitari e sociali e garantisce la tempestiva presa in carico e la risposta assistenziale terapeutica, riabilitativa più appropriata.
L.R.41/1996 art.8 EMDH	<i>Equipe</i> multidisciplinare distrettuale per l'handicap

Per garantire la sicurezza delle cure, la composizione delle *équipe* è dettata dalla citata normativa e include una componente istituzionale fissa ed una componente ad invito comprendente ogni professionista necessario al caso specifico. Il coinvolgimento dell'assistito o suo familiare o rappresentante legale nell'elaborazione e sottoscrizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) è un dovere d'ufficio già ai sensi dell'art. 13 della L.R.10/1998 e della normativa sul consenso informato (legge n. 219/2017). La tracciabilità delle valutazioni e del piano assistenziale deve essere documentata e disponibile agli assistiti ai sensi dell'art. 4 della legge n. 24/2017. Il percorso nella sua completezza viene assistito dagli operatori del PUA Distrettuale, in collaborazione con tutti i servizi aziendali (Cure Primarie e Area Materno-Infantile, Neuropsichiatria Infantile, DSM, Dipendenze, Servizi Ospedalieri e delle Cure intermedie) e dell'Ambito Territoriale. Poiché l'art. 4 del Codice civile afferma che regolamenti/protocolli locali non possono derogare a disposizioni di legge, la validità delle valutazioni multidisciplinari e dei relativi PAI è condizionata dal rispetto delle disposizioni di legge, incluso il rispetto della composizione minima dell'*équipe*, compresi i soggetti titolati al rilascio del consenso informato senza la cui adesione gli interventi proposti dall'*équipe* non sono lecitamente attuabili.

La letteratura scientifica evidenzia l'utilità della gestione multidisciplinare della somministrazione dei farmaci nei contesti territoriali, includendo nel *team* anche farmacisti, assistiti e *care giver* informali<sup>1</sup>.

L'applicazione del PAI richiede poi l'adozione di una procedura per la gestione delle prescrizioni terapeutiche.

La valutazione multidimensionale (VM) diventa uno dei pre-requisiti necessari per valutare e definire la corretta gestione del processo di farmacoterapia, ovvero prevedere le sue modalità di somministrazione/aiuto all'assunzione/coinvolgimento operatori/delega nella pianificazione delle cure.

<sup>1</sup> Int. J Clin. Pharm 2018, 40/2: 325334.

## LA RESPONSABILITA' NELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

L'obbligo di garantire la sicurezza delle cure necessarie richieste in ogni contesto assistenziale è un dovere previsto dall'art. 1 della legge n. 24/2017, nei limiti del consenso informato previsto dalla legge 219/2017:

- la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività;
- la sicurezza delle cure si realizza mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative;
- alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie è tenuto a concorrere tutto il personale.

La prescrizione farmacologica è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata.

La garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche è un compito attribuito alla responsabilità degli infermieri ai sensi del D.M. n.739/1994 e della legge n.251/2000.

L'Oss in conformità al suo profilo, con riferimento all'art. 4 del documento di Accordo Stato Regioni 22 febbraio 2001, svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale. Inoltre nell'allegato B relativo allo stesso documento, è previsto che in sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto è in grado di aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso.

Con la formazione complementare l'Oss è in grado di eseguire la somministrazione per vie naturali della terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica oppure sotto la sua supervisione. Inoltre è in grado di eseguire la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o sotto la sua supervisione.

Si ricorda che allo stato attuale la figura dell'Oss con formazione complementare non è inclusa nelle declaratorie contrattuali. Pertanto l'enunciazione in tale documento è unicamente ai fini cronologici temporali di individuazione.

Nella Regione FVG attualmente gli indirizzi e standard formativi per il conseguimento della qualifica di operatore socio-sanitario sono definiti dalla DGR n.381 del 11 marzo 2016.

Nell'ambito dell'art. 316 del Codice Civile chi ha la responsabilità genitoriale alla rappresentanza dei figli (anche art. 320 Codice Civile) e nel loro interesse può legittimamente delegare a terzi, di propria fiducia, il mandato con rappresentanza (art. 1704 del CC) di assumere temporaneamente in sua vece la responsabilità di cura con la diligenza del buon padre di famiglia (art. 1710 CC) e le conseguenze derivanti da tale posizione (art. 1374 del CC). Pertanto, quando il genitore, in quanto rappresentante legale del minore, non è disponibile di persona ad accedere a scuola per una somministrazione diretta del farmaco al figlio, ha il potere di incaricare terzi non sanitari in sua vece per l'atto specifico. Ugualmente, ai sensi dell'art. 4023 Codice Civile, gli istituti che hanno poteri tutelari sul minore ricoverato o assistito e i tutori e curatori (art. 424 CC) svolgono le predette funzioni genitoriali dell'art. 316 del Codice Civile.

<b>Responsabilità degli operatori coinvolti nel processo di assunzione della farmacoterapia*</b>	
<b>Medico</b> (di medicina generale, specialista, di continuità assistenziale)	Prescrive il farmaco e, se del caso, lo somministra direttamente. Valuta periodicamente le condizioni di salute del paziente ed i piani terapeutici.
<b>Infermiere</b>	Secondo la procedura aziendale prestabilita, applica direttamente le prescrizioni del medico, non affidabili ad altri operatori. Pianifica le modalità di collaborazione degli Oss nell'aiuto all'assunzione delle terapie prescritte. Verifica la corretta esecuzione del processo di farmacoterapia e valuta periodicamente le condizioni assistenziali del paziente.

<b>Oss</b> (in conformità a quanto stabilito dall'Accordo Stato-Regioni 22 febbraio 2001, art. 4 ed Allegato B)	In sostituzione ed appoggio dei familiari è in grado di aiutare per l'assunzione dei farmaci prescritti su indicazione del personale sanitario preposto.
<b>OssC</b> (in conformità a quanto stabilito dall'Accordo Stato-Regioni 16 gennaio 2003, Allegato A)	L'Oss con formazione complementare in assistenza sanitaria sotto la supervisione del responsabile dell'assistenza infermieristica è in grado di eseguire la somministrazione per via naturale della terapia prescritta, la terapia intramuscolare e sottocutanea su specifica pianificazione infermieristica.

\*Per un approfondimento sul tema della responsabilità dei profili in relazione al processo di farmacoterapia si cita la Sentenza della Corte suprema di Cassazione, Cass. Pen., sez. IV, 6/3/2019, R.G.N. 41619/2018.

## AREA SOCIO-SANITARIA

### PROPOSTE DI PERCORSO

#### **ESPERIENZE GIÀ IN ATTO IN REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA E IN ALTRE REGIONI ITALIANE**

ex Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Bassa Friulana" ora AAS2	Protocollo operativo per il controllo assunzione farmaci nelle strutture del CAMPP (2012): nei CSRE (Centri socio-assistenziali residenziali educativi) il referente del servizio del CAMPP coinvolge gli Oss che devono aiutare e/o far assumere all'utente la terapia secondo le indicazioni riportate nella Scheda controllo assunzione farmaci compilata dal Medico di medicina generale (MMG). Nei CSRE diurni la terapia viene preparata dai familiari a casa e portata in struttura. Invece nel residenziale è prevista la presenza dell'infermiere.
Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 (AAS 3)	Procedura aziendale per la gestione delle prescrizioni terapeutiche nelle strutture per la disabilità: nelle strutture per la disabilità e i servizi semiresidenziali per non autosufficienti, l'infermiere pianifica il processo terapeutico nel PAI e verifica giornalmente l'avvenuta assunzione e la registrazione della terapia assunta con l'aiuto di altri operatori ove previsto.
Cooperativa Itaca	Nella procedura adottata in alcuni setting gestita dalla cooperativa, l'infermiere assegna compiti al personale di supporto (Oss) mantenendo la responsabilità e la supervisione dell'intero processo assistenziale. In tale organizzazione l'infermiere è responsabile della pianificazione dell'attività attribuite agli Oss nella farmacoterapia, mentre gli Oss sono responsabili della corretta esecuzione del compito assegnato.
Regione Emilia Romagna DGR n. 220/2014	Fornisce alle Aziende indicazioni sui percorsi relativi alle pratiche assistenziali eseguite a domicilio da personale non sanitario su pazienti con malattie croniche o con necessità assistenziali complesse. Le Aziende possono organizzare per il tramite del Servizio presidi ospedalieri corsi di formazione per i pazienti e/o loro assistenti per educarli ad eseguire in sicurezza pratiche assistenziali prescritte dal medico a domicilio allo scopo di promuovere la <i>compliance</i> ai trattamenti terapeutici-assistenziali per migliorare la qualità di vita.

L'insieme dei modelli assistenziali adottati e già sperimentati in diverse Regioni consente di delineare un percorso da costruire con l'apporto costruttivo degli attori coinvolti, tenendo conto delle osservazioni di seguito riportate.

- Il Piano assistenziale individuale (PAI) deve essere costruito in Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) ex art.19 legge regionale 17/2014 e preceduto da una valutazione multidisciplinare da parte dell'*équipe*, includente anche medico curante responsabile della preliminare anamnesi allergologica, della prescrizione di farmaci e della riconciliazione terapeutica, infermiere supervisore della somministrazione di farmaci, referente

della struttura di accoglienza e genitore o rappresentante legale dell'assistito quando l'assistito non ha la capacità psicofisica o giuridica di autodeterminarsi.

Il verbale dell'*equipe* deve contenere il PAI, includente anche il piano di terapia.

- All'interno del PAI deve essere prevista una scelta di *item* sulle modalità di gestione della farmacoterapia nel contesto assistenziale di destinazione, i cui responsabili provvederanno a regolamentare i percorsi e a documentare nei casi concreti le deleghe legittimanti quando necessarie, inclusa l'attività di supervisione e di controllo.

Di seguito si declinano le possibili modalità di gestione.

**Auto-assunzione da parte dell'assistito:** la persona è in grado di assumere autonomamente la terapia prescritta dal medico. I farmaci possono essere dati in gestione direttamente alla persona (se sussistono le condizioni di sicurezza e di corretta conservazione) o essere tenuti in custodia dagli operatori del servizio e consegnati negli orari di terapia.

**Aiuto all'assunzione da parte degli operatori (Oss):** la persona necessita di un operatore adeguatamente addestrato per essere aiutato nell'assunzione della terapia. Nel PAI, redatto dall'UVD, deve essere indicata la pianificazione infermieristica con esplicitate le modalità di aiuto da fornire alla persona, nonché indicate le modalità di monitoraggio e supervisione (ad es. accessi settimana/mese...) da parte dell'infermiere.

**Aiuto all'assunzione da parte di persona delegata:** la persona necessita di essere aiutata nell'assunzione della terapia. Qualora sia presente un atto di delega formale a persona nominata da parte del rappresentante legale dell'assistito, nel PAI viene registrata tale modalità di assunzione del farmaco. Si ritiene di fondamentale importanza che l'Azienda sanitaria con la collaborazione del servizio farmaceutico aziendale e del servizio infermieristico distrettuale preveda un percorso di formazione specifica per le persone delegate all'aiuto all'assunzione dei farmaci.

**Con somministrazione da parte dell'infermiere:** la persona necessita di assistenza infermieristica per la somministrazione del farmaco.

Di seguito si riportano alcune indicazioni per migliorare la modalità di gestione della farmacoterapia.

<p><b>Auto-assunzione da parte dell'assistito:</b> laddove la persona per età, esperienza, addestramento è autonomo nella gestione del problema salute. L'auto-somministrazione è comunque subordinata alla preventiva verifica della prescrizione, del nome commerciale e della posologia da assumere.</p>
---

<p><b>Aiuto all'assunzione da parte degli operatori (Oss):</b> laddove la persona presenta deficit psicofisici di carattere cronico e perdita di autonomia, ha un piano terapeutico che prevede farmaci assumibili al domicilio, per via naturale, da assumere per lunghi periodi di tempo, che agiscono su problemi di salute cronici, che non provocano alterazioni immediate sulle condizioni di salute, ovvero che rientrano tra le terapie a basso rischio di danno oggetto di auto-gestione da parte dell'utente o <i>care giver</i>.</p>
---

<p><b>Aiuto all'assunzione da parte di persona delegata:</b> laddove la persona con deficit psicofisici e perdita di autonomia, è accolta in contesti comunitari dove non è prevista la presenza dell'infermiere. E' necessaria l'acquisizione formale della delega a persone nominate e addestrate.</p>
--

<p><b>Con somministrazione da parte dell'infermiere:</b> laddove le condizioni di salute e/o i piani terapeutici prevedono contenuti o l'esecuzione di tecniche professionali che prevedono l'intervento diretto dell'infermiere.</p>
---

- L'applicazione del PAI, per quanto riguarda la gestione della farmacoterapia, richiede l'adozione di una procedura aziendale validata dall'Azienda di riferimento (nel caso di strutture convenzionate).
- La procedura aziendale di gestione della farmacoterapia deve:
  - prevedere la scelta degli *item* specifici nel PAI relativo alla gestione della terapia farmacologica come precedentemente riportato;
  - regolare i profili di responsabilità nella gestione della terapia farmacologica, anche in relazione ai diversi *setting* assistenziali;

- prevedere la modulistica necessaria per gestire il processo (incluso ad es. l'acquisizione del consenso informato scritto dell'interessato o del suo rappresentante legale alla somministrazione del farmaco, nonché l'acquisizione dell'eventuale delega a persone nominate non sanitarie per la somministrazione del farmaco);
- tenere conto delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza della somministrazione di farmaci n. 7/2008, n. 12/2010 e n. 17/2014 e delle buone pratiche come previsto dall'art. 5 della legge n. 24/2017.
- Con riferimento alle persone non sanitarie delegate del compito specifico della somministrazione del farmaco, su base volontaria e non retribuita, nei contesti organizzati, devono acquisire una formazione al primo soccorso ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 e un addestramento alla somministrazione dei farmaci.

## **INDIRIZZI E CRITERI PER LA GESTIONE DEL PROCESSO**

Con la seguente tabella si descrive il processo di gestione della farmacoterapia individuando tre fasi principali:

- valutazione/pianificazione;
- attuazione;
- supervisione/monitoraggio.

Per ogni fase sono indicati gli attori e le macro attività a questi attribuite.

Processo	VALUTAZIONE E PIANIFICAZIONE	ATTUAZIONE	SUPERVISIONE/MONITORAGGIO
ATTORI/ Responsabilità	UVD	Struttura /operatori/ assistito/familiari	Distretto/assistenza primaria
MACRO-ATTIVITA'	1) Valuta l'adeguatezza del <i>setting</i> di accoglienza anche in base alla necessità di gestione della terapia farmacologica		
	2) Si conforma alle procedure aziendali specifiche in materia		
	3) Concorre a indirizzare eventuale persona delegata alla formazione specifica		
	4) Elabora il PAI con la previsione specifica delle modalità di somministrazione dei farmaci	A) Auto-assunzione da parte dell'assistito B) Aiuto all'assunzione da parte degli operatori (Oss) C) Aiuto all'assunzione da parte di persona delegata D) Con somministrazione da parte dell'infermiere	
	5) In relazione al bisogno della persona e alle modalità con cui è organizzata l'assistenza sanitaria programma l'attività di supervisione e di monitoraggio.		5.1) Supervisione e valutazione infermieristica in relazione al processo di somministrazione nei casi di aiuto all'assunzione (B,C) <i>(indicazione della frequenza del monitoraggio, accessi giornalieri, settimanali, mensili, etc..)</i>

Processo	VALUTAZIONE E PIANIFICAZIONE	ATTUAZIONE	SUPERVISIONE/MONITORAGGIO
ATTORI/ Responsabilità	UVD	Struttura /operatori/ assistito/familiari	Distretto/assistenza primaria
			5.2) Valutazione periodica dei piani di terapia e delle condizioni cliniche dell'assistito da parte del medico curante ( <i>indicazione della frequenza del monitoraggio, accessi giornalieri, settimanali, mensili, al bisogno dopo valutazione infermieristica, etc..</i> )



## Valutazione e Pianificazione UVD

1. Valuta l'adeguatezza del *setting* di accoglienza anche in base alla necessità di gestione della terapia farmacologica

2. Si conforma alle procedure aziendali specifiche in materia

3. Concorre a indirizzare eventuale persona delegata alla formazione specifica

4. Elabora il PAI con la previsione specifica della modalità di somministrazione dei farmaci

5. In relazione al bisogno dell'assistito e alle modalità con cui è organizzata l'assistenza sanitaria programma l'attività di supervisione e di monitoraggio

- Bisogni e condizioni dell'assistito (condizioni cliniche e di stabilità e capacità giuridica e/o cognitiva di autodeterminarsi)
- *Setting* assistenziali e staff mix presente
- Modalità erogazione assistenza sanitaria
- Contenuti del piano di cura

## Attuazione STRUTTURA/OPERATORI/ ASSISTITO/FAMILIARI

A. Auto-assunzione da parte dell'assistito

B. Aiuto all'assunzione da parte degli operatori (Oss)



C. Aiuto all'assunzione da parte di persona delegata

acquisizione delega



D. Con somministrazione da parte dell'infermiere



## Supervisione e monitoraggio DISTRETTO/ASSISTENZA PRIMARIA

5.1 Supervisione e valutazione infermieristica in relazione al processo di somministrazione nei casi di aiuto all'assunzione

5.2 Valutazione periodica dei piani di terapia e delle condizioni cliniche dell'assistito (indicare frequenza del monitoraggio)

PROCEDURA AZIENDALE PER LA GESTIONE DELLA FARMACOTERAPIA

# AREA SCOLASTICA ED EXTRA-SCOLASTICA

---

## ANALISI DEL CONTESTO

### CENNI EPIDEMIOLOGICI

In Friuli Venezia Giulia la prevalenza di minori in età scolastica 6-18 anni con esenzione per patologia (epilessia, diabete mellito, asma bronchiale) sono 1.932. Inoltre nella stessa fascia di età vi sono 356 minori con esenzione per invalidità civile (*Fonte Insiel S.p.A., gennaio 2019*).

Una quota di tale popolazione presenta sicuramente un bisogno di terapie farmacologiche da assumere regolarmente a domicilio, nei contesti comunitari, in quelli scolastici, ricreativi e di vita.

### LE CRITICITA'

In questi ultimi anni si sono manifestate delle criticità ascrivibili alla gestione della farmacoterapia nei seguenti macro-settori:

- scolastico, ovvero dalla scuola dell'infanzia in poi;
- extra-scolastico, che include i servizi per l'infanzia (asili nido), le attività ascrivibili al "dopo-scuola" svolto a casa o in altri luoghi comunitari e non; le attività educative-ricreative-ludiche promosse e attivate da singoli Enti (centri estivi, ludoteche, ecc..).

Se per il primo punto vi è stata una Circolare ministeriale che ha fornito indirizzi comportamentali alle Regioni, Istituti scolastici ed Aziende sanitarie, per l'ambito extra-scolastico non vi sono ad oggi riferimenti utili per facilitare la gestione della terapia da parte dei minori durante lo svolgimento delle citate attività, se non esperienze locali/buone pratiche istituzionali in alcune Regioni italiane (come ad es. Provincia di Bologna e Provincia di Reggio Emilia).

Di seguito si riportano alcune casistiche reali per la gestione della farmacoterapia.

Servizio	Età minore	Problema salute	Prescrizione medica	Prescrittore	Modalità gestione	Esito
Doposcuola	10 anni	Sindrome di Dravet, epilessia mioclonica severa	In caso di crisi Tavor compressa orosolubile	Pediatra libera scelta	Protocollo condiviso con insegnanti per la somministrazione del farmaco salvavita	La minore ha avuto un'unica crisi in cui sono intervenuti i genitori
Servizi socio-educativi	16 anni	Crisi epilettiche	Midazolan	Pediatra Burlo Garofolo	Protocollo per somministrazione farmaco salvavita	Il minore ha avuto 4 crisi con intervento dell'educatrice
Doposcuola	7 anni	Fibrosi cistica	Enzimi pancreatici	Pediatra libera scelta	Assume in autonomia la fiala lasciata dalla madre. L'educatrice verifica che la bambina si ricordi di assumere il farmaco	

## PROPOSTE DI PERCORSO

### ESPERIENZE GIÀ IN ATTO IN FRIULI VENEZIA GIULIA E IN ALTRE REGIONI ITALIANE

Regione Veneto DGR n. 1122/2015	Progetto di percorso sperimentale di addestramento riservato agli Oss allo scopo di far loro acquisire le conoscenze per assistere durante l'orario scolastico i minori con patologie croniche o disabilità grave. Svolgono attività di aiuto e supporto alla vita quotidiana, tra le quali l'aiuto all'assunzione di farmaci a orario fisso e/o in caso di specifiche e definite situazioni. Deve essere garantita la presenza di un sistema che consenta all'Oss di contattare infermiere/medico durante tutto l'orario scolastico.
Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 e Ufficio scolastico regionale	Esempio di convenzione adottata con Protocollo d'Intesa 2016-2018 in cui vengono adottate le raccomandazioni ministeriali del 2005 inerenti la somministrazione dei farmaci a scuola.
Regione Emilia-Romagna DGR n. 166 del 20 febbraio 2012	La delibera regionale detta le linee di indirizzo per la definizione di intese provinciali inerenti la somministrazione di farmaci a minori in contesti extra-familiari, educativi o scolastici, in Emilia Romagna. Su di essa si fondano i protocolli per la somministrazione di farmaci a minori in contesti extra-familiari, scolastici o educativi, anche semiresidenziali, della Provincia di Bologna, di Modena, di Parma e di Reggio Emilia.

### INDIRIZZI E CRITERI PER LA GESTIONE DEL PROCESSO

#### **Ambito scolastico**

La Circolare Ministeriale 25 novembre 2005 sulla somministrazione di farmaci a scuola da parte di personale non sanitario nominato e delegato dai genitori si fonda sulla delega genitoriale prevista dal Codice civile (art. 316): il genitore può incaricare terzi non sanitari per la somministrazione del farmaco al figlio in vece sua.

I presupposti per l'attuazione di tale modalità sono:

- presenza di regolamento dell'Istituto comprensivo scolastico che disciplina tale modalità in attuazione della Circolare ministeriale;
- convenzione tra Ufficio scolastico regionale e Azienda sanitaria competente (vedi es. Convenzione AAS5);
- richiesta scritta dei genitori ed eventuale delega a persona nominata, o meglio ad almeno due persone per garantire l'intercambiabilità in caso di assenza di uno dei due incaricati;
- piano di terapia dettagliato del pediatra di libera scelta;
- disponibilità a somministrazione del personale non sanitario su base volontaria;
- frequenza di detto personale ai corsi di formazione per addetti al primo soccorso e, qualora necessario, ai corsi di formazione alla somministrazione di farmaci salvavita a cura delle Aziende sanitarie competenti;
- l'intervento di somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecniche da parte del somministratore.

La somministrazione di farmaci a scuola da parte di personale non sanitario deve avvenire, pertanto, in base ad una regolamentazione preliminarmente concordata mediante specifiche convenzioni tra Istituzioni scolastiche e sanitarie, su espressa richiesta e delega del genitore o rappresentante legale, non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto non sanitario incaricato di somministrare il farmaco (TAR Sardegna, sentenza n. 1028 del 22 giugno 2011).

È da sottolineare che, in assenza di norme specifiche, è ancora dibattuta la sussistenza di un dovere a carico di personale non sanitario di assumere la delega genitoriale alla somministrazione di farmaci nelle scuole, al di fuori della disponibilità offerta dai singoli operatori su base volontaria.

Nel Manuale del Ministero dell'Istruzione e dell'INAIL "Gestione della Sicurezza e Prevenzione nelle Scuole (2013) si afferma "il rifiuto da parte del personale scolastico di assumere questo incarico (la somministrazione dei farmaci agli allievi) per paura delle eventuali conseguenze non trova giustificazione (...) mentre potrebbe configurarsi come responsabilità penale il mancato intervento di soccorso secondo le procedure previste quando necessario e indifferibile".

## **Ambito extra-scolastico**

Attualmente la gestione della farmacoterapia in ambito extra-scolastico presenta delle criticità.

I servizi censiti a livello regionale dove si può riscontrare tale problema sono i seguenti:

- Servizi per la prima infanzia 0 - 6 anni (nidi d'infanzia, spazio gioco, centro gioco, sezione primavera)
- Servizi territoriali per disabili minori e adulti e servizi a privati attivati per beneficiari di FAP
- Servizi educativi rivolti a minori in stato di disagio (SET)
- Servizi educativi di gruppo (doposcuola, comunità educativa semi-residenziale diurna, pre-scuola e post scuola, ludoteca, centri estivi, centri di aggregazione giovanile).

In questi contesti assume un ruolo determinante il soggetto gestore del servizio/attività che deve preliminarmente prevedere ed esplicitare una modalità per la gestione di eventuali minori partecipanti con bisogno di farmacoterapia, o prevedere un tanto negli atti che regolano gli affidamenti dei servizi a terzi, specificando i ruoli dei principali attori coinvolti: la famiglia, il pediatra di libera scelta, gli operatori che svolgono le attività.

In tali contesti assume una rilevanza determinante la delega genitoriale a persona nominata per l'assunzione dei farmaci da parte del minore.

Per gli ambiti scolastico ed extra-scolastico si propone che la Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità si renda disponibile ad aprire un tavolo di lavoro per la redazione di indirizzi regionali utili per regolare le attività in questione in collaborazione con:

- Ufficio scolastico regionale
- Direzione Enti locali
- Rappresentanza Enti locali
- Rappresentanza Enti del Terzo Settore
- Consulta regionale delle associazioni delle persone disabili e delle loro famiglie del Friuli Venezia Giulia e Federazione nazionale tra le associazioni dei disabili
- Nucleo Anti Sofisticazione dell'Arma dei Carabinieri
- Eventuali altri soggetti.