

PROTOCOLLO DI INTESA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Al fine di garantire un approccio omogeneo alla gestione della somministrazione dei farmaci in ambito scolastico,

la Regione Basilicata, con sede a Potenza in Via Vincenzo Verrastro 4, rappresentata dall'Assessore alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità Attilio Martorano,

l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP, con sede a Potenza in Via Torraca 2, rappresentata dal Direttore Generale Mario Marra,

l'Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM, con sede a Matera in Via Montescaglioso 20, rappresentata dal Direttore Generale Rocco Alessandro Giuseppe Maglietta,

E

l'Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata - Direzione Generale (nel seguito Ufficio Scolastico Regionale), con sede a Potenza in Piazza delle Regioni snc, rappresentata dal Direttore Generale Franco Inglese,

concordano di sottoscrivere un percorso a carattere sperimentale condiviso, nel rispetto delle reciproche competenze.

Premesso che:

- le problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico sono da tempo all'attenzione delle Istituzioni;
- l'essere portatori di una patologia specifica non deve costituire fattore di emarginazione per lo studente;
- gli studenti, che frequentano ogni ordine e grado di scuola, possono avere la necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico a causa di patologie le cui manifestazioni acute possono manifestarsi in modo non prevedibile;
- l'esistenza di tali situazioni richiama l'attenzione delle Istituzioni coinvolte sulla centralità dell'alunno e la conseguente consapevolezza della priorità di tutelarne la salute e il benessere e pone, altresì, la necessità urgente di predisporre un accordo convenzionale, condiviso dalle parti, che individui un percorso d'intervento nelle singole situazioni;



- con Legge 27 maggio 1991 n. 176 è stata ratificata e data esecuzione alla “Convenzione sui diritti del fanciullo”, sottoscritta a New York il 20 novembre 1989, nella quale viene espressamente indicato che “gli stati parti adottano misure per promuovere la regolarità della frequenza scolastica ... ” (art. 28 comma 1 lett. e);
- in data 25 novembre 2005 sono state sottoscritte dai Ministri della Salute e dell'Istruzione, Università e Ricerca le raccomandazioni in tema di somministrazione dei farmaci in orario scolastico;
- tutti i cittadini sono obbligati dalle disposizioni vigenti ai doveri di primo soccorso;
- nelle scuole è presente, in attuazione dell'art. 18 del Decreto Legislativo 81/2008, personale dirigente, docente, educativo ed A.T.A. adeguatamente formato ai sensi del D.M. 388 del 15/07/2003;

Valutato che:

- l'assistenza specifica agli alunni che esigono la somministrazione di farmaci generalmente si configura 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;
- tale attività di assistenza specifica rientra in un protocollo terapeutico stabilito dal Medico Curante (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) e/o dal Medico Specialista, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- l'assistenza specifica viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardante le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza prevista dal Decreto Legislativo 81/2008 e dal D.M. 388/2003;

Tutto ciò premesso e valutato

la Regione Basilicata, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata, al fine di regolamentare in modo unitario i percorsi di intervento e di formazione in tutti i casi in cui, in orario scolastico, si registra la necessità di somministrare farmaci,

Convengono quanto segue:

Considerato che i farmaci a scuola non devono essere somministrati, salvo i casi autorizzati, i genitori o chi ne eserciti la potestà genitoriale (in seguito genitore), in caso di specifiche patologie già riconosciute nell'alunno, **che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico o che si manifestano in modo acuto e non prevedibile**, così come dai successivi articoli, *presentano richiesta al Dirigente*



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Scolastico utilizzando il modulo (allegato 1) corredato della prescrizione alla somministrazione rilasciata dal medico curante (*Pediatra di Libera Scelta (PLS), Medico di Medicina Generale (MMG) o Specialista Ospedaliero*) come da allegato 4.

A fronte di *specificata richiesta/autorizzazione dei genitori degli alunni e di prescrizione, certificazione del medico, il Dirigente Scolastico individua il personale della scuola che, avendone dato la disponibilità e che opportunamente formato dalle Aziende ASL territorialmente competenti, interviene, se necessario, anche con la somministrazione di farmaci previamente consegnati dai genitori e custoditi a scuola.*

Articolo 1: specifiche patologie già riconosciute

La somministrazione di "farmaci salvavita" a scuola, secondo le modalità previste dal presente protocollo, riguarda i casi di "crisi convulsive", "asma bronchiale", "shock anafilattico", "diabete giovanile".

Articolo 2: richiesta/autorizzazione

Il "genitore", in caso di bisogno di eventuale somministrazione di farmaci in ambito scolastico:

1. fa richiesta di somministrazione/autorizzazione alla somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico, secondo lo schema allegato al numero 1 e 2,
2. accompagna la richiesta di somministrazione con la presentazione di una certificazione medica redatta dal PLS, dal MMG o dallo Specialista Ospedaliero, secondo lo schema allegato al numero 4,
3. fornisce il farmaco,
4. fornisce al Dirigente Scolastico un recapito telefonico al quale sia reperibile egli stesso o un suo delegato ed eventualmente quello del medico proscrittore.

Articolo 3: prescrizione/certificazione

La prescrizione/certificazione del MMG, del PLS, dello Specialista Ospedaliero deve specificare, in modo chiaramente leggibile e senza possibilità d'equivoci e/o errori:

1. il nome e cognome dell'alunno,
2. la patologia dell'alunno,
3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci,
4. il nome commerciale del farmaco,
5. le modalità di somministrazione del farmaco,
6. la dose da somministrare,
7. la modalità di conservazione del farmaco,
8. la durata della terapia,
9. gli eventuali effetti collaterali.



A handwritten signature in black ink, consisting of stylized initials and a surname.

I criteri a cui si atterranno i medici prescrittori sono:

- l'assoluta necessità,
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico,
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco relativamente ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco,
- la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.

Articolo 4: il Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico, a fronte di richiesta/autorizzazione e di prescrizione/certificazione:

1. *valuta* la fattibilità *organizzativa*;
2. *individua*, in primis fra il personale già nominato come addetto al Primo Soccorso (che è stato formato ai sensi del D.Lgs. 81/08 e D.M. 388/2003) gli operatori scolastici disponibili (*docenti, collaboratori scolastici, personale educativo/assistenziale*) a somministrare i farmaci, e ai quali *deve* essere garantita prioritariamente l'informazione e la formazione specifica; si fa in ogni caso riferimento alle raccomandazioni ministeriali citate in premessa;
3. *organizza momenti formativi* per gli operatori scolastici disponibili, anche con il coinvolgimento del medico prescrittore e della famiglia e/o dello studente; la formazione è garantita dai medici dell'Azienda ASL territorialmente competente;
4. *autorizza* la somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico;
5. *si fa garante* dell'organizzazione dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazione dei farmaci, avvalendosi degli operatori scolastici opportunamente formati (se nel caso, *coinvolgendo* anche il medico prescrittore e la famiglia e/o studente);
6. *garantisce, vista* la prescrizione/certificazione, la corretta e sicura *conservazione* dei farmaci e del materiale in uso e *verifica* la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso;
7. *costruisce*, con tempestività, insieme all'ASL territorialmente competente, uno specifico "**Piano personalizzato d'intervento**", *comprensivo* dell'attività di formazione in situazione rivolta agli operatori scolastici (garantita dall'ASL territorialmente competente), che *descrive* i comportamenti da attuare in caso di sintomatologia acuta e non prevedibile.
8. *fornisce* al genitore il suddetto "piano personalizzato d'intervento";
9. *invita espressamente*, in occasione dei passaggi ad altre scuole, i genitori dello studente, o lo studente se maggiorenne, ad informare il Dirigente Scolastico della scuola di destinazione e concorda la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto.



Handwritten signature and initials.

Articolo 5: il personale scolastico

Il " *personale scolastico*, individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco:

1. *partecipa* a specifici momenti formativi,
2. *provvede* alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione e nel "piano personalizzato d'intervento",
3. *aggiorna* la "scheda riepilogativa sulle situazioni critiche verificatesi e sugli interventi effettuati".

Articolo 6: l'Azienda ASL:

1. *organizza* la gestione dei casi attraverso incontri che coinvolgono le parti interessate (familiari, operatori scolastici, ...) dopo la segnalazione del Dirigente Scolastico,
2. *esprime* pareri su richiesta del Dirigente Scolastico sui casi,
3. *si rende disponibile* a organizzare/partecipare a incontri di formazione degli operatori scolastici sulle specifiche patologie presenti fra gli alunni,
4. *fornisce* il necessario supporto nella redazione del "piano personalizzato d'intervento",
5. *partecipa* all'aggiornamento periodico del "piano personalizzato d'intervento".

Articolo 7: l'Ufficio Scolastico Regionale:

1. *provvede* alla raccolta dati (suddivisi per ASL e per tipologia di scuola) e li invia al termine dell'anno scolastico alle Direzioni Sanitarie delle ASL. Al fine di monitorare l'applicazione del protocollo saranno raccolti:

- *il numero di casi segnalati;*
- *la tipologia d'intervento messa in atto;*
- *la modalità di offerta della prestazione;*
- *le criticità emerse e le soluzioni identificate.*

Articolo 8: autosomministrazione dei farmaci da parte degli studenti

Fermo restando quanto già indicato nel presente Protocollo d'Intesa, vista la maggiore autonomia degli studenti di fascia d'età tra i dodici e i diciassette anni, si conviene sulla possibilità di prevedere per questi studenti *l'autosomministrazione dei farmaci autorizzati* e il coinvolgimento degli studenti stessi nel Progetto d'Intervento che li riguarda.

È previsto anche in questo caso che il genitore o lo studente maggiorenne dia comunicazione al Dirigente Scolastico in merito al farmaco usato con presa d'atto da parte di quest'ultimo (come da allegato 3).

Per i casi specifici riguardanti alunni d'età inferiore ai dodici anni che hanno acquisito autonomia nell'auto-somministrazione, d'intesa con l'ASL e la famiglia, si può prevedere un progetto d'intervento finalizzato all'auto-somministrazione.



Articolo 9: gestione dell'Emergenza

Resta in ogni caso prescritto il ricorso al SSN di Pronto Soccorso (118) nei casi in cui non sia possibile applicare il Protocollo Terapeutico o questo risulti inefficace e in tutti quei casi che rivestono i caratteri d'emergenza.

È in ogni caso prescritta l'informazione al genitore contestualmente all'evento acuto e non prevedibile.

Articolo 10: durata della validità del presente protocollo d'intesa

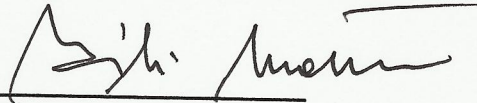
1. Il presente protocollo ha validità di tre anni, in via sperimentale, a partire dalla data della stipula e può essere aggiornato ed integrato in conseguenza di modifiche normative, di specifiche necessità o di richiesta da una delle parti firmatarie.
2. Almeno sei mesi prima della naturale scadenza del primo triennio, le parti si impegnano a verificare i risultati del protocollo e a ridefinire i termini degli impegni ed il successivo periodo di validità.
3. Le aziende ASL territorialmente competenti si impegnano ad informare del presente protocollo i PLS, i MMG, gli Specialisti che possono aver in cura pazienti scolarizzati.

Potenza, li _____

Per la Regione Basilicata

L'Assessore alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

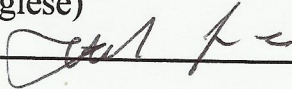
(Dott. Attilio Martorano)



Per la Direzione Generale Ufficio Scolastico Regionale

Il Direttore Generale

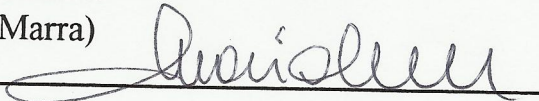
(Dott. Franco Inglese)



Per l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP

Il Direttore Generale

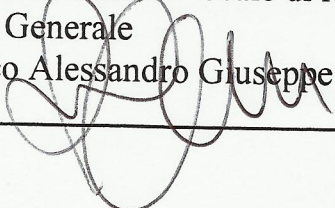
(Dott. Mario Marra)



Per l'Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM

Il Direttore Generale

(Dott. Rocco Alessandro Giuseppe Maglietta)



Allegato 1: "Richiesta di somministrazione farmaci"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico _____
Il/i sottoscritto/i _____
genitore/i - tutore/i dell'alunno/a _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in via _____
frequentante la classe/sezione _____
della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

preso atto del protocollo esistente tra _____, in materia di somministrazione dei farmaci a scuola adottato in data _____, constatata l'assoluta necessità,

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____

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

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

Allega Prescrizione/certificazione redatta dal _____

Consegna farmaco specifico _____

Farmaco con scadenza _____

Data _____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare _____

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata 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 tutta la durata della terapia.



Allegato 2: "Autorizzazione"

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

Al Dirigente Scolastico _____

Il/i sottoscritto/i _____

genitore/i - tutore/i dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____

della scuola _____

nell'anno scolastico _____

Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da _____

in data _____

Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta;
la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data _____

FIRMA _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.
Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata 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 tutta la durata della terapia.



Allegato 3 : "Richiesta auto-somministrazione"

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto _____

frequentante la classe/sezione _____

della scuola secondaria _____

comunico la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, come da prescrizione medica allegata.

Farmaco _____

Dosi _____

Orari _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Data _____

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente Scolastico

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata 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 tutta la durata della terapia.



Allegato 4: "Prescrizione del Medico Curante"

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina Generale o specialista) alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

in via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

Sita a _____ in via _____

Dirigente Scolastico _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____ dose _____

Orario: Prima dose _____ Seconda dose _____ Terza dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra o Specialista

