

**PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI  
IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**

*(accordo procedurale per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico tale da garantire sia la somministrazione programmata, sia la somministrazione al bisogno e/o in condizioni di emergenza-urgenza garantendo la possibilità di intervento tempestivo in qualunque orario di presenza a scuola dell'alunno, ivi comprese tutte le iniziative organizzate dalla scuola anche al di fuori degli ambienti scolastici)*

-Vista la Delibera della Giunta Regionale n.166/2012 “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” e le principali fonti normative di riferimento e di supporto alla definizione ed attuazione delle linee di indirizzo riportate in Appendice alla stessa;

- premesso che le Istituzioni e gli Enti coinvolti nel presente atto riconoscono la necessità di tutelare la salute e il benessere dei bambini;

-considerato come debba essere salvaguardato il diritto del bambino alla salute senza che ciò comporti l'allontanamento dall'attività scolastica ove occorresse garantire tale tutela attraverso somministrazioni di farmaci, nel caso in cui la somministrazione debba avvenire necessariamente durante l'orario scolastico;

-ritenuto necessario che in questi casi, al fine di tutelare la famiglia, gli operatori scolastici e, soprattutto il minore, predisporre un accordo convenzionale, condiviso tra i soggetti istituzionali coinvolti nella tutela della salute degli studenti;

- considerato che i soggetti istituzionali sono chiamati a regolamentare in modo unitario i percorsi d'intervento e di formazione in tutti i casi in cui, in orario scolastico, si registri la necessità di somministrare farmaci – sulla base delle certificazioni specifiche rilasciate dal competente Servizio dell'AUSL – e che tali soggetti si riconoscono in: MIUR Direzione Scolastica Regionale Emilia-Romagna Ambito territoriale 15 Ravenna, Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL di Ravenna attraverso l'unità Operativa Aziendale di Pediatria di Comunità (per brevità d'ora in avanti Pediatria di Comunità), Provincia di Ravenna e Comuni della Provincia;

in data 27/03/2013, presso la sede dell'Amministrazione Provinciale di Ravenna tra i soggetti istituzionali, MIUR Direzione Scolastica Regionale Emilia-Romagna Ambito territoriale 15 Ravenna, il Dipartimento di Cure Primarie della AUSL di Ravenna, la Provincia di Ravenna, i Comuni della Provincia

**si conviene e si stipula quanto segue:**

- oggetto della presente convenzione è la somministrazione di farmaci per i quali non sono richiesti il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
- tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della AUSL, la cui omissione lede i diritti alla salute e al bisogno psicofisico della persona;
- la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione/informazione in situazione" riguardante le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.

## Art. 1

### **Criteri adottati dall'AUSL di Ravenna e Provincia per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico**

**I farmaci a scuola NON devono essere somministrati salvo i casi particolari certificati dai medici della Pediatria di Comunità.**

La richiesta di somministrazione di farmaci in orario scolastico viene presentata dalla famiglia, o da chi esercita la potestà genitoriale, o dallo studente se maggiorenne, al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione Professionale assieme alla certificazione per la somministrazione dei farmaci in orario ed ambito scolastico rilasciata dai medici della Pediatria di Comunità dell'AUSL, tramite la documentazione di cui a seguire.

Il **Modulo di Richiesta**, utilizzato dai genitori o da chi esercita la potestà genitoriale (**Allegato 1**) e il **Modulo di Comunicazione**, redatto dall'alunno/a maggiorenne (**Allegato 2**) sono allegati al presente Protocollo di cui fanno parte integrante.

I criteri ai quali si atterranno i medici di cui sopra per rilasciare la certificazione sono:

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Il **Modulo di Certificazione**, allegato al presente Protocollo di cui fa parte integrante, deve contenere tutti i dati richiesti. (**Allegato 3**)

La famiglia, o chi esercita la potestà genitoriale, o lo studente se maggiorenne, consegnerà al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione Professionale il **Modulo di Richiesta** o il **Modulo di Comunicazione**, unitamente al **Modulo di Certificazione** rilasciato dai medici della Pediatria di Comunità dell'AUSL ed ai **farmaci** prescritti in confezione integra, in corso di validità, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento avendo cura di sostituire/rifornire il farmaco.

## Art. 2

### **Modalità operative**

Il medico curante (Pediatria di Libera Scelta, Medico di medicina generale, Specialista di riferimento) redige la prescrizione dei farmaci in orario ed ambito scolastico, specificando l'eventuale capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'autosomministrazione del farmaco.

La Pediatria di Comunità, acquisita la prescrizione del curante da parte dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale o dallo studente se maggiorenne, redige la certificazione di somministrazione di farmaci a scuola che comprende anche la durata della terapia (**Allegato 3**).

Il Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione Professionale, acquisiti **Modulo di Richiesta** dalla famiglia, o da chi esercita la potestà genitoriale, o il **Modulo di Comunicazione** dallo studente se maggiorenne, e il **Modulo di Certificazione** rilasciato dall'AUSL, valutata la fattibilità organizzativa:

- individua, secondo le esigenze organizzative dell'attività didattica, uno o più Incaricati alla Somministrazione (docenti, non docenti, personale educativo/assistenziale), responsabili di somministrare i farmaci, comunicando i loro nominativi alla famiglia o all'alunno se maggiorenne;
- dispone affinché sia data esecuzione a quanto indicato nel modulo di certificazione (nel caso, coinvolgendo anche la famiglia o lo studente), dopo aver individuato gli operatori scolastici incaricando gli stessi di organizzare la tenuta del **Registro Giornaliero** relativo alla somministrazione dei farmaci per ciascun allievo, affinché sia attestata ogni somministrazione, il nome dell'adulto autorizzato che ha provveduto o assistito alla medesima.

- concorda con la Pediatria di Comunità eventuali necessità formative da attivare per il personale addetto alla somministrazione del farmaco.

### **Art. 3**

#### **Formazione del Personale**

La formazione/informazione costituisce un diritto/dovere degli Incaricati alla somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico.

In caso di specifiche situazioni patologiche, il Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione Professionale concorda con la Pediatria di Comunità, la "formazione/informazione in situazione" per gli Incaricati alla somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico, con il possibile contributo delle Associazioni delle Famiglie.

La formazione specifica sarà finalizzata ad addestrare gli operatori ad effettuare sia la somministrazione quotidiana sia quella al bisogno (manifestazioni specifiche della patologia, attenzioni particolari, norme di primo soccorso, aspetti psicologici e relazionali,...) comprendente l'eventuale utilizzo del farmaco salva vita.

Ferme restando le competenze in materia proprie del Tavolo Tecnico Regionale, fra le Istituzioni Scolastiche e le strutture sanitarie dell'Azienda USL dovranno essere programmate iniziative congiunte di formazione di base per gli operatori scolastici.

La formazione di base riguarderà le patologie di più comune riscontro tra gli alunni per i quali è richiesta la somministrazione quotidiana e/o al bisogno di farmaci in orario scolastico e le relative norme di Primo Soccorso. A conclusione della formazione sarà rilasciato un attestato che documenta la competenza acquisita.

### **Art. 4**

#### **Somministrazione dei farmaci ad opera di un familiare e/o incaricato esterno e/o auto-somministrazione in ambito scolastico**

Fermo restando quanto già indicato nel presente Protocollo d'Intesa, si conviene sulla possibilità di prevedere l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati dall'AUSL quando ciò è previsto dalla stessa.

Si ritiene autorizzabile l'auto-somministrazione di farmaci da parte di studenti che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (**Allegati 1 e 2**).

Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco va comunque prevista la presenza di un adulto adeguatamente formato, sia per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione sia per intervenire in caso di eventuali situazioni di urgenza-emergenza.

La famiglia, o chi esercita la potestà genitoriale (o lo studente se maggiorenne), può chiedere espressamente al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione (ai quali compete il rilascio dell'autorizzazione) di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco al proprio figlio personalmente o tramite incaricati (**Allegato 1**).

E' compito del Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione Professionale individuare l'ambiente più idoneo per la somministrazione dei farmaci e la loro conservazione.

La responsabilità della verifica del prodotto farmaceutico e del suo rifornimento (qualora fosse in scorta presso l'ambiente scolastico) è individuata nei genitori, o da chi esercita la potestà genitoriale, o dallo stesso studente se maggiorenne.

#### **Art. 5**

#### **Somministrazione dei farmaci ad opera di personale non scolastico**

Qualora le modalità di somministrazione siano tali da non poter essere espletate da personale scolastico, gli Enti Locali, d'intesa con l'Azienda USL, le Istituzioni Scolastiche, valutano con il capitale sociale del territorio, la possibilità di forme alternative di collaborazione esterna tramite la stipula di convenzioni/accordi (Croce Rossa Italiana, Associazioni di Tutela, Associazioni di Famiglia, volontario esperto, quale ad esempio personale sanitario in pensione etc..)

#### **Art. 6**

#### **Gestione dell'emergenza**

I farmaci "salvavita" rientrano nella tipologia più generale dei farmaci somministrati ai sensi del presente Protocollo per i quali è necessaria la certificazione dell'ASL.

Nei casi in cui si configuri una situazione di emergenza e/o urgenza il personale somministratore e comunque il personale scolastico presente, attiverà una **Chiamata di Soccorso al 118**.

#### **Art. 7**

#### **Durata della validità della presente Intesa.**

Le Parti convengono che la presente Intesa abbia carattere permanente fatte salve diverse necessità intervenute e concordate tra le parti.

## INDICE ALLEGATI:

(Allegato 1 - Modulo di Richiesta)

(Allegato 2 - Modulo di Comunicazione)

(Allegato 3 - Modulo di Certificazione)

MODULO DI RICHIESTA

per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenni)

Al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi  
Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione  
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....

nato a .....il.....

residente a .....in Via.....

che frequenta la classe ..... sez .....

della Scuola .....

sita in Via ..... Cap .....

Località .....prov. ....

CHIEDO in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco).....personalmente o tramite .....da me incaricato

(oppure)

che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco).....consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco).....consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

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, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma<sup>(1)</sup> di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

<sup>(1)</sup>Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/'06), altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

MODULO DI COMUNICAZIONE

Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi  
Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione  
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....

studente/studentessa che frequenta la classe ..... sez .....

nato a .....il.....

residente a .....in Via.....

che frequenta la classe ..... sez .....

della scuola .....

sita in Via ..... Cap .....

Località .....prov. ....

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome del farmaco) .....

come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere  
nome del farmaco).....

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili  
sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

Sì

No

Data .....

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Logo AUSL Servizio di .....

MODULO DI CERTIFICAZIONE

Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessita SI CERTIFICA

la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a Cognome e Nome .....

data e luogo di nascita.....

residente a .....in Via.....tel.....

A) Nome del farmaco .....

Durata della terapia: dal .....al .....

Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina.....dose...../ Pasto.....dose...../ Pomeriggio.....dose.....

Modalità di somministrazione .....

Note.....

Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

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

farmaco salvavita (barrare la scelta): Sì  No

Modalità di conservazione .....

Note .....

B) Nome del farmaco salvavita .....

Modalità di somministrazione .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

Modalità di conservazione .....

Note .....

Data .....

Medico AUSL (Timbro e Firma)