

**PROTOCOLLO D'INTESA  
PER LA DISTRIBUZIONE/SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI  
IN ORARIO SCOLASTICO**

**PREMESSA**

Il presente documento nasce dall'esigenza di definire, nel rispetto della normativa vigente, un percorso chiaro e condiviso finalizzato a garantire e facilitare l'inserimento scolastico di bambini e ragazzi affetti da malattie croniche, che richiedano la somministrazione continua di farmaci e/o per le quali potrebbero rendersi necessari interventi d'emergenza;

**PROTOCOLLO**

Visti:

- il D.Lgs. 9/4/2008 n.81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- il D.P.R. 8 marzo 1999, n.275, concernente il regolamento per l'autonomia scolastica;
- la nota del MIUR protocollo n. 2312/Dip./Segr. del 25 Novembre 2005, con la quale sono inviate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" a firma del Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e del Ministro della Salute;

Premesso che:

- in ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità
- in ambito scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico e la cui omissione può causare danni alla salute dell'alunno;
- da parte degli operatori scolastici possono essere somministrati solamente farmaci somministrabili anche in ambiente domestico principalmente per via orale e inalatoria;

**TRA**

**L'Ufficio Scolastico Territoriale di Cremona** - XIII Ambito Territoriale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, con sede in Cremona, Piazza XXIV Maggio n. 1, rappresentato dal Dirigente dott.ssa Francesca Bianchessi

**E**

**l'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Cremona**, con sede in Cremona, Via San Sebastiano n. 14, rappresentata dal Direttore Generale dott. Gilberto Compagnoni

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

## SI CONVIENE QUANTO SEGUE

### Art. 1

#### **Percorso da intraprendere per la distribuzione, da parte del personale della scuola, in orario scolastico.**

- A. La nota del Ministero dell'Istruzione nr. 2312/Dip./Segr. del 25-11-2005 avente per oggetto: "Somministrazione di farmaci in orario scolastico" contiene alcune raccomandazioni che nel loro insieme costituiscono delle Linee Guida, concordate con il Ministero della Salute, per facilitare l'assistenza agli studenti che necessitano di distribuzione/somministrazione di farmaci in orario scolastico.
- B. La somministrazione/distribuzione di farmaci nella scuola non è da intendersi quale sostitutivo delle cure familiari, ma quale prassi da attuare solo nei casi di assoluta necessità riconosciuta dai servizi competenti.
- C. In ambito scolastico essa può essere effettuata alle seguenti condizioni:
1. che la richiesta formale della famiglia sia presentata al Dirigente (ALLEGATO 2), accompagnata da certificazione medica (FAC-SIMILE 1);
  2. che sia verificata la disponibilità di insegnanti/collaboratori scolastici alla distribuzione dei farmaci in orario scolastico (art. 4 Linee guida MIUR-Ministero della Sanità) (ALLEGATI 3-4);
  3. che la distribuzione debba avvenire, secondo prescrizione medica, **necessariamente** in orari coincidenti con l'orario scolastico;
  4. che siano definite le modalità di conservazione del farmaco;
  5. che la richiesta di somministrazione sia accompagnata da un'adeguata informazione al personale della scuola incaricato, a cura del personale medico competente e della famiglia;
  6. che non esista discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

Compiti di cui ai punti 4-5-6 sono di competenza del medico curante/ pediatra con la famiglia. I medici curanti/pediatrati, nel rilascio della prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola, dovranno attenersi ai seguenti criteri:

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

Il modulo di prescrizione (FAC-SIMILE 1) deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome dell'alunno/a;
- nome commerciale del farmaco;
- dose da somministrare;

- orario della somministrazione o sintomi determinanti la somministrazione;
- modalità di somministrazione e conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Ai genitori/tutore spetta il compito di:

- a) fornire al Dirigente Scolastico la documentazione prescritta;
- b) fornire al Dirigente Scolastico un recapito telefonico al quale sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le emergenze;
- c) fornire il farmaco, tenendo nota della scadenza;
- d) definire la partecipazione del medico curante pediatra/specialista ad un incontro informativo/formativo con il personale scolastico disponibile.

Al Dirigente Scolastico spetta il compito di:

- a) valutare la sussistenza dei requisiti necessari per rispondere positivamente alla richiesta di distribuzione del farmaco, una volta acquisita la documentazione del genitore/tutore;
- b) individuare gli insegnanti/collaboratori scolastici disponibili alla distribuzione;
- c) garantire la corretta conservazione del farmaco;
- d) informare della procedura da attuare in caso di emergenza sanitaria (vedi art. 4), partendo dall'incontro informativo/formativo fra i genitori e personale medico come al precedente punto d).

Al personale scolastico, docente e non docente, disponibile a somministrare il farmaco spetta il compito di:

- a) provvedere alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella richiesta/autorizzazione;
- b) partecipare ad eventuali momenti formativi/informativi organizzati dal Dirigente Scolastico in collaborazione con i genitori richiedenti.

Il personale scolastico, già nominato come addetto al Pronto Soccorso, è obbligato alle prime e più semplici manovre di primo soccorso, in caso di emergenza sanitaria, a prescindere dalla specifica somministrazione di cui nel presente protocollo.

## **Art. 2**

### **Somministrazione dei farmaci e/o auto somministrazione.**

Fermo restando quanto già indicato nel presente Protocollo si conviene, in accordo con la famiglia e il medico curante, la possibilità di prevedere l'autosomministrazione dei farmaci da parte di alunni che hanno acquisito la necessaria autonomia per questo intervento. La famiglia deve comunicare al Dirigente scolastico i farmaci e le procedure di auto somministrazione (ALLEGATI 6-7-8)

## **Art. 3**

### **Gestione di casi particolari.**

Il Dirigente Scolastico, per casi particolari, può avvalersi del supporto del Distretto di competenza dell'ASL, al fine di elaborare uno specifico progetto d'intervento.

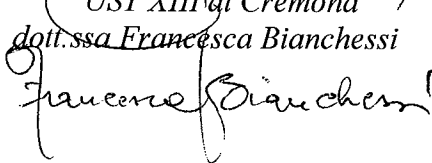
**Art. 4**  
**Procedure d'emergenza.**

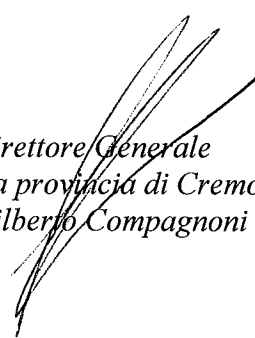
1. Il personale scolastico fa ricorso al Servizio territoriale Emergenza (118) nei casi in cui ci sia la necessità di interventi non precedentemente richiesti/autorizzati e non differibili in relazione alla gravità d'intervento e avvisa tempestivamente il genitore/tutore.
2. L'effettuazione di primo soccorso, da parte di personale presente nella scuola, non esime dal richiedere l'intervento del 118.
3. Il personale scolastico formato per gli interventi di primo soccorso si atterrà a quanto disposto dalle procedure di Primo Soccorso previste all'interno del piano di emergenza, attuando tempestivamente e correttamente, secondo la formazione avuta, le procedure di intervento e soccorso.

**Art. 5**  
**Durata e validità del presente Protocollo.**

Il presente accordo ha validità fino a nuove modifiche. Può essere aggiornato ed integrato in conseguenza di modifiche normative e/o di specifiche necessità.

30/12/2015  
(data)

*Il Dirigente*  
*UST XIII di Cremona*  
*dott.ssa Francesca Bianchessi*  


*Il Direttore Generale*  
*A.S.L. della provincia di Cremona*  
*dott. Gilberto Compagnoni*  


CARTA INTESTATA

IL MINORE.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

RESIDENZA.....

necessita della somministrazione del farmaco sottoindicato.

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE E CONSERVAZIONE .....

DOSE.....

ORARIO: 1^ DOSE.....2^DOSE.....3^DOSE.....4^DOSE.....

DURATA TERAPIA DAL.....AL.....

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Nel caso di indicazione a somministrare **in urgenza** il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi:

SINTOMI.....

.....  
.....  
.....  
.....

NOTE.....

IL MEDICO  
( TIMBRO E FIRMA )

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I SOTTOSCRITTI..... (PADRE)  
..... (MADRE)

GENITORI DI .....  
frequentante la scuola dell'infanzia /scuola primaria/ scuola secondaria I grado di  
.....classe.....sezione..... presentano  
certificazione sanitaria che attesta la necessità di somministrazione del seguente farmaco:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO

.....

DOSE:

.....

ORARIO:

.....

e contestualmente chiedono la disponibilità del personale insegnante/ausiliario della Scuola a somministrare tale farmaco in orario scolastico.

Consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che pertanto, di norma, non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire, in caso di disponibilità sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità relativa alle conseguenze che tali farmaci potrebbero avere pur correttamente somministrati .

NOTE

.....

Si allega il certificato medico che prescrive la somministrazione del farmaco.

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia e confermano il loro impegno a collaborare fattivamente e responsabilmente.

Numeri utili:

Genitori.....

Pediatra/medico curante.....

Data,.....

FIRMA

\_\_\_\_\_

ALLEGATO 3 - Verifica disponibilità alla somministrazione del farmaco

Al personale insegnante e ausiliario  
della Scuola.....  
di.....

Oggetto: verifica della disponibilità alla somministrazione di farmaci necessari e non differibili.

I genitori di.....  
frequentante la Scuola dell'Infanzia /Primaria/ Secondaria di I grado  
di.....sezione/classe.....  
chiedono la disponibilità del personale insegnante e ausiliario della Scuola alla somministrazione  
del seguente farmaco in quanto necessario e indifferibile:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

DOSE.....

ORARIO.....

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che, pertanto, di  
norma non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire,  
preciso che:

- in accordo con la famiglia, in caso di disponibilità, si è formalizzata la ferma volontà dei  
genitori di non imputare al personale educativo eventuali effetti collaterali propri di tali  
farmaci sul/la bambino/a o derivanti dalle corrette modalità di somministrazione degli  
stessi.

In attesa di cortese riscontro cordiali saluti

Data,.....

Il Dirigente Scolastico

Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo

Oggetto: risposta alla richiesta autorizzazione somministrazione farmaci necessari e non differibili.

I sottoscritti.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

personale insegnante e ausiliario della Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di I grado di ....., in relazione alla richiesta pervenuta dal Dirigente dell'Istituto come da domanda della famiglia e da certificato medico,

- nella consapevolezza che il caso in questione è particolare e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile;
- evidenziando di non avere competenze né funzioni in merito e di norma di non essere autorizzati alla somministrazione di farmaci, ma che in caso di disponibilità sono sollevati da ogni responsabilità relativa alle conseguenze della corretta somministrazione di tali farmaci sul/la bambino/a ;

dichiarano di

- acconsentire alla richiesta pervenuta e alla somministrazione
- non acconsentire alla richiesta pervenuta ed alla somministrazione

Data,.....

Il personale scolastico

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Ai genitori di

.....

Al Responsabile di Plesso  
della Scuola.....

di.....

Oggetto: Risposta in relazione alla richiesta di somministrazione farmaco necessario e indifferibile

Con la presente comunico di aver richiesto al personale ausiliario ed insegnante della Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di I grado....., frequentata da vostro figlio/a di somministrare i farmaci richiesti, evidenziando come di norma il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che pertanto, di norma, non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire.

La formale risposta del personale educativo è stata di :

- acconsentire alla richiesta pervenuta e alla somministrazione
- non acconsentire alla richiesta pervenuta ed alla somministrazione

Si ricorda il vostro impegno a comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia ed a collaborare fattivamente e responsabilmente onde evitare conflittualità presenti e future, anche potenziali.

La durata della presente è relativa all'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata, in caso di necessità di terapia continuativa, all'inizio del nuovo anno scolastico.

Distinti saluti.

Data,.....

Il Dirigente Scolastico

I SOTTOSCRITTI.....(PADRE)

.....(MADRE)

genitori di .....

frequentante la scuola dell'infanzia / scuola primaria / scuola secondaria I grado .....

..... classe.....sezione.....dichiarano

l'assoluta necessità, del/la figlio/a di assumere in orario scolastico il seguente farmaco:

Nome commerciale:

.....

Dose:

.....

Orario:

.....

Chiedono contestualmente che sia consentito al bambino di **autosomministrarsi il farmaco**, come da protocollo, negli orari scolastici, attestando che il bambino / a è stato formato da personale sanitario alla auto – somministrazione.

Si allega il certificato medico.

I sottoscritti si impegnano a comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia.

Data,.....

FIRMA

\_\_\_\_\_

Al personale insegnante e ausiliario  
della Scuola.....  
di.....

Oggetto: Autosomministrazione autorizzata del farmaco.

I genitori di .....  
frequentante la Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di I grado  
di.....sezione/classe.....  
hanno dichiarato l'assoluta necessità del/la figlio/a di assumere il seguente farmaco:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO.....

DOSE.....

ORARIO.....

Come da richiesta della famiglia, si prevede l'**autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno.**

Ringraziando il personale preposto si ricorda la necessità della verifica contestuale della corretta auto assunzione del farmaco.

Data,.....

Il Dirigente Scolastico

Ai genitori di

.....  
Scuola.....  
di.....

Oggetto: risposta in relazione alla richiesta di autosomministrazione farmaco.

In relazione alla richiesta in oggetto, informato il personale ausiliario ed insegnante della Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria di I° grado....., dell'assoluta necessità, da parte di vostro/a figlio/a, di autosomministrarsi il farmaco indicato, si consente a tale autosomministrazione, che dovrà avvenire in presenza di personale scolastico.

Si ricorda il vostro impegno a comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia ed a collaborare fattivamente e responsabilmente onde evitare conflittualità presenti e future, anche potenziali.

La durata della presente è relativa all'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata, in caso di necessità di terapia continuativa, all'inizio del nuovo anno scolastico.

Distinti saluti.

Data,.....

Il Dirigente Scolastico