

**PROTOCOLLO DI INTESA TRA ASL PAVIA E UST PAVIA  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA**

Pavia, 18/02/2011

L'Azienda Sanitaria Locale di Pavia – Direzione Generale e l'Ufficio Scolastico di Pavia XIX Ambito Territoriale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, rispettivamente rappresentati dal dott. Giuseppe Tuccitto, Direttore Generale e dal dott. Giuseppe Bonelli, Dirigente Amministrativo, al fine di garantire un approccio omogeneo alla gestione della somministrazione dei farmaci in ambito scolastico

**Premesso che**

1. si è riscontrata nelle scuole del territorio provinciale la presenza di alunni e studenti minorenni che necessitano di somministrazione di farmaci in orari ricadenti nelle ore scolastiche;
2. è stata rilevata, in molti casi, la necessità / volontà delle famiglie di affidare all'istituzione scolastica il compito di somministrare i farmaci ai propri figli;
3. l'esistenza di tali situazioni richiama l'attenzione sulla centralità dell' alunno e sulla consapevolezza della priorità di tutelarne la salute e la sicurezza;

**Preso atto**

delle raccomandazioni emanate dal MIUR, di concerto con il Ministero della Salute, in data 25.11.2005, che prevedono il rilascio di specifiche autorizzazioni da parte delle ASL competenti alla somministrazione di farmaci a scuola, nel caso in cui la stessa non richieda il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e/o l'esercizio di discrezionalità tecnica;

**Considerata**

la necessità di costruire un percorso condiviso, nel rispetto delle reciproche competenze, per garantire i livelli essenziali delle prestazioni scolastiche e sanitarie e, nel contempo, per evitare incongrue somministrazioni di farmaci in ambito scolastico, salvaguardando soprattutto il diritto alla cura degli studenti portatori di patologia cronica

convengono

quanto segue:

**ART.1**

**L'ASL di Pavia:**

1. autorizza con il presente protocollo le istituzioni scolastiche alla somministrazione di farmaci, per bocca e/o aerosol, su richiesta delle famiglie, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno, con la prescrizione

specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia), utilizzando il modulo di cui agli allegati 2 e 3 e solo nei casi di effettiva, assoluta necessità come in situazioni di patologie croniche e di particolari patologie previste al § 2, punto b) dell'Allegato 1 (Indicazioni Operative);

2. si impegna a integrare le proprie competenze istituzionali con quelle delle istituzioni della scuola, al fine di regolamentare in modo unitario i percorsi d'intervento;
3. progetta e realizza, di concerto con l'USP e con l'eventuale coinvolgimento delle associazioni dei genitori, dei Comuni e delle associazioni di volontariato, percorsi di formazione degli operatori delle scuole, in modo che l'assistenza specifica venga supportata anche da una "formazione in situazione" riguardante le singole patologie;
4. assicura la massima diffusione del presente protocollo ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta della provincia di Pavia;
5. assicura, con proprie risorse professionali, il soddisfacimento dei bisogni formativi sia attraverso l'attività programmata annualmente, sia in tutte quelle situazioni in cui i Dirigenti Scolastici manifestassero particolari esigenze .

## **ART. 2**

### **L'UST di Pavia:**

1. assicura la massima diffusione alle scuole della provincia del presente protocollo e delle indicazioni operative allegate;
2. supporta le scuole nell'attuazione del presente protocollo;
3. promuove la costituzione in rete delle scuole coinvolte, al fine di garantire un percorso di intervento omogeneo e condiviso;
4. progetta e realizza, senza oneri a proprio carico, di concerto con l'ASL e con l'eventuale coinvolgimento delle associazioni dei genitori, dei Comuni e delle associazioni di volontariato, percorsi di formazione degli operatori delle scuole, in modo che l'assistenza specifica venga supportata da una "formazione in situazione" riguardante le singole patologie.

## **ART. 3**

Il presente protocollo è corredato di indicazioni operative (All.1) per i dirigenti e per il personale della scuola, che non hanno carattere prescrittivo.

La sua validità intercorre dalla data di sottoscrizione alla data del 31/8/2013 e può essere modificato in conseguenza di interventi normativi, di specifiche necessità o su richiesta di una delle parti firmatarie.

*Il Direttore Generale dell'ASL di Pavia*  
F.to *Dott. Giuseppe Tuccitto*

*Il Dirigente dell'US XIX A.T. di Pavia*  
F.to *Dott. Giuseppe Bonelli*

## **Allegato1**

### *INDICAZIONI OPERATIVE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE DELLA SCUOLA*

#### **§ 1. Procedura per la richiesta**

**I genitori**, o coloro che esercitano la potestà genitoriale, presentano richiesta al Dirigente Scolastico utilizzando il modulo (allegato n. 2) corredato della prescrizione alla somministrazione rilasciata dal medico curante (MMG, pediatra) come da allegato n. 3.

**Il medico** curante, per il rilascio della prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola, si atterrà 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, (allegato n. 3), deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità d'equivoci e/o errori:

- nome e cognome dell'alunno/a
- nome commerciale del farmaco
- dose da somministrare
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- durata della terapia.

#### **Il Dirigente Scolastico:**

- individua, preferibilmente tra i destinatari di altri interventi formativi specifici, o nell'ambito del personale docente o ATA già nominato come addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D.L. 626/94 e D.M. 388/03), gli operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici, personale educativo/ assistenziale) disponibili a somministrare i farmaci, e ai quali deve essere garantita prioritariamente l'informazione e formazione specifica;
- si fa garante, in caso di accoglimento della richiesta, dell'organizzazione dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazione dei farmaci avvalendosi degli operatori scolastici opportunamente formati, anche con il coinvolgimento del medico e della famiglia;
- nel caso in cui il Dirigente Scolastico ravvisasse l'incongruità della richiesta, richiede per iscritto parere medico al Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità (di seguito S.M.P.C.), competente territorialmente (Pavia, Vigevano, Voghera). I nominativi e i recapiti saranno comunicati dal Dipartimento di Prevenzione Medica;
- garantisce la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso secondo quanto indicato dal foglietto illustrativo e ne assicura la custodia sotto chiave al fine di evitare l'accesso agli alunni e al personale non autorizzato;
- promuove specifiche intese e/o collaborazioni con gli assessorati per la salute e i servizi sociali dei Comuni competenti, e/o con le associazioni di volontariato per concordare eventuali interventi nel caso in cui non ci sia personale disponibile tra gli operatori della scuola.

## § 2. Gestione di casi particolari.

a) Il Dirigente Scolastico, in caso di impossibilità di garantire la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico, informa il Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità territorialmente competente, che provvederà ad attivare le misure necessarie per garantire il servizio;

### b) Situazioni cliniche particolari

- *Iperpiressia*

Nella scuola dell'infanzia e nella scuola primaria, la somministrazione di paracetamolo per bocca può avvenire in caso di insorgenza di febbre >38°C ed impossibilità da parte del genitore/tutore di suo delegato al ritiro dell'alunno, previa autorizzazione, rilasciata preventivamente alla Direzione scolastica dal genitore/tutore stesso.

Il genitore indicherà nell'autorizzazione il dosaggio abituale di farmaco che viene somministrato al bambino

- *Convulsioni febbrili*

Nella scuola dell'infanzia, in bambini che abbiano una storia di convulsioni febbrili, può essere richiesta dai genitori la somministrazione, in prima istanza, di un farmaco antipiretico in caso di episodio febbrile. Il dosaggio del farmaco verrà indicato dal medico curante in base alla soglia epilettogena del piccolo paziente.

Quando vi sia la richiesta di somministrazione di anticonvulsivanti per via rettale, in caso di crisi convulsive in atto, tale somministrazione potrà essere effettuata dagli operatori scolastici solo in virtù di un rapporto fiduciario ed a fronte di una autorizzazione del genitore/tutore e della prescrizione del medico curante, che precisi diagnosi, posologia e situazioni in cui è richiesta la somministrazione.

Il dirigente scolastico avrà cura di individuare gli operatori scolastici di riferimento e, all'occorrenza ed in collaborazione con Servizio Medicina Preventiva nelle Comunità dell'ASL Prov. di Pavia, di organizzare un momento formativo, coinvolgendo il Medico curante del bambino.

In ogni caso, all'emergenza si dovrà contestualmente attivare il 118 e avvisare tempestivamente il genitore/tutore.

- *Allergia con rischio di shock anafilattico:*

Nel bambino-ragazzo con allergia alimentare non si può escludere, anche se non si è verificata mai per il passato, la eventualità di una reazione anafilattica e successivo shock.

Quest'ultimo è una eventualità che, alla sua manifestazione, richiede la iniezione per via intramuscolare di adrenalina, farmaco "salvavita", in attesa dell'arrivo degli operatori del 118 che dovranno essere attivati secondo il piano per le emergenze sfilato dal dirigente scolastico.

Lo shock anafilattico, essendo una situazione clinica potenzialmente mortale, rappresenta una eccezione alla regola enunciata all'art. 1, per cui il personale scolastico non somministra generalmente farmaci per via parenterale.

- *Diabete*

Per quanto riguarda il diabete, si rimanda alla Circolare della Regione Lombardia n.30/SAN del 12/07/2005 e alla Circolare del MIUR, Prot. n. 15413 del 28/09/2005;

c) Premesso che l'autosomministrazione del farmaco è da incentivare in alcune situazioni cliniche (come nel caso dell'asma allergico), anche in questa circostanza il genitore deve farne richiesta al Dirigente Scolastico attraverso la compilazione del modulo, a cui dovrà essere sempre allegata la prescrizione del medico curante;

d) Nel caso di alunni provenienti da altre province, le cui famiglie richiedono la somministrazione di farmaci a scuola, il Servizio di Medicina Preventiva di Comunità, informato dal Dirigente Scolastico, curerà i rapporti con l'ASL di appartenenza per garantire comunque la prestazione richiesta;

e) Resta in ogni modo prescritto il ricorso al Servizio Urgenza ed Emergenza (118) in tutti quei casi che possono rivestire i caratteri dell'urgenza.

## Allegato 2

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O AUTOSOMMINISTRAZIONE

#### DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti .....

.....

genitori di .....

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

residente a ..... in via.....

frequentante la classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via.....

Essendo il minore affetto da .....

e constatata l'assoluta necessità,

chiedono

la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data.....dal Dr.....

- Si autorizza fin d'ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale non sanitario.
- Si acconsente 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
- Si autorizza il proprio figlio all' autosomministrazione.

Si allega prescrizione  del Medico di Medicina Generale /  del Pediatra di libera scelta

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_

### Allegato 3

#### **PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- Vista la richiesta dei genitori;
- constatata l'assoluta necessità;
- accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né esercizio di discrezionalità;

#### **SI PRESCRIVE**

#### **LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E 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: 1<sup>a</sup> dose ... .. 2<sup>a</sup> dose ... .. 3<sup>a</sup>dose ... .. 4<sup>a</sup> dose ... ..

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

Modalità di conservazione del farmaco .....

note .....

.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*

**Liceo Scientifico Statale "Niccolò Copernico"**

Via Verdi 23/25 - 27100 PAVIA Tel. 0382 29120

Cod. Mecc. PVPS05000Q C.F. 96000610186 C.U.F. UFGPJF

E-mail: [pvps05000q@istruzione.it](mailto:pvps05000q@istruzione.it) Pec: [pvps05000q@pec.istruzione.it](mailto:pvps05000q@pec.istruzione.it)

[www.copernico.edu.it](http://www.copernico.edu.it)



**Al Dirigente Scolastico**  
**Paola Donatella Penna**  
**del Liceo Scientifico Statale**  
**"N. Copernico"**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O AUTO SOMMINISTRAZIONE**

I sottoscritti: \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_ del Liceo Scientifico "N.Copernico" di Pavia

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da allegata

autorizzazione medicarilasciata in data \_\_\_\_\_ dalla

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

- Si autorizza fin d'ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale non sanitario.

Si acconsente 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

Si autorizza il proprio figlio all' autosomministrazione.

Si allega prescrizione  del Medico di Medicina Generale /  del Pediatra di libera scelta

\_\_\_\_\_

Firma<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_