



Ufficio Scolastico
Regionale per la
Campania

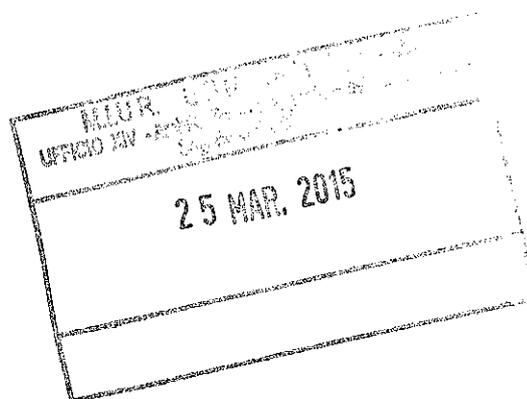
Ambito Territoriale Caserta
Via Ceccano 24 – 81100 Caserta



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA
Via Unità Italiana n. 28 – 81100 Caserta

Distretto Sanitario n. 17 – Via S. Lucia – Aversa

Protocollo d'intesa per la somministrazione dei farmaci a Scuola



Protocollo d'intesa per la somministrazione dei farmaci a Scuola

Al fine di garantire un approccio omogeneo, alla gestione della somministrazione di farmaci in ambito scolastico, l'ASL Caserta, Distretto Sanitario n.17 di Aversa, e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Campania,- Ambito Territoriale di Caserta, concordano e sottoscrivono un percorso a carattere sperimentale condiviso nel rispetto delle reciproche competenze

Premesso che

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

Considerato che

1 – le problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico sono da tempo all'attenzione delle Istituzioni (vedi pubblicazione il 25 novembre 2005 delle "Linee Guida per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, predisposte congiuntamente dal Ministero dell'Istruzione e della Salute);

2 – l'esistenza di tali situazioni richiama l'attenzione sulla centralità dell'alunno e la conseguente consapevolezza della priorità di tutelarne la salute ed il benessere, pone altresì la necessità di predisporre un accordo convenzionale, condiviso dalle parti, che individui un percorso di intervento nelle singole situazioni.

3 – è prevista, entro il periodo di sperimentazione, la definizione di linee guida condivise, di un percorso di formazione//informazione degli operatori delle scuole, anche attraverso l'eventuale coinvolgimento dei familiari.

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, 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 "formazione in situazione" riguardante le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza prevista dal Decreto Legislativo 626/94 e dal D.M. 388/2003.

L'ASL di Caserta, Distretto Sanitario n.17 di Aversa e l'Ufficio Regionale per la Campania - Ambito Territoriale di Caserta, si impegnano a integrare le proprie competenze territoriali al fine di regolamentare in modo unitario i percorsi d'intervento e di formazione in tutti i casi, in orario scolastico, si registra la necessità di somministrare i farmaci e di costruire un percorso condiviso

Convengono quanto segue

Art.1

Percorso da intraprendere per la somministrazione da parte del Personale della scuola di farmaci in orario scolastico

Considerato che i farmaci a scuola non devono essere somministrati, salvo i casi autorizzati, i genitori in caso di necessità, presentano richiesta al Dirigente Scolastico, utilizzando il modulo (allegato n.1), corredato della prescrizione alla somministrazione rilasciata dal medico curante (MMG, pediatra) come da allegato 2.

Il Dirigente Scolastico:

- individua, preferibilmente nell'ambito del personale già nominato, come addetto al Pronto 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/formazione specifica;
- si fa garante 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 prescrittore e della famiglia;
- garantisce la corretta e sicura conservazione dei farmaci e del materiale in uso;
- in occasione del passaggio ad altre scuole, invita espressamente i genitori delle strutture ad informare il Dirigente Scolastico della scuola di destinazione e concorda la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto.

Art. 2

Gestione di casi particolari

- Il Dirigente Scolastico per casi particolari può avvalersi del supporto del medico referente del Distretto n. 17 di Aversa, della ASL di Caserta (l'elenco dei referenti sarà trasmesso annualmente dalla ASL al CSA) al fine di elaborare uno specifico Progetto di Intervento, che prevede l'intervento di specialisti e/o medico curante per l'attività di "formazione in situazione" rivolta agli operatori scolastici.

-Particolari casi di impossibilità socio-sanitaria alla realizzazione della progettualità in singoli casi sarà eventualmente oggetto di attenzione da parte della Unità di Valutazione Multi Dimensionale, secondo le specifiche competenze.

I CRITERI A CUI SI ATTERRANNO I MEDICI CURANTI PER IL RILASCIO DELLA PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA SONO:

- 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 in altre modalità di somministrazione e conservazione del farmaco;
- La fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.

Il modulo di prescrizione (allegato n.2), 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
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- durata della terapia

Art. 3

Somministrazione dei farmaci e/o auto-somministrazione

Fermo restando quanto già indicato nel presente Protocollo d'intesa, vista la maggiore autonomia degli studenti in fascia di età compresa tra i 12 e i 17 anni, si conviene, in accordo con la famiglia sulla possibilità di prevedere per questi studenti l'auto-somministrazione dei farmaci e il coinvolgimento degli studenti stessi nel Progetto di Intervento, che li riguarda. Al compimento della maggiore età degli studenti, i Progetti d'intervento in atto potranno essere proseguiti. Per i casi specifici riguardanti alunni di età inferiore ai dodici anni che hanno acquisito autonomia nella auto-somministrazione, d'intesa con i medici e la famiglia, si può prevedere un progetto di intervento, finalizzato all'auto-somministrazione.

Art. 4

Valutazione di monitoraggio

Ogni singola Scuola trasmetterà periodicamente i dati e la relativa modulistica alla Direzione Sanitaria del Distretto – Servizio di Educazione Sanitaria.

Al fine di monitorare l'applicazione del protocollo saranno raccolti:

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

Art. 5

Durata della validità della presente intesa

Il presente accordo ha validità di un anno, in via sperimentale, a partire dalla data di stipula e si integra con le norme nazionali e regionali delle Linee Guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico. Può essere aggiornato ed integrato in conseguenza di modifiche normative, di specifiche necessità o di richiesta di una delle parti firmatarie.

Caserta, 24 FEB, 2015

Azienda Sanitaria Locale Caserta

Il Commissario Straordinario

Dr. Gaetano Danzi



U. S. R. per la Campania

Ufficio 14

Dr. Vincenzo Romano

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Vincenzo Romano", written over a horizontal line.

Il Direttore Responsabile

Distretto Sanitario n.17 di Aversa

Dr. Mariano Buniello

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Mariano Buniello", written over a horizontal line.

Allegato n.1 - **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

• **Somministrazione (se minorenni)**

Il sottoscritto _____
genitore/tutore dello studente _____
Frequentante la classe/sezione _____
Della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria _____

CHIEDE

0 la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico, alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica di seguito descritta ;

0 la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata

Firma del genitore/tutore

• **Autosomministrazione (per maggiorenni)**

Il 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 dello studente maggiorenne

numeri di telefono utili

- Pediatra di libera scelta / medico curante _____
- Genitori _____

Allegato n. 2 – Prescrizione del Medico Curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale), alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Vista la richiesta del genitore e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

La somministrazione dei farmaci sottoindicati, da parte del personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico dell'alunno/o

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ residente _____

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. dose _____ 2.dose _____ 3.dose _____ 4.dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data , _____

Timbro e firma del Medico
