

TRATTAZIONE

*«PROTOCOLLO PER LA
SOMMINISTRAZIONE DEI
FARMACI NEI SERVIZI
EDUCATIVI, SCOLASTICI ED
EXTRA-SCOLASTICI»*



PROTOCOLLO DELLA PROVINCIA DI FERRARA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CONTESTI EXTRA – FAMILIARI, EDUCATIVI E/O SCOLASTICI

Allegato alla DELIBERA G.P. NN. 204/69047 del 28.8.2012

Sottoscritto da :

- AUSL di Ferrara
- Ufficio per Ambito Territoriale per la provincia di Ferrara
- Provincia di Ferrara
- Istituzioni scolastiche statali e paritarie della provincia di Ferrara **farmaci**
- Soggetti gestori dei servizi educativi dell'infanzia nella provincia di Ferrara

Recepisce le indicazioni del D.G.R. n° 166 DEL 20/02/2012

!! NOTA BENE !!

L'esistenza di un **PROTOCOLLO PROVINCIALE** non deve essere considerato un “**obbligo**” per i **bambini con patologia cronica di avere farmaci a scuola**, ma una **OPPORTUNITÀ** che hanno e che i genitori sono **liberi di accettare o meno!**

*Esempio: Due genitori hanno rifiutato l'adrenalina per paura che potesse essere somministrata in modo inopportuno -> **RICHIESTA RIFIUTO SCRITTO DA PARTE DEI GENITORI***



Articolo 1 – Ambiti di applicazione

Articolo 2 - Percorso integrato per la somministrazione di farmaci

2.1 Prescrizione del medico curante

2.2 Rilascio della certificazione

2.3 Trasmissione dell'informazione dei farmaci alla scuola/struttura educativa

2.4 Organizzazione della somministrazione di farmaci

2.5 Indicazioni per la gestione del percorso:

2.5.1 - Auto-somministrazione

2.5.2 - Somministrazione ad opera di un familiare

2.5.3 - Modifiche o sospensione della terapia

2.5.4 - Durata della terapia

2.5.5 - Passaggio del bambino/studente ad altra scuola/struttura educativa

2.5.6 - Partecipazione a uscite didattiche e/o visite scolastiche.

Articolo 3 - Somministrazione dei farmaci

3.1 Somministrazione continua o ciclica di farmaco per via orale, cutanea, inalatoria, congiuntivale (non parenterale)

3.2 Somministrazione continua di farmaci per via parenterale (iniettiva)

3.3 Auto-somministrazione del farmaco (eccetto farmaci salvavita)

3.4 Gestione delle emergenze-urgenze

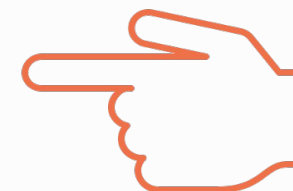
3.5 PEG o Gastrostomia.

Articolo 4- Formazione del personale

Articolo 5 – Durata e diffusione del Protocollo

5.1 Durata

5.2 Diffusione.



ART. 1 – AMBITI DI APPLICAZIONE

Il presente Protocollo si riferisce al **percorso di somministrazione di farmaci** nei seguenti ambiti di applicazione:

- I servizi educativi per la **prima infanzia (0-3 anni)**
- Le **scuole dell'infanzia statali e paritarie**
- **Tutte le scuole statali e paritarie del ciclo primario e secondario**
- **Centri estivi, pre e post scuola, ogni altro contesto educativo in cui possa presentarsi la necessità di somministrazione di farmaci ai minori (centri diurni, socio-riabilitativi, ecc.), purché convenzionati con i soggetti sottoscrittori del presente protocollo.**

ART. 2 – PERCORSO INTEGRATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il rilascio della **certificazione sanitaria per la somministrazione di farmaci** in orario scolastico ed in contesto educativo può essere rilasciata dai **medici della Pediatria di Comunità (PdC) SOLO** in presenza dei seguenti criteri:

- **Assoluta necessità**
- **Somministrazione indispensabile in orario scolastico ed in contesto educativo**
- **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**, alle **modalità di somministrazione e/o di conservazione**;
- **Fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

ART. 2.1 – Prescrizione del medico curante

Il **MEDICO CURANTE** (*Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale, Specialista di riferimento*) redige la **prescrizione dei farmaci in orario ed ambito scolastico**, specificando:

- Nome e cognome del bambino/studente
- Data di nascita
- Nome commerciale del farmaco
- Dose e orario per la somministrazione quotidiana del farmaco
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco
- Durata della terapia (**se non specificato è di 1 A.S.**)
- Eventuale capacità o meno del bambino/studente ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.



ART. 2.2 – Rilascio della certificazione



La **prescrizione del medico curante** sarà consegnata alla **Pediatria di Comunità dell'Azienda U.S.L. del territorio** in cui è ubicata la scuola/struttura educativa, unitamente al **modulo per la richiesta di somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo** (**ALLEGATI 1 O 2**: *quest'ultimo solo per i maggiorenni*).

Presa visione del certificato del curante e della richiesta scritta della famiglia o di chi esercita la potestà genitoriale o dell'alunno maggiorenne, la **Pediatria di Comunità rilascia per la scuola/struttura educativa**, nel caso in cui la richiesta rientri nei criteri già indicati, il **certificato per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico/educativo** (**ALLEGATO 3**)

Si provvede anche ad un eventuale **INCONTRO FORMATIVO con Personale Educativo/Scolastico** concordato da Dirigente Scolastico/Responsabile struttura educativa e Pediatria di Comunità.

PROTOCOLLO DELLA PROVINCIA DI FERRARA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CONTESTI EXTRA – FAMILIARI, EDUCATIVI E/O SCOLASTICI

ALLEGATO N. 1 - Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo(in caso di frequentante minorenne)

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto
Via.....
Località.....Provincia.....

Al Pediatra di Comunità
Dott.
Distretto.....
Località.....Provincia.....

I sottoscritti (Cognome Nome).....e
genitori/tutori di (Cognome Nome)
nato a prov.....il...../...../..... residente
a.....cap..... prov. in via
.....n°..... recapito telefonico n°.....
oppure n°.....oppure n°.....
affetto da.....
(vedi certificazione medica) che frequenta la classe sez.della scuola
.....prescuola
doposcuola..... centro estivo.....
sita in Localitàcap. prov.....
via.....n°.....
consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che
non è obbligato alla somministrazione di farmaci ai frequentanti, informato/a sulle procedure
attivate da Codeste Istituzioni e della disponibilità espressa da alcuni operatori per la
somministrazione di farmaci in orario di funzionamento, secondo procedure predefinite e
concordate,

ALLEGATO N. 1

CHIEDIAMO (barrare la scelta)

- che i Sigg.....possano accedere alla sede dell'Istituto alle oreper somministrare a nostro/a figlio/a il farmaco (scrivere nome commerciale).....
- che a nostro/a figlio/a sia somministrato in orario di funzionamento dell'attività scolastica/educativa il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....
(questa seconda voce va barrata quando si chiede al personale scolastico/educativo di somministrare il farmaco)
- che consegneremo il farmaco all'Istituzione in confezione integra e non scaduta
- che nostro/a figlio/a possa auto-somministrarsi in orario di funzionamento il farmaco seguente (come da certificazione medica allegata)
- che in caso di necessità (Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco e dose del farmaco) possa essere somministrato a nostro/a figlio/a il seguente il seguente farmaco:.....

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

In fede

Data

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

.....

.....



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DISTRETTO - **DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**

Unità Operativa Servizi Sanitari - Modulo Organizzativo Pediatria di Comunità

Responsabile:

**ALLEGATO N. 3 - Certificazione per la somministrazione di farmaci in orario
ed ambito scolastico/educativo**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo
Via.....
Località.....
Provincia.....

e p.c. Ai Genitori di
Via.....
Località.....
Provincia.....

Constatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in
orario ed ambito scolastico/educativo a :

Cognome e Nome
nato a..... prov. il/...../.....,
residente ain Via.....n°.....
tel.....oppure tel.....che
frequenta la classe..... sezdella scuola.....
sita in Localitàcap.
prov..... Via.....n°.....

ALLEGATO N. 3

**Rilasciato dalla PEDIATRIA DI
COMUNITA'**

**Consegnato alla scuola/struttura
educativa assieme a ALLEGATO 1 E al
CERTIFICATO MEDICO**

- Dalla famiglia o da chi esercita la
potestà genitoriale
- Dallo studente maggiorenne
- Dalla pediatria di comunità

**Fornisce INDICAZIONI PER LA
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
(quotidiana, al bisogno, d'emergenza)**

Nome commerciale del farmaco

.....

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

Orario e dose da somministrare (barrare la scelta):

- ☐ Mattina ore..... dose.....
- ☐ Pranzo ore..... dose.....
- ☐ Pomeriggio ore..... dose.....

Modalità di somministrazione

.....
.....

Modalità di conservazione

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

Capacità del frequentante ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (come da certificazione medica allegata) SI' ☐ NO ☐



DISTRETTO - **DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**
Unità Operativa Servizi Sanitari - Modulo Organizzativo Pediatria di Comunità
Responsabile:

B) Somministrazione al bisogno:

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

Modalità di somministrazione
.....
.....

Capacità del frequentante ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): SI' ☐ NO ☐

Modalità di conservazione
.....
.....

Note per eventuali effetti collaterali
.....
.....

Note di formazione specifica per personale incaricato
.....
.....

C) Nome commerciale e dose del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione

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

Modalità di conservazione

Note per eventuali effetti collaterali

Note di formazione specifica per personale incaricato

Data

Medico AUSL (Timbro e Firma)

ART. 2.3 – Trasmissione dell'informazione e dei FARMACI alla scuola/struttura educativa

FORNITI dai GENITORI

TUTTI I FARMACI AUTORIZZATI ECCETTO QUELLI "SALVAVITA"

- Confezione integra
- In corso di validita' (*non scaduti*)
- Riforniti/sostituiti in caso di scadenza durante l'anno scolastico ad opera della famiglia
- In caso di inutilizzo i farmaci verranno ritirati a fine anno scolastico dalla famiglia e/o dal servizio extra scolastico incaricato

FORNITI dalla PdC

FARMACI D'EMERGENZA "SALVAVITA":

- **ADRENALINA**
- **GLUCAGONE**

Riforniti/sostituiti prima della loro scadenza, ritirati alla fine dell'A.S. e riconsegnati alla scadenza e/o alla fine dell'A.S alla **Pediatria di Comunità**

**BAMBINI CON FARMACI A SCUOLA - A.S. 2012-13 - DISTR. CENTRO-NORD
FERRARA con Vigarano e Poggiorenetico e COPPARO**

PATOLOGIE * 1allergia ad imenotteri	ASILO NIDO	SCUOLA INFANZIA	SCUOLA PRIMARIA	TOTALE per sede	TOT. DISTR.
ALLERGIE	3	13	26*+7	42*+7	49
ANAFILASSI		6	13*+4	19*+4	23*
ALTRE ALLERGIE ALIMENTARI	3	2	4	9	9
ASMA		5	9+3	14+3	17
CONVULSIONI FEBBRILI	4	18+1	0+1	22+2	24
EPILESSIA	1	3+2	5	9+2	11
DIABETE MELLITO tipo 1		1	4+4	5+4	9
CEFALEA/EMICRANIA			2	0+2	2
RETTOCOLITE ULCEROSA		1			1
EMOFILIA			1	1	1
S.GENETICA con epil. e all.			1	1	1
TOTALE PER SEDE	8+0	36+3	37+14	81+17	98
TOTALE DISTR.CENTRO-N.	8	39	51	98	

BAMBINI CON FARMACI A SCUOLA - A.S. 2012-13 - DISTRETTO SUD-EST
CODIGORO E PORTOMAGGIORE

PATOLOGIE * 1allergia ad imenotteri	ASILO NIDO	SCUOLA INFANZIA	SCUOLA PRIMARIA	TOTALE per sede	TOT. DISTR.
ALLERGIE	2	5*	22	29	29
ANAFILASSI	1		4	5	5
ALTRE ALLERGIE ALIMENTARI	0+1	1*	4	1*+5	6*
ASMA		4	10+4	14+4	18
CONVULSIONI FEBBRILI	1+1	2+5	2+1	5+7	12
EPILESSIA		1+1	4+4	5+5	10
DIABETE MELLITO tipo 1		3	4+3	7+3	10
FIBROSI CISTICA		1	0+1	1+1	2
IPERLASIA SURR.CGT		1	1	2	2
EMOFILIA		0+1		0+1	1
CEFALEA/EMICRANIA			1	1	1
ALTRE PATOLOGIE	0+2			0+2	2
TOTALE per ex Distretto	2+4	13+7	26+17	41+28	69
TOTALE DISTR. SUD-EST	6	20	43	69	

**BAMBINI CON FARMACI A SCUOLA - A.S. 2012-13 - DISTRETTO OVEST
CENTO E BONDENO senza Vigarano e Poggioarenatico**

PATOLOGIE	ASILO NIDO	SCUOLA INFANZIA	SCUOLA PRIMARIA	TOT. DISTR.
ALLERGIE		3	11	14
ANAFILASSI		2	1	3
ALTRE ALLERGIE ALIMENTARI		1	2	3
ASMA			8	8
CONVULSIONI FEBBRILI	3	7		10
EPILESSIA	1	1	8	10
DIABETE MELLITO tipo 1	1	2	2	5
CEFALEA/EMICRANIA			1	1
EPISTASSI		1		1
ALTRE PATOLOGIE		2		2
TOTALE DISTRETTO OVEST	5	16	22	43

BAMBINI CON FARMACI A SCUOLA - A.S. 2012-13 - AZIENDA USL FE
ASILO NIDO

PATOLOGIE	CENTRO NORD	SUD EST	OVEST	TOTALE AUSL FE
CONVULSIONI FEBBRILI	4	2	3	9
ALLERGIE	3	2		5
ANAFILASSI		1		1
ALTRE ALLERGIE ALIMENTARI	3	1		4
ASMA				0
EPILESSIA	1		1	2
DIABETE MELLITO tipo 1			1	1
ALTRE PATOLOGIE		2		2
TOTALE AUSL FERRARA	8	6	5	19

**BAMBINI CON FARMACI A SCUOLA - A.S. 2012-13 - AZIENDA USL FE
SCUOLA DELL'INFANZIA**

PATOLOGIE * 1allergia ad imenotteri	CENTRO NORD	SUD EST	OVEST	TOTALE AUSL FE
CONVULSIONI FEBBRILI	19	7	7	33
ALLERGIE	13	5*	3	21*
ANAFILASSI	6		2	8
ALTRE ALLERGIE ALIMENTARI	2	1*	1	4*
ASMA	5	4		9
EPILESSIA	5	2	1	8
DIABETE MELLITO tipo 1	1	3	2	6
FIBROSI CISTICA		1		1
IPERPLASIA SURR. CGT.		1		1
EMOFILIA		1		1
RETTOCOLITE ULCEROSA	1			1
ALTRE PATOLOGIE			3	3
TOTALE AUSL FERRARA	39	20	16	75

BAMBINI CON FARMACI A SCUOLA - A.S. 2012-13 - AZIENDA USL FE
SCUOLA PRIMARIA

PATOLOGIE * 1allergia ad imenotteri	CENTRO NORD	SUD EST	OVEST	TOTALE AUSL FE
ALLERGIE	33*	22	11	66
ASMA	12	14	8	34
ANAFILASSI	17*	4	1	22*
ALTRE ALLERGIE ALIMENTARI	4	4	2	10
EPILESSIA	5	8	8	21
DIABETE MELLITO tipo 1	8	7	2	17
CEFALEA/EMICRANIA	2	1	1	4
CONVULSIONI FEBBRILI		3		3
FIBROSI CISTICA		1	1	2
IPERPLASIA SURR. CGT.			1	1
EMOFILIA	1			1
S.GENETICA con epil. e all.	1			1
TOTALE AUSL FE	50	42	24	116

BAMBINI CON FARMACI A SCUOLA - A.S. 2012-13 - AZIENDA USL FE

CENTRO-NORD,SUD-EST,OVEST

PATOLOGIE * 1allergia ad imenotteri	ASILO NIDO	SCUOLA INFANZIA	SCUOLA PRIMARIA	TOTALE
ALLERGIE	3+2+0	13+5*+3	33*+22*+11	92
ANAFILASSI	1	6+2	17*+4+1	31
ALTRE ALLERGIE ALIMENTARI	3+1	2+1*+1	4+4+2	18
ASMA		5+4	12+14+8	43
CONVULSIONI FEBBRILI	4+2+3	19+7+7	1+3	46
EPILESSIA	1+1	5+2+1	5+8+8	31
DIABETE MELLITO tipo 1	1	1+3+2	8+7+2	24
CEFALEA/EMICRANIA			2+1+1	4
FIBROSI CISTICA		1	1	2
IPERLASIA SURR.CGT		1	1	2
EMOFILIA		1	1	2
RETTOCOLITE ULCEROSA		1		1
S.GENETICA con epil.e all.			1	1
ALTRE PATOLOGIE	0+2	0+3		5
TOTALI x DISTR. x PAT.	8+6+5	39+20+16	51+43+22	98+69+43
TOTALE AZIENDA USL FE	19	75	116	210

ASILI NIDO, SCUOLE INFANZIA E PRIMARIE PROVINCIA DI FERRARA

FARMACI AUTORIZZATI A.S. 2012 -13 (alla fine genn. 13)

PATOLOGIE	N° BAMBINI	FARMACI AUTORIZZATI	SOMM. EMERGENZA	SOMM.
ALLERGIE:	92			
-con rischio shock anafil.	31	Adrenalina	Adrenalina	
-Altre allergie	18	Tinset gtt.e altri antistaminici		s.o.
		Bentelan 0,5 O 1 mg.cpr.		s.o.
-Asma o broncosp. rec.	43	Ventolin o Broncodilatatori (puff)	Ventolin	s.o., ciclica
CONV. FEBBRILI	46	Tachipirina supp./scir.		s.o.
		Micronoan 5 o 10 microclismi	Micronoan	
EPILESSIA	31	Micronoan 5 o 10 microclismi	Micronoan	
		Depakin scir.		c.
DIABETE MELLITO tipo 1	24	Glucagen Hypokit 1 mg. fl.	Glucagen	
		Insulina		c.
EMICRANIA	4	Tachipirina cpr.		s.o
FIBROSI CISTICA	2	Creon 10000 cps.		c.
IPERPLASIA SURR. CGT.	2	Idrocortisone cpr.		c.
EMOFILIA	2	Tranex fiale		s.o.
RETTOCOLITE ULC.	1	Pentasa		c.
GER	1	Gaviscon scir		c.
EPISTASSI	1	Emofix		s.o

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE DI UN FARMACO

PROGRAMMATA, CONTINUA o CICLICA

NON PARENTERALE :

- Orale
- Cutanea
- Congiuntivale
- Inalatoria

PARENTERALE (iniettiva) : insulina

AL BISOGNO

- Crisi d'asma
- Crisi convulsiva
- Coma ipoglicemico
- Reazione anafilattica

ART. 2.4 – Organizzazione della somministrazione dei farmaci

Il dirigente scolastico/responsabile struttura educativa, acquisiti:

- Il **MODULO DI RICHIESTA** dalla famiglia o da chi esercita la potestà genitoriale o dallo studente, se maggiorenne (*allegato 1 o 2*),
- Il **CERTIFICATO MEDICO**
- Il **CERTIFICATO DI AUTORIZZAZIONE** (*allegato 3*), rilasciato dalla Pediatria di Comunità,

Valutata la fattibilità organizzativa:

- a) Individua tra il **personale scolastico/educativo** (*che si rende disponibile in forma volontaria alla somministrazione dei farmaci*) gli **incaricati alla somministrazione** (*docenti, non docenti, personale educativo/assistenziale*), responsabili di somministrare i farmaci e **comunica alla famiglia o allo studente, se maggiorenne, i loro nominativi**;
- b) Nel caso di **somministrazione continua**, programmata del farmaco, incarica gli stessi di organizzare la tenuta del **registro giornaliero** relativo alla somministrazione dei farmaci per ciascun allievo, affinché sia attestato il **giorno, l'ora, la quantità ed il nome commerciale del farmaco somministrato, il nome dell'adulto autorizzato** che ha provveduto o assistito alla medesima;

ART. 2.4 – Organizzazione della somministrazione dei farmaci

- c) **Comunica alla famiglia** i nominativi del personale scolastico/educativo responsabile della **verifica della conservazione e della scadenza del prodotto farmaceutico** e della eventuale **necessità di approvvigionamento**;
- d) **Richiede all'ente locale l'eventuale attrezzatura** (*armadietto o frigorifero*) per la **conservazione** del farmaco;
- e) **Individua il locale in cui effettuare la somministrazione**, nel rispetto della riservatezza, su richiesta della famiglia o di chi esercita la potestà genitoriali o dell'alunno maggiorenne;
- f) Concorda con la Pediatria di Comunità eventuali ulteriori **necessità formative per il personale addetto alla somministrazione del farmaco**, in caso di specifiche situazioni patologiche;
- g) Qualora le modalità di somministrazione siano tali da non poter essere espletate da personale scolastico/educativo, partecipa alla ricerca unitamente alla pediatria di comunità e al comune di riferimento, di forme alternative di **collaborazione esterna** (*croce rossa italiana, altri enti o associazioni, volontariato esperto, etc.*) Secondo modalità definite in sede di protocolli territoriali (es. *Stipulare accordi o convenzioni con associazioni di familiari, privato sociale, altri enti, associazioni di volontariato, croce rossa, ecc.*).

ART. 2.5 – Indicazioni per la gestione del percorso

- 2.5.1- Auto-somministrazione

Si ritiene autorizzabile l'auto-somministrazione di farmaci, ad eccezione di quelli salva vita, da parte di **studenti che siano autonomi**: tale competenza dovrà essere **certificata dal medico curante** e **riportata nella richiesta** (allegato 1 o 2) e nel **certificato per la somministrazione di farmaci** in orario scolastico (allegato 3). 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**.

- 2.5.2 - Somministrazione ad opera di un familiare

Un familiare o chi esercita la potestà genitoriale può chiedere espressamente al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura educativa di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco al bambino/studente (allegato 1).

- 2.5.3 - Modifiche o sospensione della terapia

La **famiglia** e comunque chi esercita la potestà genitoriale, in caso di modifiche della terapia (*posologia/modalità di somministrazione, ecc.*) o di sospensione della stessa, proposte dal medico curante, deve **fornire tempestivamente tale informazione alla Pediatria di Comunità insieme alla stessa prescrizione del medico curante** affinché sia predisposta nuova autorizzazione di modifica o di sospensione (nuovo **ALLEGATO 1/2** e **ALLEGATO 3**). In caso di **mancata trasmissione/comunicazione**, la **responsabilità civile e penale ricade interamente sulla famiglia o su chi esercita la potestà genitoriale**.

- 2.5.4 - Durata della terapia

Deve essere riportata nel certificato medico se per **Periodo predefinito, Tutto l'anno scolastico o Per tutto il ciclo scolastico** solo se non sono previste variazioni della posologia (*va indicata nell'allegato 3*). **Se non indicata , ha la validita' di un anno scolastico**

- 2.5.5 - Passaggio del bambino/studente ad altra scuola/struttura educativa

In caso di passaggio o trasferimento del bambino/studente ad altra scuola/struttura educativa o ad altro Comune/Provincia, è **compito della famiglia** informare il **Dirigente Scolastico/Responsabile struttura educativa ricevente** e la **Pediatria di Comunità del territorio di riferimento**, fornendo la documentazione necessaria.

- 2.5.6 - Partecipazione a uscite didattiche in ambito scolastico/educativo

La **stessa terapia autorizzata** in periodo scolastico/educativo deve essere **garantita durante le uscite didattiche in ambito scolastico/educativo** secondo modalità organizzative da concordare con il **Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa**. Le **modalità organizzative** devono essere **concordate con il dirigente scolastico/responsabile** strutture educative.

Quindi, chi può somministrare il farmaco??

- **PERSONALE SCOLASTICO/EDUCATIVO** disponibile in forma volontaria
 - Individuato dal dirigente scolastico/ responsabile struttura educativa
 - Nominativi comunicati alla famiglia o allo studente (*se maggiorenne*)
- **AUTOSOMMINISTRAZIONE**
- **FAMIGLIARI AUTORIZZATI**
- **PERSONALE EXTRASCOLASTICO ESPERTO**



ART. 3 – SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

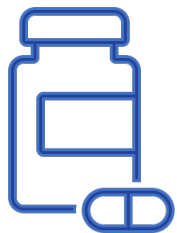
- Non sostitutivo delle cure familiari
- **SOLO NEI CASI DI ASSOLUTA NECESSITA' RICONOSCIUTA DAI SERVIZI COMPETENTI!**



Modalità di somministrazione ed indice dell'art. 3

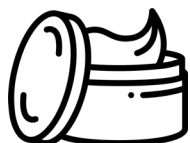
- 3.1 - SOMMINISTRAZIONE CONTINUA o CICLICA di farmaco per via orale, cutanea, inalatoria, congiuntivale (NON PARENTERALE)
- 3.2 - SOMMINISTRAZIONE CONTINUA di farmaco per via PARENTERALE (*iniettiva*)
- 3.3 - AUTO-SOMMINISTRAZIONE del farmaco (*eccetto farmaci salvavita*)
- 3.4 - GESTIONE DELLE EMERGENZE-URGENZE
- 3.5 - PEG o GASTROSTOMIA

3.1 - Somministrazione continua o ciclica di farmaco per via orale, cutanea, inalatoria, congiuntivale (*non parenterale*)



ORALE

Enzimi pancreatici (*Creon 10000*)
Antiepilettici (*Depakin, Rivotril, Luminalette*)
Antifebbrili (*Tachipirina, Efferalgan gtt., sciroppo...*)



CUTANEA

Creme (es. per dermatite atopica)



INALATORIA

Broncodilatatori (es. per crisi d'asma o asma da sforzo : *Broncovaleas, Ventolin spray con distanziatore*)



CONGIUNTIVALE

Collirio (es. per congiuntivite allergica)

Si tratta di una **forma di assistenza parentale** in quanto **non richiede un addestramento tecnico professionale**. Viene eseguita con alle seguenti condizioni:

- a) che la **somministrazione** debba avvenire necessariamente in orari coincidenti con **l'orario di attività**;
- b) che la richiesta formale della famiglia (**allegati 1 o 2**) sia accompagnata da **certificazione medica**;
- c) che il Pediatra di Comunità autorizzi la somministrazione del farmaco (**allegato 3**);
- d) che la richiesta di somministrazione sia accompagnata da **un'adeguata informazione/formazione al personale incaricato della scuola/struttura educativa**
- e) che siano definite le **modalità di conservazione del farmaco**;
- f) che eventuali effetti collaterali siano comunque stati illustrati a chi è incaricato di effettuare la somministrazione.

3.2 - Somministrazione continua di farmaco per via parenterale (*iniettiva*)

Tale via di somministrazione è più complessa e necessita di una normativa più stringente a garanzia dell'alunno e di chi esegue la somministrazione.

Può essere affidata solo a:

- **PERSONALE CON COMPETENZE SANITARIE FAMILIARI O PERSONE DELEGATE DALLA FAMIGLIA**

Solo se **non fossero disponibili le figure sopra indicate:**

- Personale scolastico volontario formato
- Personale sanitario
- Personale volontario formato

Il farmaco viene fornito dalla famiglia e va conservato a temperatura ambiente

Al **DIRIGENTE SCOLASTICO/RESPONSABILE STRUTTURA EDUCATIVA** spetta il compito di:

1. Individuare il **locale per la somministrazione** (*se richiesto dalla famiglia*)
2. Richiedere all'ente locale eventuale **attrezzatura per conservazione farmaco** (*armadietto o frigorifero*)
3. **Concedere l'accesso alla scuola/struttura educativa**, nell'orario previsto per la somministrazione, al genitore o a eventuale **persona incaricata**
4. Se non possibile punto 3: **ricercare con PdC e Comune altre persone per somministrazione** (*associazioni, Enti, CRI*)

Alla **PEDIATRIA DI COMUNITA'** spetta il compito di:

- Collaborare attivamente per **ricerca Personale** per somministrazione farmaco
- Fornire a tale Personale le necessarie **informazioni e istruzioni**



All'**ENTE LOCALE** spetta il compito di:

- Fornire **attrezzatura** (*armadietto o frigorifero*) per conservazione del farmaco
- Fornire **collaborazione** affinché **personale extrascolastico** possa essere impiegato per somministrazione farmaci in orario scolastico/educativo



ESEMPIO: **INSULINA** per Diabete

- Somministrazione sottocutanea di solito prima dei pasti (*a volte anche prima della merenda: “CALCOLO CARBOIDRATI”*)
- Dose variabile ad ogni somministrazione “**ADATTAMENTO INSULINICO**”
- Prima della somministrazione dell'insulina è **sempre necessario CONTROLLARE LA GLICEMIA con GLUCOMETRO** : si punge la parte laterale del polpastrello di un dito con “PENNA” PUNGIDITO. La goccia di sangue si pone su striscetta reattiva inserita nel glucometro: dopo pochi secondi si ha il valore della glicemia, che può essere condizionato dai seguenti fattori:
 - Residua capacità funzionale del pancreas - Tipo di insulina – Alimentazione - Attività motoria o sportiva - Malattie intercorrenti – Stress



L'ADATTAMENTO INSULINICO viene eseguito sulla base di:

- GLICEMIA PRE-PRANDIALE
- PIANO TERAPEUTICO PERSONALIZZATO, rilasciato dal centro di riferimento (se personale non sanitario, eventuale contatto telefonico con familiare che stabilirà le unità da somministrare)
- «CONTA DEI CARBOIDRATI» (quantità di carboidrati presenti nei pasti)



ESEMPIO!!

ADATTAMENTI TERAPEUTICI

Se glicemia prima dei pasti:

120-150 mg/dl: dose abituale di insulina rapida (IR) e consumare il pasto dopo 10-20 '

150-200 mg/dl: attendere 30- 40' prima del pasto

200-300 mg/dl: aumentare di 1 U la dose di IR

>300 mg/dl: aumentare di 2 U la dose di IR

PASTI E PREVENZIONE DELLE IPOGLICEMIE

Se glicemia al pasto:

90-120 mg/dl: fare dose abituale di IR e mangiare

70- 90 mg/dl: fare dose abituale di IR dopo il pasto

≤ 70 mg/dl: eventualmente bevande zuccherate, poi pasto, fare IR dopo il pasto riducendo eventualmente la dose di insulina rapida

PIANO TERAPEUTICO PERSONALIZZATO

SCHEMA di TERAPIA INSULINICA per _____

terapia insulinica

Colazione	INSUMAN*RAP SOL 5PEN 300UI/3ML	1 U
Pranzo	INSUMAN*RAP SOL 5PEN 300UI/3ML	2 U
Cena	INSUMAN*RAP SOL 5PEN 300UI/3ML	1 U
Prima di coricarsi	Lantus*SOLOST.SC 5PEN 100UI/ML	4 U

3.3 – Autosomministrazione del farmaco (*eccetto farmaci salvavita*)

LA CAPACITÀ DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DEVE ESSERE CERTIFICATA DAL CURANTE (PLS, MMG, SPECIALISTA)

Durante l'autosomministrazione è **NECESSARIA PRESENZA DI ADULTO FORMATO** per:

Controllo somministrazione:

- Nei tempi
- Nel dosaggio previsto del farmaco

Registrazione avvenuta somministrazione:

- Ora
- Dose del farmaco somministrata

Intervento in eventuali situazioni di emergenza-urgenza

- Es. *Se crisi asmatica non si risolve*

ESEMPIO: BRONCODILATATORE con DISTANZIATORE per Asma

E' stata consentita negli ultimi anni della scuola primaria come:

- **Somministrazione ciclica:** 20 minuti prima dell'esercizio fisico per prevenzione asma da sforzo
- **Somministrazione al bisogno** in caso di difficoltà respiratoria (*crisi asma*)

ESEMPIO: ENZIMI PANCREATIVI per FIBROSI CISTICA

Il controllo della somministrazione del farmaco nei tempi e nel dosaggio prevede che si verifichi l'assunzione del farmaco da parte dell'alunno degli **enzimi pancreatici** (CREON 10000) con 2 compresse al die (*prima del pasto e dopo il primo*)

ESEMPIO: **INSULINA** per Diabete

- Somministrazione, di solito, prima del pasto. Raramente anche prima della merenda (CALCOLO DEI CARBOIDRATI)
- Somministrazione sottocute tramite una “penna” speciale (STILOINIETTORE)
- Prima della somministrazione dell’insulina è necessario controllare la glicemia capillare (PENNA PUNGIDITO E GLUCOMETRO)

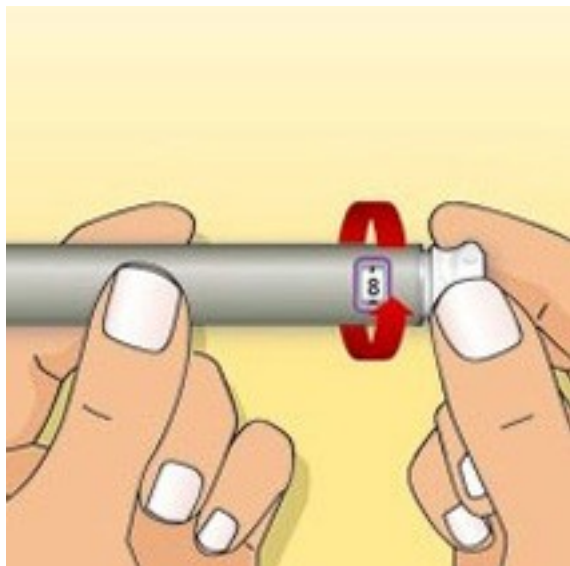
Il bambino è in grado di somministrarsi il farmaco, ma può non essere in grado di calcolare le unità di insulina da fare



**CONTATTO TELEFONICO CON
FAMILIARE CHE STABILIRÀ LE UNITÀ DA
SOMMINISTRARE**

ESEMPIO: INSULINA per Diabete

Il compito del personale formato adeguatamente nel caso specifico potrebbe essere esemplificato come segue:



1. CONTROLLARE VALORE GLICEMIA SUL GLUCOMETRO.

Se glicemia prima del pasto < 70 mg/dl bisogna prima procedere con eventuale correzione della glicemia (*bevande zuccherate*) seguita dal pasto e poi insulina

2. PRIMA DELL'INIEZIONE INSULINA controllare che:

Il n° unità insulina sulla “penna” siano corrispondenti a quelle del piano terapeutico o a quelle comunicate dai genitori

3. DOPO LA SOMMINISTRAZIONE controllare che:

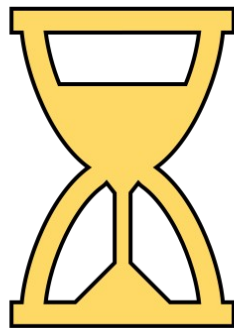
Sulla penna scompaia il numero

Art. 3.4 – Gestione delle emergenze-urgenze

URGENZA

SITUAZIONE IMPREVISTA o IMPROVVISA
CHE RICHIEDE UN INTERVENTO ENTRO
BREVE TEMPO (*qualche minuto*)

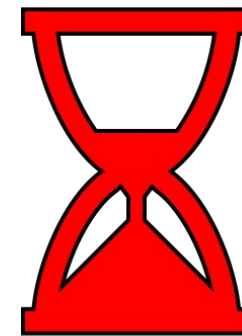
- Crisi Convulsiva



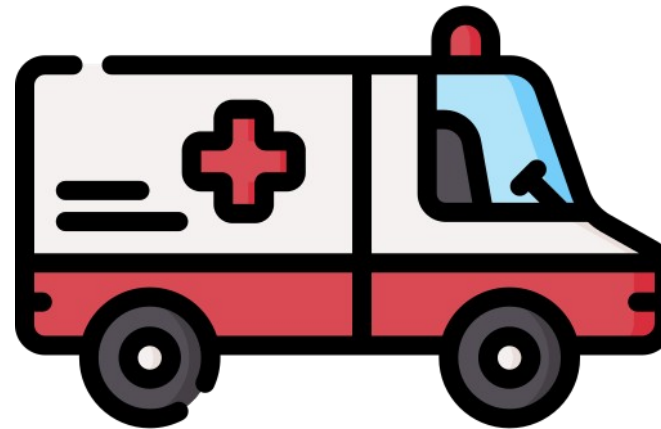
EMERGENZA

SITUAZIONE IMPREVISTA o IMPROVVISA
CHE RICHIEDE UN INTERVENTO
IMMEDIATO e NON DIFFERIBILE

- Shock anafilattico
- Coma ipoglicemico



CHIAMARE SEMPRE il «118»
anche se ci sono i farmaci a
scuola



Qualora siano presenti nella scuola/struttura educativa bambini/studenti affetti da patologie che possano presentare **situazioni d'emergenza sanitaria**, è necessario che:

- La **richiesta formale** della famiglia o dello studente maggiorenne di eventuale somministrazione del farmaco (**ALLEGATO 1 O 2**) sia accompagnata da **certificazione medica**;
- La **pediatra di comunità** autorizzi l'eventuale somministrazione del farmaco in caso di necessità (**ALLEGATO 3**);
- Il **dirigente scolastico/responsabile struttura educativa** individui il **gruppo di operatori disponibili** (*docenti, non docenti, personale educativo/assistenziale*) per la somministrazione del **farmaco salvavita**;

La **PEDIATRIA DI COMUNITÀ** deve:

- **Informare sulla patologia e sui sintomi** che possono far sospettare una situazione d' emergenza-urgenza:
 - Sia il personale individuato per somministrazione farmaco
 - Sia il personale scolastico/educativo a stretto contatto con il bambino
- **Fornire indicazioni sulle procedure da attuare in caso di emergenza**
 - Durante un incontro con il personale scolastico/educativo
 - Individuato da dirigente scol./ Responsabile strut.Educativa con informazione scritta (**ALLEGATO 3**)
- **Provvedere eventuali farmaci necessari in caso di emergenza:**
 - Adrenalina
 - Glucagone
- **Fornire informazioni scritte per :**
 - Conservazione dei farmaci
 - Somministrazione dei farmaci (quando e come)
- **Sostituire tempestivamente i farmaci d'emergenza**
 - In caso di utilizzo
 - Alla loro scadenza

La presenza di **FARMACI D'EMERGENZA NELLA SCUOLA** garantisce



INTERVENTO TEMPESTIVO

DA PARTE DI QUASIASI PERSONA IN GRADO DI PRATICARLO

La somministrazione di farmaci da parte di personale non sanitario **NON COSTITUISCE ABUSO DI PROFESSIONE MEDICA E NON È QUINDI PERSEGUIBILE**, qualora effettuato in **condizioni d'emergenza sanitaria** in cui un ritardo nell'intervento di soccorso risulti pregiudizievole per la salute e/o la vita del paziente.

Anche se 1° soccorso nella scuola/struttura educativa

SEMPRE RICHIEDERE INTERVENTO DEL "118"

ASPETTI MEDICO-LEGALI

Se **SITUAZIONE D'EMERGENZA-URGENZA**:

- **CHIAMARE il «118»**
- **CHIAMARE IMMEDIATAMENTE IL PERSONALE SCOLASTICO INDIVIDUATO per la gestione delle emergenze.**

-
- I genitori hanno consegnato alla scuola l'autorizzazione scritta per la **somministrazione** dei farmaci necessari in caso di **EMERGENZA-URGENZA**.
 - **Deve essere SEMPRE presente nella scuola qualcuno in grado di somministrare i farmaci.**
 - L'intervento di qualunque soccorritore, dettato esclusivamente dalla **necessità di prestare soccorso utile in breve tempo**, configura lo **STATO DI NECESSITÀ** laddove l'omissione del soccorso potrebbe determinare il pericolo di vita del piccolo.

- Nel caso di una **situazione d'emergenza/urgenza**, c'è la **NECESSITÀ** di fare un **trattamento farmacologico urgente** **prima** dell'arrivo dell'ambulanza.
- La scuola, come chiunque altro, in una situazione di emergenza, deve **intervenire tempestivamente** per risolvere una situazione/ arrestare una reazione che **PUÒ EVOLVERE NEL GIRO DI POCHI MINUTI VERSO UNA SITUAZIONE GRAVE**, prestando le cure di pronto soccorso secondo le **modalità indicate nel certificato del medico curante e dalla Pediatria di Comunità (ALLEGATO 3)**. Per questo motivo, è necessario istruire tutto il personale scolastico.

Se il personale scolastico disponibile alla somministrazione dei farmaci non è presente



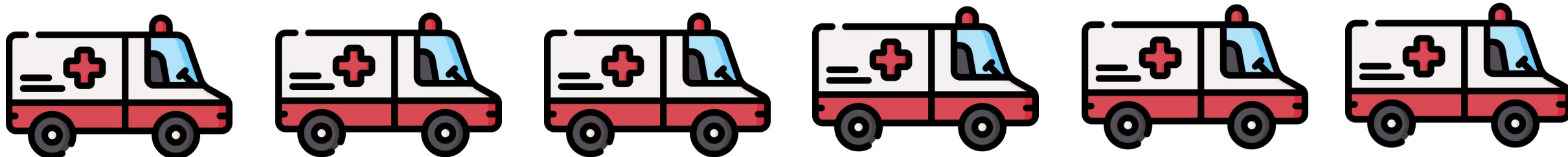
Nel caso si verifichi una situazione di emergenza/urgenza tutto il Personale scolastico presente formato è tenuto a prestare soccorso (anche se non ha dato la disponibilità alla somministrazione dei farmaci)

La mancanza di soccorso da parte del Personale scolastico formato presente **può configurare il REATO DI OMISSIONE DI SOCCORSO**

RICHIEDERE SEMPRE L'INTERVENTO DEL "118" anche se si hanno i farmaci a scuola

Deve essere SEMPRE PRESENTE NELLA SCUOLA QUALCUNO IN GRADO DI SOMMINISTRARE I FARMACI

NECESSARIA LA COLLABORAZIONE DI PIU' PERSONE nel momento dell'emergenza (vedi ALLEGATO 4: suggerimenti per organizzazione scolastica)



PROTOCOLLO DELLA PROVINCIA DI FERRARA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CONTESTI EXTRA – FAMILIARI, EDUCATIVI E/O SCOLASTICI

Allegato n. 4 – Proposta di Modello di organizzazione relativa alla somministrazione di farmaci

ALLEGATO N°4
(continua)

Frequentante classe.... sez..... scuola.....
di.....

Prescuola..... doposcuola..... Centro estivo

Anno Scolastico 20.....-20.....

Il Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa, verificata la compatibilità della frequenza in merito alle indicazioni operative fornite dal Pediatra di Comunità, dispone la sotto riportata organizzazione :

- Incaricato per controllo della scadenza e della conservazione dei farmaci.:
(Nome Cognome).....
(sostituto: Nome Cognome.)
- I farmaci..... devono essere conservati:
In frigorifero sitose la temperatura esterna è superiore a 25 gradi
In frigorifero sito in palestra.....se la temperatura esterna è superiore a 25 gradi
- I farmaci..... devono essere conservati
Nell'armadietto sito in.....
- Tutti gli operatori, per i momenti in cui il soggetto fosse loro affidato, presteranno la massima attenzione all'eventuale insorgere dei sintomi riportati nel protocollo n°..... del.....
e si comporteranno secondo le indicazioni dello stesso

- Incaricati per la somministrazione dei farmaci (qualora si rendesse necessario) come da protocollo n°..... del.....
Operatori presenti nel momento dell'emergenza (o altro personale individuato)
.....
- Incaricati di portare i farmaci nel luogo dove si verifica l'emergenza
Collaboratore scolastico in servizio/ausiliario

Locale ove effettuare la somministrazione di farmaci a garanzia della riservatezza:

Locale in cui si verifica l'emergenza, dopo aver fatto allontanare i presenti

- Incaricati per chiamare l'ambulanza al n° telefonico 118
Collaboratore scolastico in servizio/ausiliario
- Incaricati di avvertire la famiglia:
Collaboratore scolastico in servizio/ausiliario
- Incaricati di portare i medicinali durante le uscite didattiche (quando indicato in una borsa termica)
(Nome Cognome)(sostituto: Nome Cognome.....)

Data.....

Il Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa

.....

Art. 3.5 – PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea)

GASTROSTOMIA: creazione chirurgica di una apertura artificiale nello stomaco in cui viene inserito e assicurato un catetere che va dal lume gastrico alla superficie addominale.

La **Gastrostomia Endoscopica Percutanea**, detta anche **PEG**, è una tecnica che consente la nutrizione enterale (*direttamente attraverso lo stomaco*). Il catetere può essere collegato a:

- Pompa di alimentazione
- Siringone per somministrazione alimenti frullati o omogeneizzati

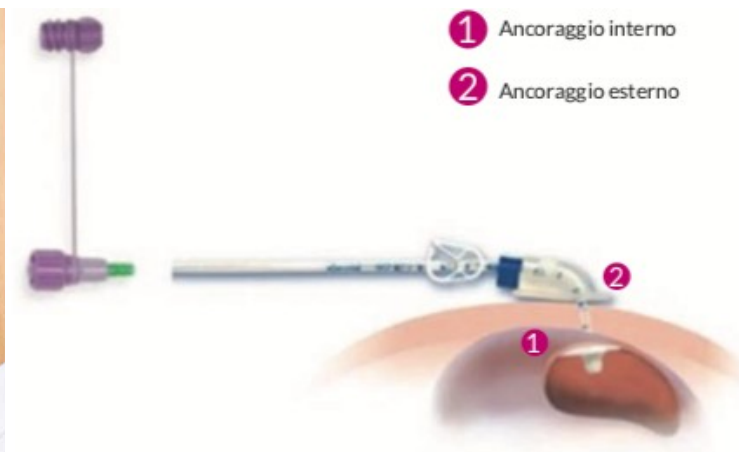
Questo tipo di nutrizione è necessaria nei pazienti che non sono in grado di alimentarsi autonomamente per bocca a causa di:

- **Disturbi neurologici** (*alterazione della deglutizione*)
- **Disturbi tratto digestivo superiore**
- **Particolari malattie che richiedono alimentazione regolare, rifiutata dal minore** (*es. Patologia metabolica (glicogenosi)*)

L'alimentazione tramite P.E.G. sostituisce o integra l'alimentazione per via orale ed è quindi da considerarsi alternativa a questa. Tramite P.E.G. possono essere anche somministrati farmaci, in caso di prescrizione.

Per garantire l'inserimento scolastico di bambini e ragazzi affetti da malattie croniche che richiedono la necessità di **alimentazione attraverso stomia o PEG** è **NECESSARIO** l'apprendimento dell'uso della pompa di alimentazione e una procedura scritta che **esemplifichi la sequenza di manovre necessarie per attivare la pompa** per la somministrazione degli alimenti.

Non è necessario che tali manovre siano effettuate da personale sanitario, a meno di diverso parere del Pediatra di Comunità, dopo attenta valutazione del caso



Fonte immagini: www.nutricia.it

ART. 4 – FORMAZIONE DEL PERSONALE

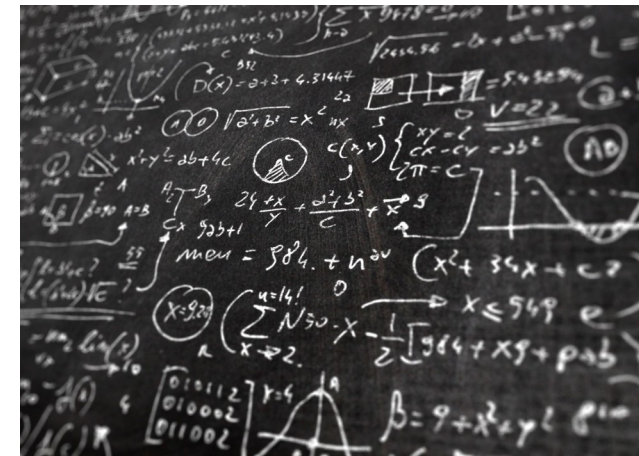
Demandato al TAVOLO TECNICO REGIONALE il compito di strutturare il PERCORSO FORMATIVO per l'attuazione delle linee di indirizzo contenute nella dgr n. 166/2012

In attesa:

- Della costituzione del T.T.R.
- Della elaborazione
- Della emanazione delle disposizioni del percorso formativo

PER ORA, FORMAZIONE GARANTITA DALLA PEDIATRIA DI COMUNITA' SUL SINGOLO CASO rivolta al:

- Personale scolastico/educativo disponibile alla somministrazione farmaci
- Personale scolastico/educativo (*docente/non docente*) a stretto contatto con il bambino/ studente affetto da patologia cronica



CONTENUTI DEL PERCORSO FORMATIVO:

- **INFORMAZIONI SULLE PATOLOGIE E SUI SINTOMI** dei bambini per cui è richiesta la somministrazione dei farmaci continua o al bisogno
- **PREVENZIONE SITUAZIONI DI RISCHIO** che, se non riconosciute e corrette tempestivamente, possono portare a situazioni d'emergenza:
 - Riconoscimento e correzione crisi ipoglicemiche minori
 - Evitare assunzione alimenti vietati e contaminazione cibo con alimenti vietati in caso di allergia/anafilassi
- **NORME DI PRIMO SOCCORSO** relative alle suddette patologie
- **ADDESTRAMENTO ALLA SOMMINISTRAZIONE SIA QUOTIDIANA CHE AL BISOGNO DEI FARMACI**

Alle INIZIATIVE DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE va prevista la PRESENZA DEI FAMIGLIARI E DELLE ASSOCIAZIONI

**FORMAZIONE DEL PERSONALE DOCUMENTATA DAL RILASCIO DI UN
ATTESTATO DI FORMAZIONE SUL CASO INDIVIDUALE**

ART. 5 – DURATA E DIFFUSIONE DEL PROTOCOLLO

ART. 5.1 - DURATA

- **DURATA: PERMANENTE** fatte salve diverse necessità intervenute e concordate tra le parti (*anche in relazione alla emanazione delle linee di indirizzo regionali per la strutturazione del percorso formativo*)
- Qualora a seguito di innovazioni normative o verifiche intermedie, se ne ravvisi la necessità, previo confronto con i soggetti sottoscrittori del protocollo, la Provincia può integrare e/o modificare il testo e gli allegati del presente Protocollo

ART. 5.2 - DIFFUSIONE

I soggetti istituzionali coinvolti nel presente Protocollo si impegnano a promuovere ed a realizzare iniziative destinate alla conoscenza dei contenuti del presente documento, secondo le modalità ritenute più opportune.



www.lavoro-salute.it