

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



PROVINCIA  
DI PARMA

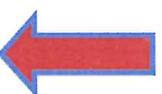


**“PROTOCOLLO D’INTESA  
PROVINCIALE  
per la  
SOMMINISTRAZIONE di FARMACI in  
CONTESTI SCOLASTICI ed EDUCATIVI”**



**“Linee di indirizzo per la definizione di  
intese provinciali inerenti la  
somministrazione di farmaci a minori  
in contesti-extrafamiliari, educativi o  
scolastici, in Emilia Romagna “**

**Dgr 166/2012**



## **PROTOCOLLO D'INTESA PROVINCIALE**

Esigenza di definire, nel rispetto della normativa vigente, **procedure condivise** finalizzate a garantire e facilitare l'inserimento scolastico/formativo e nei servizi educativi per la prima infanzia di soggetti affetti da malattie croniche

## AMBITO di APPLICAZIONE

- *Servizi educativi per la prima infanzia (0-3 anni)*
- *Scuole d'infanzia statali e paritarie*
- *Scuole statali e paritarie del ciclo primario e secondario*
- *Enti di Formazione Professionale accreditati per l'obbligo di istruzione che operano nel sistema regionale*

Le procedure concordate garantiscono

- *la somministrazione programmata*
- *la somministrazione al bisogno e/o in condizioni di emergenza/urgenza,*

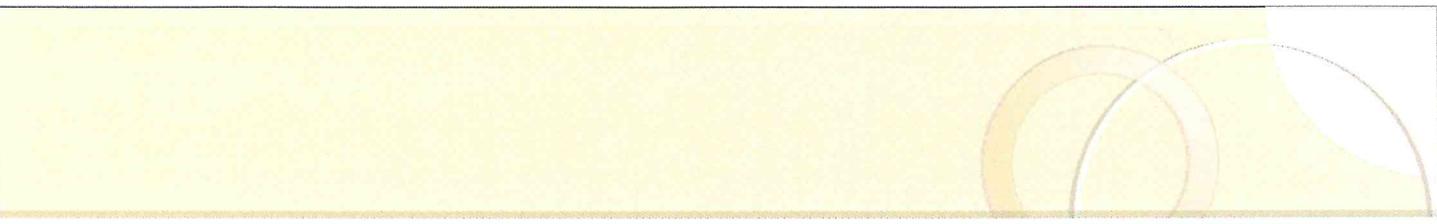
comprese tutte le iniziative organizzate dalla scuola anche al di fuori degli ambienti scolastici



## PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

la prescrizione è rilasciata da PLS, MMG o specialista di riferimento SOLO in presenza dei seguenti criteri:

- *assoluta necessità*
- somministrazione *indispensabile* in orario scolastico/educativo
- *non discrezionalità* da parte di chi somministra il farmaco relativamente all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrarlo, ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione/conservazione
- *fattibilità* della somministrazione da parte di personale non sanitario, adeguatamente formato



## ***PRESCRIZIONE del CURANTE***

**Il medico curante redige la prescrizione dei farmaci dettagliando:**

- **nome e cognome del bambino/alunno**
- **principio attivo/nome commerciale del farmaco**
- **descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione quotidiana e/o al bisogno del farmaco**
- **dose e orario per la somministrazione**
- **modalità di somministrazione**
- **durata della terapia**
- **l'eventuale capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (allegato 3)**

# RILASCIO della CERTIFICAZIONE

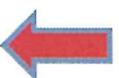
Prescrizione  
rilasciata dal  
curante

+

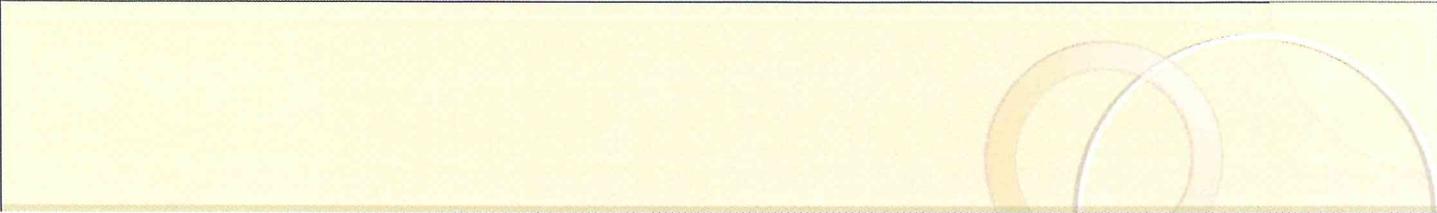
Moduli richiesta  
per  
somministrazione  
farmaci in ambito  
ed orario  
scolastico  
(allegati 1 e 2)



*Pediatria di Comunità*  
dell'AUSL di residenza



***Certificato per la somministrazione di farmaci  
in orario scolastico/educativo***  
(allegato 3)



Tale certificato riporta, senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome dello studente
- principio attivo/nome commerciale del farmaco
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione quotidiana e/o al bisogno del farmaco
- dose e orario per la somministrazione
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
- durata della terapia
- capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco

e

deve essere consegnato dalla famiglia/da chi esercita la potestà genitoriale o dallo studente maggiorenne alla scuola

## Allegato n.1

**Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo da parte di esercente la potestà genitoriale**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative/Direttore Ente di Formazione Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio/Ente .....

Via.....

Cap. .... Località..... Prov. ....

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

In qualità di genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....

nato a ..... Il.....

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

Cap. .... Località..... Prov. ....

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

della scuola .....

sita in Via ..... a .....

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informatoria sulle procedure attivate da codesta Istituzione scolastica/Educativa e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici/ per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

### **CHIEDO**

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

di autorizzare l'accesso alla sede scolastica al Sig. ....

da me delegato con documento allegato per somministrare il farmaco a mio figlio/a oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica

allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre

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

In fede

Data ..... Firma del genitore o chi ne fa le veci .....

### **Numeri di telefono utili:**

famigliari / tutore .....

pediatra di libera scelta .....

medico di medicina generale ..... specialista ..... Altro .....

## Allegato n. 2

**Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico da parte di caso di alunno/a maggiorenne.**

Al Dirigente Scolastico/Direttore Ente di Formazione

Scuola/Ente .....

Via..... cap. .... Località..... Prov.....

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

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

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

Cap. .... Località.....

tel.....

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

della scuola .....

sita in Via..... cap. .... località..... Prov.....

### **COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale ..... ) come da certificazione medica allegata.

AccONSENTO al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Dlgs 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

.....

## Allegato n. 3

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

### Certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo

AUSL Servizio di .....

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative/Direttore Ente di Formazione  
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio/Ente

Nome .....

Via .....

Località ..... Provincia .....

Constatata la assoluta necessità SI **PRESCRIVE** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in  
orario ed  
ambito scolastico all'alunno/a

**Cognome e Nome** .....

Nato a ..... il .....

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

iscritto alla classe ..... Scuola /Servizio Educativo ..... a.s. ....

**A) Nome commerciale del farmaco** .....

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

**1 A) Somministrazione quotidiana:**

Orario e dose da somministrare

Mattina / h. .... dose .....

Pasto (prima, dopo, h. ) ..... dose .....

Pomeriggio (h. ....) dose .....

Modalità di somministrazione

**2 A) 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 per eventuali effetti collaterali

Note di formazione specifica per personale scolastico

**B) Nome commerciale 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 scolastico

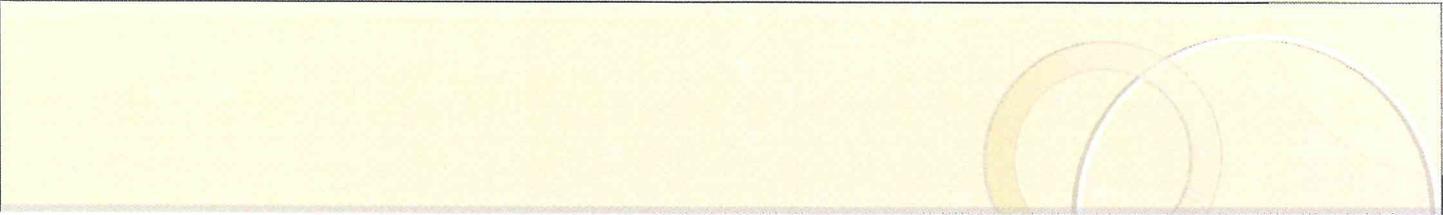
Data .....

Medico AUSL (Timbro e Firma)

# DIRIGENTE SCOLASTICO/RESPONSABILE SERVIZI EDUCATIVI

acquisiti

- il Modulo di Richiesta dalla famiglia o da chi ne esercita la potestà genitoriale o dallo studente se maggiorenne (all 1 e 2)
- il Certificato di Autorizzazione (all 3) rilasciato dalla Pediatria di Comunità
- 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, ausiliari ), responsabili di somministrare i farmaci e comunica alla famiglia o allo studente, se maggiorenne, i loro nominativi
- b) nel caso di somministrazione continuativa, programmata del farmaco, incarica gli stessi di organizzare la tenuta del Registro Giornaliero

- 
- c) richiede all'Ente locale/gestore l'eventuale attrezzatura (armadietto o frigorifero) per la conservazione del farmaco;
- d) individua il locale in cui effettuare la somministrazione, nel rispetto della riservatezza
- e) concorda con la Pediatria di Comunità eventuali ulteriori necessità formative per il personale addetto alla somministrazione del farmaco, in caso di specifiche situazioni patologiche
- f) qualora non sia stato reperito personale volontario e/o 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.).

# *PEDIATRIA di COMUNITA'*

*in qualità di garante del percorso*

- a) costituisce riferimento per il Dirigente scolastico*
- b) fornisce le informazioni sulle regole di comportamento contenute nel protocollo terapeutico/certificazione (allegato 3) comprendenti anche l'eventuale utilizzo del farmaco salva vita;*
- c) valuta l'opportunità di definizione di un Piano di Assistenza Individuale sulla base delle specifiche della certificazione*
- d) collabora alla predisposizione dei percorsi di formazione eventualmente necessari nelle scuole/servizi del territorio, unitamente ai Dirigenti scolastici/Responsabili strutture educative,*
- e) qualora le modalità di somministrazione siano tali da non poter essere espletate da personale scolastico, educativo partecipa alla ricerca di forme alternative di collaborazione esterna*



## FORMAZIONE del PERSONALE

- previste iniziative di formazione/informazione per gli operatori che si rendono disponibili alla somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico
- la formazione specifica 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, ecc.).
- la formazione del personale scolastico/educativo si conclude con il rilascio di un **attestato che documenti la partecipazione alla formazione.**