**PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

**NELL'I.T.S. "CANGRANDE DELLA SCALA" - VERONA**

*(Allegato al Piano di Primo Soccorso dell’istituto)*

**PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente Scolastico:

* formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (Allegati A o F)
* autorizzazione medica, che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

* stato di malattia dell'alunno;
* prescrizione specifica dei farmaci da assumere avendo cura di specificare se trattasi di farmaco **salvavita** o **indispensabile**;
* l'assoluta necessità;
* la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
* la 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 e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
* la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

* nome e cognome dello studente;
* nome commerciale del farmaco;
* descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
* dose da somministrare;
* modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
* durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, da parte del Dirigente Scolastico il SPP provvederà a :

* preparare un piano di intervento, da sottoporre all'approvazione del Dirigente scolastico per la somministrazione del farmaco come da moduli allegati:

 − All. B se trattasi di farmaco salvavita;

 − All. C se trattasi di farmaco indispensabile.

Ottenuta l'approvazione del piano di intervento da parte del Dirigente scolastico il DSGA/RSPP procederà a:

* stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

 − All. D verbale per farmaco salvavita;

 − All. E verbale farmaco indispensabile.

**La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.**

**AUTO-SOMMINISTRAZIONE**

Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, la dicitura che: “ il minorenne/maggiorenne ragazzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola”. La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno Dirigente Scolastico (All. F).

Resta invariata la procedura che il DSGA/RSPP dovrà sottoporre all'approvazione del Dirigente Scolastico, ovvero: Piano di intervento e verbale di consegna farmaco (Allegati D - E) da parte dei genitori alla scuola, anche in questi documenti andrà specificato che: “il minorenne/maggiorenne può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola”.

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.

Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

**Allegato A**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ITS "CANGRANDE DELLA SCALA" - VERONA

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

*(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO)*

I sottoscritti............................................................................. genitori di................................

nato/a a ........................................il...............................residente a ....................................... in via.................................................frequentante la classe..........di codesto istituto

Essendo il minorenne/maggiorenne effetto da …................................................................. e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..........................dal dott. …...................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

🞎SI 🞎NO

Verona, lì .............................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

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

Numeri di telefono utili:

-Pediatra di libera scelta/medico curante.........................................................

- Genitori......................................................................................................

**Allegato B**

Al Servizio di Prevenzione e Protezione

Al RSPP

Agli Addetti Primo Soccorso

All'Ufficio Tecnico

Alla DSGA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**alunno/a.........................................frequentante la classe......sez..... di codesto istituto.

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal sig.................................................per il/la figlio/a......................................................relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con il seguente piano di azione:

* Il genitore consegnerà al DSGA/RSPP dell'istituto una confezione nuova ed integra del medicinale..................................da somministrare in caso di necessità ed emergenze all'alunno/a nella dose di.................................come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato1.

* Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione2:........................................
* Per la somministrazione del farmaco si veda il piano operativo di somministrazione (All G)

Verona, lì .............................

Il Dirigente Scolastico

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

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

2. Indicare il luogo della custodia

**Allegato C**

Al Servizio di Prevenzione e Protezione

Al RSPP

Agli Addetti Primo Soccorso

All'Ufficio Tecnico

Alla DSGA

Oggetto: autorizzazione piano di intervento per somministrazione farmaco **indispensabile** alunno/a ...................................................frequentante la classe.......sez.......di codesto istituto

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal sig........................................per il/ la figlio/a.............................................. relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile** il dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

* Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..................................da somministrare ogni giorno alle ore...............all'alunno/a nella dose di.................................come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato1.
* Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione2: ......................................................................
* Il medicinale sarà somministrato all'alunno da3: ....................................................................

Verona, lì .............................

Il Dirigente Scolastico

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

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

2. Indicare il luogo della custodia

3. Indicare il nominativo dell'incaricato e le eventuali sostituzioni

**Allegato D**

**ITS "CANGRANDE DELLA SCALA" - VERONA**

Verbale per consegna medicinale **salvavita**

Alunno/a.............................................................

In data.................alle ore.......... la/il sig. …......................................................... genitore dell'alunno/a,............................................................... frequentante la classe.........sez...... di codesto istituto........................................consegna al DSGA/RSPP dell'istituto un flacone nuovo ed integro del medicinale........................................ da somministrare al figlio/a in caso di1…............................................nella dose...............................:come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data …...................da dott...........................................................

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Verona, lì .............................

Il genitore il DSGA/RSPP

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

1 Indicare l'evento

**Allegato E**

**ITS "CANGRANDE DELLA SCALA" - VERONA**

Verbale per consegna medicinale **indispensabile**

Alunno/a............................................................................

In data.......................alle ore.......... la/il Sig.................................................genitore dell'alunno/a,..................................................................................frequentante la classe .......sez........di codesto istituto, consegna al DSGA/RSPP dell'istituto ........................................un flacone nuovo ed integro del medicinale ............................................da somministrare al figlio/a ogni giorno alle ore..…...................nella dose..............…............ come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data..............................dal dott..................................................

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Verona, lì .............................

Il genitore il DSGA/RSPP

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

**Allegato F**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ITS "CANGRANDE DELLA SCALA" - VERONA

**RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

*(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO)*

I sottoscritti........................................................................genitori di............................................nato a ........................................il.....................................residente a ......................................................in via..........................................................frequentante la classe...........sez.......... di codesto istituto.

Essendo il minorenne/maggiorenne effetto da ....................................................................... e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il ragazzo minorenne/maggiorenne si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ............................dal dott. …........................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

🞎SI 🞎NO

Verona, lì .............................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

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

Numeri di telefono utili:

-Pediatra di libera scelta/medico curante.........................................................

- Genitori......................................................................................................

**Allegato G**

**ESEMPIO DI PIANO OPERATIVO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

* Il genitore consegnerà al DSGA/RSPP dell'istituto una confezione nuova ed integra del medicinale...........................................da somministrare in caso di .......................... come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.

* Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: ...................................................................
* Nel caso all'alunno/a..............................................dovesse presentarsi .......................... il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:
1. l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico del piano e soccorre il/la

ragazzo/a;

1. il collaboratore scolastico del piano occorre, portando il medicinale all'insegnante, chiama l'incaricato alla somministrazione del farmaco, il 118 e i genitori. Riunisce e porta gli altri alunni in un'altra classe.
2. l'incaricatosomministra il farmaco al ragazzo/a
3. l'insegnante dell'altra classe effettuerà la sorveglianza dei ragazzi.

Oltre la normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **insegnanti supplenti o supplenti del personale ATA.**

Detto personale al momento dell'entrata in servizio dovrà **essere informato del presente piano di intervento dal personale preposto, DSGA o SPP.**