

PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI NELL'I.T.S. "CANGRANDE DELLA SCALA" - VERONA

(Allegato al Piano di Primo Soccorso aggiornamento marzo 2016)

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 minorennemaggiorenne 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 minorennemaggiorenne 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 ail.....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 datadal
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, li

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
All'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, li

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
All'RSPP
Agli Addetti Primo Soccorso
All'Ufficio Tecnico
Alla DSGA

Oggetto: autorizzazione piano di intervento per somministrazione farmaco **indispensabile**
alunno/afrequentante 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 di¹nella dose..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in datada 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 classesez.....di codesto istituto, consegna al DSGA/RSPD dell'istitutoun flacone nuovo ed integro del medicinaleda 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/RSPD
.....

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
ail.....residente ain
via.....frequentante la classe.....sez..... di codesto istituto.

Essendo il minore/maggiore effetto da e
constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il ragazzo minore/maggiore 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
ideali a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Verona, li

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;
 2. 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.
 3. l'incaricato somministra il farmaco al ragazzo/a
 4. 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**.