

ISTITUTO COMPRENSIVO CARRARESE EUGANEO

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA/INDISPENSABILI A SCUOLA

Premessa

L'esistenza di problematiche connesse alla presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico esige interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute ed al benessere all'interno della struttura scolastica.

Considerato che:

1. il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
2. tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
3. la prestazione del soccorso viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;
4. nei casi il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o laddove sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

Iter procedurale/Modulistica

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

- **formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori**, come da modulo allegato (**all. A-A/1**)
- **prescrizione 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 dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità del/dei farmaci prescritti;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

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 del farmaco;
- i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli;
- modalità di conservazione del farmaco;

- durata della terapia.

- Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere **l'auto-somministrazione**.

Per poter soddisfare questa esigenza **la prescrizione medica dovrà riportare**, oltre a tutti i punti sopra elencati, anche **la dicitura** che: “ **il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola**”.

- La stessa dicitura è indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno alla segreteria scolastica (**all. A1**);
- 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, in caso di variazioni;
- **Il Dirigente scolastico**, accertata la documentazione precedentemente elencata, presentata dai genitori (all.A/A1), accertata la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci salvavita/indispensabili (all. B), **predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento (all. C)**;
- Si ricorda che **a fine anno scolastico il coordinatore di classe o addetto primo soccorso di plesso, dovrà restituire ai genitori il farmaco, con firma di ricevuta del genitore, nel modulo allegato A/A1.**

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE

Comportamenti del personale

Conservare la calma per poter affrontare adeguatamente la situazione.

È estremamente utile l'intervento di 3 persone: (collaboratori/colleghi)

1 - un collaboratore/collega per i contatti telefonici: chiama i genitori, informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute;

2 - un collaboratore/collega porta il medicinale all'insegnante di classe, riunisce e porta gli studenti in un'altra classe, dandoli in consegna ad un altro docente presente che effettuerà la sorveglianza;

3 - un insegnante di classe o collaboratore incaricato, accudisce lo/la studente/ssa e somministra il farmaco indicato dal medico, consultando l'apposito protocollo sanitario.

NB: Nel caso entrino in servizio **supplenti degli insegnanti o dei collaboratori scolastici**, dovranno essere prontamente informati del presente piano di intervento dall'insegnante coordinatore di classe o da un addetto primo soccorso di plesso.

ISTITUTO COMPRENSIVO CARRARESE EUGANEO

Allegato A

RICHIEDA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA O INDISPENSABILI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da inviare in Segreteria Scolastica. Copia protocollata da inviare e conservare nel plesso, insieme al farmaco e in apposito raccoglitore documentazione farmaci salvavita)

I sottoscritti

genitori di nato a il

residente a in via frequentante la classe della Scuola

sita a in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci.

Si allega al presente modulo, prescrizione medica rilasciata in data dal dott.

(scegliere una delle due opzioni seguenti)

- ☐ Chiedono che la somministrazione farmaci, venga eseguita da personale scolastico non sanitario, pertanto sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- ☐ Chiedono l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico, ai genitori stessi dell'alunno o a loro delegati: Sig/ra..... per la citata somministrazione dei farmaci (art. 4 cit.).

- Consegneranno all'insegnante coordinatrice di classe Sig./ra.....

il flacone nuovo e integro del medicinale.

- Provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato o scaduto.

- Comunicheranno immediatamente alla Segreteria, ogni eventuale variazione di trattamento farmacologico.

- Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

-Ritireranno il farmaco al termine dell'anno scolastico, riconsegnato dall'insegnante coordinatore di classe o da un addetto al primo soccorso del plesso, **apponendo firma di ricevuta al presente modulo.**

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà:

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante: nome tel:.....

cell dei genitori :

FIRMA DEL GENITORE CHE RITIRA IL FARMACO AL TERMINE DELL'ANNO SCOLASTICO:

DATA:

FIRMA:

ISTITUTO COMPRENSIVO CARRARESE EUGANEO

Allegato A/1

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da inviare in Segreteria Scolastica. Copia protocollata da inviare e conservare nel plesso, insieme al farmaco e in apposito raccoglitore documentazione farmaci salvavita)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via
Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità
del farmaco e la **capacità dell'alunno di gestire in autonomia la somministrazione** dello stesso,
**chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia
farmacologica** con la vigilanza del personale della scuola, come **da allegata prescrizione medica**
rilasciata in data dal dott.

- Consapevoli che l'operazione verrà svolta da personale non sanitario, sollevano la scuola da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

- Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

- **Ritireranno il farmaco al termine dell'anno scolastico**, riconsegnato dall'insegnante coordinatore
di classe o da un addetto al primo soccorso del plesso, **apponendo firma di ricevuta al presente
modulo.**

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante:

nome tel:.....

cell dei genitori :

FIRMA DEL GENITORE CHE RITIRA IL FARMACO AL TERMINE DELL'ANNO SCOLASTICO:

DATA: _____ FIRMA: _____

ISTITUTO COMPRENSIVO CARRARESE EUGANEO

Allegato B

VERIFICA DELLA DISPONIBILITÀ' DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA/INDISPENSABILI

(da compilare a cura della **Segreteria Scolastica**)

A tutto il Personale

del plesso

Si comunica che nel plessoè presente l'alunno/a della classe affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita/indispensabili, si chiede a tutto il personale, la disponibilità alla somministrazione.

Sarà cura del Dirigente, richiedere alla ASL di competenza di effettuare un' apposita "formazione in situazione" se il caso richiedesse competenze specifiche.

Il personale disponibile, con precedenza agli insegnanti di classe, di sostegno e collaboratori scolastici, fermo restando che per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

Il Personale disponibile alla somministrazione (insegnanti di classe, di sostegno, collaboratori scolastici)	
Nome e cognome	firma

Il Dirigente Scolastico

.....

ISTITUTO COMPRENSIVO CARRARESE EUGANEO

Allegato C

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE

(da compilare a cura della **Segreteria Scolastica**)

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita/indispensabile**
all'alunno/a frequentante la classe
scuola..... plesso

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

- Il genitore consegnerà al personale della scuola (coordinatore di classe o addetto primo soccorso di plesso) una confezione nuova ed integra del medicinale.....
(data di scadenza.....) da somministrare: (barrare l'opzione prescelta)

☐ auto-somministrazione dell'alunno come da richiesta dei genitori (allegato A1) e da prescrizione medica allegata;

☐ al bisogno, come da indicazioni della prescrizione medica allegata;

☐ ogni giorno alle ore nella dose di
come da indicazioni della prescrizione medica allegata.

- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto e ritirerà il farmaco al termine dell'anno scolastico apponendo firma di ricevuta (allegato A/A1);

- Il medicinale sarà conservato:

☐ in frigorifero

☐ a temperatura ambiente nella cassetta principale di Primo Soccorso.

- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:

Personale incaricato, come da allegato B

Luogo e Data il