

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN CONVITTO

PREMESSO CHE :

- Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25/01/2005, le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- la somministrazione di farmaci è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno vive in convitto;
- la somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato, per la cura di particolari patologie croniche, o al bisogno, in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- In convitto la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Presidente del Convitto Alpino Val Maira ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga);

SI DISPONE

il seguente protocollo in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e Convitto Alpino Val Maira.

LA FAMIGLIA	<ul style="list-style-type: none">• Richiede al Presidente del Convitto Alpino Val Maira l'autorizzazione alla somministrazione, da parte del personale del Convitto Alpino Val Maira, del farmaco indicato dal medico curante (Allegato 1) o da parte dei genitori stessi o loro delegati (Allegato 4);• Autorizza espressamente il personale del Convitto Alpino Val Maira alla somministrazione del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Direzione del Convitto Alpino Val Maira da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Allegato 1);• Fornisce al Convitto Alpino Val Maira, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante;• Comunica al Convitto Alpino Val Maira con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.
IL MEDICO CURANTE	<ul style="list-style-type: none">• Rilascia il certificato (Allegato 3) in cui si richiede la somministrazione di farmaci nel Convitto Alpino Val Maira solo in assoluto caso di necessità;• Indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;• Indica la modalità di conservazione del farmaco;• Indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale del Convitto Alpino Val Maira privo di competenze sanitarie;• Indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore.
IL CONVITTO ALPINO VAL MAIRA	<ul style="list-style-type: none">• Valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale del Convitto Alpino Val Maira alla somministrazione dei farmaci (Allegato 2);• Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;• Individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco;• Promuove incontri con il Medico curante, la Famiglia e il Convitto Alpino Val Maira al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti:<ul style="list-style-type: none">– La patologia e le sue manifestazioni;– La fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;– La non richiesta di discrezionalità da parte del personale del Convitto Alpino Val Maira che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;– La presa d'atto della certificazione medica;– Le eventuali modalità di spostamento del ragazzo/a dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza;– Indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: manovra di soccorso, chiamata al 118, chiamata alla famiglia.

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER TERAPIE FARMACOLOGICHE
DA PARTE DEI GENITORI O DI LORO DELEGATI**

<p align="center">LA FAMIGLIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I genitori inoltrano richiesta al Convitto Alpino Val Maira chiedendo l'autorizzazione ad accedere ai locali del convitto, al fine di provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco all'alunno. • I genitori possono delegare altra persona alla somministrazione del farmaco. • I genitori sono tenuti ad allegare, alla richiesta, certificazione medica attestante la patologia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere necessariamente quando frequenta il Convitto Alpino Val Maira.
<p align="center">IL CONVITTO ALPINO VAL MAIRA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il Presidente del Convitto Alpino Val Maira, acquisita la certificazione del medico curante, concede l'autorizzazione all'accesso ai locali del Convitto Alpino Val Maira ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci. • Il Presidente del Convitto Alpino Val Maira individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER PARTICOLARI PATOLOGIE ACUTE
DA PARTE DI PERSONALE DEL CONVITTO ALPINO VAL MAIRA**

<p align="center">LA FAMIGLIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I genitori inoltrano una richiesta al Presidente del Convitto Alpino Val Maira in cui: <ul style="list-style-type: none"> – indicano nome e cognome dell'alunno; – precisano la patologia di cui soffre l'alunno; – comunicano il nome commerciale del farmaco; – chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale del Convitto Alpino Val Maira; – autorizzano il personale del Convitto Alpino Val Maira a somministrare il farmaco in caso di necessità; – allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia); – forniscono il farmaco, che dovrà essere consegnato agli operatori del Convitto Alpino Val Maira interessati in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato nel Convitto Alpino Val Maira per la durata dell'anno scolastico.
<p align="center">IL CONVITTO ALPINO VAL MAIRA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il Presidente del Convitto Alpino Val Maira, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci: <ul style="list-style-type: none"> – verifica la disponibilità degli operatori del Convitto Alpino Val Maira a garantire la somministrazione di farmaci (Gli operatori sono individuati possibilmente tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso); – individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco; – garantisce la corretta conservazione del farmaco; – prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.

Allegato 1

Al Direttore
del **Convitto Alpino Val Maira**

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci ad un alunno *(da parte di personale del Convitto Alpino Val Maira).*

Il /La sottoscritto/ain qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome)(Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico/.....

presso il **CONVITTO ALPINO VAL MAIRA**

Classe

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:.....

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale del Convitto Alpino Val Maira ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore .

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all'Allegato 3

Numeri di telefono utili:

Medico Curante:

Genitori:

In fede.

....., lì

Firma

Oggetto: Disponibilità del personale del Convitto Alpino Val Maira alla somministrazione di farmaci ad un alunno.

Vista la richiesta della famiglia (allegato 1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

Visto il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci nel Convitto Alpino Val Maira;

Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso quando l'alunno frequenta il Convitto Alpino Val Maira;

Vista la dichiarazione formale della famiglia a non imputare al Convitto Alpino Val Maira alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

Si fornisce formale

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e nome	Indicare se docente o ATA o altro	Firma per disponibilità

Stropo, li

Il Direttore del Convitto Alpino Val Maira in data autorizza il personale del Convitto Alpino Val Maira in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Il Dirigente Scolastico

.....

Il minore (Cognome) (Nome)
nato il..... aresidente a

necessita della somministrazione di farmaci durante il soggiorno presso il Convitto Alpino Val Maira.

Le indicazioni per la somministrazione (da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)
.....
.....
.....

durata della terapia

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi
.....
.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso
.....
.....

....., lì

timbro e firma del medico

Allegato 4

Al Direttore
del **CONVITTO ALPINO VAL MAIRA**

Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci ad un alunno(*da parte dei genitori o di loro delegati*).

Il /La sottoscritto/ain qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome)(Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico/.....

presso il **CONVITTO ALPINO VAL MAIRA**

Classe Sezione.....

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali del Convitto Alpino Val Maira adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia conforme all'Allegato 3

Numeri di telefono utili:

Medico Curante:

Genitori:

In fede.

....., lì

Firma

*****Eventuale Delega**

Il Sig. di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.