**PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni e delle alunne o dagli esercitanti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell’alunna/o con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte integrante di questo protocollo.

Il presente Regolamento è stato deliberato dal Consiglio di Istituto in data 2/3/2020 (delibera n° 49).

**Il ricorso al presente protocollo si rende necessario nei casi in cui l'alunna/o:**

* Sia affetta/o da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare 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)
* Sia affetta/o da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili, ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.
* Nessun bambino/a può portare a scuola ed assumere un farmaco in modo autonomo, senza che i genitori abbiano sottoscritto questo protocollo.

L'adozione delle misure prescritte in questo protocollo e l'osservanza di quanto concordato tra i soggetti coinvolti solleva il personale da ogni responsabilità civile e penale.

Fanno parte integrante del presente Protocollo:

**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 2**

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla

somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 3**

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

**Allegato 4**

Designazione del personale scolastico autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 5**

Disponibilità a somministrare i farmaci

Genova, 19 febbraio 2020 La Dirigente Scolastica

Maria Orestina Onofri

**ALLEGATO 1**

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Alla Dirigente Scolastica

I sottoscritti …………………………………… e ……………………………………. in qualità di

□ Genitore (nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore esercitante la patria potestà)

□ Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

di…………………………………………..

nato/a a…………………... il……………………………...classe…………………………………della scuola……………………...

**CHIEDE/CHIEDONO**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA/AUTORIZZANO**

□ **Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

□ **Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

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

Acconsente/acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 169/03 e del Regolamento Europeo 2016/679.

**Si allega:**

* **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
* **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Si forniscono i seguenti numeri di telefono utili:**

* Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta:……………………
* Genitori………………………………………...

Genova, ..../..../.... Firma. . . . . . . . . . . . . . . .

**ALLEGATO 2**

**ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE O ALTRO PERSONALE SANITARIO RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/La minore……………………………………………..

nato/a il……………………., classe……………., affetto/a da.......................................................................................................................................

**Necessita** **la somministrazione di farmaci in ambito scolastico con le seguenti indicazioni:**

* Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo ……………………………..……………….. 
* Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)..........................................

……………………………………………………………………………………….…………….................

* Modalità di conservazione del farmaco: ………………………………….……….………………...
* Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)..................................................................

È prevista l’**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell’alunno **SI □ NO □**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ timbro e firma del medico

**Recapito in caso di emergenza………………………………….………………………………….**

**ALLEGATO 3**

**VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI DA SOMMINISTRARE ORARIO SCOLASTICO**

In data……… alle ore…….. la/il sig………………………………………..

genitore dell'alunno/a…………………………………….

frequentante la classe…………………….. consegna nelle mani di………………………….

una confezione nuova ed integra del farmaco da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata. 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.
* provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato
* comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

………………………………………….

La Dirigente Scolastica…………………………………...

Il Personale della scuola (qualifica)................................

I genitori\*……………………………………………………..

Genova, …………………………

\*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore esercitante la patria potestà.

**ALLEGATO 4**

**DESIGNAZIONE DEL PERSONALE AUTORIZZATO ALLA SOMMINISTRAZIONE**

A seguito della richiesta inoltrata alla Dirigente Scolastica per il figlio/a……………………………, frequentante la classe…………………….., relativa alla somministrazione di farmaci**,** la Dirigente Scolastica designa le seguenti persone: 

1. …………………………………………..
2. .…………………………………………..
3. ………………………………………….. 

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Firma per accettazione:

1. …………………………………………..
2. .…………………………………………..
3. …………………………………………..

Genova,……………………………………..

**ALLEGATO 5**

**DISPONIBILITÀ A SOMMINISTRARE I FARMACI**

Alla Dirigente Scolastica

**Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

La/Il sottoscritta/o……………………………... docente della classe………………………………….

considerata la richiesta dei genitori dell’alunna/o………………... della classe…………………..…..

**dichiara**

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella

documentazione medica prodotta.

Genova,………………………………. Il/La docente

………………………………..