|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| logo-pubblica-istruzione-ok2 | **ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE**  ***L. LUZZATTI***  **Via Perlan , 17 – Gazzera - 30174 - Mestre -VENEZIA**  **Cod. Mecc. VEIS004007** [veis004007@istruzione.it](mailto:veis004007@istruzione.it) – [veis004007@pec.istruzione.it](mailto:veis004007@pec.istruzione.it) | | |
| I.P.C. *L. LUZZATTI* Via Perlan, 17 - 30174 Mestre (Ve)  tel. 041.544.1.545 fax 041.544.1.544  [www.iisluzzatti.it](http://www.iisluzzatti.it) | | I.T.C. *A. GRAMSCI* Via Perlan, 17 - 30174 Mestre (Ve)  tel. 041.544.1.545 fax 041.544.1.544  [www.iisluzzatti.it](http://www.iisluzzatti.it) | I.P.I.A*T. A. EDISON – A. VOLTA*Via Asseggiano, 49/e - 30174 Mestre (Ve) tel. 041.544.1.267/8 fax 041.916344  [www.iisluzzatti.it](http://www.iisluzzatti.it) |

**VADEMECUM SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

In base al Protocollo d’Intesa tra Ufficio Scolastico Provinciale e le Aziende ULSS della provincia di Venezia in materia di somministrazione di farmaci a scuola, la somministrazione dei farmaci riguarda i casi di *“crisi convulsive”, “shock anafilattico”, “diabete giovanile” e “asma” o “accesso asmatico”.*

*MODALITA’ PREVISTE:*

**Genitori:** richiesta/autorizzazione (allegato 1 e 2)

Il genitore, in caso di bisogno di eventuale somministrazione di farmaci in ambito scolastico da parte del figlio/a:

1. fa richiesta di somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico, secondo lo schema riportato nell’allegato n° 1,

2. accompagna la richiesta di somministrazione con la presentazione di una certificazione medica redatta dal PLS, dall’MMG o dallo specialista,

3. fornisce il farmaco, tenendo nota della scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto in uso, obbligandosi a sostituirlo in prossimità della scadenza,

4. fornisce al dirigente scolastico un recapito telefonico al quale sia reperibile egli stesso o un suo delegato.

Il genitore si impegna a dare tempestiva comunicazione alla scuola quando, essendosi modificata la situazione clinica di base, non sussista più la necessità di somministrare il farmaco.

**Medico:** prescrizione/certificazione

La prescrizione/certificazione del MMG, del PLS, del Medico specialista deve specificare:

1. il nome dell’alunno,

2. la patologia dell’alunno,

3. l’evento che richiede la somministrazione di farmaci,

4. le modalità di somministrazione del farmaco,

5. la dose da somministrare,

6. la modalità di conservazione del farmaco,

7. gli eventuali effetti collaterali,

**Dirigente Scolastico**

Il Dirigente Scolastico, a fronte della richiesta accompagnata dalla certificazione:

1. organizza momenti informativi per l’intero personale scolastico in servizio nella sede scolastica dove è presente l’alunno affetto da specifica patologia, in collaborazione con l’Azienda ULSS del territorio e con il supporto dell’UST,

2. individua, fra il personale che si dichiara disponibile alla somministrazione del farmaco in caso di bisogno, **in primis** quello che è stato formato ai sensi del DM 388/2003.

3. indica, vista la prescrizione/certificazione, le modalità per la conservazione e la somministrazione del farmaco,

4. stende, in collaborazione con l’Azienda ULSS del territorio, il “**piano personalizzato d’intervento**”, che descrive i comportamenti da attuare in caso di sintomatologia acuta e non prevedibile, così come da allegato 3,

5. fornisce al genitore il “piano personalizzato d’intervento” suddetto,

6. autorizza la somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico, solo se in possesso dell’autorizzazione lasciata ai genitori (allegato 2)

7. redige un prospetto informativo da inviare alla fine di ogni anno scolastico al UST, che specifichi: il numero di richieste di somministrazione ricevute, le situazioni cliniche particolari che le hanno motivate, il numero di interventi con la somministrazione di farmaci attuate dal personale scolastico.

**Personale scolastico**

Il personale scolastico che ha dato la disponibilità e che è stato successivamente individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco:

1. partecipa a specifici momenti formativi in orario di servizio,

2. provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione e nel “piano personalizzato d’intervento”,

3. aggiorna la “scheda riepilogativa sulle situazioni critiche verificatesi e sugli interventi effettuati”, come da allegato n° 4 ed esempio 4 bis.

**Autosomministrazione dei farmaci da parte degli studenti**

L’autosomministrazione del farmaco, anche per patologie non contemplate all’art. 1, è prevista laddove l’alunno, per età, esperienza, addestramento, è autonomo nella gestione del problema di salute. Anche in questo caso il genitore darà comunicazione al Dirigente Scolastico in merito al farmaco usato. Nel caso di studenti maggiorenni verrà fatta da parte dello studente comunicazione al Dirigente scolastico con presa d’atto da parte di quest’ultimo.

**Gestione dell’Emergenza**

È in ogni caso prescritto il ricorso al Servizio Territoriale Emergenza (118) qualora si ravvisi una situazione d’emergenza.

È in ogni caso prescritta l’informazione al genitore contestualmente all’evento acuto e non prevedibile.

*Allegato 1 “Richiesta”*

Al Dirigente Scolastico

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

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

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

**OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

Il sottoscritto ................................................................. genitore – tutore dell’alunno/a……………………………................................................... frequentante nel corrente anno scolastico la classe ..................... presso ..............................................,

preso atto del protocollo in materia di somministrazione dei farmaci a scuola adottato tra Ufficio Scolastico Provinciale e le Aziende ULSS della Provincia di Venezia e vista la specifica patologia dell’alunno/a, con la presente

**RICHIEDE**

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/ certificazione redatta da ....................................... e allegata alla presente.

Con la presente consegna il farmaco .......................................... con scadenza.

Comunica i propri recapiti telefonici : tel fisso ...........................

Cellulare ...........................

Data Firma

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

Allegato 2 “Autorizzazione”

Al Dirigente Scolastico

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

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

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

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE A SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA**

Il sottoscritto ................................................................. genitore – tutore dell’alunno/a ....................................................... frequentante nel corrente anno scolastico la classe ..................... presso

.............................................., considerati gli interventi di informazione e formazione attuati da ................................................... in data ..................e preso atto del piano personalizzato d’intervento a favore dell’alunno/a redatto dalla scuola con la collaborazione della Azienda ULSS competente per territorio e consegnato alla famiglia in data, con la presente

**AUTORIZZANO**

gli operatori scolastici a somministrare i farmaci previsti nel protocollo all’alunno/a

Data Firma

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

Allegato 3:

Piano personalizzato d’intervento alunno……

Descrizione comportamenti

Eventuali note

L’alunno …………………………………. è affetto da ………………………… ed è in terapia ………………………………………… con somministrazioni…………………………………………………………………..

In caso di emergenza:

• intervenire somministrando ………………………………………………..

• avvisare telefonicamente il “servizio territoriale d’emergenza (118),

• avvisare telefonicamente il genitore dell’alunno relativamente a quanto sta avvenendo.

NOTE: personale addetto alla somministrazione del farmaco: (NOMI E MANSIONI)

conservazione del farmaco: (LUOGO DOVE E’ CONSERVATO)

Il dirigente scolastico Il referente dell’Azienda ULSS

Allegato 3 bis:

Esempio di “piano personalizzato d’intervento”

Piano personalizzato d’intervento alunno Filippo Filippini

Descrizione comportamenti

Eventuali note

L’alunno Filippo Franceschi è affetto da Diabete mellito ed è in terapia insulinica con somministrazioni

giornaliere. La malattia può anche però manifestarsi con crisi ipoglicemiche che si manifestano con pallori,

tremori, sudorazione fredda, dolori addominali, astenia, irritabilità, nausea, vomito.

In presenza dei comportamenti sopra citati è il caso di intervenire somministrando zuccheri a rapido

assorbimento, ad esempio zucchero in zolletta o bevanda zuccherata fredda, tipo aranciata, cola, succo di

frutta.

Molto raramente nell’alunno la malattia può manifestarsi con crisi convulsiva e/o perdita di coscienza: in

questo caso è però necessario:

• intervenire somministrando con puntura intramuscolare dose di glucagone.

• avvisare telefonicamente il “servizio territoriale d’emergenza (118),

• avvisare telefonicamente il genitore dell’alunno relativamente a quanto sta avvenendo.

Intramuscolare significa su un muscolo: ad esempio si può intervenire sul gluteo

Il dirigente scolastico Il referente dell’Azienda ULSS

Allegato 4:

**Scheda riepilogativa sulle situazioni critiche verificatesi a scuola nel**

**corso dell’anno scolastico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *data* | *situazione verificatesi* | *Intervento effettuato dal personale scolastico* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Allegato 4 bis:

**Esempio di compilazione della “scheda riepilogativa sulle situazioni critiche**

**verificatesi a scuola nel corso dell’anno scolastico”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *data* | *situazione verificatesi* | *Intervento effettuato dal personale scolastico* |
| 28/10/2005  ore 10.00 | Forte sudorazione e pallore  diffuso | Ins.Rossi: somministrato succo di frutta  Ins. Rossi: avvisato la famiglia |
| 12/05/2006,  ore 11.40 | Sudorazione,  accompagnata da vomito,  convulsioni generalizzate  senza perdita di coscienza | Coll. Scol, Verdi: somministrato succo di  frutta  Ins. Neri: avvisato uno dei colleghi  individuato dal dirigente scolastico, l’ins.  Rossi  Ins. Rossi: affidati i bambini della classe  all’insegnante Bianchi  Ins. Neri: avvisato la famiglia  Ins. Rossi: preparato il medicinale  Ins. Neri: avvisato e allertato il 118  Ins. Rossi: verificato che dopo un  minuto la crisi convulsiva non si  attenuava, consapevole che la  somministrazione non comporta effetti  collaterali, si procedeva con l’iniezione  intramuscolare.  Ins. Neri, Rossi, coll.Scol. Verdi: si  verificava la risoluzione del caso con  scomparsa delle convulsioni e ripresa di  coscienza.  Coll. Scol, Verdi: avvisata la famiglia  sulla situazione.  Coll. Scol, Verdi: avvisato il 118 sulla  risoluzione del caso, 118 che era oramai  giunto con servizio ambulanza nel cortile  delle scuola.  Arrivo papà dell’alunno. |
|  |  |  |