



1° Circolo Didattico "don Pietro Pappagallo"

Viale Roma, 59/A - 70038 Terlizzi

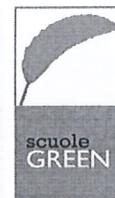
Tel. e Fax 080 3511399

Sito web: <http://www.scuoladonpappagallo.edu.it/>

E-mail: baee167005@istruzione.it - Pec: baee167005@pec.istruzione.it

C.F. 80010100727 - Codice Univoco UFWWSM

unicef



Prot. n.
C.I. n. 37
C.I. A.T.A n. 38 Reg. A

Terlizzi, lì (fa fede la data del protocollo)

DIREZIONE DIDATTICA STATALE I CIRCOLO - "DON P. PAPPAGALLO"-TERLIZZI

Prot. 0011386 del 30/09/2022

IV-8 (Uscita)

Al Presidente Consiglio di Circolo

Sig.ra Eleonora Vallarelli

rededeo@gmail.com

Sede

A tutti i Genitori del 1° C.D. "don P. Pappagallo"

Proprie Sedi

Al R.S.P.P.

Prof. LABOMBARDA Giuseppe

giuseppe.labombarda@hotmail.it

Sede

Al Direttore S.G.A.

Maria Giuseppe Mastroilli

Sede

A Tutto il Personale Docente del

1° C.D. "don P. Pappagallo"

Proprie Sedi

A Tutto il Personale A.T.A del

1° C.D. "don P. Pappagallo"

Proprie Sedi

All'Albo della Scuola

Al Sito web scolastico

Oggetto: SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

La somministrazione di farmaci in orario scolastico è disciplinata da Raccomandazioni emanate dal Ministero dell'Istruzione e dal Ministero della Salute, a seguito delle quali il Dipartimento di Promozione della salute Regione Puglia, le Aziende Sanitarie Locali delle sei province pugliesi e l'Ufficio Scolastico della Regione Puglia hanno definito un "*Protocollo d'intesa per un approccio omogeneo e integrato da attuare in caso di necessità di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico*" Prot. 4837 del 14/09/2021 che si allega alla presente.

Pertanto, nel rispetto di tale protocollo:

- I farmaci vengono somministrati in orario e ambito scolastico esclusivamente quando la somministrazione non può venire al di fuori dell'orario scolastico e la omissione può causare danni alla salute dello studente o della studentessa.
- Su richiesta scritta di Genitori o esercenti la potestà genitoriale corredata da prescrizione del Medico curante secondo la modulistica allegata.



Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso o al Servizio Nazionale 118 nei casi di emergenza o comunque nei casi che richiedono conoscenze di tipo specialistico o discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

La somministrazione del farmaco in ambito e orario scolastico, può essere effettuata, previa Intesa con la scuola e secondo le modalità successivamente indicate:

- dai Genitori o Esercenti la responsabilità genitoriale;
- in auto-somministrazione dall'alunno stesso, se maggiorenne, o autorizzato dai Genitori, se minorenni;
- dalle persone che agiscono su delega formale dei Genitori stessi, quali familiari o persone esterne delegate dalla famiglia;
- da personale delle Istituzioni scolastiche che abbia espresso per iscritto la propria disponibilità e che sia stato informato sul singolo caso specifico, su delega formale dei Genitori/Tutori ed autorizzato dal Dirigente Scolastico;
- dal personale del Servizio Sanitario Regionale (SSR), su richiesta di intervento, in relazione alla particolarità della condizione dell'alunno che non dovesse consentire la somministrazione di farmaci da parte di personale non sanitario.

PROCEDURA E MODULISTICA

I Genitori/Tutori, di alunni che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico, richiedono formalmente la somministrazione al Dirigente Scolastico, utilizzando il **Modulo 1** da consegnare in Segreteria - Ufficio Protocollo - dai genitori/esercienti potestà genitoriale unitamente al **Modello 3** (prescrizione MMG o PLS) e alla copia dei documenti di identità di entrambi.

Nei casi di alunni per i quali, a fronte di valutazione congiunta con il medico curante e/o specialista, si ritenga possibile effettuare l'auto-somministrazione della terapia farmacologica durante l'orario scolastico, il Genitore/Tutore dovrà comunque richiedere opportuna autorizzazione al Dirigente Scolastico utilizzando il **Modulo 2** da consegnare in Segreteria - Ufficio Protocollo - dai genitori/esercienti potestà genitoriale unitamente al **Modello 3** (prescrizione MMG o PLS) e alla copia dei documenti di identità di entrambi.

Si sottolinea la circostanza che il momento della raggiunta completa autonomia del minore nell'auto-somministrazione del farmaco e/o nell'esecuzione dell'intervento specifico deriverà dalla valutazione congiunta della famiglia e del medico curante e/o specialista.

I Moduli 1 o 2 devono essere sottoscritti da entrambi i genitori/esercienti potestà genitoriale e corredati da copia del documento di riconoscimento dei firmatari.

La Scuola acquisirà la documentazione predetta unitamente alla prescrizione della somministrazione, rilasciata al Genitore/Tutore dal medico curante (Medico di Medicina MMG/Pediatra di Libera Scelta PLS/medico Specialista MS) redatta su **Modulo 3** sui minori.

I criteri a cui si atterranno i medici prescrittori sono:

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;



- la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto relativamente ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario

In conseguenza della richiesta e della verifica delle indicazioni richieste, la scrivente concede l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o loro delegati, per la somministrazione dei farmaci e/o, verificata disponibilità del personale (preferenzialmente quello addetto al Primo Soccorso) **da acquisire in forma scritta**, autorizza a praticare, previa opportuna formazione/addestramento, la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai genitori e custoditi a scuola e/o l'intervento specifico richiesto dalla famiglia sul singolo caso.

La richiesta è valida **per l'anno scolastico in corso e deve essere ripetuta all'inizio di ogni anno.**

In caso di consegna di farmaci alla Scuola, andrà prioritariamente verificata la disponibilità di locali e/o attrezzature idonee alla conservazione. Il farmaco dovrà essere corrispondente in tutto alla prescrizione sanitaria e dovrà riportare data di scadenza tale da potere essere conservato per l'intero anno scolastico. In caso contrario, il **coordinatore di classe**, dovrà informare in tempo utile la scrivente affinché sia fornito dalla famiglia farmaco idoneo e/o in corso di validità. **Al termine dell'anno scolastico i farmaci saranno restituiti dal coordinatore alla famiglia, con verbale di restituzione annotato sul Registro del Consiglio della Classe.**

In caso di autorizzazione all'auto-somministrazione, la scrivente invierà nota di conoscenza al coordinatore e a tutti i docenti del Consiglio di Classe nonché a tutto il personale in servizio sul piano, ricevendone copia firmata.

In nessun altro caso è autorizzata somministrazione o auto-somministrazione di farmaci in orario e locali scolastici. In caso di malore saranno immediatamente informati i genitori / esercenti potestà genitoriale o familiari da loro delegati ovvero, nei casi di emergenza, il servizio 118.

La presente è notificata ai docenti e al personale in indirizzo mediante pubblicazione sul sito on line della scuola www.scuoladonpappagallo.edu.it



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Marielena de Trizio

Allegati:

MODULO 1: richiesta somministrazione farmaci

MODULO 2: richiesta auto-somministrazione farmaci

MODULO 3: prescrizione e indicazioni da parte del MMG o Pediatra di libera scelta (da consegnare unitamente a Mod 1 o Mod.2)



Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
del 1° C.D. "don Pietro Pappagallo"
Terlizzi (BA)

Il/i sottoscritto/i _____
genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____, frequentante la classe/sezione _____
Plesso _____ nell'anno scolastico 20____/20____

- vista la specifica patologia dell'alunno (*specificare*) _____
- preso atto del protocollo esistente in materia di somministrazione di farmaci a scuola tra USR Puglia, ASL Bari e Dipartimento di Promozione della salute Regione Puglia 14/09/2021;
- constatata l'assoluta necessità

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è **fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.**

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal dottor _____
- Consegna farmaco specifico alla scuola (nome del farmaco – data di consegna) _____

Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco (es custodito nello zaino..)) _____

Contestualmente autorizza/ono:

- il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;
- la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Terlizzi, li ____/____/20____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà



1° Circolo Didattico "don Pietro Pappagallo"

Viale Roma, 59/A - 70038 Terlizzi

Tel. e Fax 080 3511399

Sito web: <http://www.scuoladonpappagallo.edu.it/>

E-mail: baee167005@istruzione.it - Pec: baee167005@pec.istruzione.it

C.F. 80010100727 - Codice Univoco UFWWSM

Ministero dell'Istruzione
Università e Ricerca

unicef



Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare _____

Genitori: Telefono fisso _____

Tel. cellulare _____

Tel. di _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia. La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.



Modulo 2: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

da compilare a cura dei genitori dell'alunno (o dall'alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente scolastico)

**Al Dirigente Scolastico
del 1° C.D. "don Pietro Pappagallo"
Terlizzi (BA)**

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il /i sottoscritto/i _____

In qualità di genitore/i tutore/i dell'alunno/a _____ nato a _____ il

residente a _____ in via _____, frequentante la classe/sezione _____

della scuola secondaria_Plesso _____ nell'anno scolastico _____ affetto dalla
seguinte patologia _____

Comunica

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

_____ da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Terlizzi, li ____/____/20____

Firma del Medico Curante

firma del/i genitore/i tutore/i

firma del Dirigente scolastico



1° Circolo Didattico "don Pietro Pappagallo"

Viale Roma, 59/A - 70038 Terlizzi

Tel. e Fax 080 3511399

Sito web: <http://www.scuoladonpappagallo.edu.it/>

E-mail: baee167005@istruzione.it - Pec: baee167005@pec.istruzione.it

C.F. 80010100727 - Codice Univoco UFWWSM

unicef



Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.



**Modulo 3: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA
DA SOMMINISTRARE IN AMBITO SCOLASTICO"**

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Residente a _____
In via _____ Telefono _____
Classe _____ della Scuola _____
Sita a _____ In Via _____
affetto dalla seguente patologia _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose: _____

Prima dose _____ Seconda dose _____ Terza dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Terapia Continuativa SI No

(Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.)

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza (es. shock anafilattico): _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Terlizzi, lì ____/____/20____

Timbro e firma del MMG/PLS/MS