



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia - Direzione Generale
Ufficio I – Funzione vicaria. Affari generali e gestione del personale
dell'Amministrazione Politica scolastica

Oggetto: Protocollo d'intesa tra Regione, ASL e Ufficio Scolastico Regionale per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico.

Facendo seguito alla nota USR prot. n. 32316 del 26.10.2018 si trasmette alle SS.LL. il Protocollo d'intesa regionale per "un approccio omogeneo e integrato da attuare in caso di necessità di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico", sottoscritto lo scorso 29 ottobre.

Il protocollo d'intesa definisce compiti e ruoli dei diversi soggetti coinvolti e riporta, in allegato, la modulistica da utilizzare:

Allegato 1: Modulo di richiesta del genitore al Dirigente scolastico;

Allegato 2: Modulo di richiesta per Auto – somministrazione;

Allegato 3: Prescrizione del medico curante per terapia da somministrare in ambito scolastico

Considerata la rilevanza del Protocollo d'intesa, si confida nella massima collaborazione delle SS.LL. per la diffusione e dello stesso fra tutto il personale interessato.

Il DIRIGENTE

Mario Trifiletti

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)

Il/i sottoscritto/i _____ Al Dirigente Scolastico
genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____, frequentante la classe/sezione
_____ della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

vista la specifica patologia dell'alunno _____
preso atto del protocollo esistente tra _____, in materia di somministrazione di farmaci a scuola
adottato in data _____ 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

- Consegna farmaco specifico alla scuola _____
- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco - es. custodito nello zaino)

Contestualmente autorizza/ono:

a) Il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data _____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

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

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Note

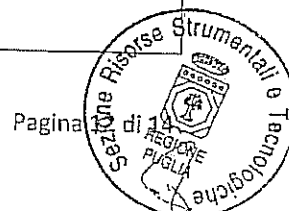
La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

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)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno (Cognome e Nome) _____ nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ frequentante la classe/sezione _____ della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico _____ affetto dalla seguente 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.

Data _____

Firma del Medico Curante _____

_____ firma del genitore/tutore o dello studente maggiorenne

_____ firma del Dirigente scolastico

Note

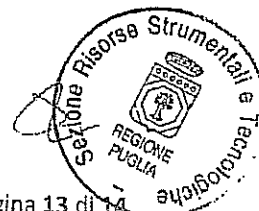
La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

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 _____
Dirigente Scolastico _____
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*):

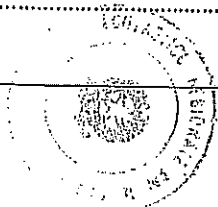
Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data



Timbro e firma del MMG/PLS/MS

