



1° Circolo Didattico "Guglielmo Marconi"
Via G. Marconi, 39 - 70010 - Casamassima - BA -
Tel. 080. 676357 (Segreteria) – 080.4531280 (Direzione) Fax 080. 676357
Distretto n. 14 – Codice BAE088009 – C.F. 80010420729
e-mail: BAE088009@istruzione.it pec: baee088009@pec.istruzione.it
web site : <http://www.primocircolodidatticomarconi.edu.it>

CIRCOLARE N. 55

A TUTTI I DOCENTI
SEDE

OGGETTO: 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. MONITORAGGIO

In allegato alla presente, per opportuna conoscenza, si trasmette la nota di pari oggetto della Direzione Generale dell'USR Puglia.

Le SS.LL sono pregate di **prendere visione anche dell'allegato questionario e voler fornire a questo ufficio di presidenza ogni informazione utile alla sua compilazione** entro e non oltre le ore 12,00 del 12 febbraio 2020.

Certo della consueta collaborazione, porgo vive cordialità.

Casamassima, 7.02.2020

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof. Francesco Mario Pio Damiani



DAMIANI
FRANCESCO MARIO
PIO
07.02.2020
10:29:23 UTC

Indirizzo email *

baee088009@istruzione.it

Sezione Istituzione Scolastica
Descrizione

Provincia di appartenenza

- ☐ BARI
- ☐ BAT
- ☐ BRINDISI
- ☐ FOGGIA
- ☐ LECCE
- ☐ TARANTO

Tipologia Istituzione Scolastica

- ☐ Circolo Didattico
- ☐ Istituto Comprensivo
- ☐ Scuola Secondaria di primo grado
- ☐ Scuola Secondaria di secondo grado
- ☐ Centro Provinciale per l'Istruzione degli Adulti
- ☐ Onnicomprensivo

Codice meccanografico

La tua risposta

Ambito territoriale scolastico di appartenenza della scuola

Scegli

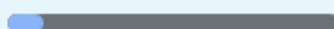


Nella sua scuola si somministrano farmaci in orario e ambito scolastico?

☐ Sì

☐ No

Avanti



Pagina 1 di 9

Sezione popolazione scolastica

Popolazione scolastica totale *

La tua risposta

Ci sono alunni che necessitano della somministrazione certificata di farmaci in orario e ambito scolastico?

- ☐ Sì
- ☐ No

Nel suo Istituto è stato applicato 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 *

- ☐ Sì
- ☐ No

Numero di alunni per i quali è stato applicato il Protocollo d'intesa regionale ? *

Scegli

Indietro

Avanti

Pagina 2 di 9

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno presentato formale richiesta scritta?

- ☐ SI
- ☐ NO

In caso affermativo, è stato utilizzato il Modulo 1 allegato al Protocollo?

- ☐ Si
- ☐ No

Tale richiesta era accompagnata dalla prescrizione medica?

- ☐ Sì
- ☐ No

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno dimostrato disponibilità a confrontarsi?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, quasi sempre
- ☐ No, quasi mai
- ☐ No, mai

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno fornito tutte le informazioni necessarie?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, quasi sempre
- ☐ No, quasi mai
- ☐ No, mai

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno depositato i recapiti per la reperibilità tempestiva?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, quasi sempre
- ☐ No, quasi mai
- ☐ No, mai

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno comunicato tempestivamente notizie sull'evoluzione della situazione medica?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, quasi sempre
- ☐ No, quasi mai
- ☐ No, mai

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno garantito la fornitura dei farmaci necessari e/o dei presidi sanitari?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, quasi sempre
- ☐ No, quasi mai
- ☐ No, mai

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno assicurato direttamente l'intervento nei casi di necessità?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, quasi sempre
- ☐ No, quasi mai
- ☐ No, mai

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno formalmente delegato altri alla somministrazione certificata dei farmaci? *

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, in caso di impossibilità
- ☐ No

In caso di risposta affermativa, indicare quale figura è stata individuata dai genitori o dagli esercenti la responsabilità genitoriale

- ☐ Familiari
- ☐ Persona esterna

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno autorizzato l'autosomministrazione certificata dei farmaci?

- ☐ Sì

☐ No

In caso di risposta affermativa, indicare l'età dello studente

La tua risposta

In caso affermativo, è stato utilizzato il Modulo 2 allegato al Protocollo?

☐ Sì

☐ No

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale di alunni affetti da patologie croniche o assimilabili, qualora non siano in grado di provvedere direttamente o attraverso propri delegati, hanno presentato formale dichiarazione di indisponibilità alla somministrazione di farmaci al dirigente scolastico?

☐ Sì

☐ No

[Indietro](#)

[Avanti](#)



Pagina 3 di 9

Sezione Medico di Medicina MMG/ Pediatria di libera scelta PLS/ medico specialista MS

Compilare la sezione per ogni studente per cui è stato applicato il Protocollo

Fornisce nome commerciale del farmaco?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, quasi sempre
- ☐ No, quasi mai
- ☐ No, mai

Nella prescrizione/certificazione è chiaramente leggibile

Barrare in caso affermativo

nome e cognome dell'alunno	☐
nome commerciale del farmaco	☐
patologia dell'alunno	☐
evento che richiede la somministrazione	☐
dose da somministrare	☐
modalità di somministrazione	☐
modalità di conservazione	☐
durata della terapia	☐
eventuali effetti collaterali	☐

Nella prescrizione/certificazione è specificato che non è richiesto il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica nella somministrazione certificata dei farmaci?

- ☐ Sì
- ☐ No

E' stato utilizzato il Modulo 3 allegato al Protocollo?

- ☐ Sì
- ☐ No

Indietro

Avanti

Pagina 4 di 9

Sezione procedure

Il DS ha stipulato accordi con il distretto socio sanitario territorialmente competente per l'organizzazione delle attività di informazione, formazione e addestramento del personale scolastico?

- ☐ Sì
- ☐ No

Il DS ha verificato l'idoneità dei locali individuati per la conservazione del farmaco da somministrare?

- ☐ Sì
- ☐ No

Il DS ha verificato l'idoneità dei locali individuati per la somministrazione del farmaco?

- ☐ Sì
- ☐ No

Il DS ha assicurato che i locali individuati siano dotati della strumentazione necessaria?

- ☐ Sì
- ☐ No

L'azienda ASL, per il tramite dei Distretti Socio Sanitario

Barrare in caso affermativo

coopera con il DS

☐

si rende disponibile alla stipula di accordi/convenzioni al fine di garantire il superamento delle criticità logistiche

☐

si rende disponibile a svolgere incontri con il DS per i casi di particolare gestione

☐

si rende disponibile a organizzare/partecipare a incontri di formazione degli operatori scolastici sulle specifiche patologie presenti fra gli alunni

☐

Il personale scolastico ha partecipato alle attività di informazione/formazione/addestramento

☐ Sì

☐ No

Il personale scolastico si è reso disponibile alla somministrazione del farmaco secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione?

☐ Sì

☐ No

Il DS, qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale, ha provveduto all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni?

☐ Sì

☐ No

In difetto delle condizioni sopra descritte, il dirigente scolastico ha dato comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la responsabilità genitoriale?

☐ Sì

☐ No

In difetto delle condizioni sopra descritte, il dirigente scolastico ha dato comunicazione formale e motivata al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta?

☐ Sì

☐ No

In difetto delle condizioni sopra descritte, il dirigente scolastico ha dato comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la responsabilità genitoriale?

- ☐ Sì
- ☐ No

In difetto delle condizioni sopra descritte, il dirigente scolastico ha dato comunicazione formale e motivata al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta?

- ☐ Sì
- ☐ No

Il DS ha promosso la diffusione delle procedure operative per la gestione dei casi?

- ☐ Sì
- ☐ No

Il DS ha promosso il monitoraggio di eventuali situazioni critiche attraverso l'adozione di un apposito registro da trasmettere entro il 31 gennaio dell'anno successivo all'USR Puglia?

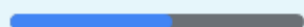
- ☐ Sì
- ☐ No

Il DS ha concordato, in occasione dei passaggi ad altre scuole, la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto?

- ☐ Sì
- ☐ No

[Indietro](#)

[Avanti](#)



Pagina 5 di 9

Compilare la sezione per ogni studente per cui è stato applicato il Protocollo

Comune di residenza dello studente *

La tua risposta

Distretto socio sanitario di appartenenza

Scegli

Sesso

☐ F

☐ M

Fascia d'età

☐ 3-6

☐ 7-10

☐ 11-14

☐ 15-18

☐ oltre

Se maggiorenne ha fatto richiesta autonomamente?

☐ Sì

☐ No

Indirizzo di studi *

Scegli

Segnalazione di eventuali criticità.

La tua risposta

[Indietro](#)

[Avanti](#)

Pagina 6 di 9

Non inviare mai le password tramite Moduli Google.

Sezione gestione casi comuni

Il DS ha acquisito in forma scritta la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci?

- ☐ Sì
☐ No

Il DS ha individuato in forma scritta il personale scolastico resosi disponibile alla somministrazione dei farmaci?

- ☐ Sì
☐ No

In caso affermativo, indicare se

- ☐ personale docente
☐ personale ATA
☐ altro

Il personale scolastico resosi disponibile alla somministrazione dei farmaci

Barrare in caso affermativo

ha partecipato alle attività di informazione/formazione/addestramento ☐

ha somministrato il farmaco secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione ☐

ha aggiornato il registro di monitoraggio sulle eventuali situazioni critiche ☐

Il personale scolastico ha ricevuto apposito attestato formativo da parte del Distretto sanitario territorialmente competente quale personale formato per la somministrazione dei farmaci?

- ☐ Sì
☐ No

Il DS ha formalmente autorizzato l'accesso a scuola al genitore o ai soggetti delegati nell'orario previsto per l'intervento di somministrazione?

- ☐ Sì
☐ No

Il DS ha incontrato il medico di medicina generale che ha certificato la somministrazione?

- ☐ Sì
☐ No

Il DS ha incontrato la famiglia dello studente?

- ☐ Sì
☐ No

La richiesta di somministrazione di farmaci è stata accompagnata da *

	si	no
prescrizione medica completa ed attestante la patologia	☐	☐
terapia farmacologica	☐	☐
intervento specifico da eseguirsi durante orario scolastico	☐	☐
indicazioni necessarie per la somministrazione	☐	☐
altro	☐	☐

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale hanno preventivamente consegnato il farmaco?

- ☐ Sì
☐ No

Il dirigente scolastico ha garantito l'informazione riguardante l'andamento del processo in modo formale e motivato ai genitori o agli esercenti la responsabilità genitoriale?

- ☐ Sì
- ☐ No

Il dirigente scolastico ha concordato con i genitori o agli esercenti la responsabilità genitoriale e con il medico di base le soluzioni da adottare in via transitoria?

- ☐ Sì
- ☐ No

Il dirigente scolastico ha inviato tutta la documentazione al direttore del Distretto sanitario di riferimento?

- ☐ Sì
- ☐ No

[Indietro](#)

[Avanti](#)

Pagina 7 di 9

Non inviare mai le password tramite Moduli Google.

Sezione gestione dell'emergenza

In tutti gli eventi che rivestono i caratteri di emergenza si è ricorsi al 118?

- ☐ Sì
- ☐ No

Contestualmente al ricorso al 118 sono stati immediatamente avvisati i genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale?

- ☐ Sì
- ☐ No

Sono stati previsti interventi volti a favorire l'accoglienza, l'inserimento e la socializzazione dell'allievo in condivisione con i genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale?

La tua risposta _____

[Indietro](#)

[Avanti](#)

Pagina 8 di 9



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.

Conclusione

Eventuali suggerimenti/miglioramenti

La tua risposta

☐ Inviarmi una copia delle mie risposte.

[Indietro](#)

[Invia](#)

Pagina 9 di 9

Non inviare mai le password tramite Moduli Google.



[Privacy/Termini](#)

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google. [Segnala una violazione](#) - [Termini di servizio](#) - [Norme sulla privacy](#)

Google Moduli