



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL VENETO
ISTITUTO COMPRESIVO DI PREGANZIOL

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado a Indirizzo Musicale
Via A. Manzoni 39, 31022 Preganziol (Treviso)
Tel 0422 330645 - 0422 938584 - CF 80011500263
www.icpreganziol.edu.it
tvic81300t@istruzione.it - tvic81300t@pec.istruzione.it

Circolare IPS ATA N° 23

Preganziol, 7 settembre 2022

Al Personale

Alle Famiglie

Al DSGA

Oggetto: somministrazione farmaci salvavita ad alunni a scuola.

Si comunica che la presente circolare è rivolta ai docenti e ai genitori degli alunni per la somministrazione dei farmaci salvavita a scuola che deve avvenire seguendo la procedura allegata e dunque utilizzando la relativa modulistica.

1. I genitori interessati scaricano dal registro elettronico nella sezione *modulistica* il modello 1, 2 ed eventualmente il modello A. Faranno compilare al medico competente il modello 1, compileranno il modello 2 ed eventualmente il modello A.
2. Una volta compilata e sottoscritta la modulistica, i genitori la inviano **esclusivamente a mezzo mail all'indirizzo tvic81300t@istruzione.it**
3. Nei casi previsti l'ufficio didattica consegna ai docenti dell'alunno il modello B.

PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA A SCUOLA

La presente procedura intende regolamentare la somministrazione dei farmaci salvavita a scuola, che si differenzia da quanto previsto per i farmaci "non salvavita".

- 1) Prima dell'avvio dell'anno scolastico, o quanto prima, i genitori interessati scaricano dal sito nella sezione *modulistica per famiglie* il modello 1, 2 ed eventualmente il modello A. Faranno compilare al medico competente il modello 1, compileranno il modello 2 ed eventualmente il modello A e li consegneranno all'ufficio didattica.
- I Modelli 1 e 2 puntualmente compilati e firmati, andranno inviati in Segreteria **a mezzo mail all'indirizzo tvic81300t@istruzione.it** ; l'Ufficio provvederà ad inoltrare agli insegnanti della classe il **MODELLO B** i quali daranno le informazioni del caso agli altri docenti della Scuola e ai collaboratori scolastici nelle opportune sedi. **Il farmaco andrà consegnato alla scuola di appartenenza.**
- 2) Una copia di tutti i documenti va conservata nel Fascicolo personale dell'alunno presso la Segreteria, un'altra custodita dagli insegnanti di classe (Agenda di team – Registro dei verbali) ed infine una copia va fornita alla famiglia.
- 3) In caso di particolari problematiche è possibile concordare direttamente con la figura di riferimento (Psicopedagogo – Referente sostegno) e la famiglia, un incontro (con il medico curante o di Comunità, o del neuropsichiatria, ecc...) per l'illustrazione delle modalità di intervento, di somministrazione del farmaco e concordare la predisposizione del **Piano di assistenza dell'alunno**.
- 4) Poiché nello svolgersi degli eventi potrebbe rendersi necessario un coinvolgimento degli insegnanti della sede e degli operatori scolastici, la problematica (come citato al punto 2) va affrontata in sede di consiglio per soli docenti, prevedendo l'eventuale presenza dei collaboratori scolastici e dell'OAA, al fine di individuare gli insegnanti e gli operatori chiamati, nell'ordine, a somministrare il farmaco, a collaborare in attuazione dei compiti previsti dal Piano di assistenza e a gestire il resto della classe per il tempo necessario.
- 5) È opportuno individuare un luogo (aula di sostegno, aula dell'alunno, antibagno...) ove trasportare, se possibile, l'alunno in caso di malore per prestare i primi soccorsi. Il locale può essere dotato dei materiali e arredi necessari: brandina, armadietto medicinali. Il farmaco va conservato fuori dalla portata dei bambini, ma in un luogo noto ad OAA, docenti e collaboratori scolastici; accanto ad esso va posto l'occorrente per la somministrazione (guanti monouso, bicchiere di plastica, bottiglia d'acqua e quant'altro).
- 6) Se necessario, prendere accordi con il DS e il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi per quanto di pertinenza dei collaboratori scolastici.
- 7) Alla data d'inizio delle lezioni dell'anno scolastico successivo alla famiglia si richiederà una confezione del farmaco, verificando l'integrità della stessa e la data di scadenza. In caso di utilizzo del medicinale, sarà richiesta una confezione integra del nuovo farmaco. È opportuno verificare periodicamente la presenza e integrità della confezione e di quanto necessario alla somministrazione.
Il farmaco va restituito alla famiglia al termine dell'anno scolastico.

- 9) In caso di uscita scolastica o visite di istruzione la famiglia provvederà alla fornitura di un adeguato contenitore atto a consentire agli insegnanti di portare appresso il farmaco per eventuale emergenza.
- 10) Al passaggio al grado successivo di istruzione o in caso di trasferimento ad altra scuola la famiglia dovrà fornire il consenso previsto dal **Modello A**, per poter trasmettere i dati, le informazioni e tutta la documentazione già in possesso dei docenti.

La presente si invia per opportuna conoscenza e norma.

Modello A "Consenso passaggio informazioni"

Modello B "Trasmissione documentazione da parte della Segreteria"

Modello 1 "Certificazione medica da allegare alla richiesta di somministrazione di farmaci salvavita a minori nell'ambito scolastico"

Modello 2 "Autorizzazione alla somministrazione di farmaci per il trattamento d'urgenza".

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Luana Pollastri

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs 39/93*

***CONSENSO AL PASSAGGIO DELLE INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ALUNNO IN CASO DI TRASFERIMENTO O ISCRIZIONE ALL'ORDINE DI SCUOLA SUPERIORE**

Il sottoscritto _____ in qualità di padre e
(cognome e nome)

la sottoscritta _____ in qualità di madre
(cognome e nome)

dell'alunno _____ neiscritto alla scuola
(cognome e nome)

dell'Infanzia di _____ sezione _____

Primaria di _____ classe _____

Secondaria di primo grado di _____ classe _____

AUTORIZZANO

in caso di trasferimento o di iscrizione ad altra scuola la trasmissione delle informazioni, dati e documentazione riguardanti lo stato di salute del proprio figlio/a, le modalità di intervento in caso di emergenza e di somministrazione del farmaco salvavita.

Preganziol, lì _____

FIRMA: _____

FIRMA: _____

**I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno soggetti alle normative vigenti sulla privacy.*

Modello B

Ai docenti della classe _____

Al personale ATA plesso _____

e p.c. Ai Genitori di _____

Oggetto: Piano di assistenza alunno _____

L'alunno _____ che frequenta la classe/sezione _____
è affetto da

Gli Insegnanti di classe ed il personale ausiliario sono stati preventivamente informati dai genitori e devono predisporre il **PIANO DI ASSISTENZA**, copia del quale deve essere successivamente inviata in Segreteria.

INFORMAZIONE

Nel **Fascicolo personale dell'alunno**, conservato in Segreteria, sono contenute:

1. la dichiarazione del medico curante (Modello 1);
2. la lettera liberatoria firmata dai genitori (Modello 2);
3. il piano di assistenza (Modello 3).

Nel cassetto chiuso a chiave dell'aula e comunque a cura dai docenti di classe nel rispetto vincolante della normativa sulla privacy, sono contenute le copie dei suddetti documenti ed inoltre la segnalazione dei genitori (Modulo A) ed il consenso o non consenso della famiglia alla trasmissione ad altra scuola delle informazioni e documentazioni relative al caso (Modulo B).

ASSISTENZA

Qualora l'alunno presentasse i seguenti sintomi _____

L'insegnante di classe o chi indicato nel Piano di Assistenza, coadiuvato dai collaboratori scolastici, deve avviare, in ordine, la procedura seguente:

1. Somministrare

2. Telefonare subito al N. 118 e richiedere un intervento urgente per
" _____ ";

3. Telefonare ai genitori: cellulare madre _____

cellulare padre _____

telefono abitazione _____

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Luana Pollastri

Modello 1

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI SALVAVITA A MINORI NELL'AMBITO SCOLASTICO
(da compilarsi a cura del Medico curante)**

Cognome e Nome del bambino

Luogo e Data di nascita

Patologia presentata dal bambino per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco a scuola:

La somministrazione del farmaco può essere eseguita da personale scolastico? Sì No

La somministrazione del farmaco è differibile? Sì No

Perché la somministrazione non è differibile? _____

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA
SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO:

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:

3) NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

4) MODALITA', TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA:

5) CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

6) DURATA DEL FARMACO:

7) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

1) Chiamare il 118 ?

2) Chiamare i genitori ?

3) Chiamare il medico di riferimento, dr. _____ telefono _____

Altro:

8) ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L'EMERGENZA:

DATA: _____

IL MEDICO (Timbro e firma) _____

**I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno soggetti alle normative vigenti sulla privacy.*

Modello 2

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. di Preganziol

Oggetto: autorizzazione alla somministrazione di farmaci per il trattamento d'urgenza.

I sottoscritti e
genitori dell'alunno/a
che frequenta la scuola dell'infanzia primaria secondaria
di sezione/classe

DICHIARANO

che il proprio figlio/a è affetto da

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a

e che si manifesta con la seguente sintomatologia

.....
(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo stesso/a il farmaco

come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra.

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allegano a tal fine:

- Il certificato medico (**Modello 1**, compilato in ogni sua parte) attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;

Consegnano:

- **IL FARMACO PER IL TRATTAMENTO D'URGENZA (DA CONSEGNARE AL PLESSO SCOLASTICO FREQUENTATO);**
- Altro

Si Impegnano a comunicare **tempestivamente** alla scuola ogni altra situazione rilevante rispetto alla patologia e/o alla somministrazione del farmaco.

Data

.....
Firma di entrambi i genitori

**I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno soggetti alle normative vigenti sulla privacy.*