



**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°125

Preganziol, 20 novembre 2023

Al Personale  
Alle Famiglie  
Al DSGA

**Oggetto: somministrazione farmaci patologie croniche ad alunni a scuola.**

Si comunica che la presente circolare è rivolta ai docenti e ai genitori degli alunni per la somministrazione a scuola dei farmaci indispensabili per patologie croniche, e che quindi non rientrano nella categoria dei farmaci salvavita.

Tale somministrazione deve avvenire secondo la procedura sotto riportata. I modelli allegati alla presente sono stati caricati anche sul registro elettronico nell'area riservata ai tutori in modulistica n. 54.

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.

Il Dirigente scolastico  
Prof. Giuseppe Vecchio

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

## PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI PER PATOLOGIE CRONICHE A SCUOLA

La presente procedura intende regolamentare la somministrazione dei farmaci indispensabili per patologie croniche a scuola, che si differenzia da quanto previsto per i farmaci " 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 al plesso 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 di 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 di classe 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. 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.
8. 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 con sé il farmaco per un'eventuale emergenza.
9. 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 indispensabili a minori nell'ambito scolastico"

**Modello 2** "Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci".

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Giuseppe Vecchio

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

## Modello A

### **\*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 \_\_\_\_\_ neoiscritto alla scuola  
(cognome e nome)

↳ dell'Infanzia di \_\_\_\_\_  
sezione \_\_\_\_\_

↳ Primaria di \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

↳ Secondaria di primo grado di \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

### **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 somministrazione del farmaco indispensabile per patologie croniche.

Preganziol, lì \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

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

**Modello B**

Ai docenti  
della Scuola \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_

Al personale ATA  
della Scuola \_\_\_\_\_

e p.c. Ai Genitori di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Oggetto: Piano di assistenza alunno** \_\_\_\_\_

L'alunno \_\_\_\_\_ che frequenta la classe/sezione \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**Modello 1**

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER PATOLOGIE CRONICHE NON 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 indispensabile 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 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 PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO :

---

---

---

---

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 indispensabili per patologie croniche.**

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

**DICHIARANO**

che il proprio figlio/a è affetto da .....  
che si manifesta con la seguente sintomatologia .....  
.....  
(descrivere brevemente la situazione che richiede la somministrazione del farmaco)

**CHIEDONO**

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 (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 del padre .....

Firma della madre.....

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

TVIC81300T - AA4BF49 - CIRCOLARI - 0000125 - 16/11/2023 - Pubbliche - U