



“Con l’Europa  
investiamo nel  
vostro futuro”

## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “G. MATTEOTTI”

SCUOLE DELL’INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA I Grado

Sede Centrale: Via Manzoni, 11 -30030 Maerne (VE)

Tel. 041 640863 – Fax. 041 640825

Codice Fiscale 82012260277 - Codice Univoco Ufficio UFMZP4

E-Mail: [veic83700a@istruzione.it](mailto:veic83700a@istruzione.it) - Pec: [veic83700a@pec.istruzione.it](mailto:veic83700a@pec.istruzione.it)

Sito Web: [www.icmatteottimaerne.gov.it](http://www.icmatteottimaerne.gov.it)

CIRC.n.10

Maerne, 14 Settembre 2018

Ai docenti  
Ai genitori  
Al personale ATA  
Al sito web

### Oggetto: Somministrazione farmaci a scuola.

In riferimento all’oggetto si forniscono le seguenti indicazioni operative:

1- la somministrazione di farmaci, solo nei casi di **crisi convulsive, shock anafilattico, diabete giovanile** richiede la messa in opera di un protocollo particolare che prevede le seguenti fasi:

- la presentazione alla scuola da parte dei genitori della richiesta, accompagnata dalla certificazione medica, e della liberatoria (*entrambi gli allegati*);
- formazione del personale scolastico che dovrà somministrare il farmaco da parte del personale dell’AULSS, dei distretti sanitari e dei medici curanti;
- elaborazione di un “*Piano personalizzato di intervento*” che descriva i comportamenti da attuare in caso di sintomatologia acuta e non prevedibile redatto in collaborazione con l’AULSS territoriale (*quest’ultima documentazione dovrà essere redatta da personale dell’AULSS a seguito di intervento di formazione al personale scolastico*).

2. per la somministrazione di **altri farmaci** è sufficiente che i genitori presentino al dirigente scolastico la richiesta e la liberatoria corredate da certificato medico (*entrambi i moduli allegati; il modulo “prescrizione/certificazione per la somministrazione dei farmaci a scuola” è una traccia per la stesura del certificato da suggerire al medico*).

**E’ evidente comunque che in caso di crisi o situazioni acute di difficile gestione dal punto di vista sanitario occorre chiamare il n.118 per il pronto intervento.**

**LA MODULISTICA COMPILATA DEVE PERVENIRE IN SEGRETERIA ENTRO IL 30.09.2018**

**Si allegano:**

- richiesta genitori;
- liberatoria;



La Dirigente scolastica  
Monica Cuzzolin

(firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell’art.352 D.Lgs. 39/1993)

## RICHIESTA PER INTERVENTI STRAORDINARI

Al Dirigente Scolastico  
Scuola \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

Al Direttore  
del Distretto n.1 Area Nord  
dott. Gabriele Angiolelli  
Via Pisacane, 3  
FAX 041.5413535  
SPINEA VE

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

genitori/tutore di \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

sulla base delle informazioni assunte dal Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

e Medico Specialista \_\_\_\_\_, che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

affetto/a da \_\_\_\_\_

in caso di gravi crisi \_\_\_\_\_

come da certificato allegato, necessita di una somministrazione del farmaco e/o alimento per via enterale nei  
seguenti orari: \_\_\_\_\_

I genitori/tutore sono stati informati che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale del  
S.I.S.S.

### PERTANTO SOLLEVANO

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal  
farmaco e/o alimento stesso, il personale che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale del Servizio presente nella Scuola possa effettuare questa prestazione,  
considerato che sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRME \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Unità Operativa- Direzione di distretto  
Il responsabile del procedimento: Emanuela Gastaldi  
Sede distrettuale - Spinea  
Via Pisacane n°3- tel.041/999945 Fax 041/5403535

## LIBERATORIA

Al Dirigente Scolastico  
Scuola \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

Al Direttore  
del Distretto n.1 Area Nord  
dott. Gabriele Angiolelli  
Via Pisacane, 3  
FAX 041.5413535  
SPINEA VE

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori/tutore di \_\_\_\_\_  
frequentante la Scuola \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_

### AUTORIZZANO

sotto la propria responsabilità alla somministrazione dei farmaci e/o somministrazione di alimenti per via  
parenterale prescritti dal Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_ o Medico  
Specialista \_\_\_\_\_

al/alla proprio/a figlio/a affetto/a da \_\_\_\_\_

come da certificato medico allegato, durante l'orario di permanenza a scuola.

Si impegnano a comunicare qualsiasi variazione della terapia farmacologica e/o alimentare e a consegnare  
alla /al Scuola/Servizio Scolastico la nuova prescrizione.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Con la presente i sottoscritti genitori consegnano il farmaco \_\_\_\_\_ con  
scadenza \_\_\_\_\_

FIRME \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_