



“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 - Pec: veic83700a@pec.istruzione.it

Sito Web: 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 _____

Con la presente i sottoscritti genitori consegnano il farmaco _____ con
scadenza _____

FIRME _____

DATA _____