



Ministero dell'Istruzione
Scuola Secondaria di primo grado
QUIRINO MAIORANA

Via C. Beccaria, n.87 - 95123 CATANIA - Tel/Fax 095/448275
Mail: CTMM00300T@istruzione.it web: www.maioranact.edu.it



S.M.S. QUIRINO MAIORANA CATANIA
Prot. 0006446 del 11/09/2024
IV (Uscita)

Ai Genitori interessati
Al Personale
Atti e sito web

Comunicazione n. 15

Oggetto: Gestione richieste somministrazione farmaci e relativi modelli.

Nel caso di alunni con patologie che richiedano la somministrazione di farmaci, la famiglia può richiedere la collaborazione della scuola. I documenti di riferimento per la gestione di tali situazioni sono le "Linee Guida per la somministrazione di farmaci a scuola" del MIUR e del Ministero della Salute del 25/11/2005 e la "Gestione del sistema sicurezza e cultura della prevenzione nella scuola", dell'INAIL e del MIUR del giugno 2013.

In alcune circostanze è possibile richiedere l'auto somministrazione di farmaci (modulo 1) oppure l'accesso a scuola del genitore (modulo 2). Nel caso dell'auto somministrazione è necessario produrre anche i moduli 4 e 5 allegati, che vengono descritti oltre.

In altre circostanze è necessario che la somministrazione di farmaci avvenga a cura di personale scolastico, ma questo può avvenire solo se non sono richieste competenze specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica.

Gli alunni ai quali si fa riferimento con la presente comunicazione, sono coloro che hanno una malattia cronica (patologia che non guarisce e che richiede terapia di mantenimento, es. asma, diabete) e coloro che sono affetti da patologie che possono comportare urgenze (es. convulsioni, shock anafilattico) prevedibili, con manifestazioni corrispondenti a quelle previste e descritte dal medico.

In ogni caso è previsto che la scuola debba acquisire la seguente documentazione:

1. Richiesta dei genitori/del tutore motivata (somministrazione del farmaco non differibile in orario extrascolastico), in cui si autorizza il personale scolastico a somministrare il farmaco all'alunno/a (nel caso di impossibilità di provvedere autonomamente), con la modalità e il dosaggio indicati dal medico (modulo 3);
2. Istruzioni del medico curante, intestate all'alunno, indirizzate al dirigente scolastico, contenenti l'indicazione del nome commerciale del farmaco, delle regole di conservazione, dei tempi, delle dosi e delle modalità di somministrazione del farmaco in caso della comparsa di episodi acuti di cui devono essere descritti dettagliatamente i sintomi (modulo 4)
3. Richiesta dei genitori/del tutore per la conservazione di farmaci a scuola (modulo 5).

4. Prescrizione specifica dei farmaci da assumere da parte del medico, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile, in cui si specifichi:
- a) l'assoluta necessità;
 - b) la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
 - c) la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
 - d) la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

La presente richiesta e la relativa autorizzazione sarà valida fino a nuova comunicazione o richiesta dei genitori.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Gisella Barbagallo
(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 c. 2 del D.Lgs.n. 39/1993)

Modulo 1 – Richiesta dei genitori/del tutore per auto somministrazione farmaci.

Al Dirigente scolastico
Della S.M.S. “Q.Maiorana” - Catania

Oggetto: richiesta auto somministrazione farmaci.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori/tutore di _____, nato/a _____ il _____, residente in via _____, città _____, alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____ della scuola secondaria di primo grado per l'anno scolastico _____,

AUTORIZZANO/AUTORIZZA

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella certificazione medica allegata.

Nome farmaco _____

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Altri _____

In fede.

Data, _____

Firme _____

Modulo 2 – Richiesta dei genitori/del tutore per accesso a scuola per somministrazione farmaci.

Al Dirigente Scolastico
della S.M.S. “Q.Maiorana” - Catania

Oggetto: richiesta accesso a scuola per somministrazione farmaci.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori/tutore di _____, nato/a _____ il _____, residente in via _____, città _____, alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola secondaria di primo grado per l'anno scolastico _____,

CHIEDONO/CHIEDE

L'accesso ai locali scolastici degli/dello scriventi/e o di nostro delegato durante l'orario scolastico per la somministrazione del seguente farmaco.

Nome del farmaco _____

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Altri _____

In fede.

Data, _____

Firme _____

Modulo 3 – Richiesta dei genitori/del tutore per somministrazione di farmaci da parte di personale scolastico.

Al Dirigente Scolastico
della S.M.S. “Q.Maiorana” - Catania

Oggetto: richiesta somministrazione farmaci.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori/tutore di _____, nato/a _____ il _____, residente in via _____, città _____, alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola secondaria di primo grado per l'anno scolastico _____,

CHIEDONO/CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

Nome del farmaco _____

A tal fine

AUTORIZZANO/AUTORIZZA

Il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Altri _____

In fede.

Data, _____

Firme _____

Modulo 4 – Certificazione sanitaria rilasciata dal MEDICO.

Al Dirigente Scolastico
della S.M.S. “Q.Maiorana” - Catania

Oggetto: richiesta somministrazione farmaci.

Vista la richiesta dei genitori/del tutore, il/la minore _____, nato/a _____ il _____, residente in via _____, città _____, in relazione alla seguente patologia _____, di cui soffre

NECESSITA

la somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i

Regole di conservazione

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, durata della terapia)

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare in modo dettagliato i sintomi

Nel caso il farmaco non risultasse efficace si deve

È da considerarsi un farmaco salvavita SI NO

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno SI NO

Data, _____

timbro e firma del MEDICO

Modulo 5 – Richiesta dei genitori/del tutore per la conservazione di farmaci a scuola.

Al Dirigente Scolastico
della S.M.S. “Q.Maiorana” - Catania

Oggetto: richiesta conservazione di farmaci a scuola.

I/Il sottoscritti/o _____ e _____ genitori/tutore di _____, nato/a _____ il _____, residente in via _____, città _____, alunno/a frequentante la classe _____, sezione _____, della scuola secondaria di primo grado, per l’anno scolastico _____,

CHIEDONO/CHIEDE

di conservare a scuola/nello zaino del/della minore il/i farmaco/i descritto nella allegata certificazione medica, in modo che possa essere prontamente disponibile, in caso di bisogno, per la somministrazione.

Dichiarano che sarà loro cura:

- controllare la scadenza del farmaco,
- fornirne una nuova confezione prima che sia esaurito,
- informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

In fede.

Data, _____

Firme _____
