Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

I. C. 2 "CASTALDO-NOSENGO"
AFRAGOLA (NA)
Prot. 0008401 del 10/09/2025
V-7 (Entrata)

Ai docenti delle scuole di ogni ordine e grado
Al personale ATA
Ai genitori degli alunni interessati
LL.SS.
Atti/ albo/ sito web

Oggetto: somministrazione farmaci in orario scolastico.

Il diritto allo studio, costituzionalmente garantito, deve essere la priorità per ogni operatore scolastico. La consapevolezza della possibile presenza di allievi che abbisognano della somministrazione di farmaci in orario scolastico, per patologie di vario genere, determina la necessità di provvedere all'implementazione di un protocollo che consenta la tutela della salute, della sicurezza e del benessere di ognuno.

La collaborazione di famiglia, scuola, personale sanitario, enti, favorirà un clima sereno e armonioso e una scuola dove tutti si sentano tutelati.

PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

PRINCIPALI FONTI NORMATIVE:

linee guida MIUR (nota n. 2312 del 25.11.2005)-convenzione USR Campania e Regione Campania firmata il 05/06/2018

MODALITÁ OPERATIVE:

La somministrazione di farmaci per il trattamento di patologie croniche a scuola è riservata a situazioni eccezionali ed improrogabili ed è organizzata secondo un percorso che, coinvolgendo l'alunno, la famiglia, il medico proponente, l'Istituto scolastico, il medico curante ed il distretto socio sanitario, perviene alla definizione di specifico progetto d'intervento. A tal fine ciascuna situazione proposta è oggetto di attento esame e confronto, se necessario attraverso apposito incontro, tra tutti gli attori coinvolti, alla ricerca delle modalità di gestione più appropriate.

In particolare:

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

In caso di **farmaci salvavita** il dirigente scolastico può organizzare un incontro formativo/informativo a cui devono partecipare:

- gli insegnanti appartenenti al plesso di appartenenza dello studente;
- gli addetti al primo soccorso;
- altro personale che potrebbe essere interessato e coinvolto nella somministrazione, per esempio addetto all'assistenza, personale ATA, ecc;
- i genitori (in genere sono loro stessi che forniscono le indicazioni specifiche di intervento);
- se ritenuto necessario, un medico.

In sede di incontro si condivide il "Piano di intervento personalizzato" predisposto dall'Istituto per lo studente.

Inoltre:

È necessario rispettare le modalità di conservazione del farmaco così come indicate nel certificato medico

Per ogni farmaco è opportuno determinare:

- Luogo fisico di conservazione
- Necessità di conservazione al freddo
- Etichetta e individuazione dell'alunno cui è destinato
- Contenitore del farmaco (anche per uscite didattiche)
- Controllo scadenza farmaco
- Gestione di più farmaci dello stesso alunno
- Gestione farmaco a fine anno scolastico

Di seguito sono riportate le competenze dei singoli attori:

1) LA FAMIGLIA O CHI ESERCITA LA PODESTA' GENITORIALE

- Presenta richiesta al Dirigente Scolastico utilizzando il modulo (allegato A1 o A2) corredato della prescrizione medica alla somministrazione rilasciata esclusivamente dal medico di famiglia (allegato B). Si precisa che richiesta e prescrizione hanno validità limitata all'anno scolastico nel corso del quale sono redatte. In caso di modifica della terapia nel corso dell'anno, la precedente richiesta / prescrizione viene annullata e sostituita dalla nuova richiesta / prescrizione.
- Fornisce il farmaco, controllandone la scadenza e provvede al reintegro quando necessario. Al momento della consegna dovrà essere stilato il verbale di cui all'allegato F.

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

2) IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Riceve la richiesta dai genitori (allegato A1 o A2) corredata della prescrizione per la somministrazione rilasciata da medico di famiglia (allegato B).

- Individua, preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al pronto soccorso (ai sensi del D.Lgs. 81/08 e D.M. 388/03), gli operatori scolastici (docenti, collaboratori scolastici), disponibili a somministrare i farmaci e/o alla vigilanza in caso di autosomministrazione.
- In assenza di qualsiasi disponibilità, il Dirigente Scolastico ne dà comunicazione alla famiglia e chiede la collaborazione all'ASL per concordare un progetto d'intervento temporaneo e, allo stesso tempo, favorire lo sviluppo di disponibilità interne all'istituto; se nessuna soluzione è esperibile informa i genitori e il sindaco del comune di residenza dell'allievo.
- Si assicura, di concerto con le figure preposte, che la conservazione di farmaci e degli strumenti in uso sia effettuata in modo corretto e sicuro;
- Si fa garante dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione alla somministrazione dei farmaci avvalendosi degli operatori individuati, opportunamente formati e della puntuale registrazione, su apposito diario, di ogni intervento effettuato (intervento orario, dose, firma);
- In occasione dei passaggio ad altra scuola, invita espressamente i genitori dello studente ad informare il dirigente scolastico della scuola di destinazione e concorda la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto.

3) IL MEDICO DI FAMIGLIA e/o IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

- Rilascia ai genitori, su loro richiesta ed eventualmente a seguito di proposta di medico specialista, la prescrizione alla somministrazione del farmaco/i (allegato B) avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile

I criteri a cui il medico di famiglia si attiene nella prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola sono i seguenti:

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione, indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.
-fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

Il modulo di prescrizione (allegato B), deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità d'equivoci e/o errori;
- Nome e cognome dell'alunno/a
-patologia dell'alunno
- Nome commerciale del farmaco;
- Dose da somministrare;
-Descrizione dei sintomi e/o dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco o delle fasi crescenti di criticità.
-possibili effetti collaterali e modalità d' intervento
- Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
-indicazioni operative per interventi ed eventuali specifiche somministrazioni per la prima gestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche
-capacità o meno dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco.
- Durata della terapia.

La prescrizione del farmaco deve essere chiara graficamente in modo da essere leggibile in modo inequivocabile e agevole.
Non è consentito l'uso di abbreviazioni o acronimi (esempio "u" invece che "unità" potrebbe essere confuso con uno zero).
Deve essere evitato l'uso di numeri decimali (per esempio scrivere 500 mg invece che 0,5 g)

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

4) IL PERSONALE SCOLASTICO

Il personale scolastico disponibile individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco

- Partecipa a specifici momenti formativi
- Provvede alla somministrazione del farmaco secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione
- Collabora attivamente con la famiglia nella gestione del caso
- Provvede in situazioni di emergenza, previa attivazione del 118, alla somministrazione del farmaco salvavita secondo le metodiche prescritte nella certificazione e nel piano personalizzato di intervento

In caso di uscita didattica, uscita o spostamento verso altra palestra o biblioteca, evento sportivo, spettacolo, o altra uscita programmata è necessario assicurarsi che sia presente personale formato in maniera specifica per la somministrazione del farmaco.
L'accompagnatore formato alla somministrazione deve assicurarsi della presenza del farmaco e del "Piano di intervento personalizzato" e deve provvedere alla corretta tenuta.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE
Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere da portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia)

Il Dirigente Scolastico
Prof. GIOVANNI NAPOLITANO
"Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lg. 39/93"

Ministero dell'Istruzione

UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

PROCEDURE DA SEGUIRE A SECONDA DELLA DISPONIBILITÀ DATA DAI SOGGETTI IN CAMPO:

1. Se vi sono docenti disponibili alla somministrazione sia di classe che del Servizio di Primo soccorso si attiva il Protocollo somministrazione farmaci a scuola.

2. Se non vi sono docenti disponibili alla somministrazione dei farmaci, si fa richiesta ai genitori o i facenti patria potestà per la somministrazione dei farmaci e ottenuta la loro disponibilità si prevede che in caso di manifestazione dell'evento patologico, il docente di classe avverta il collaboratore scolastico più vicino, il quale effettua la chiamata ai genitori o i facenti patria potestà per la somministrazione del farmaco.

3. Se i genitori o i facenti la patria potestà sono impossibilitati alla somministrazione del farmaco, si prevede che, in caso di manifestazione dell'evento patologico, il docente di classe avverta il collaboratore scolastico più vicino, il quale effettua la chiamata al 118 (SSN) e poi informerà tempestivamente i genitori dell'alunno. La proceduta con la telefonata da effettuare sarà consegnata al collaboratore scolastico in formato cartaceo con tutte le indicazioni da trasmettere all'operatore sanitario del 118 (Pronto Soccorso).

4. Se il collaboratore è momentaneamente assente, si prevede che, in caso di manifestazione dell'evento patologico, sia il docente presente in classe a contattare lui stesso il 118 (Pronto Soccorso) leggendo la procedura della telefonata stampata su modulo cartaceo presente in aula con tutte le informazioni da trasmettere all'operatore sanitario del 118, questo per motivi di tempestività dell'intervento, e poi provvederà subito dopo a contattare i genitori.

Iter da seguire da parte della scuola:

- **Illustrare la procedura stabilita ai soggetti interessati (collaboratori e docenti di classe).**
- **Stampare su carta plastificata la procedura della telefonata da effettuare con le informazioni da trasmettere all'operatore del SSN del 118 (pronto soccorso), in caso di manifestazione dell'evento patologico.**
- **Affiggere la procedura stampata sulla parete nei pressi del punto telefonico.**
- **Consegnarne copia sia al collaboratore più vicino alla classe dell'alunno che ai docenti della classe che dovranno attivarla in caso di emergenza di cui al punto 4.**

Il Dirigente Scolastico
Prof. GIOVANNI NAPOLITANO
"Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lg. 39/93"

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

allegati:

All. A1 – Richiesta di somministrazione di farmaci da parte della famiglia

All. A2 – Richiesta di auto somministrazione di farmaci da parte della famiglia

All. B – Prescrizione medica

All. C – Verifica disponibilità alla somministrazione

All. D – Risposta del personale scolastico

All. E – Autorizzazione e piano di intervento

All. F – Verbale per consegna medicinale indispensabile

Modulo per la telefonata di emergenza al SSN del Pronto Soccorso (n°118)

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

All. A1

Al Dirigente Scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....

genitori di.....

nato a .....il.....residente a ..... in via.....

frequentante la classe ..... della Scuola.....sita a .....in Via.....

essendo il minore affetto da …….....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ……..

dal dott. ……..

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) e regolamento UE n. 719/2016 (GDPR)

☐SI ☐NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà[1]

....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

☐ Genitori.....

☐ Pediatra di libera scelta/medico curante.....

[1] -- In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.
--In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.
--In caso di vedovanza di uno dei genitori allegare alla richiesta autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 mod. ed int. dall'art.15 della Legge n.3/2003 e dall'art.15 comma 1 della L.183/2011
--Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

All. A2

Al Dirigente Scolastico

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti .....

genitori di .....nato a ..... il .....

residente a .....in via .....

frequentante la classe ..... della Scuola .....sita a ..... in Via.....

Essendo il minore affetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità:

- ☐ che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola
- ☐ di essere autorizzati a somministrare personalmente in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica
- ☐ di autorizzare il/la Sig..... , da noi delegato/a a somministrare in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data.....dal dott. ….....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) e regolamento UE n. 719/2016 (GDPR)

☐SI ☐NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà[2]

....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

☐ Genitori.....

☐ Pediatra di libera scelta/medico curante.....

[2] -- In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.
--In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.
--In caso di vedovanza di uno dei genitori allegare alla richiesta autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 mod. ed int. dall'art.15 della Legge n.3/2003 e dall'art.15 comma 1 della L.183/2011
--Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

All. B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica che l'alunno Cognome …….. Nome …….. Data di nascita ……

Residente a …… in Via.....Frequentante la

scuola…….....classe.....affetto da.....

- Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE
- Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento
  …….

che si manifesta con la seguente sintomatologia ……..
……

Nome commerciale dl farmaco …….

Modalità di somministrazione…….....

Modalità di conservazione del farmaco ……..

Orario…….

Durata terapia…….....

Effetti collaterali…….....

Note ……..

……

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

☐NO ☐SI

con le seguenti modalità ……..

Data.....

TIMBRO E FIRMA
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

All. C

Al Personale Docente
e ATA della Scuola

VERIFICA DELLA DISPONIBILITA'
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Come evidenziato nella richiesta allegata i genitori di

……

frequentante la scuola dell'infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di primo grado di ……
sezione/classe ……

chiedono la disponibilità del personale insegnante / ausiliario della scuola …… di somministrare il/i seguente/i farmaco/i:

- ☐ ……
- ☐ ……

Verificato che , come attestato dalla certificazione medica allegata, la somministrazione non comporta perizia ed abilità specialistica e le conseguenze relative all'errata somministrazione non sono da considerarsi di significativa gravità per la salute del bambino, sono ad esprimere parere favorevole ed a richiedere la vostra disponibilità alla somministrazione dei farmaci come indicato dai documenti allegati.

Sono consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni in merito e che, pertanto, di norma non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire.

Rimarco infine che:

- in accordo con la famiglia, in caso di disponibilità, si è formalizzata la ferma volontà dei genitori di non imputare al personale scolastico ogni eventuale effetto relativo alle conseguenze che tali farmaci potrebbero avere sul/la bambino/a o derivanti dalle modalità di somministrazione degli stessi;

- la corresponsabilità del sottoscritto qualora la presente richiesta venisse accolta;

- uno specifico "Percorso d'intervento", comprensivo dell'eventuale attività di formazione in situazione rivolta agli operatori scolastici disponibili, garantita dall'ASL e volta a sostenere il personale che si è reso disponibile.

In attesa della vostra consapevole e libera risposta,

Data, ……..

Il Dirigente Scolastico
Prof. GIOVANNI NAPOLITANO
"Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lg. 39/93"

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

All. D

Al Dirigente Scolastico

_____

RISPOSTA ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO

Noi sottoscritti

.....

.....

.....

.....

.....

personale docente ed ATA della scuola_____in relazione alla richiesta pervenuta dal Dirigente Scolastico come da domanda della famiglia e da certificato medico nella consapevolezza che il caso in questione è particolare e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché lo/la studente/ssa possa frequentare la scuola;

- evidenziando altresì di non avere competenze né funzioni in merito e di norma di non essere autorizzati alla somministrazione di farmaci dichiarano di

- ☐ acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;
- ☐ non acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;

Restando in attesa di un ulteriore riscontro si porgono Cordiali Saluti.

Data, ……..

Il personale

.....

.....

.....

.....

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

All. E

Ai genitori dell'alunno

.....
.....
Al Personale scolastico della scuola

.....
.....

AUTORIZZAZIONE E PIANO DI INTERVENTO IN RELAZIONE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig.....per il/ la figlio/a. relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile / salvavita il Dirigente Scolastico, acquisito il consenso scritto del personale scolastico, autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale .....da somministrare come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente. Dell'operazione verrà compilato il verbale Allegato F.
- Il farmaco sarà conservato a temperatura ambiente in contenitore idoneo presente in aula, un apposito contenitore chiuso che porterà all'esterno in modo chiaro il nominativo dell'alunno interessato, il nome del farmaco, la posologia e la data di scadenza del medicinale.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da.....

che seguirà la seguente procedura:

- Il docente di classe, oppure colui che ha da il consenso alla somministrazione del farmaco, allertato dal docente di classe o dal collaboratore scolastico si porta tempestivamente nell'aula dove si è verificato il malore dell'alunno/a;

-preleva il farmaco custodito in aula e verifica la corrispondenza del farmaco prescritto con quello da somministrare controllando la scadenza e la posologia;

- Se le condizioni dell'alunno lo consentono, si porta con l'alunno, chiaramente identificato tramite la richiesta di generalità o attraverso le indicazioni del docente di classe (se colui che ha dato la disponibilità non conosce direttamente l'alunno), in un locale diverso dalla classe per garantire la privacy, **se non è possibile opera in loco;**

-disinfetta le superfici con cui si verrà a contatto, indossa i guanti monouso e somministra il farmaco

in caso di farmaco salvavita :

-chiama il/la collega se presente in aula o il coll. scol. con un segnale concordato e soccorre lo/la studente/ssa.

-la collega o il coll. scol. prende il medicinale, chiama il 118 e i genitori, riunisce e se possibile, porta i bambini in un'altra classe affidandoli all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

-somministra il farmaco allo/a studente/ssa

In caso di uscita didattica, viaggio o visita di istruzione la procedura sarà la seguente:

Il docente accompagnatore che ha dato il consenso alla somministrazione del farmaco preleva il farmaco custodito in aula prima della partenza e lo porta con se somministrandolo in caso di emergenza compatibilmente con la condizione contingente nel modo più appropriato per salvaguardare la salute dell'alunno ed ill rispetto della privacy dello stesso.

--Il personale supplente al momento dell'entrata in servizio dovrà essere informato del presente piano di intervento dalle insegnanti di plesso.

Data, ...

Il Dirigente Scolastico
Prof. GIOVANNI NAPOLITANO
"Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lg. 39/93"

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

All. F

Al Dirigente Scolastico

_____

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE O SALVAVITA

Alunno/a .....

In data ..... alle ore ..... la/il Sig..... genitore dell'alunno/a,.....

frequentante la classe ..... / sez. .....della scuola..... .....consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale .....

..... da somministrare allo/a studente/ssa ogni giorno alle ore..... nella dose.....

oppure in caso di ..... nella dose.....:

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data .....dal dott.....

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e rintracciabile ai seguenti numeri telefonici.

....

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data, ...

I genitori

.....

I Docenti

.....

.....

.....

Istituto Comprensivo 2 "Castaldo-Nosengo"

Scuola ad Indirizzo Musicale Ambito territoriale 0018
Via Ciampa, 19 – 80021 Afragola (NA) Tel.Fax: 081/860 24 44
Codice meccanografico NAIC8DQ002 – C.F. 80104500634
e-mail: naic8dq002@istruzione.it pec: naic8dq002@pec.istruzione.it
www.ic2castaldo-nosengo.edu.it

MODULO PER LA TELEFONATA AL S.S.N.

-PRONTO SOCCORSO-

Digitare il numero telefonico DI EMERGENZA **118** proferendo il seguente messaggio:

Pronto qui è la scuola I.C.2 "CASTADO–NOSENGO" plesso ……..ubicata in AFRAGOLA (NA), via ……n° civico……. è richiesto il vostro intervento immediato per un malore.

Il mio nome è_____, il nostro numero di telefono è .....

Si tratta di un alunno affetto da …… (soffre di ……)

La vittima è_____ (cosciente/ priva di sensi, non parla, non è presente a se stessa, ecc.), in questo momento è assistita da un/a docente/collaboratore scolastico che gli sta accanto (oppure l'ha messa sdraiata su un fianco con le gambe di lato) Mandiamo subito una persona ad accogliervi_____ (indicare il punto esatto di ingresso alla scuola, es. sulla strada davanti al cancello, all'ingresso generale della scuola, sulla via.....)