

.....

## **Regolamento per la somministrazione di farmaci**

VISTO il Decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, concernente “il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro”, e le successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 275, concernente il regolamento per l’Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, concernente “norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

VISTO il Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTE le linee programmatiche del MIM che pongono tra le strategie fondamentali della politica scolastica quella della centralità dei “bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie, degli insegnanti”;

CONSIDERATO che tale principio è stato recepito dalla Legge 28 marzo 2003, n. 53 di delega al Governo per la definizione delle norme generali dell’istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale;

VISTO il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto scuola

VISTE le Raccomandazioni Interministeriali del 25 Novembre 2005

VISTA la circ.USR n. 1063 del 28/1/2019

RITENUTA la necessità di definire interventi finalizzati all’assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all’interno della struttura scolastica.

**1 – Regola generale** – È fatto divieto di somministrare farmaci ad alunni, ad eccezione dei due casi di somministrazione di farmaci per terapia e di ricorso a farmaci salva-vita in situazioni di emergenza.

**2 – Tipologia degli interventi** – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

**3 – Soggetti coinvolti** - La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente ed ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le AUSL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

**4 – Modalità di intervento** – La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati.

Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94. Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente ed ATA, anche in collaborazione con le AUSL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, i dirigenti scolastici possono procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, i dirigenti scolastici possono provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i

Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso ad Enti ed Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

**5 – Gestione delle emergenze** – Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le presenti norme ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

### **Protocollo per la somministrazione di farmaci**

#### **Caso 1: somministrazione di farmaci per terapia**

- ❖ La famiglia fa richiesta al dirigente scolastico accompagnata da prescrizione medica specifica, con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.).
- ❖ Il dirigente scolastico concorda con la famiglia orari e modalità (compreso luogo di conservazione e di somministrazione) in cui un familiare o suo delegato possa recarsi presso la scuola.
- ❖ Qualora sia impossibile ad un genitore o suo delegato recarsi a scuola, il Dirigente verifica se tra il personale vi sia qualcuno disponibile e con opportuna ed adeguata formazione.
- ❖ Qualora nessun insegnante sia disponibile o non vi siano persone formate, il Dirigente potrà interessare i servizi sanitari territoriali. Se anche questi non fossero disponibili, il Dirigente ne dà comunicazione formale e motivata ai genitori e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno.
- ❖ L'insegnante che ha aderito alla richiesta, registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia)

#### **Caso 2: ricorso a farmaci salva-vita in situazioni di emergenza**

- ❖ La famiglia segnala al dirigente scolastico le eventuali situazioni in cui l'alunno necessita della somministrazione immediata di farmaci salva-vita. La richiesta è accompagnata da prescrizione medica specifica, con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.).
- ❖ il Dirigente scolastico organizza col Medico di base apposita riunione formativa con gli insegnanti interessati. E' necessario redigere apposito verbale, anche in forma sintetica, con firma dei partecipanti.
- ❖ Considerato che spetta al datore di lavoro individuare gli addetti all'emergenza e che il lavoratore incaricato non può rifiutare la nomina se non per grave e giustificato motivo, la somministrazione di farmaco salva-vita è obbligatoria e rientra nelle competenze relative alla gestione dell'emergenza.
- ❖ Chi avesse **validi e documentati motivi** per rifiutare tale incarico lo deve segnalare per iscritto al dirigente scolastico motivandone le ragioni.
- ❖ L'insegnante che ha effettuato la somministrazione del farmaco salva-vita registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia) e ne dà segnalazione al Dirigente scolastico e alla famiglia.

## **Iter procedurale/Modulistica**

Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente scolastico **formale richiesta sottoscritta da entrambi i genitori**, come da allegato modulo (all. A)

La richiesta deve essere corredata da **autorizzazione medica**, che i genitori potranno richiedere, dietro presentazione della documentazione utile per la valutazione del caso: ai servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, ai Pediatri di Libera scelta e/o ai Medici di Medicina Generale in cui siano chiaramente indicati i punti sotto riportati.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

- stato di malattia dell'alunno
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico
- 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;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- i possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Accettata la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente scolastico predisponde l'autorizzazione con il relativo piano di intervento per la somministrazione del farmaco, come da moduli allegati:

- all. B/1 se trattasi di farmaco salvavita
- all. C/1 se trattasi di farmaco indispensabile.

Ricevuta l'autorizzazione ed il relativo piano di intervento, gli insegnanti procederanno a stilare un verbale al momento della consegna farmaco da parte del genitore alla scuola, come da moduli allegati:

all. C/2 verbale farmaco indispensabile

Nel caso di farmaco salvavita, il genitore consegnerà il verbale di cui all' All. B4

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere **l'auto-somministrazione**.

- Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola” anche la dicitura che: “ il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”.
- La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico (all. D).
- Resta invariata la procedura: il Dirigente scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e le insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla scuola, anche in questi documenti andrà specificato che: “il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola”.
- La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario.
- Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

**Tutte le informazioni acquisite attraverso la documentazione prodotta e gli incontri con i medici, sono sottoposte al principio di riservatezza e vanno trattate come dati sensibili.**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

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 solleva lo stesso da ogni  
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2000

3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

**\* nel caso firmi un solo genitore:**

**“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.**

Firma

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .....

**Allegato B/1**

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

All'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,  
dal/i Sig. .... per  
il/la figlio/a.....relativa  
alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare  
ilfarmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:Il  
personale docente individuato

**ALL. B2**

**RICHIESTA DEI GENITORI**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

*(a cura dei genitori ; da consegnare al Dirigente Scolastico)*

I sottoscritti ..... genitori di .....  
nato a ..... il ..... residente a ..... in via  
.....n. ....frequentante la classe.....della  
Scuola.....sita a .....

Via .....n .....essendo il minore affetto da  
..... e constatata l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono che**

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato ilfarmaco salvavita.....

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola , ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.***

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.Firma  
dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .....cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta/medico curante  
.....cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....  
.....



**ALL. B3**

**CERTIFICATO MEDICO**

*( a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)*

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Il minore

Cognome .....Nome .....

Nato il..... a..... Residente a .....

In via/piazza ..... N. ....

affetto dalla seguente  
patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

..... necessita della somministrazione del seguente

farmaco.....

.....

..... Modalità di somministrazione

.....

.....

..... Dose:.....

**Eventuali note:**

.....

.....

.....

..... **Luogo e data**      **—**

**ALL.B4.**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a.....genitore.....  
dell'alunno.....frequentante la  
classe.....  
della scuola.....consegno agli operatori scolastici il farmaco salvavita  
.....da somministrare al/alla ragazzo/a in caso di.....  
.....nella dose. ....e da certificazione medica  
consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data.....dal  
dott.....

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***

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

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore

.....

Allegato B5

Al Dott./Alla Dott.ssa .....

OGGETTO: disponibilità ad effettuare formazione finalizzata alla somministrazione di un farmaco salvavita.

Ai sensi della normativa vigente e del Regolamento per la somministrazione di farmaci dell'Istituto .....,

- vista la richiesta dei genitori dell'alunno/a ....., frequentante la classe ..... di questa istituzione scolastica;
- vista la documentazione medica allegata alla suddetta richiesta
- considerata la necessità di procedere con una formazione specifica e relativa al caso in specie, rivolta a tutto il personale della scuola,

chiede

alla S.V. la disponibilità ad effettuare tale formazione.

La formazione dovrà essere effettuata in modalità online/in presenza, nel giorno e nelle ore che si prega di indicare.

La scuola provvederà ad organizzare l'incontro, di cui si redigerà apposito verbale.

**Il Dirigente Scolastico**

**ALL. B6**

*(a cura degli operatori scolastici)*

**SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI**

**(Relativa alla somministrazione dei “farmaci salvavita”) VERIFICATESI**

**NELL’ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_**

**NELL’ISTITUTO SCOLASTICO \_\_\_\_\_**

| <b>DATA<br/>E ORA</b> | <b>ALUNNO</b> | <b>SITUAZIONE<br/>VERIFICATESI</b> | <b>INTEREVENTO<br/>EFFETTUATO DAL<br/>PERSONALE<br/>SCOLASTICO<br/>E FIRMA OPERATORE</b> |
|-----------------------|---------------|------------------------------------|--|
|                       |               |                                    |  |
|                       |               |                                    |  |
|                       |               |                                    |  |
|                       |               |                                    |  |
|                       |               |                                    |  |
|                       |               |                                    |  |
|                       |               |                                    |  |
|                       |               |                                    |  |
|                       |               |                                    |  |
|                       |               |                                    |  |

**l'Operatore scolastico**

**Allegato C/1**  
**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO**  
**INDISPENSABILE**

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

All'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,  
dal/i Sig. ....  
per il/la figlio/a .....  
relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**, il Dirigente 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 ogni giorno alle ore .....  
all'alunno/a nella dose di..... come da  
prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual  
volta il medicinale sarà terminato .
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il  
personale che effettuerà la somministrazione :
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da :

.....  
.....

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:  
Il personale incaricato( firma)

**Allegato C/2**

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....  
consegna all'insegnante coordinatore di classe un flacone nuovo ed integro del  
medicinale..... da somministrare all'alunno/a ogni giorno alle ore .....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.
- 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.

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

.....

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore I docenti

---

**Allegato D**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

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 che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica  
con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data  
..... dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni re-  
sponsabilità 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)

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .....

## PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale

.....  
da somministrare in caso di .....

(indicare l'evento) .....

come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: .....

(indicare il luogo dove sarà conservato) .....

Nel caso al alunno/a.....dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

### Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:

- chiama i genitori,

- informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.

- una persona per la somministrazione:

- accudisce l' alunno/a

- somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l' apposito protocollo sanitario.

### 1. orario in cui l'insegnante di classe si trova da solo a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:

a.l'insegnante di classe soccorre l'alunno/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato

b.il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta gli studenti in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza

c.l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco

d.il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.



**2. orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:**

l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre l'alunno/a

- a. il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri studenti in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- b. l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco
- c. il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

**3. orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:**

- a. un insegnante soccorre l'alunno/a
- b. l'altro insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori
- c. il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce gli studenti e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d. l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno/a somministra il farmaco.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dal Dirigente Scolastico.**

## VERBALE INCONTRO DI COORDINAMENTO

A seguito della richiesta del \_\_\_\_\_ inoltrata dai genitori di \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ il dirigente (o suo delegato), il personale della scuola, il medico di comunità ed i genitori si sono riuniti ed accordati in data odierna circa la possibilità e la modalità di conservazione e somministrazione del farmaco a scuola.

Luogo di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione: \_  
\_\_\_\_\_

---

I genitori autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

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

Il Medico di Comunità \_\_\_\_\_ Il Dirigente \_\_\_\_\_

Il Personale della scuola (qualifica) \_\_\_\_\_

Il Genitore \* \_\_\_\_\_

\* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

Si allega:

- Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità) e la posologia necessaria
  
- Richiesta dei genitori

Data e luogo \_\_\_\_\_ -