

		
UNIONE EUROPEA	REGIONE CALABRIA Assessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca	REPUBBLICA ITALIANA

**ISTITUTO COMPRESIVO**

**STATALE ^ "Paolo Borsellino"**

Via Lavinium s.n.c. - 87020 SANTA MARIA DEL CEDRO (CS)

Tel. e Fax 0985/5462-5731 - C.F. 92011810782 - C. M. CSIC83700R

[www.icsantamariadelcedro.gov.it](http://www.icsantamariadelcedro.gov.it) e-mail: [csic83700r@istruzione.it](mailto:csic83700r@istruzione.it)

p.e.c.: [csic83700r@pec.istruzione.it](mailto:csic83700r@pec.istruzione.it) *Scuola Secondaria di I Grado ad indirizzo musicale*

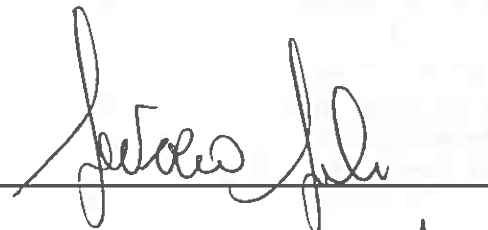
# PIANO DI PRIMO SOCCORSO

ANNO SCOLASTICO 2023-2024

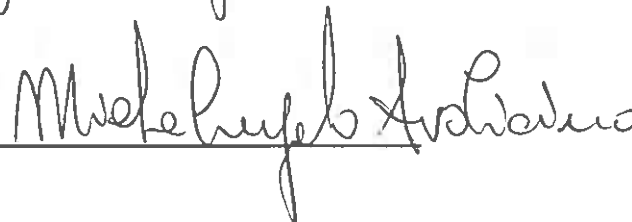
**Il Dirigente Scolastico  
dott.ssa Patrizia GRANATO**



**Il R.S.P.P.  
Arch. Saverio SAULO**



**Il R.L.S.  
Sig. Michelangelo AVOLICINO**



## **PREMESSA**

Il presente Documento di PIANO DI PRIMO SOCCORSO viene redatto al fine di aggiornare le figure sensibili ed individuare ulteriori emergenze e/o adempimenti nonché aggiornare i dati relativamente ad eventuali lavori effettuati dagli Enti Proprietari sulle strutture, sugli ambienti per ogni singolo edificio utilizzato nel corrente anno scolastico.

Le attività didattiche delle scuole dell'Infanzia, Primarie, Secondarie di 1° verranno svolte negli stessi plessi scolastici ubicati negli edifici ricadenti nei comuni di : S.MARIA DEL CEDRO - GRISOLIA - VERBICARO - ORSOMARSO.

*Nell'anno scolastico 2023-2024 n° 3 classi della scuola Primaria di Marcellina (comune di S. Maria del Cedro) vengono ospitate nella sede di Via Lavinium considerato che il fabbricato è oggetto di intervento di ristrutturazione, mentre nel comune di Grisolia Centro le classi della scuola dell'Infanzia e Primaria sono ospitate nella nuova sede di Via Anzio ed inoltre n. 3 classi della scuola Primaria di Grisolia Scalo sono ospitate nella scuola Secondaria di Grisolia Scalo.*

### **NOMINA MEDICO COMPETENTE**

Nell'anno scolastico 2023-2024 la scuola non ha nominato il medico competente perché dall'analisi dei rischi non sono emerse problematiche tali da giustificare tale designazione.

Relativamente al rischio rumore e vibrazione secondo la letteratura scientifica esistente in nessun ambiente dei Plessi Scolastici si superano i limiti di esposizione previsti dal titolo del d.lgs 81/08 sui rischi di natura fisica. Incaricati al primo soccorso.

Il personale individuato ha dimostrato competenza in relazione all'incarico conferito anche non avendo in alcuni casi seguito i prescritti corsi di formazione. Si provvederà ad aggiornare in breve tempo la loro formazione per come previsto dalla normativa vigente.

### **NORME PER COMBATTERE L'EPIDEMIA DI COVID-19-**

In assenza di specifiche indicazioni da parte del Ministero dell'Istruzione, si richiama l'attenzione sulla circolare del Ministero della salute n° 25613 del 11.08 2023 che dispone quanto segue: soggetti risultati POSITIVI al COVID; non c'è più l'obbligo dell'isolamento ed è possibile uscire dal proprio domicilio, rispettando le consuete precauzioni igieniche. In particolare è altamente consigliato:

- Indossare un dispositivo di protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o FFP2), se si entra in contatto con altre persone.
- Se si è sintomatici, rimanere a casa fino al termine dei sintomi.
- Applicare una corretta igiene delle mani. Evitare ambienti affollati.
- Evitare il contatto con persone fragili, immunodepresse, donne in gravidanza, ed evitare di frequentare ospedali o RSA.
- Informare le persone con cui si è stati in contatto nei giorni immediatamente precedenti alla diagnosi, se anziane, fragili o immunodepresse. Se si è positivi con sintomi anche lievi l'indicazione è quella di rimanere a casa.

## **DATI GENERALI DELL'ISTITUTO SCOLASTICO**

Le attività didattiche delle scuole dell'Infanzia, Primarie, Secondarie di 1° verranno svolte negli stessi plessi scolastici ubicati negli edifici ricadenti nei comuni di : S.MARIA DEL CEDRO - GRISOLIA - VERBICARO - ORSOMARSO.

La sede centrale è ubicata a S. MARIA DEL CEDRO in via Via Lavinium .

### **STAFF SICUREZZA**

Lo staff della sicurezza dell'Istituto per l'anno scolastico 2023-2024 risulta costituito dalle seguenti figure sensibili:

ORGANIGRAMMA SICUREZZA ANNO SCOLASTICO 2023-24

**DIRIGENTE SCOLASTICO** Dott.ssa Patrizia GRANATO  
**RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PROTEZIONE E PROTEZIONE** Arch. Saverio SAULO  
**RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA** Sig. Michelangelo AVOLICINO  
**ADDETTO AL SERVIZIO DI PROTEZIONE E PREVENZIONE (ASPP)**  
 Prof.ssa Marilena SILVESTRI

SCUOLE ubicate nel Comune di SANTA MARIA del CEDRO (N°5 edifici)

<b>SCUOLA dell'INFANZIA</b>	
<b>Scuola di Via Palazzo (S.Maria centro)</b>	<b>Scuola di Via Orsomarso (Marcellina)</b>
<b>-Responsabile di Plesso</b>	<b>-Responsabile di Plesso</b>
Ins. RITROVATO Lorella	CAPRIO Raffaella
<b>PRIMO SOCCORSO</b>	<b>PRIMO SOCCORSO</b>
Ins. PERRONE Emanuela	Ins. VIVONE Vilma Mirella
Ins. RITROVATO Lorella	Ins. SPINGOLA Biagina
<b>ANTINCENDIO</b>	<b>ANTINCENDIO</b>
Ins. FARACE Filomena	Sig. GAGLIARDI Pasquale
Sig.ra TUFO Maria Paola	Sig.ra GIORDANO Franceschina

<b>SCUOLA PRIMARIA</b>	
<b>Scuola di Via dei Longobardi (S.Maria centro)</b>	<b>Scuola di Via Orsomarso (Marcellina)</b>
<b>-Responsabile di Plesso,</b>	<b>Responsabile di Plesso</b>
Ins. LISERRE Loredana	Ins. MARATIA Maria
<b>PRIMO SOCCORSO</b>	<b>PRIMO SOCCORSO</b>
Ins. BENVENUTO Ileana	Ins. MAULICINO Giuseppina
Ins. BIONDI Rosanna	Ins. CAPALBO Pasqualina
<b>ANTINCENDIO</b>	<b>ANTINCENDIO</b>
Ins. DURANTE Mafalda	Sig. AVOLICINO Antonio
Sig. PAPA Giovanni	Ins. ERRICO Angela

**SCUOLA SECONDARIA di 1° grado/ SCUOLA PRIMARIA**

**Scuola di via Lavinium (Sede Centrale "Uffici")**  
**Responsabile di Plesso** Prof.ssa PARISI Maria Barbara

<b>PRIMO SOCCORSO</b>	<b>ANTINCENDIO</b>
Prof. CAPALBO Francesco	Sig. ADDUCI Maurizio
Ins. MARINO Peppino	Sig. SERVIDIO Giuseppe
Sig. SCHIFFINO Salvatore	Sig. SCHIFFINO Salvatore
Sig. AVOLICINO Michelangelo	Sig. D'Orio Luigino
Sig. SERVIDIO Giuseppe	Sig. AVOLICINO Michelangelo

**SCUOLE ubicate nel Comune di GRISOLIA (N°3 edifici)**

<b>SCUOLA dell'INFANZIA</b>	
<b>Scuola di Via S.Sofia (Grisolia centro)</b>	<b>Scuola di Via Litoranea Tirrenica (Grisolia Sc.)</b>
<b>-Responsabile di Plesso,</b>	<b>-Responsabile di Plesso,</b>
Ins. CAPALBO Maria Teresa	Ins. DE BIASE Debora
<b>PRIMO SOCCORSO</b>	<b>PRIMO SOCCORSO</b>
Ins. MARINO Rosella	Ins. CARROZZINO Antonella
Sig.ra VARO Marina	Sig.ra RUSSO Antonietta
<b>ANTINCENDIO</b>	<b>ANTINCENDIO</b>
Ins. . CAPALBO Maria Teresa	Ins. BARBIERI Annalisa
Sig.ra VARO Marina	Sig.ra RUSSO Antonietta

ORGANIGRAMMA SICUREZZA ANNO SCOLASTICO 2023-24

**SCUOLA PRIMARIA**

Scuola di Via S.Sofia (Grisolia centro) -Responsabile di Plesso Ins. CONSIGLIO Filomena	Scuola Via Litoranea Tirrenica (Grisolia Scalo) -Responsabile di Plesso Ins. CONSIGLIO Anna Maria- ins. URSINO Carla
<b>PRIMO SOCCORSO</b> Ins. TROTTA Marcella Ins. SALEMME Anna Maria	<b>PRIMO SOCCORSO</b> Ins. IACONANGELO Antonia Sig.ra RUSSO Antonietta
<b>ANTINCENDIO</b> Ins. CONSIGLIO Filomena Sig.ra VARO Marina	<b>ANTINCENDIO</b> Ins URSINO Carla Sig.ra RUSSO Antonietta

**SCUOLA SECONDARIA di 1° grado** Unico plesso Via Scalo Ferroviario

-Responsabile di Plesso Prof.ssa MUTI Ernestina
<b>PRIMO SOCCORSO</b> Prof. SAULO Saverio Sig. GRECO Filippo
<b>ANTINCENDIO</b> Prof. SAULO Saverio Sig. GRECO Filippo

**SCUOLE ubicate nel Comune di VERBICARO (N°3 edifici)**

**SCUOLA dell 'INFANZIA**

Scuola di Via Molinelli -Responsabile di Plesso Ins. CIRELLI Michele	Scuola di Via Pietro Mancini (Pantano) -Responsabile di Plesso Ins. CRUDO Maria Franca
<b>PRIMO SOCCORSO</b> Ins. CRUDO Anna Ins. BELMONTE Luisa	<b>PRIMO SOCCORSO</b> Ins. FARACE Luciana Ins. BELLUSCI Maria Luisa
<b>ANTINCENDIO</b> Ins. CIRELLI Michele Ins. CRUDO Anna	<b>ANTINCENDIO</b> Sig.ra GAGLIANONE Rosaria Sig. SILVESTRI Antonio

**SCUOLA PRIMARIA**

Scuola di Via Molinelli -Responsabile di Plesso Ins. CASCINO Pina	Scuola di Via Pietro Mancini (Pantano) -Responsabile di Plesso Ins. VITALE Vittorio
<b>PRIMO SOCCORSO</b> Ins. TUFO Pedro Ins. MEZZATESTA Emilia	<b>PRIMO SOCCORSO</b> Ins. AMODEO Rosa Ins. CIRELLI Maura
<b>ANTINCENDIO</b> Sig. TUFO Pedro Sig. SILVESTRI Mario	<b>ANTINCENDIO</b> Sig.ra GAGLIANONE Rosaria Sig. SILVESTRI Antonio

**SCUOLA SECONDARIA di 1° grado**

Scuola di Via Molinelli (ex sede centrale) Responsabile di Plesso Prof.ssa TUFO Maria
--

**PRIMO SOCCORSO**

**ANTINCENDIO**

Prof. CAPALBO Francesco	Prof. TUFO Pedro
Prof. VOTO Lucio Ferdinando	Sig. SILVESTRI Mario



ORGANIGRAMMA SICUREZZA ANNO SCOLASTICO 2023-24

<b>SCUOLE ubicate nel Comune di ORSOMARSO (N°2 edifici)</b>
<b>SCUOLA dell 'INFANZIA</b>
<i>Scuola di Via Porta la terra (Piazzetta Sant'Antonio)</i>
-Responsabile di Plesso Ins. GIANNOTTI Maria
<b>PRIMO SOCCORSO</b> Ins. GIANNOTTI Maria Ins. MAIORANO Annalisa
<b>ANTINCENDIO</b> Ins. GIANNOTTI Maria Ins. PALERMO Loretta
<b>SCUOLA PRIMARIA</b>
<i>Scuola di Via ROMA Vico II,3</i>
<i>Responsabile di Plesso</i> Ins. PALOMBINO Cosimina
<b>PRIMO SOCCORSO</b> Ins. FARACE Rosy Ins. PALOMBINO Cosimina
<b>ANTINCENDIO</b> Ins. FARACE Rosy Ins. PALOMBINO Cosimina
<b>SCUOLA SECONDARIA di 1° grado</b>
<i>Scuola di Via Via Porta la terra (Piazzetta Sant'Antonio) -</i>
<i>Responsabile di Plesso</i> Prof.ssa DE LORENZO Antonietta
<b>PRIMO SOCCORSO</b> Prof.ssa GALTIERI Amalia Prof.ssa DE LORENZO Antonietta
<b>ANTINCENDIO</b> Prof.ssa DE LORENZO Antonietta Sig. NAVIGATO Ugo

## **ADDETTI AL PRONTO SOCCORSO**

L'addetto al primo soccorso interviene in presenza di un'emergenza sanitaria (infortunio, malore, svenimento, ecc.). La sua attività viene prestata anche nei confronti delle persone (es. genitori) che essendo presenti nella scuola a vario titolo, necessitano di assistenza.

L'addetto al primo soccorso venuto a conoscenza di una situazione di emergenza sanitaria (es. allievo che accusa un malore) deve:

- \_ **raggiungere l'infortunato prestando le prime cure;**
- \_ **comunicare l'accaduto, anche avvalendosi di personale scolastico, al Responsabile delle emergenze;**
- \_ **contattare, se necessario i soccorsi sanitari esterni.**

E' obbligo dell'addetto al primo soccorso, assistere l'infortunato fino alla presa in carico da parte del personale dell'autoambulanza, dei famigliari (in caso di minori), del medico curante o del personale ospedaliero in caso di trasporto con autovettura.

In caso di allarme (evacuazione generale dell'edificio), l'addetto deve:

- \_ **interrompere immediatamente la propria attività;**
- \_ **collaborare insieme agli altri componenti della squadra di emergenza alle operazioni di sfollamento;**
- \_ **assicurare l'assistenza ad eventuali infortunati;**
- \_ **contattare se necessario i soccorsi sanitari esterni;**
- \_ **raggiungere il punto di raccolta esterno solo dopo che è stata completata l'evacuazione.**

Di seguito vengono specificate le PROCEDURE ORGANIZZATIVE DEGLI ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO

**Procedure organizzative integrate tra addetti al Primo Soccorso ed Insegnanti**

In caso di soffocamento, emorragia, trauma cranico, difficoltà respiratoria importante, ingestione di imenottero (ape, vespa), ingestione prodotti chimici o corpo estraneo, perdita di coscienza

### ***l'insegnante***

- Avverte l'addetto al Pronto Soccorso del Plesso
- Aggiorna il registro degli infortuni

### ***l'addetto al Primo Soccorso***

- Telefona al 118 e accompagna il bambino in ambulanza
- Attua le misure di Primo Soccorso
- Dispone la telefonata ai genitori
- Allontana i curiosi
- Avverte il Dirigente scolastico
- Predispone l'arrivo dell'ambulanza

In caso di sospetta frattura, ferita da sutura, ustione estesa, convulsioni, ferita con corpo estraneo, perdita traumatica di un dente, lesione oculare, morso di animale

### ***l'insegnante***

- Avverte l'addetto al P. S.
- Aggiorna il registro degli infortuni

#### ***I'addetto al Primo Soccorso***

- Telefona al 118 e accompagna il bambino in ambulanza
- Attua le misure di P. S.
- Dispone la telefonata ai genitori
- Accompagna o dispone il trasporto dell'infortunato in ospedale
- Avverte il Dirigente scolastico

In caso di contusione lieve, ferita, sangue dal naso, svenimento, ustione, corpo estraneo nell'occhio, puntura d'insetto, colpo di sole, mal di pancia, orecchie, denti

#### ***I'insegnante***

- Avverte l'addetto al P. S.
- Aggiorna il registro degli infortuni

#### ***I'addetto al Primo Soccorso***

- Telefona al 118 e accompagna il bambino in ambulanza
- Attua le misure di P. S.
- Dispone che i genitori siano informati dell'accaduto telefonicamente o per iscritto sul diario

Nel caso un addetto o un insegnante debba accompagnare un bambino in ambulanza, il suo posto di lavoro deve essere coperto dai colleghi presenti:

Se ad accompagnare il bambino è un docente:

- un insegnante in compresenza nel plesso lo sostituisce;
- in mancanza di compresenza, gli alunni della classe interessata vengono suddivisi tra le restanti classi.

Se ad accompagnare il bambino è un collaboratore scolastico:

- i collaboratori scolastici in compresenza si fanno carico del lavoro del collega assente;
- in mancanza di compresenza l'insegnante di collegamento informa il D.S. e, in attesa di un collaboratore scolastico, provvede al funzionamento essenziale della scuola.
- 

#### **ATTIVAZIONE DEL 118 - CHE COS'È IL 118?**

- Corrisponde al numero telefonico che ogni cittadino deve utilizzare in caso di emergenza sanitaria
- È un servizio gratuito che può essere richiesto da qualsiasi apparecchio telefonico sia di rete fissa che mobile

#### **QUANDO CHIAMARE IL 118?**

- Malori di qualsiasi natura
- Incidenti
- Tutte le situazioni di pericolo di vita (anche presunto)

In presenza di un incidente, è necessario non lasciarsi prendere dal panico, ma intervenire con rapidità ed in modo adeguato, almeno per evitare ulteriori danni. Simultaneamente si chiameranno i genitori.

Con questa finalità sono riportate alcune semplici indicazioni circa il corretto comportamento da adottare nel caso in cui lo scolaro abbia un infortunio.

## **FERITE**

### **COSA FARE**

- Utilizzare guanti in lattice o in vinile sterili monouso
- Detergere la ferita con soluzione fisiologica. Se è una ferita sporca lavare prima con acqua e sapone e poi sciacquare con soluzione fisiologica.

Se la ferita è superficiale, dopo la detersione, disinfettare con la soluzione di iodopovidone o l'acqua ossigenata utilizzando le compresse di garza sterile.

- Se sanguina applicare garze effettuando una compressione
- Se le ferite sono profonde o estese occorre rivolgersi all'Ospedale N.B. È bene presentarsi con il tesserino delle vaccinazioni attestante la data dell'ultima vaccinazione antitetanica.

### **COSA NON FARE**

- Non rimuovere l'eventuale oggetto conficcato
- Non utilizzare cotone idrofilo per detergere la ferita  
Non applicare soluzioni alcoliche

## **TRAUMI**

Nel caso in cui lo scolaro è vittima di un trauma grave a livello del capo e presenti vomito

### **COSA FARE**

- Per traumi importanti contattare il 118
- In presenza di trauma cranico evitare che il bambino/ragazzo giri la testa parlandogli di fronte e guardandolo in faccia
- Garantire che i pericoli sul luogo dell'evento siano tutti eliminati
- Proteggere l'infortunato dagli eventi atmosferici con coperte o materiale impermeabile

### **COSA NON FARE**

- Non muoverlo
- Non improvvisare manovre di soccorso
- Non somministrare alcun tipo di bevanda
- Non rimuovere gli oggetti conficcati In caso di trauma lieve applicare ghiaccio pronto per l'uso.

## **SOFFOCAMENTO**

Se l'oggetto non riesce ad essere espulso ed è presente tosse e il bambino parla, non tentare manovre ma tranquillizzare il bambino e contattare il 118.

Se il bambino non respira chiamare immediatamente il 118 e seguirne le indicazioni.

Sarebbe auspicabile che in ogni realtà scolastica siano sempre presenti uno o più operatori addestrati ad interventi di rianimazione pediatrica, denominati PBLS (Pediatric Basic Life Support). È perciò importante incentivare il personale docente e non, a frequentare appositi corsi organizzati dal servizio 118, competente per zona, e a mantenersi formati con appositi corsi d'aggiornamento.

## **INTOSSICAZIONI**

(ingestione, contatto, inalazione di una sostanza velenosa)

Telefonare al più presto al 118 o al Centro Antiveneni per accertarsi che la sostanza sia realmente tossica e per ottenere i primi consigli sul corretto comportamento da adottare.

## **COSA FARE :**

Indicare:

- il tipo di sostanza ingerita
- il nome commerciale del prodotto ( vedi etichetta)
- la quantità e l'ora probabile dell'assunzione, indicando con la precisione possibile la dose assunta\*
- l'età e il peso del bambino/ragazzo
- comunicare l'insorgenza di qualsiasi sintomo sospetto
- indicare se il soggetto è affetto da eventuali patologie di base che possano aggravare la situazione

Nel caso si debba trasportare lo scolaro in ospedale, è necessario presentarsi con il prodotto o il suo contenitore o con qualsiasi cosa possa contribuire all'identificazione della sostanza in causa, eventualmente con i residui di vomito o con gli abiti sporchi dal prodotto.

Nel caso in cui il bambino/ragazzo perda i sensi e respiri con difficoltà, è necessario slacciare gli abiti, distenderlo su un piano rigido e posizionare la testa di lato per evitare il soffocamento, quindi contattare immediatamente il 118 e seguirne le indicazioni.

## **COSA NON FARE:**

- Non stimolare il vomito se non indicato dal Centro Antiveleni o dal 118
- Non somministrare latte o olio
- Non somministrare acqua o sostanze alcoliche da bere

Note pratiche per la determinazione approssimativa della dose assunta:

Bicchieri di plastica: 80 ml. Bicchiere di vino: 120 ml. Bicchiere d.acqua:200 ml. Tazza da caffè: 30 ml. Cucchiaino da minestra: 10 ml. Cucchiaino da tè: 3 ml. Cucchiaino da caffè: 2 ml. Sorso da assetato: 30 ml.

## **SHOCK ANAFILATTICO**

I sintomi possono esordire con prurito (palpebre, bocca), nausea, talvolta orticaria, sudorazione, irritabilità, broncospasmo e laringospasmo (grosse difficoltà respiratorie con respiro corto frequente e sibilante), collasso.

Intervento immediato:

1. rimuovere la causa dell'allergia (se è conosciuto e se è possibile)
2. chiamare il 118 ed i genitori
3. somministrare adrenalina secondo le indicazioni contenute nel certificato del medico curante e seguire al contempo le indicazioni telefoniche del 118 in attesa del suo arrivo.

E' possibile e più frequente che in un soggetto allergico si scatenino reazioni meno violente, ma comunque a rischio d'evoluzione verso lo shock anafilattico, quali: edema e prurito buccale con iniziali difficoltà respiratorie. In tal caso va somministrato un cortisonico orale alle dosi consigliate nel succitato certificato medico e va comunque chiamato il 118.

In caso di importante broncospasmo in un soggetto asmatico l'immediata somministrazione di salbutamolo sotto forma di spray inalante (Ventolin spray) può risultare salvavita. Anche in questo caso è fondamentale un attestato medico, indicante il dosaggio e la capacità del soletto di assumere spray inalanti o la necessità dell'uso di distanziatori.

## **CONVULSIONI**

Intervento immediato:

1. posizionare correttamente il soggetto, secondo le indicazioni fornite dal Medico curante
2. chiamare il 118 ed i genitori
3. somministrare diazepam per via rettale (Micronoan) al dosaggio precedentemente indicato dal medico curante e seguire le indicazioni del 118 in attesa del suo arrivo.



## **SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

In caso di assoluta necessità che un farmaco debba essere somministrato in orario scolastico il personale potrà effettuare tale somministrazione solo volontariamente e sulla base di un rapporto fiduciario con la famiglia.

Ogni richiesta di autorizzazione per la somministrazione di farmaci, dovrà essere presentata dai genitori al Dirigente Scolastico, con modulistica appositamente predisposta.

### **ALLEGATI**

Allegato A: richiesta di somministrazione\_farmaco\_salvavita;

Allegato B: a cura del Pediatra o MMG;

Allegato C: Prosecuzione della somministrazione;

Allegato D: Autosomministrazione farmaci;

Allegato E: Formazione Docente;

Allegato F: Piano Personalizzato;

Allegato G: Somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico.

		
UNIONE EUROPEA	REGIONE CALABRIA Assessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca	REPUBBLICA ITALIANA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

 "Paolo Borsellino" 

Via Lavinium s.n.c. – 87020 SANTA MARIA DEL CEDRO (CS)

Tel. e Fax 0985/5462-5731 - C.F. 92011810782 - C. M. CSIC83700R

[www.icsantamariadelcedro.edu.it](http://www.icsantamariadelcedro.edu.it) e-mail: [csic83700r@istruzione.it](mailto:csic83700r@istruzione.it) pec: [csic83700r@pec.istruzione.it](mailto:csic83700r@pec.istruzione.it)

Scuola Secondaria I Grado ad indirizzo musicale

Allegato A

Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO:** richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti ..... genitori di  
.....nato a ..... il ..... residente a  
..... in via.....

n. ....frequentante la classe ..... della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/S.S.S.I.G. plesso scolastico.  
.....essendo il minore affetto dalla seguente  
patologia ....e constatata l'assoluta necessità, con la  
presente

**chiedono che**

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili previsti dal Piano terapeutico allegato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_;

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci salvavita, in caso di urgenza dovuti al seguente evento \_\_\_\_\_ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.**

***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 112***

**Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto " \_\_\_\_\_ " di \_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo di \_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. \_\_\_\_\_.

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).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà



.....  
.....

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .....cell/abitazione..... Pediatra di libera  
scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) ..... cell/studio.....  
Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di  
riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

		
UNIONE EUROPEA	REGIONE CALABRIA Assessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca	REPUBBLICA ITALIANA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

 "Paolo Borsellino" 

Via Lavinium s.n.c. – 87020 SANTA MARIA DEL CEDRO (CS)

Tel. e Fax 0985/5462-5731 - C.F. 92011810782 - C. M. CSIC83700R

[www.icsantamariadelcedro.edu.it](http://www.icsantamariadelcedro.edu.it) e-mail: [csic83700r@istruzione.it](mailto:csic83700r@istruzione.it) pec: [csic83700r@pec.istruzione.it](mailto:csic83700r@pec.istruzione.it)

Scuola Secondaria I Grado ad indirizzo musicale

**Allegato B**

**Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO:** indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)*

Il minore

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

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

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

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** \_\_\_\_\_

**Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG**



		
UNIONE EUROPEA	REGIONE CALABRIA Assessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca	REPUBBLICA ITALIANA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

 "Paolo Borsellino" 

Via Lavinium s.n.c. – 87020 SANTA MARIA DEL CEDRO (CS)

Tel. e Fax 0985/5462-5731 - C.F. 92011810782 - C. M. CSIC83700R

[www.icsantamariadelcedro.edu.it](http://www.icsantamariadelcedro.edu.it) e-mail: [csic83700r@istruzione.it](mailto:csic83700r@istruzione.it) pec: [csic83700r@pec.istruzione.it](mailto:csic83700r@pec.istruzione.it)

Scuola Secondaria I Grado ad indirizzo musicale

Allegato C

Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO:** prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ Genitori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S. il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della

somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico \_\_\_\_\_

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato

di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.**

***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 112***

### **Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto \_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art. 11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto \_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_.

I sottoscritti, 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).

Santa Maria del Cedro \_\_\_\_\_

I Genitori

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

		
UNIONE EUROPEA	REGIONE CALABRIA Assessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca	REPUBBLICA ITALIANA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

 "Paolo Borsellino" 

Via Lavinium s.n.c. – 87020 SANTA MARIA DEL CEDRO (CS)

Tel. e Fax 0985/5462-5731 - C.F. 92011810782 - C. M. CSIC83700R

[www.icsantamariadelcedro.edu.it](http://www.icsantamariadelcedro.edu.it) e-mail: [csic83700r@istruzione.it](mailto:csic83700r@istruzione.it) pec:

[csic83700r@pec.istruzione.it](mailto:csic83700r@pec.istruzione.it)

Scuola Secondaria I Grado ad indirizzo musicale

Allegato D

Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a.....

nato/a a .....il.....

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

frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....

sita a ..... in Via.....

Essendo il minore effetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che il **minore si autosomministri**, 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 di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsento 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).

Data,

Firma dei genitori

.....

.....

		
UNIONE EUROPEA	REGIONE CALABRIA Assessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca	REPUBBLICA ITALIANA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

 "Paolo Borsellino" 

Via Lavinium s.n.c. - 87020 SANTA MARIA DEL CEDRO (CS)

Tel. e Fax 0985/5462-5731 - C.F. 92011810782 - C. M. CSIC83700R

[www.icsantamariadelcedro.edu.it](http://www.icsantamariadelcedro.edu.it) e-mail: [csic83700r@istruzione.it](mailto:csic83700r@istruzione.it) pec:

[csic83700r@pec.istruzione.it](mailto:csic83700r@pec.istruzione.it)

Scuola Secondaria I Grado ad indirizzo musicale

**ALLEGATO E**

Spett.le ASP \_\_\_\_\_

Sede

***Oggetto: Formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco***

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, cordialità.

**Il Dirigente Scolastico**



ALLEGATO F

## PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Alla Famiglia dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(oppure)  
All'alunno/a \_\_\_\_\_  
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco  
Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_  
Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto  
Alla Azienda ASP \_\_\_\_\_

**Oggetto:** *Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all'alunno/a.....*

I sottoscritti Dirigente scolastico ..... e il Referente per l'Azienda ASP ....  
..... dott. ....,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a ....., iscritto/a alla classe ..... sez..... dell'Istituto....., plesso ....., sito in via ..... località .....

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda ASP n. .... / dal Dott. .... in data .../.../....., nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) ..... da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, 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;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)

salvavita

(Oppure)

indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda ASP nelle date indicate nella tabella sottostante;

**DISPONGONO**

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell' esercente la potestà genitoriale al responsabile incaricato Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_;

che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: \_\_\_\_\_;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell' esercente la potestà genitoriale (oppure: dell' alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell' alunno/a (specificare ad esempio l' informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l' alunno nell' autosomministrazione, ecc.): \_\_\_\_\_;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell' Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda ASP
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda ASP \_\_\_\_\_

.....

Dott. ....

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_, Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda ASP \_\_\_\_\_ con la presente:

esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all' incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del genitore  
o dell' esercente la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

ALLEGATO G

		
UNIONE EUROPEA	REGIONE CALABRIA Assessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca	REPUBBLICA ITALIANA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

 "Paolo Borsellino" 

Via Lavinium s.n.c. – 87020 SANTA MARIA DEL CEDRO (CS)

Tel. e Fax 0985/5462-5731 - C.F. 92011810782 - C. M. CSIC83700R

[www.icsantamariadelcedro.edu.it](http://www.icsantamariadelcedro.edu.it) e-mail: [csic83700r@istruzione.it](mailto:csic83700r@istruzione.it) pec: [csic83700r@pec.istruzione.it](mailto:csic83700r@pec.istruzione.it)

Scuola Secondaria I Grado ad indirizzo musicale

Al Dirigente Scolastico della  
Scuola .....

Il /La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

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

nato il..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola .....

classe.....

**CHIEDE**

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

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- Il personale docente o Ata \_\_\_\_\_ (indicare nominativo), alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**

**In fede.**

**Data, .....**

**Firma .....**

Il presente documento, vale come notifica per il personale scolastico.

Dalla data di protocollo, ne ricorre la validità.

Documento firmato all'origine

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DOTT.SSA PATRIZIA GRANATO