



**PROTOCOLLO SANITARIO**

**SCUOLA DELL'INFANZIA E NIDO INTEGRATO**

**“ANGELI CUSTODI”**

**Scuola Materna e Nido Integrato "Angeli Custodi"**  
**Scuola dell'Infanzia paritaria (Decreto Ministero Istruzione n.488/5538 del 28/02/2001 )**  
**C.F. 80020160232 P.IVA 01542760234**  
Via B. Rizzoni, 10 - 37125 Quinzano, Verona  
Telefono- Fax 045/942532  
[segreteria@angelicustodiquinzano.it](mailto:segreteria@angelicustodiquinzano.it)  
[www.angelicustodiquinzano.it](http://www.angelicustodiquinzano.it)



Il Comitato di Gestione 2018-2021

Data redazione: Novembre 2021

## INDICE

### 1. AMMISSIONE

1.1. RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI “SALVA-VITA”

1.2. RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

### 2. ASSENZA

### 3. ALLONTANAMENTO DALLA SCUOLA

### 4. RIAMMISSIONE

4.1 RIAMMISSIONE DOPO ALLONTANAMENTO

4.2 RIAMMISSIONE DOPO MALATTIA

### ALLEGATI



All'interno della comunità scolastica è importante promuovere e tutelare la salute dei bambini attraverso una serie di interventi quali la prevenzione della diffusione delle infezioni. E' noto infatti che le malattie infettive costituiscono da sempre uno dei principali problemi di Sanità Pubblica. Quindi, la prevenzione delle infezioni non dovrebbe basarsi solo sulle misure di controllo dei casi di malattia, ma anche e soprattutto sull'adozione di corretti comportamenti individuali e collettivi per evitare l'insorgenza di casi di malattia e la trasmissione ad altre persone. A tal riguardo la Scuola dovrebbe rappresentare un ambito importante (oltre a quello familiare) per radicare la cultura della salute e della sicurezza, intesa non tanto come un insieme di regole astratte o di norme prescrittive da seguire e rispettare, bensì come assunzione di corretti stili di vita da adottare in tutti i contesti sociali, ivi compresi gli ambienti educativi.

Questo protocollo è rivolto a tutto il personale docente e ausiliario e ai genitori/familiari dei bambini frequentanti la Scuola dell'Infanzia e Nido Integrato Angeli Custodi.

Il documento è pertanto strutturato al fine di formulare indicazioni precise e specifiche sulle modalità di comportamento da adottare in caso di malattia di un bambino frequentante la Scuola, sia da parte del personale in servizio che da parte della famiglia.

## **1. AMMISSIONE**

All'atto di iscrizione del bambino all'anno scolastico è necessario che i genitori presentino un certificato medico del pediatra curante solo nei casi in cui il bambino sia affetto da particolari condizioni di salute, che possano richiedere interventi o specifiche attenzioni del personale docente o ausiliario. Al tal proposito si rimanda ai due paragrafi successivi, dedicati alla richiesta di somministrazione di farmaci "salva-vita" per specifiche patologie ed alla richiesta di dieta speciale per specifiche allergie/intolleranze alimentari.

Non possono frequentare la Scuola i bambini la cui malattia richieda cure che il personale non è in grado di fornire senza compromettere la salute e la sicurezza degli altri bambini.

I bambini con limitazioni funzionali temporanee (es. gessi) non sono ammessi alla frequenza scolastica a causa dell'impossibilità di garantire la loro incolumità così come quella dei compagni. Per i casi particolari (es. bendaggi, protesi temporanee minori) la possibilità di frequenza deve essere sottoposta a valutazione da parte del Comitato di Gestione di concerto con il personale docente.



I bambini che presentino punti di sutura potranno frequentare a patto che i punti siano adeguatamente coperti. I genitori sono tenuti a darne previa comunicazione tramite e-mail all'indirizzo [segreteria@angelicustodiquinzano.it](mailto:segreteria@angelicustodiquinzano.it)

Si raccomanda ai genitori di:

- Non accompagnare i bambini a Scuola qualora presentino sintomi di malattia acuta in atto;
- Rispettare le regole igieniche per il buon vivere in comunità (unghie corte, capelli puliti e in ordine, vestiario pulito, igiene personale ben curata);
- Provvedere all'igienizzazione degli effetti lettereci (cuscini, lenzuola, coperte, asciugamani, peluche ecc.), che verranno a tale scopo periodicamente riconsegnati alla famiglia. Quando tale riconsegna non fosse possibile per assenza del bambino, i genitori dovranno provvedere a portare effetti lettereci puliti al momento del rientro ed a ritirare i precedenti per igienizzarli.

### **1.1. RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI "SALVA-VITA"**

Il personale scolastico non è autorizzato alla somministrazione di alcun tipo di farmaco. Fanno eccezione i farmaci cosiddetti "salva-vita" che possono essere somministrati ai bambini affetti da particolari patologie. In questi casi sono necessarie:

- L'autorizzazione scritta da parte di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà (ALLEGATO 1 - Modulo A);
- Il certificato medico compilato e firmato dal pediatra curante, che dispone il dosaggio del farmaco, le modalità di somministrazione e conservazione (ALLEGATO 1 - Modulo B).

I suddetti farmaci dovranno essere forniti alla Scuola da parte della famiglia.

### **1.2. RICHIESTA DI DIETA SPECIALE**

I genitori sono tenuti a comunicare ad inizio anno scolastico (o in corso d'anno, qualora si tratti di una nuova diagnosi) la presenza di allergie o intolleranze alimentari nel proprio bambino. La richiesta di diete speciali dovrà pervenire alla Scuola tramite la consegna di certificato medico del pediatra curante in cui sia indicato l'alimento o gli alimenti che non devono essere somministrati al bambino (ALLEGATO 2).



## 2. ASSENZA

È obbligo dei genitori comunicare tempestivamente alla Scuola, tramite e-mail all'indirizzo [segreteria@angelicustodiquinzano.it](mailto:segreteria@angelicustodiquinzano.it), l'assenza per malattia del proprio figlio. Si richiede inoltre di aggiornare successivamente la Scuola circa l'eventuale diagnosi di malattia infettiva effettuata dal pediatra curante, affinché si possano applicare gli eventuali provvedimenti necessari alla tutela della salute della comunità scolastica.

In tutti i casi di insorgenza di malattia infettiva nel proprio bambino (compresa la pediculosi e l'ossiuriasi), è obbligo dei genitori provvedere al ritiro dalla Scuola di tutti gli effetti lettereschi e al loro opportuno lavaggio e disinfezione. In caso di mancato ritiro il personale scolastico provvederà a raccogliere gli effetti lettereschi ed a porli in sacchetto sigillato.

Per quanto concerne le assenze dovute ad altri motivi rispetto alla malattia (es. motivi familiari, vacanza, vaccinazioni...), si prega di comunicarle anticipatamente alla Segreteria tramite e-mail all'indirizzo [segreteria@angelicustodiquinzano.it](mailto:segreteria@angelicustodiquinzano.it).

## 3. ALLONTANAMENTO DALLA SCUOLA

Le condizioni di malattia per le quali è previsto l'allontanamento per i bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni fanno tutt'ora riferimento al "Manuale per la prevenzione delle malattie infettive nelle comunità infantili e scolastiche della Regione Veneto" (reperibile al seguente link: <https://repository.regione.veneto.it/public/e5febee5070a7daf93eb5a1734c81c90.php?lang=it&dl=tr ue>), dal quale la seguente tabella è liberamente estrapolata per quanto concerne le situazioni più comuni. Va tuttavia sottolineato che per quanto non espressamente citato è facoltà del personale docente e/o della coordinatrice valutare l'eventuale allontanamento del bambino che presenti condizioni di salute tali da impedire l'adeguata partecipazione alle attività e/o richiedano cure che il personale non sia in grado di fornire senza compromettere la salute e/o la sicurezza degli altri bambini. L'allontanamento viene disposto anche per il personale docente ed ausiliario se manifesta sintomi di malattia infettiva durante l'espletamento dell'attività.

Misure particolari di allontanamento e riammissione potranno essere previste in caso di epidemia nella Scuola.



<b>MALATTIA e/o SINTOMATOLOGIA</b>	<b>CAUSA ALLONTANAMENTO</b>	<b>PERIODO MINIMO DI ALLONTANAMENTO DALLA COMUNITA'</b>
FEBBRE	Temperatura ascellare pari o superiore 38°C o febbre con temperatura ascellare inferiore a 38°C ma con segni di malessere	Osservazione per almeno 24 ore prima del rientro
DIARREA	Due o più scariche con feci liquide o sfatte	Osservazione fino a 24 ore dopo l'ultima scarica diarroica e riammissione a guarigione clinica (feci formate)
VOMITO	Uno o più episodi nella stessa giornata	Fino a guarigione clinica
CONGIUNTIVITE	Con secrezioni purulente, anche senza febbre	Fino a 24 ore dall'inizio della terapia o fino a guarigione clinica
STOMATITE	Vescicole o afte sulla mucosa orale, con o senza febbre	Fino a guarigione clinica
OSSIURIASI (parassitosi intestinale)	Intenso prurito perianale e/o presenza di parassiti nelle feci	Riammissione dal giorno successivo la somministrazione della terapia, trascorse le 24 ore
PEDICULOSI	Riscontro di pidocchi	Riammissione dal giorno successivo l'effettuazione della terapia, trascorse le 24 ore
TOSSE/DIFFICOLTA' RESPIRATORIA	Tosse insistente. Presenza di respiro affannoso a riposo, con o senza febbre	Fino a guarigione
ESANTEMA/ERUZIONI CUTANEE	Se di esordio improvviso e non altrimenti motivato	Dipende dal tipo di malattia infettiva manifestata. Si rimanda a titolo esemplificativo e non esaustivo alla tabella in ALLEGATO 4 (sec. Manuale Regionale sopracitato).

Nel caso di allontanamento, il genitore verrà avvertito telefonicamente dal personale docente e/o dalla coordinatrice, e il bambino dovrà essere riconsegnato tempestivamente alla famiglia. In caso di aggravamento delle condizioni del bambino con irreperibilità del genitore o degli eventuali delegati al ritiro, potrà essere attivato il servizio d'emergenza 118.



In attesa dell'allontanamento il personale docente dovrà seguire le seguenti disposizioni:

- Tenere il bambino separato, in luogo confortevole, non a diretto contatto con i compagni;
- Evitare i contatti ravvicinati (mantenere la distanza di almeno 1 metro)
- Utilizzare guanti monouso nell'accudire il bambino in presenza di liquidi biologici (sangue, vomito, feci, ecc.).

#### **4. RIAMMISSIONE**

Per quanto concerne la documentazione necessaria alla riammissione dopo assenza per malattia o altri motivi, si rimanda alla Normativa Regionale vigente nell'anno scolastico in corso, che verrà comunicata dalla Segreteria alle Famiglie all'inizio dell'anno (o in corso d'anno qualora subentrino delle modifiche legislative) e che sarà disponibile sul sito internet della Scuola.

##### **4.1 Riammissione dopo allontanamento**

Qualora il bambino sia stato allontanato da Scuola per l'insorgenza dei sintomi sopradescritti, dovrà essere trattenuto a domicilio almeno per le successive 24 ore, le quali devono essere intese come periodo di osservazione e monitoraggio del suo stato di salute.

Si raccomanda di riportare i bambini a Scuola solo se in buona salute e guariti.

Anche in caso di allontanamento per **pediculosi** o **ossiuriasi**, il bambino verrà riammesso a scuola, con autodichiarazione da parte del genitore dell'avvenuto trattamento debellante e decorse 24 ore (ALLEGATO 4).

In caso di allontanamento in seguito a trauma accidentale/ferita, la riammissione potrà avvenire anche prima delle 24 ore, se le condizioni del bambino lo permetteranno.

##### **4.2 Riammissione dopo malattia**

Dopo periodo di assenza per malattia, il bambino potrà rientrare a Scuola solo se sfebbrato completamente dal almeno 24 ore ed in assenza dei sintomi che ne hanno caratterizzato la malattia.



## ALLEGATO 1 – MODULO A

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA

(LA PRESENTE RICHIESTA HA VALIDITA' DI 1 ANNO SCOLASTICO)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome* *Cognome e Nome*

in veste di:  genitori o  soggetti esercenti la potestà genitoriale

di: \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

sezione: \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da: \_\_\_\_\_  
*Riportare la patologia diagnostica dal medico*

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. \_\_\_\_\_

**Si precisa che la somministrazione del farmaco è eseguibile anche da personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.**

Data, \_\_\_\_\_

Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

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

### Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_

Genitore: \_\_\_\_\_





Genitore: \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13, regolamento UE 679/16

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che il Regolamento UE 679/16 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza nonché di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Nella nostra struttura sono in vigore procedure operative che coinvolgono tutti gli operatori sia con mansioni amministrative, che didattiche, che ausiliarie.

Fra i dati personali che Le vengono chiesti per la compilazione della **Richiesta di Somministrazione Farmaci Salvavita** ci è necessario richiederle anche quelli che la legge definisce come "*dati sensibili*" ed in particolare informazioni riguardanti la salute del bambino. La presenza di queste informazioni ci porta ad applicare severe e vincolanti norme di comportamento alle quali tutto il personale è tenuto ad attenersi.

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento predetta Le forniamo, quindi, le seguenti informazioni:

- I dati personali e le informazioni riguardanti il bambino vengono richiesti per le seguenti finalità:
  - Somministrazione dei farmaci salvavita;
  - Personale medico, paramedico o amministrativo di strutture sanitarie impiegato in attività di controllo, di prevenzione o di assistenza;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di garantire la corretta somministrazione dei farmaci salvavita così come descritte nel punto 1. Il diniego a fornire i dati personali e a sottoscrivere il consenso non consentirà di somministrare il farmaco salvavita a suo figlio/a;
- Per le operazioni indispensabili per la tutela della salute del bambino stesso ci considereremo comunque autorizzati ad operare senza limitazione alcuna. A titolo di esempio indichiamo, fra gli ambiti di comunicazione possibili:
  - Enti pubblici che abbiano titolo per richiedere l'invio di dati o informazioni (Comune, Ufficio Scolastico Provinciale e Regionale, ASL, assistenti sociali);
  - Personale medico, paramedico o amministrativo di strutture sanitarie impiegato in attività di controllo, di prevenzione o di assistenza;
- I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, tranne quanto previsto al punto 3
- Titolare del trattamento è la scrivente Scuola dell'Infanzia ..... nella persona del presidente Pro-Tempore;
- Responsabile dei trattamenti è la Sig.ra ..... alla quale potrà rivolgersi, presso i recapiti della scrivente, per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 che la legge Le riconosce, accesso, aggiornamento.
- Il trattamento sarà effettuato in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.
- Le ricordiamo che potrà sempre rivolgersi all'autorità di controllo per proporre un reclamo sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

### CONSENSO AL TRATTAMENTO

Data

Il sottoscritto ..... In qualità di .....

Il sottoscritto ..... In qualità di .....

A seguito dell'informativa fornitami dichiaro di averne letto il contenuto ed esprimo il mio consenso al trattamento dei dati necessari al perseguimento delle finalità espresse.

do il consenso

nego il consenso

Firma del genitore o chi ne fa le veci

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

.....

**Scuola Materna e Nido Integrato "Angeli Custodi"**  
**Scuola dell'Infanzia paritaria (Decreto Ministero Istruzione n.488/5538 del 28/02/2001 )**

**C.F. 80020160232 P.IVA 01542760234**

Via B. Rizzoni, 10 - 37125 Quinzano, Verona

Telefono- Fax 045/942532

[segreteria@angelicustodiquinzano.it](mailto:segreteria@angelicustodiquinzano.it)

[www.angelicustodiquinzano.it](http://www.angelicustodiquinzano.it)



## ALLEGATO 1 - MODULO B

### PRESCRIZIONE – AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA (Pediatria di libera scelta, Medico di Medicina generale, Specialista)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

sezione \_\_\_\_\_  Nido  Scuola dell'Infanzia

con sede in Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

affetto da \_\_\_\_\_

*(Riportare la patologia diagnostica)*

- Vista la richiesta dei genitori (o altri esercenti la patria potestà)
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi

#### SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

La somministrazione del farmaco di seguito indicato, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico



Nome commerciale del farmaco:

---

Dose e Modalità di somministrazione:

---

---

---

Modalità di  
conservazione:

---

Descrizione dei sintomi/dell'evento che richiedono la somministrazione del farmaco:

---

---

---

---

Interventi da attuare dopo la somministrazione del farmaco:

---

---

---

Potenziati effetti collaterali:

---

---

---

Data

Timbro e firma del Medico Curante



## ALLEGATO 2

### CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE** (specificare \_\_\_\_\_)  
Possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di adrenalina autoiniettabile  SI  NO
- INTOLLERANZA ALIMENTARE** (specificare \_\_\_\_\_)
- CELIACHIA**
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO** (specificare \_\_\_\_\_)
- ALTRA PATOLOGIA** (specificare \_\_\_\_\_)

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

---

---

---

---

DURATA DELLA DIETA SPECIALE:

- Intero ciclo scolastico (solo in caso di condizioni permanenti)**
- Intero anno scolastico**
- n. \_\_\_\_\_ mesi**

Timbro e firma del Medico Curante

(Da compilarsi a cura del medico curante in tutte le sue parti)



## ALLEGATO 3

### MALATTIE INFETTIVE ESANTEMATICHE

MALATTIA	PERIODO MINIMO DI ALLONTANAMENTO DALLA COMUNITA' E COMUNQUE IN ASSENZA DI FEBBRE DA ALMENO 24 ORE
SCARLATTINA	Fino a 48 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica
BOCCA-MANI-PIEDI	Fino a guarigione clinica (essiccamento delle lesioni cutanee, scomparsa di febbre, risoluzione delle lesioni orali)
QUINTA MALATTIA	Assenza di febbre da almeno 24 ore
SESTA MALATTIA	Assenza di febbre da almeno 24 ore
HERPES ZOSTER (fuoco di Sant'Antonio)	Fino all'essiccamento delle vescicole
VARICELLA	Fino all'essiccamento delle vescicole
IMPETIGINE	Fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento antibiotico o nelle forme più estese secondo indicazioni del Pediatra Curante

**Fonte:**

“Manuale per la prevenzione delle malattie infettive nelle comunità infantili e scolastiche della Regione Veneto” (reperibile al seguente link:

<https://repository.regione.veneto.it/public/e5febee5070a7daf93eb5a1734c81c90.php?lang=it&dl=true>)



## ALLEGATO 4

### AUTODICHIARAZIONE DI AVVENUTA TERAPIA IN CASO DI PARASSITOSI

Il sottoscritto genitore \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

Del bambino \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

sezione: \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

che, a seguito del riscontro di  OSSIURIASI  PEDICULOSI, è stata intrapresa la relativa terapia debellante prescritta dal Medico Curante e che pertanto il bambino può riprendere la frequenza scolastica, secondo le indicazioni contenute nel Protocollo Sanitario della Scuola