



Regione  
Lombardia

ASL Monza e Brianza



Rete Generale

Istituzioni Scolastiche Provincia di Monza e Brianza

Ministero dell'Istruzione,  
dell'Università e della Ricerca



Ufficio  
Scolastico  
per la  
Lombardia

Monza e Brianza

## Protocollo d'Intesa

# Somministrazione Farmaci in Ambito Scolastico

**ASL Monza e Brianza**

**USR Lombardia – Ufficio XI – Ambito territoriale di Monza e Brianza**

**Rete Generale Istituzioni Scolastiche Monza e Brianza**

**AMISM - FISM - Federazione Italiana Scuole Materne**

in attesa della definizione delle procedure da parte della Regione Lombardia, viste le "Linee guida" emanate dal M.I.U.R. d'intesa con il Ministero della Salute il 25/11/2005, rilevato il bisogno di rispondere alle attese dell'utenza e degli operatori scolastici in relazione al tema della somministrazione dei farmaci in ambito scolastico,

concordano

### 1. PREMESSA E SCOPO

La somministrazione di farmaci in orario scolastico si può rendere necessaria, al fine di tutelare il diritto alla salute degli studenti che frequentano ogni ordine e grado di scuola.

Il presente protocollo intende definire le condizioni, i ruoli e le responsabilità dei diversi soggetti coinvolti e le modalità attraverso cui fornire una risposta appropriata a tale eventualità.

In primo luogo è prevista, su prescrizione medica, l'auto somministrazione da parte dell'alunno.

Qualora questa non possa essere effettuata, il Dirigente Scolastico permetterà l'ingresso a scuola da parte del genitore.

Residuale rispetto agli interventi citati, è la somministrazione dei farmaci, in particolare quelli definiti dal medico come "salvavita", da parte degli operatori scolastici.

L'insieme delle procedure condivise in questo documento sono declinate, fermo restando le responsabilità:

- della scuola ove l'alunno è iscritto;
- della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali competenti a cooperare per garantire il diritto allo studio e all'integrazione e la tutela della salute del minore.

### 2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica nell'ambito delle collettività scolastiche di ogni ordine e grado, appartenenti ai Comuni della Provincia di Monza e Brianza per quanto di competenza e responsabilità dei sottoscrittori.

### 3. CONDIZIONI CHE POSSONO RICHIEDERE LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico).
- La somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato per la cura di particolari patologie croniche. La necessità di somministrazione di farmaci "salvavita" può rendersi necessaria in presenza di patologie che possono manifestarsi con sintomatologia acuta quali convulsioni, ipoglicemia, asma, allergia, epilessia.
- Tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.
- Auto somministrazione su prescrizione medica (Mod. 01).

### 4. RUOLI E RESPONSABILITÀ

- Il Medico di fiducia (Pediatra di Famiglia o Medico di Medicina Generale), sulla base delle effettive necessità cliniche dell'alunno e tenendo conto delle linee guida condivise a livello di ASL, certifica, attraverso apposito modulo, la necessità di somministrazione del farmaco, definendone la posologia, le modalità di conservazione e di somministrazione, i tempi e la durata della terapia, la descrizione dei sintomi che ne richiedono la somministrazione (Mod. 01).
- Il genitore dell'alunno o chi esercita la potestà genitoriale, allegando la certificazione del medico (Mod. 01), in tutti i casi in cui è impossibilitato ad attuare personalmente la terapia farmacologica, formula su apposito modulo (Mod. 02) al Dirigente Scolastico, la richiesta di somministrazione del farmaco in orario scolastico, autorizzando nel merito il personale scolastico.  
Il genitore si fa carico di fornire i farmaci necessari al Dirigente Scolastico controllandone la scadenza e l'eventuale necessaria sostituzione e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.  
Il genitore, per quanto di pertinenza, solleva il personale scolastico da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione del farmaco.
- Il Dirigente Scolastico accoglie la richiesta del genitore, o di chi esercita la potestà genitoriale, raccogliendone il consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili (Mod. 03), e garantisce la corretta conservazione del farmaco secondo le indicazioni riportate nel Mod. 01, ove possibile, e organizza la somministrazione del farmaco che va consegnato dalla famiglia alla scuola.
- Per gli aspetti scolastico-organizzativi, la valutazione di fattibilità va effettuata dal Dirigente Scolastico.  
Il Dirigente Scolastico raccoglie l'eventuale disponibilità alla somministrazione da parte del personale in servizio presso la scuola e, qualora lo ritenga necessario, richiede un supporto informativo/formativo all'ASL, che la garantisce definendone modalità e tempi in accordo con il medesimo Dirigente.  
Il Dirigente Scolastico organizza la formazione e ne attesta l'effettuazione.
- Il personale scolastico educativo e di supporto che ha dato la disponibilità alla somministrazione del farmaco si impegna a:
  - ✓ provvedere alla somministrazione del farmaco secondo le indicazioni del Mod. 01;
  - ✓ partecipare all'eventuale incontro di formazione richiesto all'ASL.
- L'ASL garantisce il coinvolgimento dei medici curanti (Pediatra di Famiglia o Medico di Medicina Generale) condividendo con i loro rappresentanti specifiche linee guida. Attraverso il Direttore del Distretto Socio Sanitario competente per residenza dell'alunno, l'ASL garantisce al Dirigente Scolastico il supporto informativo e formativo ritenuto necessario.

- Nel caso sia prevista l'auto somministrazione del farmaco, il genitore deve darne comunicazione al Dirigente Scolastico attraverso la compilazione del Mod. 02 a cui dovrà essere allegata la certificazione del medico di fiducia, Pediatra di Famiglia o Medico di Medicina Generale. (Mod. 01)

## 5. CONDIZIONI COMPLESSE

L'esigenza di garantire la frequenza scolastica a minori con problemi sanitari e assistenziali complessi richiede la definizione di specifici Piani di assistenza, condivisi tra famiglia, Medico curante, Distretto Socio Sanitario, Dirigente Scolastico e, qualora richiesto, Amministrazione comunale.

Per situazioni complesse si intendono:

- il diabete (somministrazione giornaliera di insulina e determinazione quotidiana della glicemia mediante prelievo capillare) per il quale si rimanda alla Circolare di Regione Lombardia n.30/san del 12/07/2005;
- altre situazioni complesse che richiedono interventi sanitari giornalieri non delegabili a personale laico (ossigenoterapia, bronco aspirazione, cateterismo vescicale, ecc.).

La valutazione di fattibilità va effettuata, per gli aspetti di carattere sanitario, dal Direttore di distretto socio-sanitario competente rispetto alla struttura scolastica frequentata dall'alunno e dal Dirigente Scolastico per aspetti logistico-organizzativi.

Il percorso per la definizione del Piano di assistenza è il seguente:

- Il Medico di fiducia (Pediatra di Famiglia o Medico di Medicina Generale), sulla base delle effettive necessità cliniche dell'alunno, certifica la necessità di definire un piano di assistenza, Mod. 01 che il genitore provvederà a consegnare insieme ai Mod. 02 e Mod. 03 al Dirigente Scolastico;
- Il Distretto Socio Sanitario, ricevuta la comunicazione dal Dirigente Scolastico, attiva il rapporto con la famiglia del minore e con il Medico curante:
  - ✓ verifica con il Dirigente Scolastico le condizioni del contesto scolastico in rapporto alle esigenze clinico assistenziali del minore;
  - ✓ in presenza di particolari esigenze assistenziali a carattere continuativo, si raccorda con il Comune per valutare la possibilità di attivare e coinvolgere nel Piano di assistenza altre risorse in ambito socio assistenziale, anche attraverso il concorso di enti e associazioni del privato sociale;
  - ✓ promuove, con il concorso di tutti gli attori interessati, la definizione del Piano di assistenza che individua le soluzioni organizzative e tecniche per affrontare le specifiche situazioni.

L'attuazione del Piano di assistenza comporta i seguenti livelli di responsabilità:

- Il Distretto Socio Sanitario assicura:
  - ✓ il mantenimento delle relazioni con il medico curante e il centro specialistico di riferimento al fine di un monitoraggio / adeguamento del piano alle esigenze clinico / assistenziali del minore;
  - ✓ la formazione sul campo rivolta agli operatori scolastici chiamati a collaborare al piano di assistenza;
  - ✓ l'erogazione di specifiche e puntuali prestazioni infermieristiche, attraverso personale proprio o di erogatori accreditati per le cure domiciliari.
- Il Dirigente Scolastico assicura il coinvolgimento degli operatori scolastici nell'attuazione degli interventi di loro competenza previsti dal Piano di assistenza ed il loro eventuale coinvolgimento in specifici moduli formativi.



Regione  
Lombardia

ASL Monza e Brianza



Rete Generale  
Istituzioni Scolastiche Provincia di Monza e Brianza

Ministero dell'Istruzione,  
dell'Università e della Ricerca



Monza e Brianza

## 6. DURATA DELLA VALIDITÀ DELLA PRESENTE INTESA

Il presente Protocollo d'Intesa decorre dalla data di sottoscrizione e resterà in vigore fino al 31 agosto 2018.

Su richiesta delle parti firmatarie è possibile proporre l'aggiornamento e/o integrazione del protocollo, anche in conseguenza di modifiche normative o di specifiche necessità.

Monza, 23/11/2015

**ASL Monza e Brianza**

Il Direttore Generale  
**Dr. Matteo Stocco**

Il Direttore Sanitario  
**Dr.ssa Patrizia Zarinelli**

**Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia  
Ufficio XI – Ambito territoriale Monza e Brianza**

Il Dirigente  
**Prof. Claudio Merletti**

**Rete Generale Istituzioni Scolastiche  
Monza e Brianza**

Il Presidente  
**Prof. Guido Garlati**

**AMISM - FISM  
Federazione Italiana Scuole Materne**

Il Responsabile  
**Prof.ssa Biancamaria Girardi**

### Moduli collegati:

- Mod. 01 - Fac-simile - Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico
- Mod. 02 - Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale
- Mod. 03 - Informativa ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003 sottoscritta dal genitore o da chi esercita la potestà genitoriale

Il Minore (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**NECESSITA**

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- per patologia acuta

**conseguentemente è prevista:**

- l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitari (situazioni "complesse")

**Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:**

Nome commerciale dell/i farmaco/i: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

- È prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): \_\_\_\_\_

Diagnosi e stato di malattia: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita": *(descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data,

Timbro e firma del Medico

(Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale)

Al Dirigente Scolastico  
della Scuola\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I sottoscritti,

(Madre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Padre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

 Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ presso la Scuola \_\_\_\_\_

di Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

A tal fine:

**SI IMPEGNA**

a consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.

**AUTORIZZA**

- Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

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

I Genitori: \_\_\_\_\_

Data,

Firma

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003**  
**Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di**  
**uso cronico e/o di emergenza a scuola**

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Pediatra di Famiglia, al Medico di Medicina Generale, all'Assessorato Regionale competente, al Ministero della Salute, all'AREU.
- Il titolare del trattamento è: \_\_\_\_\_
- Il responsabile del trattamento dei dati è: \_\_\_\_\_
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

Data,

Il Dirigente Scolastico

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/2003)**

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196 del 30.06.2003,

i sottoscritti (Madre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Padre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

in qualità di  genitore  soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

- acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.
- non acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

**Nota importante: il mancato consenso impedisce la possibilità di proseguire nella pratica**

Data,

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nota:**

**Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro**

*[Handwritten signatures]*