



Gestire i cambiamenti per prevenire

**Educare la scuola a prevenire e
gestire l'asma e le allergie:
risultati di un progetto
sperimentale**

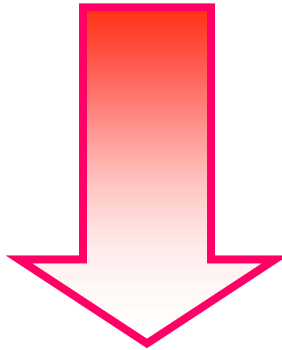
Alberto De Stefano



Comune di Roma



Assessorato alle Politiche di Promozione
dell'Infanzia e della Famiglia



Centro Interdisciplinare di
Pediatria Specialistica
Allergologia-immunologia

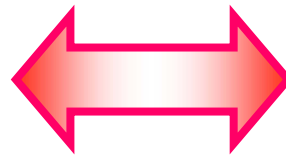
Progetto sperimentale
per la somministrazione dei farmaci a scuola
per l'asma e le malattie allergiche



**Centro Interdisciplinare di
Pediatria Specialistica
Allergologia-Immunologia**



**Medicina
Preventiva
IV distretto**



Progetto sperimentale per la somministrazione dei farmaci a scuola per l'asma e le malattie allergiche



Informazione-Formazione

Prescrizione dei piani terapeutici (PT)

Questionario pre-formazione
OS, G, A

Formazione di base
OS, G, A

Formazione avanzata
OS Volontari incaricati

Questionario post-formazione
OS, G, A

-Verifica PT - PTV
-Validazione PT - PTV - ASL RM B

Genitori-scuola
Consegna PT, verificati e validati
Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci

Attuazione nella Scuola

Istituzione di un registro degli
interventi sanitari ad uso statistico

Verifica finale

OS: operatori scolastici; G:genitori;
A: alunni

**Operatori scolastici
totali
700**

**Partecipanti al
corso di
formazione base
400**

**Partecipanti al
corso di
formazione
"avanzata"
150**

100% Operatori scolastici volontari incaricati

Alunni Tot.
Famiglie 7000



**Piani
Terapeutici
compilati** Tot.
150



Progetto Sperimentale

per la somministrazione dei farmaci a scuola
per l'asma e le malattie allergiche - X° Municipio

Viale Oxford 81 - 00133 Roma Tel. 06 20900736 Fax 06 20900530 progettofarmaci@ptvonline.it

fotografia

PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE

Nome :
Cognome :
Data di nascita :

Scuola: Classe:

Insegnante:

Padre: Nome: Cognome:

Indirizzo: Tel. casa:

Tel. lavoro: Tel. cellulare:

Madre: Nome: Cognome:

Indirizzo: Tel. casa:

Tel. lavoro: Tel. cellulare:

Altri numeri da contattare in caso di emergenza:

(1) Nome: Cognome:

Relazione con il bambino:

Tel.: Tel. cellulare:

(2) Nome: Cognome:

Relazione con il bambino:

Tel.: Cellulare:

Medico curante: Nome: Cognome:

Indirizzo:

Tel.: Tel. cellulare:

Patologia del bambino:

- Allergia a:

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Latte vaccino | <input type="checkbox"/> Graminacee | <input type="checkbox"/> Acari della polvere (Dpt e Dpf) |
| <input type="checkbox"/> Uovo | <input type="checkbox"/> Composite | <input type="checkbox"/> Gatto |
| <input type="checkbox"/> Grano | <input type="checkbox"/> Parietaria | <input type="checkbox"/> Muffe |
| <input type="checkbox"/> Arachide | <input type="checkbox"/> Frassino | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Nocciola | <input type="checkbox"/> Olivo | <input type="checkbox"/> Veleno degli imenotteri |
| <input type="checkbox"/> Noce | <input type="checkbox"/> Cipresso | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pesce | <input type="checkbox"/> Pino | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Soia | <input type="checkbox"/> Pioppo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Platano | <input type="checkbox"/> |

Storia pregressa di shock anafilattico: SI NO

Se SI da :

.....

Attualmente soffre di:

- Rinite: SI NO - Edema: SI NO

- Orticaria: SI NO - Asma: SI NO

- Altro:

.....

.....

Se SI, indicare gli eventi in grado di scatenare un episodio di asma e/o orticaria e/o angioedema e/o shock anafilattico:

Esercizio fisico/ ridere Odori forti o fumo Cibi

Infezioni respiratorie Polvere Muffe

Cambiamenti di temperatura Animali Pollini

Misure di controllo ambientale a scuola:

(Elencare alcune misure di controllo ambientale e/o misure di restrizione dietetiche di cui lo studente necessita per prevenire un episodio di asma o altro sintomo allergico)

- Dieta priva di proteine del latte vaccino
- Dieta priva di uovo e proteine dell'uovo
- Altro

In caso di gita scolastica assicurarsi che il bambino porti :

Farmaci da somministrare prima dell'attività fisica:

	Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1)
(2)
(3)

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci :

Piano di continuità terapeutica (se è indispensabile eseguirlo in orario scolastico)

	Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1)
(1)
(2)
(3)

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci :

In caso di somministrazione di Adrenalina:

Data..... **Ora**.....
Data..... **Ora**.....

Il sottoscritto.....
genitore di..... nato a.....
il..... autorizza l'incaricato.....
alla somministrazione dei farmaci come da prescrizione.

Firma del genitore

data

Piano terapeutico di urgenza

E' necessario intervenire con un piano terapeutico di urgenza in caso di ingestione accidentale di alimenti proibiti e/o di un episodio di asma e/o di punture di insetti secondo lo schema riportato:

ZONA	CONDIZIONE	COSA FARE																																																								
<p>VERDE In caso di esposizione occasionale a fattori scatenati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ingestione accidentale di alimenti proibiti - puntura di insetto 	<p>NESSUN SINTOMO</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Farmaco</th> <th style="width: 16.6%;">Dose</th> <th style="width: 16.6%;">Quante volte</th> <th style="width: 33.8%;">Come</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANTISTAMINICO</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Farmaco	Dose	Quante volte	Come	ANTISTAMINICO																																												
Farmaco	Dose	Quante volte	Come																																																							
ANTISTAMINICO																																																							
.....																																																							
<p>GIALLA: ATTENZIONE !!!</p> <p>In caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eritema pruriginoso prurito e/o formicolio alla bocca - gonfiore del volto e/o delle estremità <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> - Affanno - Sibili o fischio - Sintomi dopo sforzo - Tosse secca stizzosa ed abbaiante 	<p>PRESENZA DI SINTOMI</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Farmaco</th> <th style="width: 16.6%;">Dose</th> <th style="width: 16.6%;">Quante volte</th> <th style="width: 33.8%;">Come</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANTISTAMINICO</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>CORTISONE</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">AVVISARE I GENITORI</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><hr style="border-top: 1px dashed black;"/></td> </tr> <tr> <td>Farmaco</td> <td>Dose</td> <td>Quante volte</td> <td>Come</td> </tr> <tr> <td>BRONCODILATATORE</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>CORTISONE</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">AVVISARE I GENITORI</td> </tr> </tbody> </table>	Farmaco	Dose	Quante volte	Come	ANTISTAMINICO	CORTISONE	AVVISARE I GENITORI				<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				Farmaco	Dose	Quante volte	Come	BRONCODILATATORE	CORTISONE	AVVISARE I GENITORI			
Farmaco	Dose	Quante volte	Come																																																							
ANTISTAMINICO																																																							
.....																																																							
CORTISONE																																																							
.....																																																							
AVVISARE I GENITORI																																																										
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>																																																										
Farmaco	Dose	Quante volte	Come																																																							
BRONCODILATATORE																																																							
.....																																																							
CORTISONE																																																							
.....																																																							
.....																																																							
AVVISARE I GENITORI																																																										
<p>ROSSA: ALLARME !!!!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orticaria diffusa - Nausea, vomito e/o dolori addominali - Respiro corto (affanno grave) - Voce roca e/o sensazione di soffocamento - Pallore e/o cianosi - Tachicardia, ipotensione, collasso - Panico, sensazione di morte improvvisa. 	<p>PRESENZA DI SINTOMI GRAVI O PEGGIORAMENTO DEI SINTOMI DELLA ZONA GIALLA</p>	<p>AVVISARE I GENITORI ED IL 118</p> <p>...e somministrare</p> <p>ADRENALINA AUTOINIETTABILE FAST JEKT</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																																								

In collaborazione con il tavolo programmatico del Comune di Roma

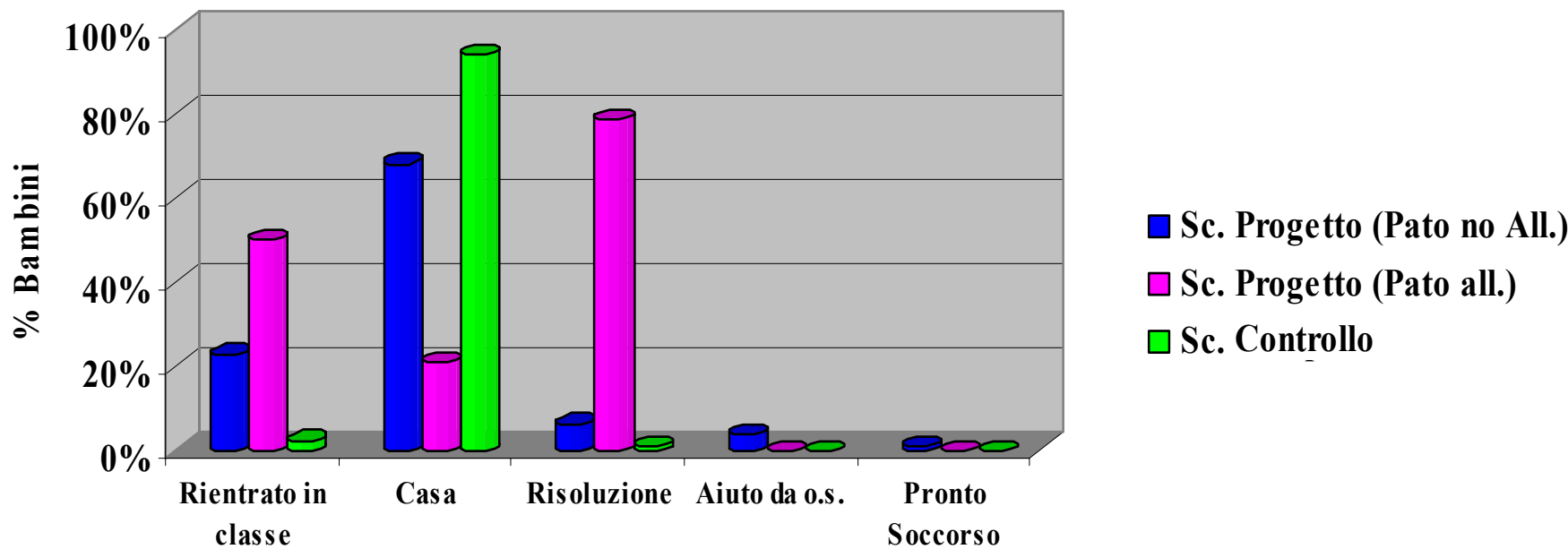
Piano terapeutico individuale e personalizzato

- ❖ Stabilito e/o verificato, aggiornato e firmato dal pediatra-allergologo del Centro Specialistico del PTV
- ❖ Sottoscritto a scuola dal medico dell'U.O di Medicina Preventiva
- ❖ Consegnato alla scuola dai genitori insieme al consenso informato

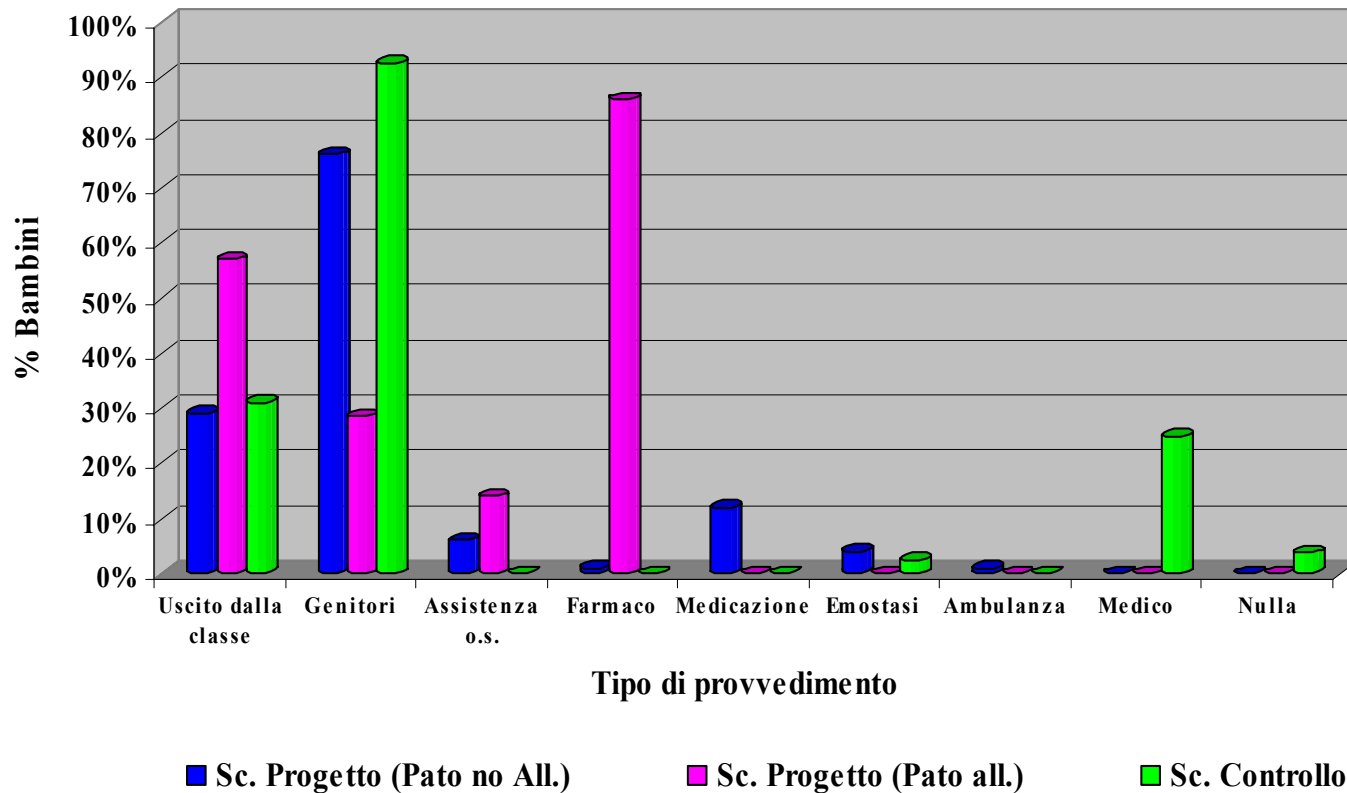
In ogni piano terapeutico deve essere indicato:

- i **farmaci** da utilizzare
- la **via di somministrazione e le dosi**
- le eventuali allergie a farmaci e/o alimenti
- le raccomandazioni per prevenire le reazioni allergiche

Esito finale



Provvedimenti presi



Loredana Chini
Viviana Moschese

Federica Angelini

Marco Chianca

Stefania Corrente

Simona Graziani

Roberta Iannini

Maria La Rocca

Giuseppe Visconti

Simonetta Roscioni



Alberto De Stefano
Coordinatore



Mario Borruto

Servizio di Medicina
Preventiva IV distretto

Comune di Roma
**Assessorato alle Politiche di Promozione
dell'Infanzia e della Famiglia**



Il Team scolastico



I Dirigenti, il personale scolastico e le famiglie delle scuole partecipanti:



Don Filippo Rinaldi

Comprensivo Via Messina

Comprensivo Via del Fontanile Anagnino

Comprensivo Corradini

Scuola Media Bellini

63° Circolo Didattico Ugo Bartolomei

Istituto Comprensivo Via Puglie

Scuola Media Domenico Savio

3° Circolo Didattico G. Ronconi

Decreto legislativo 626/94

Art.12

il datore di lavoro...designa i lavoratori incaricati di attuare le misure di pronto soccorso, salvataggio, prevenzione incendi, lotta antincendi gestione dell'emergenza;

Art.15

il datore di lavoro prende i provvedimenti necessari in materia di pronto soccorso e di assistenza medica di emergenza, e stabilendo i necessari rapporti con i servizi esterni.....



Il Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Il Ministro della Salute

Prot. N. 2312/Dip/Segr

Roma, 25 novembre 2005

Oggetto: Somministrazione farmaci in orario scolastico

Atto di Raccomandazioni contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico

Art.2 Tipologia degli interventi-La somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche; tale somministrazione **non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto**

Art.3 Per quanto concerne i criteri per il rilascio delle certificazioni e la valutazione della fattibilità delle somministrazioni di farmaci da parte di personale non sanitario, nonché per la definizione di apposita modulistica, **saranno promossi accordi tra le istituzioni scolastiche, gli Enti locali e le ASL competenti**



Protocollo di intesa per la somministrazione di farmaci a scuola

Art. 1: L'autorizzazione

I farmaci a scuola non devono essere somministrati agli studenti, salvo i casi autorizzati dai genitori (o dagli studenti stessi se maggiorenni), quando siano presenti le condizioni seguenti:

- **assoluta necessità:** somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- **non discrezionalità** da parte di chi somministra il farmaco in relazione ai tempi, alla posologia e alla modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- **fattibilità** della somministrazione da parte di personale non sanitario;
- **l'autorizzazione** viene rilasciata dai genitori degli studenti (o dagli studenti stessi se maggiorenni), che presentano la documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso;



Parere del servizio di igiene e sanità pubblica ed ambientale-ASL, Dipartimento di Prevenzione...

"Oggetto : somministrazione farmaci" 15.11.1999

- **una terapia medica ciclica e programmata**, per determinate patologie (diabete, epilessia ed altro) e della quale non si può fare a meno, deve essere somministrata a scuola, secondo le **indicazioni del medico curante e previa autorizzazione scritta da parte dei genitori**; l'istituzione deve **individuare figure** a ciò preposte, nominate per ciascuna scuola per interventi di primo soccorso nei casi di emergenza ai sensi della legge 626/94
- **in caso di malore, non ci si può esimere di portare il normale soccorso con la solerzia che ogni buon padre o madre di famiglia ha il dovere di fornire**. Altrimenti, inoltre potrebbe configurarsi, come accade per la strada (o in occasione di incidente) il reato di **"omissione di soccorso."**



Art. 591 del Codice Penale

Abbandono di persone minori o incapaci

Chiunque abbandona una **persona minore di anni 14** ovvero una **persona incapace**, per malattia di mente o di corpo, di provvedere a se stessa, e **della quale abbia la custodia o debba avere cura**, è punito con la reclusione da 6 mesi a 5 anni.

Art. 593 del Codice Penale

L'Omissione di Soccorso

Chiunque, abbandonato **un fanciullo minore degli anni 10**, o un'altra **persona incapace di provvedere a se stessa**,, omette di darne avviso alle Autorità, è punito

Alla stessa pena soggiace chi, trovando, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente, o di darne l'immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata.

