Servizio Sanitario della Toscana

Procedura assistenza e somministrazione farmaci in ambito scolastico

DATA emissione	Redatto	Verificato	Approvato	Controllato
10.1.16	Rosanna Rocca Nicoletta Cioli Franco Berti	Dir UO Pediatria G.Benetti Dir. Educ Salute D.Becherini	Resp ZD BVC Paolo Lucchesi	Rosanna Rocca

Valenza documentale	Aziendale	Presidio/ Distretto	Dipartimento	Unità organizzat.	Interdipart	Interaziend.
		X				

Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione	Riunioni
		x	x

STORIA DEL DOCUMENTO	Data	Numero revisione	Tipo di revisione
	10.1.16	0	Nuova emissione

INDICE

1. **SCOPO** 3

2. **CAMPO DI APPLICAZIONE** 3

3. **RIFERIMENTI** 3

4. **LISTA DI DISTRIBUZIONE** 3

5. **RESPONSABILITA'** 3

6. **MODALITA' OPERATIVE** 4

7. **ARCHIVIAZIONE** 4

8. **ALLEGATI** 4

1. SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di garantire la corretta gestione della somministrazione dei farmaci nelle scuole attraverso la formazione del personale scolastico docente e non docente e la condivisione di protocolli di comportamento fra medici curanti, famiglie, asl e scuole.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le scuole materne, primarie e secondarie di primo grado operanti nel territorio della Zona Distretto Bassa val di Cecina

3. RIFERIMENTI

- DELIBERAZIONE 25 maggio 2015, n. 653 Approvazione schemi di accordo di collaborazione: Accordo di collaborazione per la somministrazione dei farmaci a scuola.;

- Intesa tra Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e Federazione Regionale degli Ordini dei Medici della Toscana - dicembre 2014

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Responsabile di Zona Distretto
Dirigente medico PO Cecina
Dirigenti istituti scolastici operanti nella Zona distretto Bassa Val di Cecina
Direttore UOC Pediatria Cecina
Coordinatore Sanitario Zona Distretto
Pediatri di libera scelta
Coordinatori AFT MMG
Responsabile UO Educazione alla salute ASL 6 Livorno
Responsabile UOS Distrettuale Zona Distretto BVC
Responsabile UOSSMIA BVC
Responsabile Centrale 118
Responsabile PO Infermieristica Territoriale

5. RESPONSABILITA'

	UO Pediatria Cecina	Genitori	Pediatra di famiglia	Dirigente scolastico	Insegnati e personale ATA	Coordinatore sanitario
Formazione personale scolastico	R			C	C	
Richiesta alla scuola		R				
Certificazione medica			R			
Compilazione protocollo personalizzato		C	C	R	C	
Verifica						R
Invio a scuola e 118						R

R= responsabile, C= collabora

6. MODALITA' OPERATIVE

1. L'UO Pediatria dell'Ospedale di Cecina in collaborazione con l'UO Educazione della salute dell'ASL, effettuano interventi di formazione collettiva agli insegnanti ed al personale ATA delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado sulla gestione delle seguenti patologie:
   a. Anafilassi
   b. Asma
   c. Convulsioni febbrili
   d. Epilessia

   Tali interventi della durata di 2 ore circa ciascuno, vengono svolti, una volta al mese, dal 1 settembre al 23 dicembre e dal 7 gennaio al 30 giugno di ogni anno.
   Ogni incontro avrà un numero massimo di 35 discenti.
   Gli incontri saranno organizzati dall'UO Educazione alla Salute. Gli incontri non avranno luogo se non si raggiunge il numero minimo di 25 partecipanti.
2. Ad ogni scuola vengono consegnati i percorsi assistenziali delle sopra citate patologie affinchè possano essere consultati dagli insegnanti (all.1,2,3,3bis)
3. Il Medico, in presenza di una della patologie sopra descritte provvede a:
   a. Compilare la sezione di prescrizione medica prevista dai protocolli (all.1,2,3,3bis);
   b. consegnarla ai genitori per la sua trasmissione alla scuola in cui è iscritto il/la figlio/a;
   c. In caso di allergie devono essere indicate le sostanze o gli alimenti a cui il bambino è allergico.
4. La scuola presa visione della documentazione del pediatra:
   a. Fa compilare al genitore la richiesta di somministrazione dei farmaci (all.4)
   b. compila il relativo percorso assistenziale (all.1,2,3,3bis) con nome e cognome dell'alunno, data di nascita, classe, sede ove è conservato il farmaco, numeri di telefono dei genitori;
   c. comunica agli insegnati e personale interessato l'attivazione del protocollo ed acquisisce le firme dei genitori e degli insegnanti
   d. invia per via mail certificata al coordinatore sanitario della Zona Distretto della Bassa Val di Cecina, zonacecina.asl6@postacert.toscana.it
5. Il Coordinatore Sanitario della Zona Distretto della Bassa Val di Cecina:
   a. verifica la completezza della documentazione ed il rispetto della procedura,
   b. firma il documento
   c. reinvia il documento alla scuola per posta certificata ed lo schema sintetico (all.5) al 118 per conoscenza.

7. Archiviazione

Copia del presente documento è conservato presso gli Uffici della Zona Distretto BVC

8. Allegati

Questo capitolo elenca tutti i documenti allegati alla procedura:

- All. 1 – Protocollo anafilassi
- All.2 – Protocollo asma
- All.3 – Protocollo convulsioni febbrili
- All.3bis – Protocollo epilessia
- All.4 – Richiesta di somministrazione farmaci a scuola
- All.5 – Scheda di segnalazione al 118

DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

Resp.Zona Distretto	Coordinatori AFT MMG
Tutti i pediatri di famiglia della zona distretto bvc	UOS Distrettuale
Tutti i dirigenti scolastici interessati	UOS SMIA
Coordinatore sanitario BVC	PO Cecina
Educazione alla salute	PO infermieristica Territoriale
UO Pediatria	Responsabile Centrale 118

Azienda USL Toscana Nord Ovest –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@uslnordovest.toscana.it

ALLEGATO 1
SEZIONE DA COMPILARE DA PARTE DELLA SCUOLA

Data __/__/__

PROTOCOLLO ANAFILASSI. Percorso assistenziale per affrontare eventuali crisi anafilattiche durante le ore

di frequenza nella scuola _____

sita nel comune di _____ in Via _____

PROGRAMMA DI INTERVENTO DI EMERGENZA

Nome _____Cognome_____Data di nascita_____

Classe _____ Residente in _____ Via _____

ALLERGIA a : _____

ASMA: SI NO

L'anafilassi è la più grave delle reazioni allergiche, un bambino che ha subito un episodio di anafilassi è a rischio di nuovi episodi.

L'anafilassi può essere definita come una "grave reazione allergica sistemica o generalizzata, pericolosa per la vita".

La reazione si sviluppa di solito gradualmente, più spesso entro pochi minuti dalla assunzione/ inalazione/contatto con la sostanza responsabile, ma talora anche dopo un'ora (o 2-4 ore dopo nel caso dell'anafilassi da esercizio fisico), inizia spesso con prurito orale, del palmo delle mani e della pianta dei piedi o con elementi isolati di tipo orticarioide(pomfi).

Successivamente si verifica un interessamento di altri organi, tra cui spesso predomina l'interessamento respiratorio con una grave crisi asmatica, culminando con l'insorgenza di ipotensione e di shock.

L'alunno che abbia presentato un episodio di Anafilassi deve essere munito di:

1. certificato che indichi l'allergene/i e le vie di scatenamento (ingestione, inalazione, contatto);
2. piano di emergenza sanitaria come di seguito indicato.
3. certificazione per la dieta speciale da inviare al Servizio Mensa in modo che sia garantita l'assoluta assenza dell'allergene in tutte le fasi organizzative del pasto: approvvigionamento, preparazione, trasporto, distribuzione e somministrazione

Tenendo conto che l'allergia alimentare è la più frequente causa di Anafilassi in età pediatrica risulta fondamentale applicare le norme di prevenzione atte ad impedire eventuali contatti accidentali con l'alimento/i scatenante/i.

Raccomandazioni per la gestione del bambino allergico a scuola

Le norme di buona condotta prevedono :

• il rispetto degli spazi e degli oggetti di pertinenza del bambino con Allergia Alimentare, evitando di contaminarli con cibo a rischio;

• durante il pranzo o la merenda evitare lo scambio di cibo ed il contatto fisico diretto, fino a quando saranno lavate mani, bocca o altre parti del corpo venute a contatto con il cibo;

• rimuovere i resti dei pasti o gli alimenti utilizzati a scopo didattico dai luoghi in cui è presente il bambino con Allergia Alimentare (banco, pavimenti, cestini della spazzatura).

• se vi è l'abitudine alla pulizia dei denti dopo il pasto, il personale addetto deve accertarsi che non si verifichi uno scambio anche accidentalmente di spazzolino;

Azienda USL Toscana Nord Ovest –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@uslnordovest.toscana.it

• se il pasto è consumato in classe, il personale addetto deve detergere accuratamente i tavolini con i normali detergenti e rimuovere dalla classe gli eventuali residui di cibo;

• se, a fini educativi, vi è il coinvolgimento dei bambini nello sparecchiamento dei tavolini a fine pasto, il bambino allergico va esonerato dall'operazione.

SINTOMI DI REAZIONE ALLERGICA :

BOCCA : prurito e gonfiore delle labbra e della lingua
GOLA: prurito, tosse stizzosa ed abbaiante, voce roca
PELLE: pomfi, orticaria diffusa, gonfiore del volto e delle estremità
APPARATO DIGERENTE: nausea, dolore addominale a crampo, vomito e/o diarrea
APPARATO RESPIRATORIO : tosse stizzosa ed abbaiante, respiro sibilante, difficoltà respiratoria
APPARATO CIRCOLATORIO: tachicardia, ipotensione, collasso

COSA FARE :

1. se sintomi: POMFI; PRURITO ALLA BOCCA, TOSSE
   dare: ANTISTAMINICO secondo la prescrizione medica seguente
   dare: BRONCODILATATORE secondo la prescrizione medica allegata
   chiamare 118
   MAMMA----------n. tel----------
   PAPA'----------n. tel----------
   ALTRI---------- n. tel----------
   Prendere Adrenalina (FAST JEKT)

2. se progressione dei sintomi: ORTICARIA CON GONFIORE AL VOLTO E/O VOCE AFONA E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA E/O COLLASSO
   Somministrare ADRENALINA AUTOINIETTABILE FAST JEKT secondo la prescrizione medica allegata
3. INVIARE IL BAMBINO AL PRONTO SOCCORSO indicando al medico del 118 l'intervento Effettuato

I FARMACI NELLA SCUOLA SONO CONSERVATI in una scatola con sopra scritto grande e con pennarello il nome del bambino.

LA SCATOLA si trova----------

La posologia dei farmaci dovrà essere periodicamente adattata in base all'incremento ponderale del bambino: si farà solo su prescrizione del pediatra/ medico di riferimento e sarà compito del genitore produrre la prescrizione aggiornata.

Il personale della scuola, che ha ricevuto formazione d'aula sulle modalità di intervento, in caso di una crisi, fornisce il suo aiuto al bambino secondo la procedura prima descritta

I genitori del bambino, consapevoli che il personale scolastico resosi disponibile non ha competenze ne funzioni sanitarie, e che per tale motivo, in particolari condizioni emotive, potrebbe avere difficoltà nello svolgere

Azienda USL Toscana Nord Ovest –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@uslnordovest.toscana.it

correttamente le manovre richieste, autorizzano gli operatori della scuola e i volontari coinvolti nella gestione dell'anafilassi, alla somministrazione delle specialità medicinali indicate nella prescrizione medica seguente,

sollevandoli da ogni responsabilità penale e civile relativa a tale uso.

I genitori forniscono il farmaco rimanendo responsabili della loro scadenza.

Numeri telefonici per consulenze: UOC Pediatria 0586 614209

Firmato

I genitori del bambino _____

Il Dirigente Scolastico _____

Il Coordinatore Sanitario BVC _____

I docenti ed il personale scolastico coinvolto

_____

_____

_____

_____

Azienda USL Toscana Nord Ovest –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@uslnordovest.toscana.it

COS 'E ' IL FASTJEKT ®?

_ E ' un autoiniettore di adrenalina per via intramuscolare

_ E ' disponibile nel dosaggio bambini (FASTJEKT junior ®)

COME SI USA IL FASTJEKT ®?

Anche se l'adrenalina autoiniettabile è pronta all'uso e può essere somministrata anche attraverso i vestiti, è sempre preferibile eseguirla direttamente sulla cute.
Per eseguire l'iniezione si prosegue nel modo seguente :

1. Rimuovere l'adrenalina dal contenitore cilindrico trasparente

2.Togliere il tappo di sicurezza blu (la siringa è così armata)

3.Prendere in mano FASTJEKT ®,ponendo l 'estremità in plastica arancione a contatto con la coscia (non iniettare mai nella natica)e premere con forza sulla pelle: si sentirà lo scatto dell 'ago.

4.Tenere FASTJEKT ®in detta posizione per almeno 10 secondi,fino a quando l 'ago è penetrato nella pelle ed è stata iniettata l 'adrenalina. Contare fino a 10

5.Allontanare quindi FASTJEKT ®dalla coscia e massaggiare il punto di iniezione per circa 10 secondi.

6.Recarsi al più presto in Ospedale o chiamare il 118

NB: - Accertarsi ogni 15gg che la soluzione di Adrenalina sia incolore e non vi siano precipitati, in tal caso FAST JEKT non deve essere utilizzato.Questo controllo è sotto la responsabilità dei genitori

Azienda USL Toscana Nord Ovest –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@uslnordovest.toscana.it

SEZIONE PRESCRIZIONE MEDICA

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che per l'alunno ..... nato il ...../...../.....

deve essere attivato il

☐ protocollo anafilassi ☐ protocollo asma ☐ protocollo crisi convulsive ☐ protocollo epilessia

☐ altro _____

per motivi di salute e constatata l'assoluta necessità qualora, durante l'orario scolastico, si presentino i sintomi indicati nel sopraindicato protocollo, somministrare:

farmaco..... dose..... modalità.....

farmaco..... dose..... modalità.....

farmaco..... dose..... modalità.....

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile a causa della malattia da cui il bambino è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica e può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario formato.

Si rilascia al genitore di ..... su propria richiesta.

Luogo .....

In fede
Timbro e Firma del Medico

data ...../...../.....

.....

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@usl6.toscana.it

ALLEGATO 2

SEZIONE DA COMPILARE DA PARTE DELLA SCUOLA

Data __/__/__

PROTOCOLLO ASMA. Percorso assistenziale per affrontare eventuali crisi asmatiche nella scuola

_____ , sita nel comune di _____ in Via _____

PROGRAMMA DI INTERVENTO DI EMERGENZA

Nome _____Cognome_____Data di nascita_____

Classe _____ Residente in _____ Via _____

Il **broncospasmo** è il risultato di una infiammazione dei bronchi che porta ad una **ostruzione delle vie aeree.** I sintomi più comuni sono:

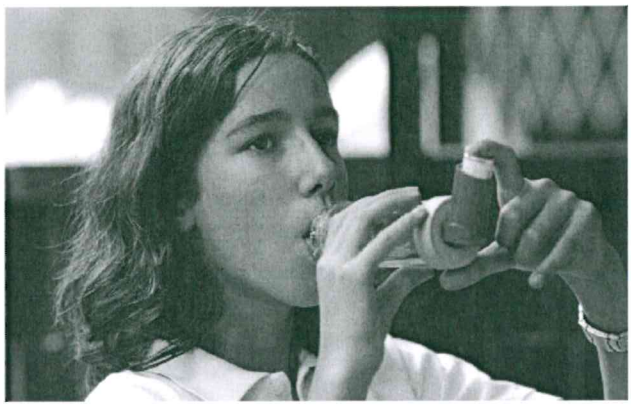
- tosse secca stizzosa,
- dispnea cioè difficoltà nella respirazione soprattutto nella fase espiratoria con respiro sibilante,
- sensazione di peso/oppressione toracica,
- aumento degli atti respiratori,
- fame d'aria fino alla impossibilità di parlare.

Tutti questi sintomi possono scatenarsi in soggetti predisposti per il contatto con allergeni, fumo di sigaretta, infezioni virali, oppure essere scatenati dallo sforzo o da stress psicologici.

ACCESSO ASMATICO A SCUOLA

In caso di sintomi e difficoltà respiratoria con presenza di sibili espiratori occorre usare i farmaci indicati nella prescrizione medica allegata.

LE TECNICHE INALATORIE DA UTILIZZARE



Per il bambino che usa il distanziatore con il boccaglio

1. Inserire la mascherina sul distanziatore
2. Scuotere lo spray e inserirlo nell'apertura posteriore dello strumento
3. Inclinare lo spacer leggermente verso il bambino in modo da facilitare l'apertura della valvola
4. Applicare la mascherina sul viso in modo che il naso e la bocca vengano coperte in modo delicato ma aderente
5. Eseguire l'erogazione dello spruzzo mantenendo la mascherina sul viso, facendo eseguire 5 atti respiratori come sopra (la valvola/valvole visibili permettono l'effettivo controllo del respiro del bambino): contando fino a dieci (il bambino deve respirare 10 secondi nel distanziatore).
6. Ripetere le operazioni 3-5, per somministrare ogni 20 minuti la seconda e la terza dose

Tecnica per il bambino che usa il distanziatore con la mascherina

1. Inserire la mascherina sul distanziatore
2. Scuotere lo spray e inserirlo nell'apertura posteriore dello strumento
3. Inclinare lo spacer di 45° verso il bambino in modo da facilitare l'apertura della valvola
4. Applicare la mascherina sul viso in modo che il naso e la bocca vengono coperte in modo delicato ma aderente
5. Eseguire l'erogazione dello spruzzo mantenendo la mascherina sul viso, facendo eseguire almeno 5 atti respiratori (la valvola/valvole visibili permettono l'effettivo controllo del respiro del bambino).
6. Aspettare 30" prima di ripetere i passi 3-6
7. Ricordarsi di lavare il viso del bambino alla fine delle manovre

Numero di puff secondo la prescrizione allegata per ogni somministrazione
Ripetere l'applicazione dopo 20 minuti e, se occorre, dopo altri 20-30 minuti nel caso che i sintomi permangano.
Se il sibilo si riduce, non fare altro proseguirà a casa la terapia.
Mettersi in contatto con i genitori del bambino

In caso di mancata risposta o di impossibilità dei genitori ad arrivare a scuola entro pochi minuti o di sintomatologia particolarmente grave, chiamare il 118 e continuare a somministrare i puff

E' importante cercare di tenere il bambino tranquillo nella posizione da lui preferita (non sdraiarlo)

I farmaci, somministrati secondo tali modalità e dosi, sono sicuri e privi di effetti collaterali.
Al contrario, un accesso asmatico grave, se non tempestivamente curato, può rappresentare una condizione di rischio per il bambino.

I genitori si impegnano a verificare le condizioni del bambino prima di lasciarlo a scuola evitando di portarlo in caso di sintomi pre-influenzali, tosse o febbre.

L'Azienda USL 6 ed il Medico Curante, forniscono la consulenza sanitaria necessaria al personale della scuola.

Il personale della scuola, che ha ricevuto formazione d'aula sulle modalità di intervento, in caso di una crisi, fornisce il suo aiuto al bambino secondo la procedura prima descritta

I genitori forniscono il farmaco rimanendo responsabili della sua scadenza.

Il farmaco viene conservato .....

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@usl6.toscana.it

La posologia dei farmaci potrà essere periodicamente adattata in base all'incremento ponderale del bambino: si farà solo su prescrizione del pediatra/ medico di riferimento e sarà compito del genitore produrre la prescrizione aggiornata.

I genitori del bambino, consapevoli che il personale scolastico resosi disponibile non ha competenze ne funzioni sanitarie, e che per tale motivo, in particolari condizioni emotive, potrebbe avere difficoltà nello svolgere correttamente le manovre richieste, autorizzano gli operatori della scuola e i volontari coinvolti nella gestione dell'anafilassi, alla somministrazione delle specialità medicinali prescritte.

sollevandoli da ogni responsabilità penale e civile relativa a tale uso. I genitori forniscono il farmaco rimanendo responsabili della loro scadenza.

Numeri telefonici dei genitori _____ , _____

Firmato

Il Dirigente scolastico _____

Il Coordinatore Sanitario BVC _____

I docenti ed il personale scolastico coinvolto

_____

_____

_____

_____

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@usl6.toscana.it

SEZIONE PRESCRIZIONE MEDICA

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che per l'alunno ..... nato il ...../...../.....

deve essere attivato il

☐ protocollo anafilassi ☐ protocollo asma ☐ protocollo crisi convulsive ☐ protocollo epilessia

☐ altro _____

per motivi di salute e constatata l'assoluta necessità qualora, durante l'orario scolastico, si presentino i sintomi indicati nel sopraindicato protocollo, somministrare:

farmaco..... dose..... modalità.....

farmaco..... dose..... modalità.....

farmaco..... dose..... modalità.....

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile a causa della malattia da cui il bambino è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica e può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario formato.

Si rilascia al genitore di ..... su propria richiesta.

Luogo .....

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@nord.usl6.toscana.it

ALLEGATO 3

SEZIONE DA COMPILARE DA PARTE DELLA SCUOLA

Data __/__/__

PROTOCOLLO CONVULSIONI FEBBRILI. Percorso assistenziale per affrontare eventuali crisi di convulsioni febbrili durante le ore di frequenza nella scuola _____.

sita nel comune di _____ in Via _____

PROGRAMMA DI INTERVENTO DI EMERGENZA

Nome _____Cognome_____Data di nascita_____

Classe _____ Residente in _____ Via _____

L'episodio di ***convulsione febbrile*** deve essere considerato come una particolare reazione del sistema nervoso, in genere in bambini dai primi mesi ai 5-6 anni di vita, a seguito di improvvisa e brusca variazione della temperatura corporea sia come rialzo che come riduzione. Solitamente si manifesta con una sospensione dello stato della coscienza (il bambino se chiamato non risponde). Altri sintomi possibili sono: revulsione degli occhi verso l'alto, scosse agli arti, aumento o diminuizione del tono muscolare.
In genere la durata è iferiore a due minuti, dopo di che spesso compare una profonda sonnolenza, che rappresenta il periodo di ritorno alla normalità.
Non esiste terapia preventiva, tuttavia è necessario che i genitori si impegnino a verificare le condizioni del figlio (sintomi preinfluenzali o febbre) prima di inviarlo a scuola.

COSA FARE IN CASO DI RIALZO FEBBRILE

Se durante la frequenza della scuola si manifesta un rialzo febbrile:

- **si misura la febbre**
- **Si contatta il genitore**
- **Si somministra il paracetamolo (ad es: tachipirina) se previsto dalla prescrizione medica (vedi sezione dedicata)**

COME TRATTARE UNA CRISI

Se si dovesse verificare una crisi:

- **non perdere la calma, chiamare immediatamente i genitori ed il 118;**
- **non scuotere il bambino, non schiaffeggiarlo o chiamarlo per nome, non cercare di bloccarlo (sono manovre assolutamente inutili, che ritardano le cure efficaci);**
- **porre delicatamente il bambino sdraiato sul fianco (per evitare che aspiri muco o materiale vomitato, e per impedire alla lingua di ostruire le vie aeree), in un luogo dove non possa cadere e farsi male, aprire le vesti strette;**

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@nord.usl6.toscana.it

- **attendere 1/2 minuti e nel caso in cui la convulsione non sirisolva spontaneamente somministrare per via rettale il diazepam (vedere le modalità più avanti) già fornito nel dosaggio indicato per il bambino, come da prescrizione allegata**

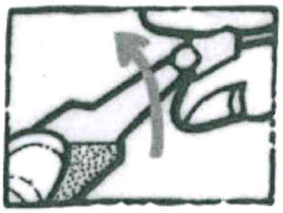
COME SOMMINISTRARE IL DIAZEPAM PER VIA RETTALE

Microclisteri di diazepam (Micropam)

Sono molto pratici e possono essere somministrati da chiunque accudisca il bambino (genitori, nonni, baby-sitter, operatori dell'asilo o della scuola).

Istruzioni per l'uso dei microclisteri:

- togliere la capsula di chiusura ruotandola delicatamente 2-3 volte senza strappare.



Rimuovere la capsula di chiusura ruotandola delicatamente 2-3 volte senza strappare. Ungere il beccuccio.

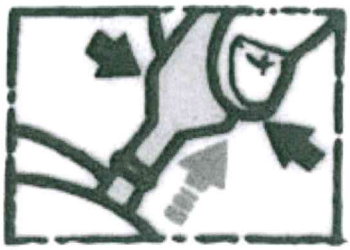
- togliere il pannolone o le mutandine al bambino/a;

Mettere il paziente in posizione prona, con un cuscino sotto l'addome, o di lato. Un bambino piccolo può essere disteso sulle ginocchia.

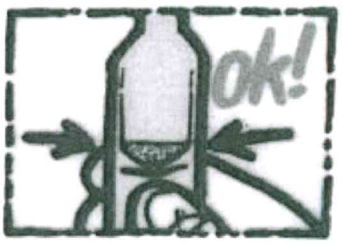
Questa è l'inclinazione corretta.
N.B. Non spremere il microclistere prima di avere inserito il beccuccio nell'ano.

Inserire il beccuccio nell'ano, fino alla prima tacca nei bambini di età inferiore a 3 anni, per l'intera lunghez in quelli di età superiore e negli adulti.

- durante la somministrazione il microclistere va tenuto sempre con il beccuccio inclinato verso il basso rispetto all'ampolla del microclistere, per favorire il deflusso;
- una volta inserito il beccuccio nell'ano, vuotare il microclistere premendolo tra il pollice e l'indice;
- estrarre il beccuccio dall'ano continuando a far pressione sull'ampolla del microclistere. Tenere accostate le natiche per qualche decina di secondi, per evitare che il liquido fuoriesca.



Estrarre il beccuccio dall'ano tenendo sempre schiacciato il microclistere. Tenere stretti i glutei per alcuni istanti per evitare la fuoriuscita della soluzione.



8. La presenza di un residuo di soluzione nel microclistere è normale; la dose somministrata è ugualmente corretta.

ripetere la dose se la prima viene espulsa, o se la crisi non regredisce dopo 5 minuti dal primo clisma.

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@nord.usl6.toscana.it

L'Azienda USL 6 ed il Medico Curante, forniscono la consulenza sanitaria necessaria al personale della scuola.

Il personale della scuola, che ha ricevuto formazione d'aula sulle modalità di intervento, in caso di una crisi, fornisce il suo aiuto al bambino secondo la procedura prima descritta

I farmaci sono conservati ……

……

e saranno contenuti in una scatola con sopra scritto il nome dell'alunno/a.

I farmaci sono conservati in modo da non essere accessibili agli altri bambini.

I genitori del bambino, consapevoli che il personale scolastico resosi disponibile non ha competenze ne funzioni sanitarie, e che per tale motivo, in particolari condizioni emotive, potrebbe avere difficoltà nello svolgere correttamente le manovre richieste, autorizzano gli operatori della scuola e i volontari coinvolti nella gestione dell'anafilassi, alla somministrazione di **MICROPAM microclismi fiale come da prescrizione allegata,** sollevandoli da ogni responsabilità penale e civile relativa a tale uso.

I genitori sono responsabili della scadenza dei farmaci tenuti a scuola.

La posologia dei farmaci potrà essere periodicamente adattata in base all'incremento ponderale del bambino: si farà solo su prescrizione del pediatra/ medico di riferimento e sarà compito del genitore produrre la prescrizione aggiornata.

Numeri telefonici dei genitori _____ , _____

Firmato
I genitori del bambino _____ _____

Il Coordinatore Sanitario BVC _____

Il Dirigente scolastico _____

I docenti ed il personale scolastico coinvolto

_____

_____

_____

_____

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto " Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@nord.usl6.toscana.it

SEZIONE PRESCRIZIONE MEDICA

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che per l'alunno ..... nato il ...../...../.....

deve essere attivato il

☐ protocollo anafilassi ☐ protocollo asma ☐ protocollo crisi convulsive ☐ protocollo epilessia

☐ altro _____

per motivi di salute e constatata l'assoluta necessità qualora, durante l'orario scolastico, si presentino i sintomi indicati nel protocollo sopraindicato, somministrare:

farmaco..... dose..... modalità.....

farmaco..... dose..... modalità.....

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile a causa della malattia da cui il bambino è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica e può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario formato.

Si rilascia al genitore di ..... su propria richiesta.

Luogo .....

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto" Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@nord.usl6.toscana.it

ALLEGATO 3bis
SEZIONE DA COMPILARE DA PARTE DELLA SCUOLA

Data __/__/__

CRISI EPILETTICHE. Percorso assistenziale per affrontare eventuali crisi epilettiche durante le ore di

frequenza nella scuola _____.

sita nel comune di _____ in Via _____

PROGRAMMA DI INTERVENTO DI EMERGENZA

Nome _____Cognome_____Data di nascita_____

Classe _____ Residente in _____ Via _____

L'epilessia rappresenta una patologia molto diffusa nella popolazione (circa l'1%), per cui solo nella Zona "Bassa Val di Cecina" vivono circa 700 soggetti epilettici in vario grado.
Il termine Epilessia raccoglie numerose e distinte condizioni patologiche, ad oggi ne vengono classificate oltre 40.
Una scarica anomala tra le cellule del cervello può determinare sensazioni o azioni che si manifestano, indipendentemente dalla nostra volontà, e a seconda delle aree celebrali, in modi diversi.
Si possono percepire sensazioni tattili od odori, suoni, sapori, immagini, come si possono compiere azioni quali il tremito di un arto o l'irrigidimento e scuotimento di tutto il corpo. Tutto ciò con una perdita di contatto con l'ambiente costante o parzialmente modificato o assente

Appare ovvio come nessuno di questi pazienti abbia necessità di assistenza continua, che del resto non solo sarebbe insostenibile per la collettività e del tutto inutile, ma spesso potrebbe essere dannosa per la psicologia del paziente.

COME TRATTARE UNA CRISI

Se si dovesse verificare una crisi:

- **non perdere la calma, chiamare immediatamente i genitori ed il 118;**
- **non scuotere il bambino, non schiaffeggiarlo o chiamarlo per nome, non cercare di bloccarlo (sono manovre assolutamente inutili, che ritardano le cure efficaci);**
- **porre delicatamente il bambino sdraiato sul fianco (per evitare che aspiri muco o materiale vomitato, e per impedire alla lingua di ostruire le vie aeree), in un luogo dove non possa cadere e farsi male, aprire le vesti strette;**
- **attendere 1/2 minuti e nel caso in cui la convulsione non si risolva spontaneamente somministrare per via rettale il diazepam (vedere le modalità più avanti) già fornito nel dosaggio indicato per il bambino, come da prescrizione medica allegata**

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto" Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@nord.usl6.toscana.it

COME SOMMINISTRARE IL DIAZEPAM PER VIA RETTALE

Microclisteri di diazepam (Micropam)

Sono molto pratici e possono essere somministrati da chiunque accudisca il bambino (genitori, nonni, baby-sitter, operatori dell'asilo o della scuola).

Istruzioni per l'uso dei microclisteri:

- togliere la capsula di chiusura ruotandola delicatamente 2-3 volte senza strappare.

Rimuovere la capsula di chiusura ruotandola delicatamente 2-3 volte senza strappare. Ungere il beccuccio.

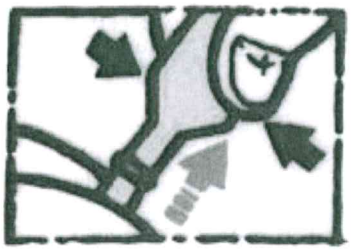
- togliere il pannolone o le mutandine al bambino/a;

Mettere il paziente in posizione prona, con un cuscino sotto l'addome, o di lato. Un bambino piccolo può essere disteso sulle ginocchia.

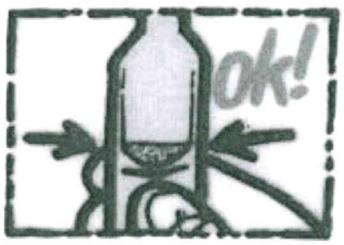
Questa è l'inclinazione corretta.
N.B. Non spremere il microclistere prima di avere inserito il beccuccio nell'ano.

Inserire il beccuccio nell'ano, fino alla prima tacca nei bambini di età inferiore a 3 anni, per l'intera lunghez in quelli di età superiore e negli adulti.

- durante la somministrazione il microclistere va tenuto sempre con il beccuccio inclinato verso il basso rispetto all'ampolla del microclistere, per favorire il deflusso;
- una volta inserito il beccuccio nell'ano, vuotare il microclistere premendolo tra il pollice e l'indice;
- estrarre il beccuccio dall'ano continuando a far pressione sull'ampolla del microclistere. Tenere accostate le natiche per qualche decina di secondi, per evitare che il liquido fuoriesca.



Estrarre il beccuccio dall'ano tenendo sempre schiacciato il microclistere. Tenere stretti i glutei per alcuni istanti per evitare la fuoriuscita della soluzione.



8. La presenza di un residuo di soluzione nel microclistere è normale; la dose somministrata è ugualmente corretta.

ripetere la dose se la prima viene espulsa, o se la crisi non regredisce dopo 5 minuti dal primo clisma

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto" Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@nord.usl6.toscana.it

L'Azienda USL 6 ed il Medico Curante, forniscono la consulenza sanitaria necessaria al personale della scuola.

Il personale della scuola, che ha ricevuto formazione d'aula sulle modalità di intervento, in caso di una crisi, fornisce il suo aiuto al bambino secondo la procedura prima descritta

I farmaci sono conservati ……

……

e saranno contenuti in una scatola con sopra scritto il nome dell'alunno/a.

I farmaci sono conservati in modo da non essere accessibili agli altri bambini.

I genitori del bambino, consapevoli che il personale scolastico resosi disponibile non ha competenze ne funzioni sanitarie, e che per tale motivo, in particolari condizioni emotive, potrebbe avere difficoltà nello svolgere correttamente le manovre richieste, autorizzano gli operatori della scuola e i volontari coinvolti nella gestione della crisi convulsiva, alla somministrazione di **MICROPAM microclismi come da prescrizione allegata,** sollevandoli da ogni responsabilità penale e civile relativa a tale uso.

I genitori sono responsabili della scadenza dei farmaci tenuti a scuola.

La posologia dei farmaci potrà essere periodicamente adattata in base all'incremento ponderale del bambino: si farà solo su prescrizione del pediatra/ medico di riferimento e sarà compito del genitore produrre la prescrizione aggiornata.

Numeri telefonici dei genitori _____ , _____

Firmato
I genitori del bambino _____ _____

Il Coordinatore Sanitario BVC _____

Il Dirigente scolastico _____

I docenti ed il personale scolastico coinvolto

_____

_____

_____

_____

Azienda USL 6 di Livorno –
Zona Distretto" Bassa Val di Cecina"
tel. 0586614422 e-mail f.berti@nord.usl6.toscana.it

SEZIONE PRESCRIZIONE MEDICA

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che per l'alunno ..... nato il ...../...../.....

deve essere attivato il

☐ protocollo anafilassi ☐ protocollo asma ☐ protocollo crisi convulsive ☐ protocollo epilessia

☐ altro _____

qualora, durante l'orario scolastico, si presentino i sintomi indicati nel sopraindicato protocollo, somministrare:

farmaco..... dose..... modalità.....

farmaco..... dose..... modalità.....

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile a causa della malattia da cui il bambino è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica e può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario formato.

Si rilascia al genitore di ..... su propria richiesta.

Luogo .....

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

Allegato 4

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto .....

di .....

I sottoscritti .....

genitori (o chi ne fa le veci) di

.....

frequentante la classe .....

Constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco/i come da prescrizione medica allegata.

Dichiarano che sarà loro cura consegnare il farmaco alla scuola, controllarne la scadenza, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

.....

Allegato 5

ZONA DISTRETTO BASSA VAL DI CECINA
PROTOCOLLO URGENZE IN AMBITO SCOLASTICO

SCHEDA DI SEGNALAZIONE AL 118

Scuola _____ nel Comune di _____

Alunno/a _____ Residente in _____

Via _____.

Patologia per la quale è attivato il protocollo:

☐ ANAFILASSI
☐ ASMA
☐ EPILESSIA
☐ CONVULSIONI FEBBRILI
☐ ALTRO (specificare) _____

N° telefonico genitori _____

Il Coordinatore Sanitario
Zona Distretto Bassa val di Cecina
Dott.F.Berti