

All'Attenzione dei Sigg. DIRIGENTI SCOLASTICI loro sedi

Da questo anno scolastico 2017-18 il Percorso di Assistenza Integrata a Scuola agli alunni affetti da patologie croniche ha una procedura di attivazione differente per la necessità di dover utilizzare il Protocollo Generale ASL Roma2 (costituitasi dalla fusione della ASL RMB + RMC)

Ho ritenuto utile con questa mail fare una sintesi del "percorso" e fornire in allegato la modulistica corretta da utilizzare per semplificare, spero, il lavoro al riguardo che grava molto sulle scuole e in particolare sul personale delle segreterie (che spesso cambia), sui docenti referenti (dove ci sono) e non ultimo sui Dirigenti Scolastici

Questo in sintesi l'iter:

1. i genitori fanno richiesta al Dirigente Scolastico utilizzando l'apposito modulo (**allegato 1**) e presentando il piano terapeutico (**allegato 11**).
2. per gli alunni con Diabete i genitori debbono riempire anche i moduli "**allegato D1**" (richiesta per interventi straordinari – il Glucagone) e **D2** (gestione ipoglicemia)
 - a. Si precisa che il modulo "allegato 11" non è vincolante in assoluto, ma serve a facilitare l'inserimento dei dati utili; importante è che –anche scritto su certificati personali o su altra modulistica - sia comunque una certificazione medica LEGGIBILE e SEMPLICE che, oltre alla diagnosi, in poche righe descriva in presenza di quali sintomi intervenire, il farmaco da utilizzare, come utilizzarlo e i tempi dell'intervento così da poter essere letto e compreso da personale non sanitario
3. Il Dirigente Scolastico invia la richiesta di intervento (**allegato 2**) al S.I.S.P. (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica) per via telematica all'indirizzo mail igienepubblica@aslroma2.it allegando la domanda dei genitori.
4. È in questa sede che la documentazione proveniente dalle scuole di tutti i Municipi della ASL Roma 2 riceve il Protocollo Generale ASL e viene direttamente girata alle sedi operative periferiche, autorizzando così il personale medico e/o infermieristico a prendere i successivi contatti che consistono in
 - a. Un 1° incontro conoscitivo tra le parti (dove la presenza di almeno un genitore è assolutamente indispensabile) e di valutazione collegiale della documentazione prodotta (15' - 20')
 - b. al termine del 1° incontro si concorda la data o se la scuola è disponibile, si esegue immediatamente dopo l'incontro di formazione del personale della scuola più a contatto con l'alunno/a sulla sua patologia, con indicazioni pratiche (2 ore circa)
 - c. il personale così formato riceve formale delega ed autorizzazione dal Dirigente Scolastico (modulo "**allegato A6**"). Detto modulo viene poi trasmesso protocollato- al servizio ASL

precisazioni:

1. gli alunni per i quali è già stato attivato il "Percorso" non devono ripetere la domanda ogni anno, ma solo se cambia scuola o al cambio del ciclo scolastico.
2. In caso di cambio degli insegnanti referenti volontari viene ripetuto il corso di formazione.

allegato A1 (Domanda dei Genitori)

allegato A2 (Richiesta del dirigente scolastico)

allegato A11 (Piano Terapeutico)

allegato A11 bis (commento del piano terapeutico per il medico curante)

IN AGGIUNTA, SOLO PER ALUNNI DIABETICI :

allegato D1 (richiesta per interventi straordinari – il Glucagone)

allegato D2 (gestione ipoglicemia)

P.S. : NON utilizzare moduli differenti da quelli forniti in allegato

Cordiali saluti

Dr. Mario Borruto

Al Dirigente Scolastico della scuola

OGGETTO : Richiesta attivazione percorso assistenziale integrato a scuola

I sottoscritti:

Sig.ra.....nata a.....il.....
e Sig..... nato a.....il.....,
residenti a.....via.....
genitori dell'alunno/a nato il.....a.....
frequentante per l'anno scolastico.....la scuola.....
classe....., sez....., sita in Roma, via..... recapito telefonico
....., appartenente al Municipio n....., chiedono di attivare il
percorso assistenziale integrato per il loro figlio/a presso la struttura scolastica.

In particolare, vista la patologia dell'alunno sopraindicato e constatata l'assoluta necessità, richiedono ed autorizzano il Capo d'Istituto o Suo delegato, sollevandoli da responsabilità civili e penali, in relazione ad eventi avversi, alla somministrazione del farmaco in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione / certificazione allegata.

A tal fine rilasciano i recapiti telefonici utili per qualsivoglia comunicazione :

madre....., padre.....

Medico di base Dr.....; tel.....

Si allega Piano Terapeutico della struttura specialistica

Informati sui diritti e sui limiti di cui al d.l. 30.06.03 n. 196 'Codice in materia di protezione dei dati personali', esprimono il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili e di quelli del minore di cui sono legali rappresentanti, ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse o per ricerche scientifiche.

Roma.....

In fede
I genitori

MUNICIPIO n°

ISTITUTO COMPRENSIVO / SCUOLA
Roma, via

Al Dipartimento di Prevenzione A.S.L. Roma2
Coordinatore: Dr. Giuseppe De Angelis
U.O.C. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica – SISP
Direttore: Dr. Fabrizio Magrelli
Via Bardanzellu 8 – Roma
PEC: dip.prevenzione@pec.aslromab.it
Mail : igienepubblica@aslroma2.it
U.O.S. Vaccinazioni e Medicina Preventiva
Percorso Assistenziale Integrato Scuola
Segreteria:

OGGETTO : Richiesta attivazione percorso assistenziale integrato a scuola

Si richiede, come da domanda dei genitori, allegata alla presente, la attivazione a scuola
del percorso assistenziale integrato per l'alunno
frequentante per l'anno scolastico..... la classe..... Sez.....

Si rimane in attesa di un Vostra risposta con l'indicazione della data della prima riunione.

A tal fine si rilasciano i seguenti recapiti telefonici della scuola

.....

Roma,

Distinti saluti
Il Dirigente Scolastico

ISTITUTO COMPRENSIVO _____

Roma, _____

Il Dirigente Scolastico,

vista la domanda presentata dai genitori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ frequentante per l'anno scolastico _____

la classe _____, richiedente la somministrazione di farmaci e/o interventi di primo soccorso in orario scolastico, e sollevante da responsabilità civili e penali in relazione ad eventi avversi,

CHIEDE la disponibilità a soddisfare tale richiesta ED AUTORIZZA allo scopo, il personale scolastico indicato di seguito in elenco e che firma per adesione e conferma, avendo partecipato al corso di formazione relativo alla patologia dell'alunno in oggetto espletato dagli operatori della ASL ROMA 2 in data _____

Cognome	Nome	Firma

Il personale in elenco riceve pertanto formale delega ed autorizzazione

Il Dirigente Scolastico

PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE

N.B. da consegnare all'inizio del percorso assistenziale ed ogni qual volta dovessero intervenire modifiche.

Si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati all'alunno/a:

CognomeNome.....

Luogo e data di nascita

DIAGNOSI.....

SINTOMI che richiedono la somministrazione del farmaco.....

.....

.....

.....

Nome del farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione.....

.....

.....

.....

.....

.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

.....

la somministrazione dei farmaci prescritti non necessita di competenze sanitarie specifiche

Timbro e Firma del Medico Curante

Data

RICHIESTA PER INTERVENTI STRAORDINARI

Al Dirigente Scolastico di

I sottoscritti.....e.....

Genitori di..... frequentante nell'a.s. la classe
della Scuoladi.....

DICHIARANO

sulla base delle informazioni assunte dal medico Responsabile del Servizio di Diabetologia Pediatrica
.....che il/la proprio/a figlio/a..... affetto/a da
diabete tipo 1 necessita di una somministrazione a scuola del farmaco **GLUCAGONE** in caso di
ipoglicemia, come da certificato medico allegato del Dott

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale
scolastico : insegnanti e collaboratori/trici scolastici

Pertanto, sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal
farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerando
che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi

Indicano comunque i propri recapiti telefonici, per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a
questo tipo di intervento :

Allegano la documentazione medica specifica prodotta dal Dott contenente :

1. Diagnosi ; 2. Sintomatologia; 3. Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco,
dosaggio e modalità di somministrazione).

Inoltre autorizzano il personale che opera nella scuola ad avere contatti con il medico curante per avere
ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Firma dei genitori.....

Il Medico del Servizio Specialistico (Timbro e firma).....

Roma,.....

Gestione dell'ipoglicemia

Cognome e Nome studente _____ a.s. _____

Nome e Cognome Genitori _____ Telefoni _____

Personale Scolastico di riferimento _____

Data.....

Non lasciare mai solo lo studente con sospetta ipoglicemia

SINTOMI

IPOGLICEMIA LIEVE O MODERATA

Pallore, sudorazione fredda, senso di fame,
tremori agli arti, mal di testa, visione
annebbiata, irrequietezza, comportamento
inadeguato alle circostanze, reattività rallentata.



COSA FARE

controllare la glicemia,

< inferiore a 70 mg/dl deve:

- interrompere qualsiasi attività
- assumere subito zuccheri:

Oppure: _____

ml bevanda zuccherata (coca cola, succo di
frutta) _____

**Dopo 10/15 minuti dall'assunzione
ricontrollare la glicemia:**

- **se inferiore a 70 mg/dl** assumere
ancora la stessa quantità di zuccheri
- **se superiore a 80 mg/dl** assumere...
- fette biscottate o il pasto
previsto (es. pranzo, spuntino)
- _____

**Riportare l'episodio nella scheda di
registrazione per la scuola**

IPOGLICEMIA GRAVE

Disorientamento spazio temporale,
incapacità di deglutire,
perdita di coscienza



COSA FARE

- **controllare la glicemia**
- Avvisare il 118 e chiamare i
genitori del bambino
- Non introdurre cibi in bocca
- Comunque **dopo 2/3 minuti**
somministrare il glucagone
intramuscolo (braccio o
gluteo o coscia)
- 1 Flacone ☐
- ½ Flacone ☐

All'attenzione del medico curante

Il Piano Terapeutico

per gli alunni affetti da patologie croniche

che necessitano della somministrazione di farmaci di primo soccorso a scuola

Il piano terapeutico è una certificazione medica **leggibile e semplice** che, oltre alla diagnosi, descriva soprattutto -in poche righe e con una terminologia "non scientifica"- **in presenza di quali sintomi intervenire**, il farmaco da utilizzare, come utilizzarlo e i tempi dell'intervento e, nel caso di due o più farmaci, la "scaletta" (l'ordine di assunzione) e la tempistica, **così da poter essere letto e compreso da personale non sanitario**.

il Piano Terapeutico non è un'autorizzazione ma è la valutazione medica che -scritta- permette a personale non sanitario come il personale scolastico ma come anche i familiari, di esserne meri esecutori materiali, evitando valutazioni soggettive

il Piano terapeutico deve contenere i farmaci che l'alunno potrebbe aver bisogno di assumere durante l'orario scolastico per patologie croniche e per interventi di emergenza (come glucagone nel diabete, adrenalina, antistaminici, cortisonici e broncodilatatori nelle varie forme di allergia o di asma, diazepam nelle sindromi epilettiche), farmaci che somministrati tempestivamente potrebbero, se non risolvere, attenuare almeno la gravità della crisi e permettere così (sentiti i genitori e/o con i genitori) di arrivare in un Pronto Soccorso Ospedaliero