



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Reg. delib. n. 1853

Prot. n.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA PROVINCIALE

OGGETTO:

Approvazione atto di indirizzo per l'Azienda sanitaria e le istituzioni scolastiche e formative finalizzato all'adozione di procedure uniformi e di tutela per la permanenza scolastica degli studenti che in relazione a patologie croniche o rare, necessitano della somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico.

Il giorno **05 Ottobre 2018** ad ore **10:15** nella sala delle Sedute
in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si è riunita

LA GIUNTA PROVINCIALE

sotto la presidenza del

PRESIDENTE

UGO ROSSI

Presenti:

VICEPRESIDENTE
ASSESSORE

ALESSANDRO OLIVI
MICHELE DALLAPICCOLA
TIZIANO MELLARINI
LUCA ZENI

Assenti:

ASSESSORE

SARA FERRARI
MAURO GILMOZZI

Assiste:

IL DIRIGENTE

ENRICO MENAPACE

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta

LA GIUNTA PROVINCIALE

Con deliberazione n. 1577 del 2 luglio 2010, la Giunta provinciale ha approvato un atto di indirizzo per l'Azienda sanitaria e le istituzioni scolastiche e formative, finalizzato all'adozione di procedure uniformi e di tutela per la permanenza scolastica degli studenti con diabete.

In ottemperanza alle previsioni di cui al punto 3 della suddetta deliberazione, il Dipartimento Politiche sanitarie unitamente al Dipartimento della Conoscenza, hanno effettuato, relativamente agli anni scolastici 2010/2011 e 2011/2012, un monitoraggio delle procedure individuate, da cui emerge la conferma della validità della metodologia adottata.

Risulta infatti fondamentale per migliorare la qualità della vita scolastica dello studente e studentessa affetti da malattia cronica, che la famiglia, i servizi sanitari e la scuola operino in rete al fine di affrontare, congiuntamente e ciascuno relativamente al proprio ruolo e competenze, le implicazioni derivanti dalla malattia assicurando pertanto la piena la partecipazione alla vita scolastica.

L'Istituto nazionale di statistica in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca e con il Comitato paritetico nazionale per le malattie croniche e la somministrazione dei farmaci a scuola, ha progettato una rilevazione statistica che permette di rilevare l'entità complessiva della problematica della somministrazione dei farmaci a scuola ad alunni e alunne affetti da malattie croniche (diabete, asma/allergia, epilessia), in relazione sia alle necessità di continuità terapeutica, sia alla gestione delle possibili emergenze. Emerge che la richiesta di somministrare farmaci in orario scolastico è un evento che interessa un numero consistente di scuole: nell'anno scolastico 2013-14 sono infatti 2.911 le scuole primarie e secondarie di I grado (il 15% delle istituzioni scolastiche intervistate) che hanno ricevuto almeno una richiesta di somministrazione di farmaci per continuità terapeutica, per un ammontare complessivo di ben 5.816 richieste.

Inoltre nell'anno scolastico 2013-2014 sono state rilevate a livello nazionale 4.907 scuole primarie e secondarie di I grado che hanno ricevuto almeno una richiesta di somministrazione di farmaci per emergenza, pari quasi al 20% delle scuole.

L'epilessia ha un'incidenza (nuovi casi annui) in Italia nella popolazione di età minore di 15 anni, pari a 50 casi su 100.000 soggetti e la prevalenza (casi totali) è di 2,3 casi su 1000 soggetti.

L'asma ha una prevalenza stimata in Italia rispettivamente del 9% e del 10% in bambini di 6-7 anni e di 13-14 anni, equivalenti a 2-3 bambini/adolescenti che soffrono di questa patologia presenti in una classe. La frequenza di asma grave è di 1,6% e 2,3%, rispettivamente nei bambini e negli adolescenti.

L'anafilassi da allergie ha un'incidenza in età pediatrica in Europa stimata in 3-10 casi su 100.000 soggetti. Si stima che la prevalenza di anafilassi vari da 0,05 a 2% considerati tutti i possibili agenti scatenanti, anche se la maggior parte degli autori sono concordi che la reale prevalenza sia sottostimata.

In Provincia di Trento, come nel resto d'Italia, si ha evidenza della presenza di altre patologie croniche o rare che richiedono, come per la malattia diabetica, durante l'orario scolastico, il raccordo

tra i diversi attori coinvolti al fine di garantire un appropriato percorso di gestione degli interventi nel contesto scolastico.

Si rileva pertanto la necessità di assicurare un approccio omogeneo nella gestione degli interventi, anche per altri tipi di patologie a partire dal modello definito e sperimentato per la malattia diabetica con la deliberazione n. 1577 del 2 luglio 2010, modello che ha dimostrato, come esposto in premessa, la sua validità operativa.

Per tali ragioni si ritiene opportuno estendere il processo organizzativo sperimentato per la patologia diabetica, ad alcune altre patologie frequenti quali l'epilessia, l'asma, le allergie, proponendo un protocollo che possa comunque essere adattato anche per patologie analoghe per necessità e requisiti organizzativi, previa valutazione delle strutture ospedaliere specialistiche pediatriche, anche in collaborazione con le Associazioni di riferimento.

Esaminato il testo dell'atto di indirizzo elaborato d'intesa tra il Dipartimento della Conoscenza, il Dipartimento salute e solidarietà sociale, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;

visti:

- D.Lgs. 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- gli articoli 7, comma 3 e 34, comma 1, lettera b) della Legge provinciale 5/2006 che prevedono rispettivamente la possibilità di coordinamento delle politiche educative con quelle sociali - sanitarie e la possibilità di emanare atti di indirizzo;
- le raccomandazioni del 25 novembre 2005 del Ministero dell'Istruzione, della Ricerca d'intesa con il Ministero della Salute aventi ad oggetto "Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico";
- gli atti citati in premessa,

A voti unanimi espressi nelle forme di legge,

d e l i b e r a

1. di approvare l'atto di indirizzo per l'Azienda sanitaria e le istituzioni scolastiche e formative, finalizzato all'adozione di procedure uniformi e di tutela per la permanenza scolastica degli studenti e studentesse che in relazione a patologie croniche o rare, necessitano della somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico, nel testo che, allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
2. di ritenere il presente atto di indirizzo applicabile alle scuole dell'infanzia provinciali ed equiparate avuto riguardo alla fascia di età e all'organizzazione e gestione delle medesime demandando al Servizio infanzia e istruzione del primo grado la definizione delle modalità attuative del medesimo;

3. di demandare al Dipartimento della Conoscenza e all'Azienda provinciale per i servizi sanitari l'esecuzione degli adempimenti per la diffusione dell'atto di indirizzo di cui al punto 1 e per la sua successiva attuazione con riferimento a rispettivi ambiti di competenza;
4. di stabilire che il Dipartimento della Conoscenza e il Dipartimento salute e solidarietà sociale, decorsi due anni scolastici successivi al presente atto, curino congiuntamente un monitoraggio delle procedure e delle attività previste dall'Atto di indirizzo di cui al punto 1) per valutarne la funzionalità e l'utilità, sia in riferimento alle patologie previste in appendice, sia ad altre patologie, analoghe per necessità e requisiti organizzativi, che siano state implementate previa valutazione e adattamento del protocollo previsto, da parte delle strutture ospedaliere specialistiche pediatriche anche in collaborazione con le Associazioni di riferimento.

Adunanza chiusa ad ore 11:00

Verbale letto, approvato e sottoscritto.

Elenco degli allegati parte integrante

001 Atto di indirizzo

IL PRESIDENTE

Ugo Rossi

IL DIRIGENTE

Enrico Menapace

ATTO DI INDIRIZZO PER L'AZIENDA SANITARIA E LE ISTITUZIONI SCOLASTICHE E FORMATIVE FINALIZZATO ALL'ADOZIONE DI PROCEDURE UNIFORMI E DI TUTELA PER LA PERMANENZA SCOLASTICA DEGLI STUDENTI E STUDENTESSE, CHE IN RELAZIONE A PATOLOGIE CRONICHE O RARE, NECESSITINO DELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO

PREMESSA

Il presente atto di indirizzo nasce dall'esigenza di rimuovere ogni ostacolo che possa pregiudicare il pieno godimento del diritto alla salute psico-fisica dell'alunno/a studente/studentessa affetto da patologia cronica e/o rara che necessiti della somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico, per continuità terapeutica o per il rischio di episodi acuti, al fine di tutelarne il diritto all'istruzione, il diritto alla salute e garantirne il benessere all'interno della struttura scolastica e/o formativa.

Sono presi a riferimento le *“Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico”*, *Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, Ministro della salute, 25 novembre 2005*, e il modello organizzativo per la patologia diabetica già sperimentato e validato in Provincia autonoma di Trento (*Atto di indirizzo per l'Azienda sanitaria e le istituzioni scolastiche e formative finalizzato all'adozione di procedure uniformi e di tutela per la permanenza scolastica degli studenti con diabete*, approvato con deliberazione G.P. 1577/2010).

La somministrazione di farmaci a scuola si configura come una attività che non richiede il possesso di particolari cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi interviene.

In particolare:

- a) per quanto attiene alla continuità terapeutica in orario scolastico, deve essere assicurata l'integrazione dell'alunno/a studente/studentessa nel contesto scolastico, evitando la medicalizzazione della condizione. La somministrazione dei farmaci deve soddisfare tutti i seguenti criteri:
 - deve essere prevista dal Piano di Trattamento Individuale (PTI);
 - deve essere indispensabile in orario scolastico;
 - deve essere non discrezionale da parte di chi somministra il farmaco (in relazione ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e/o di conservazione);
 - deve essere praticabile da parte di personale non sanitario, adeguatamente formato.
- b) per quanto attiene alla somministrazione di farmaci in situazione di emergenza, fermo restando la necessità di chiamare immediatamente il Servizio Trentino Emergenza (112), l'intervento:
 - deve essere dettato esclusivamente dalla necessità di prestare soccorso utile in breve tempo;
 - deve essere definito in uno specifico “Protocollo Attuativo” predisposto delle Istituzioni scolastiche e formative, che assicuri la pronta disponibilità e la somministrazione di farmaci presenti nel PTI;
 - deve essere non discrezionale, in relazione alla posologia e alle modalità di somministrazione del farmaco e tale somministrazione deve poter essere effettuata anche da parte di personale non sanitario, adeguatamente formato allo scopo.
- c) l'autosomministrazione del farmaco è prevista nei casi in cui dell'alunno/a studente/studentessa, per età, esperienza, addestramento, sia autonomo nella gestione del suo problema di salute. Tale modalità deve essere esplicitamente autorizzata dal genitore (o dall'esercente la potestà genitoriale o dallo studente/studentessa maggiorenne) nella richiesta al Dirigente dell'Istituzione scolastica o formativa.

Il presente atto è composto da tre sezioni e precisamente:

- una prima parte, denominata “Ruoli e soggetti per un percorso condiviso”, nella quale vengono descritte nel dettaglio le procedure da seguire nel caso di dell'alunno/a

studente/studentessa per i quali risulta necessario anche in orario scolastico un trattamento farmacologico;

- una seconda parte, denominata “Documentazione”, nella quale sono previsti i documenti da compilare e/o da consegnare al Dirigente dell’Istituzione Scolastica o Formativa, qualora si verifichi la necessità di trattamento di patologia in orario scolastico: 1a Modulo richiesta per minorenni e 1b Modulo comunicazione per maggiorenni e fac simile PTI generico.
- l’ultima parte, denominata “Appendice”, contiene riferimenti e informazioni utili per la gestione di alcune patologie croniche e rare, con relativi moduli di PTI (la documentazione aggiornata e ampliata sarà resa disponibile sul sito APSS www.apss.tn.it e sul [sito www.vivoscuola.it](http://www.vivoscuola.it)).

PRIMA PARTE - RUOLI E SOGGETTI PER UN PERCORSO CONDIVISO

Attraverso la precisazione di ruoli e competenze è indicato un percorso coordinato che coinvolge diversi soggetti, ossia: Famiglia, Servizio Sanitario Provinciale, Istituzioni Scolastiche e Formative provinciali e paritarie, Associazioni dei pazienti.

Con l’indicazione di tale percorso si vuole garantire agli alunni/e studenti/studentesse con patologia cronica o rara che necessitano di somministrazione improrogabile di farmaci in orario scolastico una uniformità ed equità di trattamento nelle varie realtà scolastiche e formative del territorio provinciale.

1. La famiglia

È fondamentale che la famiglia fin dal primo contatto fornisca alla scuola tutte le informazioni relative allo stato di salute del proprio figlio/a.

Nel caso faccia richiesta al Dirigente dell’Istituzione Scolastica o Formativa di somministrazione del farmaco a scuola la famiglia deve:

- fornire il PTI rilasciato dagli specialisti;
- il PTI deve essere completo e precisare che la somministrazione dei farmaci è possibile da parte di personale non sanitario. Il PTI deve essere presentato a ogni ciclo scolastico, in caso di variazioni di trattamento oltre che in caso di trasferimento ad altro Istituto;
- fornire alla scuola il materiale (farmaci e dispositivi medici) previsti dal PTI, impegnandosi a verificarlo e integrarlo periodicamente;
- comunicare al personale scolastico coinvolto la presenza di eventuali problemi o criticità nel trattamento e/o gli aggiornamenti del PTI;
- partecipare agli incontri a cui è convocata assieme al personale sanitario e scolastico, eventualmente accompagnata da un rappresentante dell’Associazione di riferimento.

In caso di autosomministrazione da parte di studente/studentessa maggiorenne, valgono i principi di cui sopra.

2. Il Servizio Sanitario Provinciale opera a vari livelli per assicurare la corretta informazione/formazione degli operatori scolastici rispetto alla patologia specifica, come di seguito riportato.

- Lo specialista:
 - valuta il caso;
 - fornisce al genitore il PTI e lo aggiorna al bisogno;
 - fornisce agli operatori coinvolti le informazioni sanitarie utili per la gestione dello specifico caso;

- valuta con la famiglia l'opportunità di richiedere l'intervento infermieristico all'U.O. Cure Primarie di riferimento, qualora sia stata verificata l'indisponibilità di personale nella scuola, o per casi particolari.
 - Il Direttore dell'U.O. Cure Primarie dell'ambito territoriale di riferimento:
 - riceve dallo specialista la eventuale richiesta di attivazione dell'Infermiere delle Cure Domiciliari; l'infermiere è attivabile su situazioni selezionate e/o o per periodi temporanei, in cui vi siano documentati motivi per cui il farmaco non possa essere somministrato dal personale della scuola;
 - in accordo con la famiglia, si attiva per la realizzazione degli interventi richiesti;
 - promuove e coordina gli incontri tra il personale dell'U.O. Cure Primarie e la scuola.
 - L'Infermiere delle Cure Domiciliari dell'ambito territorialmente competente:
 - riceve la richiesta di intervento a scuola;
 - effettua la prestazione, attenendosi al PTI.
 - Gli specialisti delle UU.OO. Pediatria del Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP), in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione ed eventuali altri servizi della APSS:
 - attuano gli interventi informativi e formativi individuali o di gruppo per gli operatori coinvolti nella gestione della patologia cronica e/o rara, erogando in particolare le prestazioni:
 - educazione individuale per l'inserimento del bambino a scuola
 - educazione di gruppo per l'inserimento del bambino a scuola
 Di tale attività è data informazione al pediatra/medico di medicina generale che, se necessario, partecipa alle iniziative;
 - mantengono i rapporti con le Associazioni che si occupano della patologia, concordando i possibili campi di intervento e le modalità di collaborazione.
3. **Gli operatori scolastici:** svolgono un ruolo importante per assicurare all'alunno/a studente/studentessa con patologia un'esperienza scolastica serena. È fondamentale che tutto il personale della scuola sia informato in termini generali sulla malattia, sulle attenzioni e procedure necessarie. È auspicabile che tematiche inerenti alla salute siano affrontate anche nei programmi di studio e trattate anche con finalità di tipo educativo. Le azioni e gli interventi si realizzano a diversi livelli.
- Il Dirigente dell'Istituzione Scolastica o Formativa:
 - riceve dalla famiglia la comunicazione del caso di diagnosi di patologia accompagnata
 - dal PTI,
 - dalla richiesta per il trattamento farmacologico della patologia a scuola,
 - dal materiale necessario alla gestione quotidiana o di emergenza;
 - raccoglie tutta la documentazione e ne cura la diffusione fra il personale scolastico, contemperando l'esigenza di privacy con le necessità di trattamento scolastico della problematica;
 - facilita la relazione tra genitori, operatori scolastici, sanitari e, se necessario, addetti al servizio mensa;
 - individua il locale scolastico e lo spazio idoneo per la corretta conservazione del farmaco salvavita;
 - autorizza, ai genitori o a loro delegati, l'accesso ai locali scolastici per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico;

- verifica se, fra gli operatori scolastici, vi è personale disponibile alla somministrazione dei farmaci come previsto nel PTI, sia per la gestione quotidiana sia per l'eventuale gestione dell'emergenza.
Tenuto conto di tale disponibilità, valuta la possibilità di garantire la continuità nella somministrazione dei farmaci per la gestione quotidiana; in caso di mancata disponibilità del personale scolastico, di impossibilità a garantire la continuità nella somministrazione di farmaci e di impossibilità di intervento da parte dei genitori, in accordo con la famiglia e, per il tramite dello specialista, richiede al Direttore dell'U.O. Cure Primarie dell'ambito territoriale di riferimento l'attuazione dei necessari servizi infermieristici all'interno della scuola;
 - individua, se vi è personale disponibile, uno o più referenti per Istituto che, dopo adeguata formazione, possano essere di riferimento per i colleghi e di collegamento tra operatori sanitari, genitori e scuola;
 - richiede agli specialisti del Servizio ospedaliero provinciale (SOP) eventuali incontri di informazione/formazione sulla patologia, riferiti al singolo alunno/a studente/studentessa, rivolti al personale scolastico, ne organizza la partecipazione, tenendo conto della necessità di un passaggio di informazioni anche al personale supplente;
 - si attiva per l'organizzazione di incontri di volta in volta con la famiglia, gli operatori scolastici, il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale ed eventualmente un rappresentante di associazioni per l'aiuto al giovane con patologia, per favorire l'inserimento e la permanenza scolastica dello alunno/a studente/ssa, o per casi particolari;
 - definisce il "Protocollo attuativo" per la gestione dei casi di emergenza alla luce di quanto previsto dal PTI.
- Il personale scolastico docente e non docente che è a diretto contatto con l'alunno/a studente/studentessa:
 - è coinvolto in un'attività di informazione, partecipando alle riunioni organizzative per conoscere la malattia e le necessità legate al suo controllo;
 - favorisce l'inserimento e la permanenza scolastica dell'alunno/a studente/studentessa con patologia, adoperandosi affinché egli possa partecipare a tutte le iniziative (uscite, giochi, feste scolastiche, ecc...), tenendo presente le precauzioni del caso;
 - provvede alla corretta conservazione dei materiali necessari per il trattamento della patologia consegnati dai genitori dell'alunno/a studente/studentessa;
 - individua luoghi adeguati alle attività connesse al trattamento della patologia nel rispetto della riservatezza;
 - consente il momentaneo allontanamento dalla classe per il monitoraggio o per la somministrazione dei farmaci, sia con personale esterno autorizzato, sia, in caso di autosomministrazione da parte dell'alunno/a studente/studentessa, con adeguata sorveglianza;
 - consente all'alunno/a studente/studentessa di comunicare con la famiglia nel caso in cui vi siano dubbi sulla gestione della terapia.

Il personale che ha dato la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci, oltre agli adempimenti sopra riportati, dovrà anche:

- partecipare, oltre che all'informazione generica rivolta a tutti gli operatori scolastici, anche a una eventuale formazione specifica organizzata per approfondire la conoscenza della patologia;
- provvedere alla somministrazione del/i farmaco/i secondo le indicazioni del PTI.

In ogni caso tutti gli operatori scolastici, indipendentemente dal fatto di avere o meno fornito la disponibilità alla somministrazione di farmaci, in caso di emergenza sono tenuti a chiamare il Servizio Trentino Emergenza tramite il 112, comunicando che l'emergenza riguarda un alunno/a studente/studentessa affetto da specifica patologia.

4. Le Associazioni che si occupano della patologia specifica:

- collaborano con la famiglia, il Servizio Sanitario e le Istituzioni scolastiche e formative, per la diffusione di informazioni sulla patologia e si rendono disponibili per eventuali consulenze e/o per la realizzazione di momenti formativi;
- se richiesto dalla famiglia, si attivano per l'organizzazione di incontri tra la famiglia, gli insegnanti, il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale e le associazioni medesime per favorire l'inserimento scolastico dello alunno/studente o per casi particolari.

PARTE SECONDA - DOCUMENTAZIONE

MODULO 1a RICHIESTA PER MINORENNI

per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico (in caso di alunno/a studente/essa minorenni)

Al Direttore/Dirigente scolastico dell'Istituto.....

Nome..... Via.....

Località..... Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)

.....

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).

..... nato a.....

il.....

residente ain via.....

che frequenta la classe sez

della Scuola

sita in Via

Cap Località

prov.....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

CHIEDO

in nome e per conto anche dell'altro genitore

(barrare la scelta)

- di accedere alla sede scolastica per somministrare a mio/mia figlio/a il farmaco (scrivere nome del farmaco)....., come da Piano di Trattamento Individuale allegato, personalmente o tramiteda me incaricato;

(oppure)

- che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco (scrivere nome del farmaco), come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

- che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco (scrivere nome del farmaco), come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi, sia per il trattamento quotidiano che per il trattamento in situazioni di emergenza.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Inoltre chiedo di organizzare un incontro con il personale scolastico e sanitario per concordare la gestione dell'alunno/studente durante le attività scolastiche.

La scuola rilascerà informativa sul trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Regolamento Europeo UE/2016/679

In fede

Data _____

Firma

MODULO 1b COMUNICAZIONE PER MAGGIORENNI

Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di maggiorenni)

Al Dirigente/Direttore Scolastico scolastico.....
dell'Istituto..... Nome.....
Via..... Località.....
Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....
studente/studentessa che frequenta la classe sez
nato a il.....
residente a in Via.....
che frequenta la classe sez della scuola
.....
sita in Via Cap.....
Località prov.....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome del farmaco)

.....

come da **Piano di Trattamento Individuale** allegato.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi:

- per il trattamento quotidiano
- per il trattamento in situazioni di emergenza

Chiedo inoltre di organizzare un incontro con il personale scolastico e sanitario per concordare la gestione dell'alunno/studente durante le attività scolastiche.

Sì No

La scuola rilascerà informativa sul trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Regolamento Europeo UE/2016/679

Data

In fede Firma dell'interessato/a

.....

Modello

PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE GENERICO

(da adattare a cura delle UU.OO. Pediatria del SOP)

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome : Nome :

Data di nascita:.....

Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento di emergenza:.....

.....

Scuola:..... Classe:

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.: Cellulare:

(2) Nome: Cognome:

Relazione con il bambino:

Tel.: Cellulare:

Medico curante:

Nome: Cognome:

Indirizzo:

Tel.: Cellulare:

Farmaci per la continuità terapeutica

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo

Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Note

.....
.....

Farmaci per Emergenza

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo

Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Note

.....
.....

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data..... dott.....

APPENDICE

Brevi cenni clinici sulle patologie affrontate

Asma e allergia

1. MALATTIE ALLERGICHE

Le malattie allergiche sono tra le più frequenti malattie croniche dell'infanzia; possono colpire sino al 30% della popolazione nell'età dello sviluppo. Il termine allergia deriva dal greco e significa "reazione anomala". E' un'alterazione del sistema immunitario caratterizzata da reazioni eccessive, per lo più mediate da particolari anticorpi (reagine o IgE), nei confronti di sostanze, abitualmente innocue dette allergeni.

Terminologia

Atopia. L'atopia è una predisposizione familiare e/o personale a sviluppare sensibilizzazioni e produrre anticorpi IgE specifici per sostanze ubiquitarie. In conseguenza di ciò, determinati individui possono sviluppare tipici sintomi come asma, rinocongiuntivite o eczema. I termini *atopico* e *atopia* devono essere usati solo per descrivere la predisposizione genetica a sviluppare la sensibilizzazione di tipo IgE verso antigeni comunemente presenti nell'ambiente e verso i quali la maggior parte degli individui non sviluppa tale risposta. In questo senso, l'atopia definisce l'individuo con pronunciata risposta IgE. Il termine *atopia* non dovrebbe essere usato se non viene documentata, mediante test cutanei o dosaggio nel siero, la presenza di IgE.

Ipersensibilità. L'ipersensibilità causa sintomi e segni oggettivi e riproducibili, scatenati all'esposizione a stimoli che sono tollerati dai soggetti normali.

Allergeni. Gli allergeni sono antigeni che causano reazioni allergiche. La maggioranza degli allergeni che reagiscono con IgE ed IgG sono proteine. Gli allergeni sono normalmente presenti nell'ambiente e possono essere introdotti nell'organismo per inalazione (pollini, acari della polvere, muffe, derivati epidermici di animali), per ingestione (allergeni alimentari come latte, uovo, grano, ecc), o anche per via iniettiva (puntura di insetti, farmaci).

Le malattie allergiche IgE –mediate si manifestano con diversi quadri clinici e sintomatologici: rinite, congiuntivite, asma bronchiale, manifestazioni gastroenteriche, orticaria-angioedema, anafilassi sistemica; le terapie delle malattie allergiche devono prevedere gli antistaminici, antinfiammatori steroidei locali e per via sistemica e l'adrenalina come neurotrasmettitore dalle caratteristiche vaso-costrittive e stimolante cardiaco; l'immunoterapia specifica può essere invece il trattamento eziologico, quando vi siano le condizioni per effettuarla.

1.1 L' ALLERGIA ALIMENTARE

Con l'espressione "ipersensibilità ad alimenti" vengono comprese tutte le reazioni avverse, obiettivamente e riproducibili, che compaiono dopo l'esposizione ad un preciso alimento, ad una dose abitualmente tollerata da soggetti non predisposti. Si parla di allergia alimentare quando è dimostrabile un meccanismo immunologico (o questo sia fortemente sospettato). In relazione al meccanismo immunologico implicato, le allergie alimentari sono ulteriormente classificate in reazioni IgE-mediate e non IgE -mediate. Tutte le reazioni non riconducibili ad un meccanismo immunologico (fino ad

oggi indicate con l'espressione "intolleranze alimentari") rientrano, invece, nel gruppo delle reazioni da ipersensibilità non allergica.

Si può ipotizzare che l'incidenza dell'anafilassi da allergeni alimentari nell'infanzia raggiunga circa il 4-6 casi/100.000 /anno.

Gli allergeni alimentari possono provocare reazioni per ingestione, contatto o inalazione. Sono stati riportati più di 170 alimenti come causa di reazioni IgE-mediate, ma una minoranza di questi provocano la maggior parte delle reazioni allergiche: arachide, frutta a guscio, uovo, latte, pesce, crostacei, grano e soia

I sintomi L'anafilassi indotta da alimenti è la reazione allergica più severa ed è potenzialmente letale. Casi fatali sono descritti soprattutto per reazioni allergiche ad arachidi e frutta a guscio. I sintomi dell'allergia alimentare includono il rifiuto dell'alimento nei bambini piccoli, sintomi cutanei (orticaria, angioedema, eritema, prurito, eczema), gastrointestinali (prurito e bruciore orofaringeo, sindrome orale allergica, vomito, dolori addominali), respiratori (tosse persistente, raucedine, fischio, stridore, distress respiratorio), e disturbi del sistema circolatorio (pallore e flaccidita nei lattanti e nei bambini piccoli, ipotensione, collasso). I sintomi IgE-mediati si sviluppano da qualche minuto fino ad un'ora dopo l'ingestione dell'alimento. Al contrario, le sindromi allergiche alimentari non IgE-mediate si manifestano soprattutto con disturbi gastrointestinali (vomito, diarrea, dolore addominale, feci ematiche) che si sviluppano varie ore dopo l'ingestione dell'alimento.

I soggetti a rischio di Anafilassi devono sempre tenere a disposizione per urgenza:

1. Adrenalina auto iniettabile (solo per pazienti che hanno già manifestato reazioni gravi): dosaggio <30 kg: 150 mcg; dosaggio >30 kg 300 mcg. **L'adrenalina è un farmaco ritenuto salvavita!**
2. antistaminico per os;
3. corticosteroidi per os;
4. beta2-agonisti a breve durata di azione (salbutamolo erogato con distanziatore).

1.2 ASMA BRONCHIALE

ASMA (definizione GINA): L'asma è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree nella quale sono coinvolti linfociti, eosinofili e mastociti. Negli individui predisposti, tale infiammazione provoca episodi ricorrenti di respiro sibilante, oppressione toracica e tosse, specialmente la notte e/o il mattino. Questi sintomi sono associati ad ostruzione bronchiale diffusa e variabile che è comunque reversibile spontaneamente o in seguito a trattamento.

L'infiammazione è associata anche ad incremento della reattività bronchiale a vari stimoli.

• **Asma allergica.** E' la definizione di base per l'asma mediata da meccanismi immunologici quando sia confermata la presenza di un meccanismo IgE mediato.

In Italia la sua prevalenza è stimabile intorno al 10% della popolazione pediatrica. Nell'80% circa dei casi di asma bronchiale nell'età evolutiva è causata da allergeni inalati (acari della polvere domestica, pollini, derivati degli animali domestici, muffe). La crisi acuta di asma è episodica e può insorgere improvvisamente, ma l'infiammazione delle vie aeree è di solito presente cronicamente. In molti casi l'asma necessita di terapia quotidiana a lungo termine con antinfiammatori per inalazione per tenere sotto controllo i sintomi, migliorare la funzionalità respiratoria e prevenire le riacutizzazioni. Inoltre possono essere necessari farmaci per controllare sintomi acuti quali respiro sibilante, costrizione toracica e tosse. In caso di crisi acuta di asma è necessario tenere sempre a disposizione come pronto soccorso beta2-agonisti a breve durata di azione (salbutamolo spray inalato tramite distanziatore) e corticosteroidi per os.

Modello

PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE DEL BAMBINO ALLERGICO

(a cura dello specialista o del Pediatra della rete allergologica)

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome :Nome :

Data di nascita:.....

Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento di emergenza:.....

.....

Scuola:..... Classe:

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.: Cellulare:

(2) Nome: Cognome:

Relazione con il bambino:

Tel.: Cellulare:

Medico curante:

Nome: Cognome:

Indirizzo:

Tel.: Cellulare:

Farmaci per la continuità terapeutica

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo

Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Premedicazione prima dell'attività fisica:

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo

Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

□ Farmaci per Emergenza per Anafilassi

Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1) Adrenalina autoiniettabile
.....			
(2) Antistaminico per os.....
.....			
(3)

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

.....

□ Farmaci per Emergenza per l'attacco acuto d'asma bronchiale

Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1) Salbutamolo spray
.....			
con distanziatore, ripetibile se necessario ogni 20 min fino ad un massimo di 3 dosi			
(2)
.....			
(3)

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Distanziatore appropriato

Modalità di conservazione dei farmaci:.....

Note

.....
.....

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

dott.....

Epilessia e convulsioni febbrili

L'epilessia è una delle patologie neurologiche più frequenti in età pediatrica. Interessa globalmente, tra casi attivi e non attivi, circa l'1% della popolazione del mondo; in Italia interessa circa 500.000 persone e vengono riportati circa 30.000 nuovi casi per anno, con incidenza più elevata nei bambini e negli anziani. Il tasso complessivo d'incidenza di epilessia nei bambini di età compresa tra un mese e 17 anni è di 44 casi per 100.000 all'anno.

Crisi epilettiche ed epilessia non sono la stessa cosa. Una crisi epilettica è una transitoria e parossistica insorgenza di segni e/o sintomi dovuti ad un'attivazione neuronale, eccessiva e sincrona a livello cerebrale e può rimanere isolata. Il termine epilessia indica un disturbo su base neurologica caratterizzata dalla ricorrenza nel tempo di crisi epilettiche.

Esistono numerosi tipi di epilessia in età pediatrica e si esprimono in forme molto diverse tra loro per gravità, eziologia, tipo di crisi, età d'insorgenza, trattamento, decorso, etc. E' più corretto pertanto parlare di epilessie anziché epilessia, che a seconda delle caratteristiche si possono inquadrare in forme distinte.

Le epilessie possono essere su base genetica oppure secondarie a cause acquisite (ad esempio lesioni cerebrali da danno perinatale, infezioni del sistema nervoso centrale, traumi cranici gravi, tumori, patologie vascolari, etc); talvolta la causa non è definibile con le attuali procedure diagnostiche.

In base alla localizzazione di esordio e propagazione della scarica parossistica a livello cerebrale, le crisi possono essere suddivise in crisi focali o generalizzate. Le prime iniziano in una zona circoscritta della corteccia e a volte possono propagarsi ad altre aree cerebrali. Le manifestazioni dipendono dall'area coinvolta dall'attività parossistica, ad esempio sono di tipo motorio se la scarica coinvolge l'area motoria, visivi se interessa il lobo occipitale, uditivi se interessa la parte laterale del lobo temporale, etc. Le seconde invece coinvolgono, fin dall'inizio o molto precocemente, i due emisferi cerebrali. A loro volta, le crisi generalizzate si suddividono in diversi tipi, le forme più comuni sono le crisi tipo assenze (precedentemente definite "piccolo male"), caratterizzate da brusca sospensione della coscienza e rapida ripresa dopo circa 5-15 sec; le crisi tonico-cloniche o cloniche generalizzate, definite precedentemente come "convulsive" o di "grande male" i cui sintomi consistono in un'iniziale e brusca perdita di coscienza, emissione di urlo, caduta a terra con rigidità diffusa su tutto il corpo (fase tonica), dopo circa 20-30 sec comparsa di scosse ritmiche su tutto il corpo (fase clonica), può associarsi a morsus della lingua e perdita di urine e/o feci.

Normalmente le crisi epilettiche si risolvono spontaneamente entro secondi o minuti e, a volte possono essere seguite da deficit postcritici (sonnolenza, deficit motorio focale, sensitivo o sensoriale, afasia etc.), con progressiva ripresa delle normali funzioni.

Se le crisi si ripetono in modo ravvicinato, senza una ripresa della coscienza tra una crisi e l'altra per un periodo prolungato di circa 20-30 min, si instaura uno stato di male epilettico che rappresenta un'emergenza medica, richiedendo immediato intervento medico ed eventuale ricovero in ambiente rianimatorio. Lo stato di male epilettico convulsivo è una evenienza rara, ma costituisce una

delle più gravi emergenze neurologiche, in quanto è associata ad alto rischio di morbidità e mortalità, con una frequenza di 2,7-8%.

Molti fattori esterni possono facilitare la comparsa di una crisi epilettica, in particolare stimoli visivi, uditivi, eccessiva assunzione di alcool, uso di droghe, fattori metabolici ed ormonali, etc.

Una condizione particolare è costituita dalle crisi scatenate dall'aumento della temperatura corporea, in particolare la febbre, raramente il bagno con acqua calda, ancora più raramente la brusca riduzione della temperatura corporea. Ciò accade più frequentemente nei bambini di età inferiore a 6 anni.

Le convulsioni febbrili si distinguono in semplici e complesse. Le convulsioni febbrili semplici esordiscono in occasione di rialzi febbrili per fattori intercorrenti dopo il 5° mese di vita e scompaiono entro il 6° anno. Si manifestano come una crisi tonico-clonica generalizzata o convulsiva, spesso senza la fase tonica. Hanno una durata in genere di pochi minuti, per definizione inferiore a 15 minuti e non si ripetono nelle 24 ore. Le crisi febbrili complesse sono caratterizzate da crisi tonico-cloniche o cloniche generalizzate prolungate (> 15 minuti) o da crisi con interessamento o segni focali (che interessano un lato e non tutti e due), o da crisi subentranti (di breve durata ma che si ripetono a breve distanza l'una dall'altra). La prognosi di queste forme rispetto alle crisi febbrili semplici è incerta perché talvolta possono costituire la prima manifestazione di alcune forme di epilessia ad esordio nei primi anni di vita, come la Sindrome di Dravet o l'epilessia associata a mutazione della Protocaderina. In questi casi le crisi sono spesso prolungate e tendono a evolvere in stato di male. Per tale motivo è molto importante un tempestivo intervento farmacologico per la loro interruzione.

La terapia antiepilettica include il trattamento continuativo dell'epilessia, che mira a prevenire l'insorgenza delle crisi epilettiche, ed il trattamento acuto delle crisi. A differenza delle epilessie per le convulsioni febbrili non esiste indicazione all'utilizzo di una terapia antiepilettica continuativa ma solo al trattamento acuto delle crisi.

Nei casi di epilessia in cui è consigliata una terapia continuativa, l'approccio farmacologico è la prima strategia di trattamento ed è basato sulla somministrazione regolare di farmaci antiepilettici che con diversi meccanismi stabilizzano le proprietà elettriche della membrana delle cellule nervose. Si tratta perciò di una terapia che permette lo svolgimento di una vita sociale il più possibile vicino alla normalità a molti pazienti che altrimenti sarebbero gravemente limitati o messi in pericolo dal ripetersi delle crisi epilettiche. L'assunzione dei farmaci anticonvulsivi è quotidiana e può essere suddivisa in più somministrazioni, ed è indispensabile che sia regolare e costante; la brusca interruzione del farmaco può infatti causare l'insorgenza di crisi. La durata del trattamento è in genere di almeno due anni, ma questo è variabile a seconda del tipo di epilessia.

Circa il 70% dei pazienti affetti da epilessia ottengono un buon controllo delle crisi con la terapia antiepilettica permettendo una vita del tutto normale. Nel 30% circa dei casi, nonostante un idoneo trattamento, le crisi persistono. In questi casi, si può valutare l'indicazione ad una terapia chirurgica, che consiste nell'asportazione della regione cerebrale dove si trova il focolaio epilettico. Alcuni pazienti possono giovare di approcci terapeutici alternativi come la dieta chetogenica, che consiste in un particolare regime dietetico privo di carboidrati.

E' possibile fare sport anche per i soggetti che hanno epilessie (in particolare per alcuni soggetti che presentano crisi epilettiche solo in sonno non esistono controindicazioni a nessuno sport), sebbene alcuni sport siano da evitare (es. sci di fondo; immersione subacquea, alpinismo pugilato ...), mentre altri necessitano di una supervisione (es. nuoto, canoa, wind surf, vela...).

Per quanto riguarda il trattamento della crisi epilettica convulsiva in acuto, il primo soccorso consiste nel mettere in posizione di sicurezza il bambino, su un fianco, e nell'allontanare eventuali oggetti con cui possa ferirsi. In caso di crisi convulsive che non si interrompono spontaneamente dopo pochi minuti (3-5 minuti circa) è necessario la somministrazione di farmaci. Il farmaco più usato è il Diazepam da somministrare per via endorettale, o Midazolam per via oromucosale (solo in alcuni casi selezionati di epilessie). Tali farmaci possono essere somministrati dai genitori o da personale non sanitario previa autorizzazione.

Un soccorso non efficiente nelle situazioni di emergenza può esporre il bambino al rischio di soffocamento o a riportare lesioni da trauma qualora non venisse messo in sicurezza. Inoltre, una crisi prolungata può persistere fino all'instaurarsi di uno stato epilettico che in alcuni casi può determinare un danno a livello cerebrale, e mettere a rischio la vita del bambino. Tutto ciò rientra nell'ottica della promozione della salute e la prevenzione delle complicanze della patologia con le sue ricadute sulla qualità di vita del bambino e della famiglia.

Modello

PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE DEL BAMBINO CON EPILESSIA

(a cura dello specialista)

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome :Nome :

Data di nascita:.....

Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento di emergenza:.....

.....

Scuola:..... Classe:

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.: cellulare:

(2) Nome: Cognome:

Relazione con il bambino:

Tel.: cellulare:

Medico curante:

Nome: Cognome:

Indirizzo:

Tel.: cellulare:

Farmaci per la continuità terapeutica

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo

Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Note

.....
.....

Data

Timbro e firma del Medico

.....

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA/CRISI FEBBRILE
PROLUNGATA**

(a cura dello Specialista)

Somministrazione di Diazepam

Si certifica che il/la
bambino/a.....
....., nato/a il ha diagnosi
di.....

In caso di crisi convulsiva si consiglia di porre il/la bambino/a in posizione di sicurezza su di un fianco e, nel caso in cui la crisi si prolunghi oltre i minuti, si dà indicazione alla somministrazione di Micropam (microclisma).....(specificare la dose) per via endorettale

Il farmaco si può conservare in frigorifero o a temperatura ambiente, purché lontano da fonti di calore.

Si dichiara , inoltre, che si tratta di un farmaco che può essere somministrato da personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si rilascia per gli usi consentiti

Data

dott.....

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA/CRISI FEBBRILE PROLUNGATA

(a cura dello Specialista)

Somministrazione di Midazolam

Si certifica che il/la
bambino/a.....
....., nato/a il ha diagnosi
di.....

In caso di crisi convulsiva si consiglia di porre il paziente in posizione di sicurezza su di un fianco e, nel caso in cui la crisi si prolunghi oltre i cinque minuti, si dà indicazione alla somministrazione di Buccolam©
..... (specificare la dose) oro-mucosale.

L'intera quantità deve essere inserita lentamente nello spazio tra la gengiva e la guancia metà dose da un lato e metà dall'altro.

Se la crisi non cessa entro 1 minuto dalla somministrazione di midazolam, deve essere richiesta assistenza medica d'emergenza e la siringa vuota deve essere consegnata all'operatore sanitario, per fornire informazioni sulla dose ricevuta dal paziente.

Quando le crisi si ripresentano dopo una risposta iniziale, una seconda dose o una dose ripetuta non deve essere somministrata senza consultare prima il medico.

Il farmaco si può conservare a temperatura ambiente, purché lontano da fonti di calore.

Si dichiara , inoltre, che si tratta di un farmaco che può essere somministrato da personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento. La somministrazione del farmaco è ripetibile a breve distanza da precedente somministrazione in caso della persistenza di crisi convulsiva SOLO da personale medico specializzato.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

dott.....