



COMMISSIONE FEDERASMA ONLUS - SIAIP PER LA TUTELA DEL BAMBINO ALLERGICO

RACCOMANDAZIONI PER LA GESTIONE DEL BAMBINO ALLERGICO A SCUOLA

Estensori del documento:

Giovanni Cavagni (coordinatore)
Monica De Simone (assistente al coordinamento per FEDERASMA)
Sandra Frateiacchi (presidente FEDERASMA)
Luciana Indinnimeo (presidente SIAIP)
Francesco Paravati (past-president SIAIP)
Giuliano Perugini, Sandra Romano (componenti per FEDERASMA)
Giuseppe Baviera, Giovanna Monti (componenti per SIAIP)

SOMMARIO

Premessa. Il perché di questo documento	pag.	3
I. Allergia alimentare	»	5
1.1. Definizione	»	5
1.2. Epidemiologia	»	5
1.3. Quadro clinico e criteri di gravità	»	6
Bibliografia	»	7
II. Asma bronchiale	»	7
2.1. Definizione	»	7
2.2. Epidemiologia	»	7
2.3. Quadro clinico e criteri di gravità	»	7
Bibliografia	»	9
III. Prevenzione del rischio e gestione del bambino allergico in ambiente scolastico	»	9
3.1. Come certificare l'allergia alimentare	»	9
3.1.1. Diagnosi corretta	»	9
3.1.2. Certificazione chiara e dettagliata	»	10
3.2. Come certificare l'asma bronchiale	»	12
3.2.1. Diagnosi corretta	»	12
3.2.2. Certificazione chiara e dettagliata	»	12
3.3. Le buone norme di prevenzione del rischio e di gestione del bambino allergico	»	13
3.3.1. Le buone norme di prevenzione e di gestione in caso di allergia alimentare	»	13
3.3.1.1. La mensa	»	14
3.3.2. Le buone norme di prevenzione e di gestione in caso di asma bronchiale	»	15
3.3.2.1. Una sana qualità ambientale nella scuola	»	17
3.3.3. L'attività sportiva per il bambino allergico	»	21
3.3.3.1. Prevenzione dell'asma da esercizio fisico	»	21
3.3.3.2. Prevenzione dell'anafilassi indotta da esercizio fisico	»	22
3.3.4. Programmi di informazione/formazione per personale scolastico, studenti e famiglie	»	22
IV. Somministrazione dei farmaci a scuola	»	23
4.1. Sentenze, iniziative ed esperienze	»	23
4.2. Conclusioni	»	24
Appendice. Aspetti giuridici della somministrazione dei farmaci a scuola	»	27
Glossario	»	31
Indice delle tabelle		
Tab. I. Segni premonitori di anafilassi sistemica	»	6
Tab. II. Criteri per la definizione di anafilassi	»	6
Tab. III. Classificazione di gravità dell'attacco acuto d'asma	»	8
Tab. IV. Classificazione della gravità dell'asma bronchiale	»	8
Tab. V. Livelli di controllo dell'asma bronchiale	»	9
Indice dei moduli		
Mod. 1. Modulo per la diagnosi di allergia alimentare accertata	»	11
Mod. 2. Modulo di certificazione temporanea di sospetta allergia alimentare	»	11
Mod. 3. Modulo per la diagnosi di asma bronchiale accertata	»	12
Mod. 4. Modulo di certificazione temporanea di sospetta asma bronchiale	»	13
Mod. 5. Piano terapeutico individuale del bambino allergico	»	25
Mod. 6. Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci a scuola	»	26

Premessa

Il perché di questo documento

Nell'ambito del Protocollo d'Intesa sottoscritto nell'ottobre 2007 tra FEDERASMA Onlus – Federazione Italiana delle Associazioni di Sostegno ai malati Asmatici e Allergici – e SIAIP – Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica – è stata istituita nel 2009 la “Commissione per la tutela del Bambino Allergico”, un gruppo di lavoro, composto da esponenti di entrambe le organizzazioni, che ha come obiettivo quello di identificare e studiare le tematiche di interesse strategico per la tutela, in ogni ambito di vita, della salute e dei diritti del bambino allergico (d'ora in poi BA).

La Commissione ha il mandato di definire documenti, proporre procedure operative, stilare raccomandazioni che possano essere immediatamente fruibili ed applicabili nel quotidiano, rivolte a tutte le Istituzioni, sanitarie, politiche ed amministrative, con l'obiettivo che possano determinarsi i presupposti per la definizione di scelte sanitarie, politiche e normative che assicurino le migliori modalità di difesa del bambino con patologia allergica, con particolare riguardo al bambino a rischio di anafilassi e di attacco acuto grave di asma bronchiale.

Consapevole che la salute del bambino dipende molto dall'interazione dinamica tra le sue condizioni di salute ed i fattori ambientali, familiari e personali in cui egli vive, fattori in grado di influenzare enormemente la sua qualità di vita e il suo grado di disabilità¹, la Commissione ha ritenuto prioritario dedicare il suo primo lavoro alle problematiche legate alla “Ge-

stione del bambino allergico a scuola”, luogo in cui il Bambino trascorre dalle quattro alle otto ore al giorno e che rappresenta l'Istituzione più importante, accanto alla Famiglia, che, preposta alla sua educazione, ne determina la corretta crescita, per un appropriato equilibrio psico-fisico².

Perché la scuola possa essere pronta a garantire al BA il soddisfacimento dei suoi “bisogni educativi speciali” è necessario che essa adotti “Modelli Integrati di Prevenzione, Gestione e Assistenza Scolastica”, che devono essere realizzati con il contributo di tutti gli operatori che a vario titolo operano nella scuola o interagiscono con essa: dirigenti scolastici, insegnanti, educatori, personale tecnico e amministrativo (ATA), assistenti educativo- culturali (AEC), addetti alle pulizie, alle mense, fornitori esterni, Servizi medici competenti [pediatri di libera scelta (d'ora in poi: PLS), medici di medicina generale (d'ora in poi: MMG), ambulatori specialistici accreditati (d'ora in poi: ASA), Aziende sanitarie del territorio], Enti Locali, la famiglia del BA, i compagni di classe e i loro genitori.

A contribuire alla realizzazione di tali *Modelli Integrati di Prevenzione, Gestione e Assistenza* mirano queste raccomandazioni.

La struttura sulla quale esse sono state elaborate si impernia su quattro capitoli:

- I. Allergia alimentare.
- II. Asma bronchiale.
- III. Prevenzione del rischio e gestione del bambino allergico in ambiente scolastico.
- IV. Somministrazione dei farmaci a scuola.

¹ Cfr. l. 5 febbraio 1992, n. 104 “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.” e successive modificazioni (l. 8 marzo 2000, n. 53 “Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città” e dl 26 marzo 2001, n. 151 “Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53” – <http://www.handylex.org/stato/I050292.shtml>). Il 21 maggio 2001, 191 Paesi partecipanti alla 54^a Assemblea Mondiale della Sanità hanno accettato la nuova *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), come “standard di valutazione e classificazione di salute e disabilità”. La classificazione elenca anche i fattori ambientali che interagiscono a determinare una situazione di disabilità. Questa infatti viene definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo (<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>).

² Si vedano, in proposito, Muraro A, Clark A, Beyer K, et al. *The management of the allergic child at school*. Allergy 2010;65:681 ss.; Baviera G, Capra L, De Martino A, et al. *Il bambino allergico-asmatico a scuola: un problema ancora tutto da risolvere*. Pneumologia Pediatrica 2008;32:15-25; Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. *2° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Convention on the Rights of the Child - CRC) in Italia*. In: *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia – la prospettiva del Terzo settore*, 2008, Capitolo VII, Parag. 2 “Somministrazione farmaci a scuola e assistenza sanitaria scolastica”, 124 (www.gruppocrc.net).

I primi due capitoli, di natura introduttiva – Allergia alimentare e Asma bronchiale – delineano i contorni scientifici del fenomeno, indicano i principi utili a riconoscerne i sintomi ed i criteri idonei a discernerne i gradi di gravità.

Entrambi sono corredati da tabelle. Il primo dalle tabelle “Segni premonitori di anafilassi sistemica”^{III} e “Criteri per la definizione di anafilassi”^{IV}. Il secondo dalle tabelle “Classificazione di gravità dell’attacco acuto d’asma”^V, “Classificazione della gravità dell’asma”^{VI} e “Livelli di controllo dell’asma”^{VII}.

Il terzo capitolo – Prevenzione del rischio e gestione del bambino allergico in ambiente scolastico – mira a delineare i principi ed a indicare i modelli utili per realizzare una efficace prevenzione del rischio e un’adeguata gestione del BA a scuola. Esso è strutturato in tre paragrafi.

I primi due, “Certificazione di Allergia Alimentare” e “Certificazione di Asma Bronchiale”, hanno l’obiettivo di stabilire i criteri per la redazione di una certificazione idonea a costituire la base per la presa in carico, da parte della scuola, del BA.

La compilazione del certificato attestante un’Allergia Alimentare od un’Asma Bronchiale è, infatti, l’atto formale più importante con il quale il medico si rapporta con l’istituzione scolastica, la quale deve predisporre tutti gli atti necessari alla tutela della salute di quel Bambino all’interno dell’ambiente scolastico durante tutto l’orario della sua permanenza a scuola. In caso di Allergia Alimentare, se il BA consuma i pasti (mensa/merenda) durante l’orario scolastico, la certificazione rappresenta l’atto formale per la predisposizione, da parte dei servizi preposti, del “pasto sostitutivo”.

Perché tale certificazione possa costituire uno strumento valido per una efficace prevenzione, ed un’adeguata gestione ed assistenza del BA è necessario che essa sia chiara e dettagliata.

Con questi aggettivi la Commissione intende sottolineare che tale certificazione deve costituire il risultato di un percorso codificato di diagnosi corretta e di relativa attestazione. Per tale ragione vengono, dunque, individuati i criteri di “diagnosi corretta”, la cui ese-

ecuzione e relativa certificazione deve essere garantita da un ASA.

La Commissione ritiene opportuno che il certificato per la scuola vada invece redatto, con allegata documentazione diagnostica dell’ASA, dal PLS o dal MMG del Servizio sanitario Nazionale (d’ora in poi SSN), che compila il piano terapeutico concordato con l’ASA.

Questi primi due paragrafi sono corredati da “Moduli di certificazione” proposti dalla Commissione.

Il primo paragrafo, “Certificazione di Allergia Alimentare”, contiene il “Modulo per la diagnosi di allergia alimentare accertata”^{VIII} ed il “Modulo di certificazione temporanea di sospetta allergia alimentare”^{IX}.

Il secondo paragrafo, “Certificazione di Asma Bronchiale”, contiene il “Modulo per la diagnosi di asma bronchiale accertata”^X ed il “Modulo di certificazione temporanea di sospetta asma bronchiale”^{XI}.

Completa il terzo capitolo un ultimo paragrafo, “Le buone norme di prevenzione del rischio e di gestione del bambino allergico”, nel quale sono esposte le norme per la prevenzione dei rischi di reazioni allergiche ed i modelli di gestione del BA.

Le norme di prevenzione mirano a creare un ambiente idoneo ad accogliere il BA. In caso di Allergia Alimentare, esse sono finalizzate all’obiettivo di evitare ogni assunzione e/o contatto accidentale con l’alimento allergenico. In caso di Asma Bronchiale, esse sono finalizzate all’obiettivo di garantire condizioni ambientali quanto più possibile prive degli elementi nocivi al BA.

I modelli di gestione mirano a istruire tutti coloro che a vario titolo operano nell’ambiente scolastico ad accogliere il BA, garantendogli una vita di relazione equilibrata e serena conformandosi al seguente principio: “Il BA ha diritto a prender parte alle esperienze e alle attività comuni con le stesse modalità degli altri alunni. È assolutamente da evitare il suo confinamento in luoghi separati che lo costringano a vivere la sua condizione come causa di esclusione.”

Esistono due luoghi e due momenti che, nella vita scolastica del BA, assumono un’importanza particolare, in ragione del rischio più alto che in essi egli corre.

^{III} Tab. I, p. 6.

^{IV} Tab. II, p. 6.

^V Tab. III, p. 8.

^{VI} Tab. IV, p. 8.

^{VII} Tab. V, p. 9.

^{VIII} Mod. 1, p. 11.

^{IX} Mod. 2, p. 11.

^X Mod. 3, p. 12.

^{XI} Mod. 4, p. 13.

Si tratta, per l'ipotesi di Allergia Alimentare, del momento del consumo dei pasti, ed, in particolare, della mensa scolastica. Alla prevenzione del rischio e alla gestione del BA con Allergia Alimentare in mensa è dedicato uno specifico paragrafo. In esso, in particolare, vengono delineate le norme di condotta che devono essere adottate lungo tutta la filiera operativa per la somministrazione del "pasto sostitutivo": approvvigionamento, preparazione, trasporto, distribuzione del cibo^{xii}.

Altro luogo ed altro momento che assume particolare importanza per il BA, sia con Allergia Alimentare sia con Asma Bronchiale, è costituito dalla palestra, dal luogo, vale a dire, nel quale viene prevalentemente esercitata a scuola l'attività sportiva. Ad essa è dedicato uno specifico paragrafo, nel quale vengono indicate le norme per la sua corretta gestione sia per l'ipotesi di asma, sia per l'ipotesi di *anafilassi indotta da esercizio fisico*.

Il quarto capitolo – Somministrazione dei farmaci a scuola – ha ad oggetto il tema dell'assistenza del BA nell'ipotesi in cui egli abbia bisogno della somministrazione di farmaci, prevalentemente in corso di reazione anafilattica o di attacco acuto d'asma bronchiale. In esso sono indicati le prassi attualmente esistenti sul territorio nazionale ed i progetti che mirano alla realizzazione di "Modelli Integrati di Prevenzione, Gestione e Assistenza" per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico.

A completamento del capitolo viene proposto un modello di "Piano Terapeutico Individuale del Bambino Allergico".

In appendice, infine, è inserito un capitolo sugli "aspetti giuridici della somministrazione dei farmaci a scuola"^{xiii}.

I. Allergia alimentare

1.1. Definizione

Con il sintagma "ipersensibilità ad alimenti" vengono comprese tutte le reazioni avverse, obiettivabili e riproducibili, che compaiono con 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-mediate¹.

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*. La vecchia denominazione di intolleranza alimentare, o termini ambigui come "pseudo-allergie alimentari" o "reazioni pseudo-allergiche" dovrebbero essere evitati.

Benché potenzialmente tutti gli alimenti possano causare reazioni allergiche, e con alcune differenze tra i diversi Paesi imputabili alle diverse abitudini alimentari, i cibi più frequentemente in causa nel dare allergia (i cosiddetti allergeni maggiori) sono rappresentati da proteine del latte vaccino, dell'uovo, del grano (frumento e tutti i cereali che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico), della frutta secca con guscio, dell'arachide, del pesce e di crostacei e molluschi. Le proteine del latte, dell'uovo, del grano e del pesce sono quelle più frequentemente responsabili nel nostro Paese delle forme allergiche nei primi anni di vita.

1.2. Epidemiologia

La prevalenza dell'ipersensibilità alimentare nella popolazione generale è stata a tutt'oggi misurata attraverso la auto-compilazione da parte degli intervistati di questionari (*self-reports*) molto difformi tra loro e privi di validazione e/o standardizzazione. Il range di valori osservati si estende, infatti, da un minimo del 4-5% in Spagna, Portogallo e Francia ad un massimo del 22-25% in Germania e Svezia, con un valore medio pari al 10-20% nella popolazione adulta generale. Se si valuta, tuttavia, la prevalenza della vera Allergia Alimentare sul risultato del *Test di Provocazione Orale (TPO)*, il sospetto di ipersensibilità agli alimenti viene convalidato solo nell'1,4-2,4% della popolazione generale. Secondo le stime maggiormente accreditate in letteratura, l'allergia alimentare ha il massimo

^{xii} Si vedano le *Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica* (Rep. n. 2/CU del 29 aprile 2010) oggetto della Intesa tra Governo, Regioni, Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1248_allegato.pdf

^{xiii} A cura della dott.ssa Monica De Simone, Presidente A.R.I.-AAA3 ONLUS, Associazione per la Ricerca nell'Infanzia in materia di Allergia Asma Ambiente, aderente a FEDERASMA Onlus, Ricercatore confermato di Diritto Romano, Università degli Studi di Palermo.

della sua prevalenza in età pediatrica, interessando il 4-7% dei bambini in età scolare. Ad esempio, nel nostro Paese, all'età di 5 anni ben l'85% di queste forme va in remissione; all'età di 10 anni il fenomeno diventa raro e solo il 2 % dei ragazzi manifesta ancora problemi di allergia alimentare, percentuale sostanzialmente sovrapponibile a quella dell'adulto (1-2%). Tra tutte le Allergie Alimentari quella alle proteine del latte vaccino è in assoluto la più frequente nel primo triennio di vita^{2 3 6}.

La frequenza dell'Allergia Alimentare grave (*anafilassi*) viene stimata orientativamente pari a circa 10-15 casi/100.000 bambino/anno. Dal momento che gli alimenti sono la causa più frequente degli episodi anafilattici nell'infanzia (42-57% dei casi), si può ipotizzare che l'incidenza dell'*anafilassi* da allergeni alimentari nell'infanzia raggiunga circa il 4-6 casi/100.000/anno. In Italia il latte vaccino, le uova, il pesce e la frutta secca rappresentano i quattro alimenti più frequenti in ordine decrescente di importanza; le arachidi e la frutta secca risultano essere responsabili del 30-43% degli episodi gravi di *anafilassi* da alimenti e del 71-94% dei casi di *anafilassi* da alimento con esito letale nei bambini ed adolescenti⁷.

1.3. Quadro clinico e criteri di gravità

Non esiste un quadro clinico patognomonico di Allergia Alimentare: essa può coinvolgere più organi e apparati, anche nello stesso soggetto, con sintomi di gravità variabile e tempi di latenza molto diversi a seconda del meccanismo immunologico sotteso alla reazione allergica. La sindrome allergica orale (SOA) è la manifestazione allergica più frequentemente dimostrabile, mentre l'eczema, i disturbi gastrointestinali e l'orticaria vengono riferiti frequentemente, ma solo in una minoranza dei casi la diagnosi viene poi confermata in seguito ad un accurato iter diagnostico.

L'*Anafilassi* è un evento raro ma pericoloso ed è definito come "una grave reazione allergica, immediata, sistemica, IgE-mediata, che interessa almeno due organi o apparati – cutaneo, gastrointestinale, respiratorio, cardiovascolare, neurologico – in rapida sequenza, potenzialmente letale". I sintomi, la cui velocità di insorgenza è direttamente proporzionale alla loro drammaticità, compaiono in un lasso di tempo variabile da pochi minuti a un massimo di due ore dall'ingestione e talora anche dal solo contatto cutaneo o dalla sola inalazione di particelle allergeniche aerodisperse.

^{xiv} Si veda *infra*, p. 22.

Tab. I. Segni premonitori di anafilassi sistemica.

•	senso di calore cutaneo
•	formicolio e prurito al cuoio capelluto, al meato acustico esterno, alle labbra, al cavo orale
•	eritema e/o edema e/o prurito al palmo delle mani e/o alla pianta del piede e/o in sede perigenitale
•	prurito nasale, starnuti, rinorrea sierosa
•	iperemia e prurito congiuntivale, lacrimazione

Tab. II. Criteri per la definizione di anafilassi.

L'anafilassi è molto probabile se viene soddisfatto uno dei seguenti tre criteri:

1)	Esordio acuto (da minuti a alcune ore) con coinvolgimento della cute o delle mucose o di entrambe [es. orticaria generalizzata, prurito o vampate di calore (flushing), rigonfiamento di labbra, lingua, ugola] e almeno uno dei seguenti eventi: <ul style="list-style-type: none"> - compromissione respiratoria (dispnea, broncospasmo, stridore, riduzione del PEF, ipossiemia); - riduzione della pressione arteriosa o sintomi di disfunzione di organo (ipotonia-collasso, incontinenza).
2)	Due o più dei seguenti eventi, che si verificano rapidamente dopo l'esposizione a un probabile allergene per quel paziente (da minuti a alcune ore): <ul style="list-style-type: none"> - interessamento della cute-mucose (come sopra); - compromissione respiratoria (come sopra); - riduzione della pressione arteriosa o sintomi associati (come sopra); - sintomi gastrointestinali persistenti (dolori addominali crampiformi, vomito).
3)	Riduzione della pressione arteriosa dopo esposizione a un allergene conosciuto per quel paziente (da minuti a alcune ore): <ul style="list-style-type: none"> a) nei lattanti e bambini: bassa pressione sistolica (per l'età) o diminuzione di oltre il 30% della pressione sistolica; b) adulti: pressione sistolica inferiore a 90 mmHg o riduzione di oltre il 30% della pressione basale.

In caso di *Anafilassi Indotta da Esercizio Fisico* (AIEF), forma di allergia alimentare in cui la sintomatologia si manifesta solo se l'alimento viene assunto prima di uno sforzo fisico^{xiv}, i sintomi possono comparire anche a distanza di 2-4 ore. Essi sono spesso preceduti da segni e/o sintomi premonitori o da elementi isolati di tipo orticarioide, cui fa seguito l'interessamento di altri

organi, tra cui spesso predomina la compromissione dell'apparato respiratorio con una grave crisi asmatica, culminando con l'ipotensione e lo shock⁴ (Tab. I). A seconda degli organi e/o apparati coinvolti l'anafilassi assume una diversa gravità (Tab. II).

Il coinvolgimento dell'apparato respiratorio e cardiovascolare conferisce maggiore gravità alla reazione allergica, determinando pericolo di vita. Le reazioni allergiche inizialmente più lievi possono, tuttavia, evolvere in forme di maggior severità⁵.

I soggetti a rischio di Anafilassi devono sempre tenere a disposizione come pronto soccorso:

- adrenalina (fiala da 1 ml intramuscolo o in penna autoiniezzante);
- antistaminico endovena o intramuscolo;
- corticosteroidi endovena o intramuscolo;
- beta2-agonisti a breve durata di azione (salbutamolo).

Bibliografia

- ¹ Johansson SGO, Hourihane JO'B, Bousquet J, et al. *Position Paper. A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force.* Allergy 2001;56:813-24.
- ² Aarsdom HA, Hirasing RA, Rona RJ, et al. *Food intolerance (food hypersensitivity) and chronic complaints in children: the parent's perception.* Eur J Pediatr 1997;156:110-12.
- ³ Eggesbo M, Botten G, Halvorsen R et al. *The prevalence of CMA/CMPI in young children: the validity of parentally perceived reactions in a population-based study.* Allergy 2001;56:393-402.
- ⁴ Sampson HA. *Anaphylaxis and emergency treatment.* Pediatrics 2003;111;1601-8.
- ⁵ Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. *Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report – Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/ Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium.* J Allergy Clin Immunol 2006;117:391-7.
- ⁶ Liu AH, Jaramillo R, Sicherer SH, et al. *National prevalence and risk factors for food allergy and relationship to asthma: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006.* J Allergy Clin Immunol 2010;126:798-806.
- ⁷ Calvani M, Cardinale F, Martelli A, et al. *Anafilassi in pediatria.* Milano: Springer 2007.

II. Asma bronchiale

2.1. Definizione

L'asma bronchiale è una malattia cronica delle vie aeree caratterizzata da ostruzione bronchiale più o meno accessionale solitamente reversibile spontaneamente o in seguito alla terapia, da iperreattività bronchiale e da un accelerato declino della funzionalità respiratoria. Clinicamente, si manifesta con dispnea, respiro sibilante, tosse, senso di costrizione toracica, la cui intensità varia in rapporto alla entità della ostruzione bronchiale ed al grado della sua percezione da parte del paziente¹. I principali fattori di rischio che portano all'insorgenza dell'asma sono rappresentati da allergeni, sforzo fisico, infezioni respiratorie, farmaci, fumo di sigaretta, altri irritanti ambientali ecc.¹

2.2. Epidemiologia

Esistono solide evidenze per confermare che negli ultimi 20 anni la prevalenza di asma è aumentata in molti paesi, ma non esistono ancora dati sufficienti per stabilire le cause più plausibili di questo aumento. In Italia la sua prevalenza è stimabile intorno al 10% della popolazione pediatrica con un trend che sembra essersi stabilizzato negli ultimi 10 anni.

2.3. Quadro clinico e criteri di gravità

La manifestazione clinica di Asma Bronchiale è rappresentata classicamente dalla tosse, dall'affanno e dalla presenza di respiro sibilante dovuto alla broncoostruzione. La variabilità clinica tuttavia è molto ampia per cui vi sono bambini che presentano episodi asmatici piuttosto raramente e non hanno sintomi tra un episodio e l'altro, e bambini che hanno sintomi quotidiani anche gravi che compromettono la loro qualità di vita al punto tale da impedire la normale attività fisica o addirittura richiedere l'assenza da scuola.

La *crisi di asma* (o riacutizzazione) è episodica, ma l'infiammazione delle vie aeree è presente cronicamente. In molti casi l'asma necessita di terapia quotidiana a lungo termine 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. È necessario tenere sempre a disposizione come pronto soccorso beta2-agonisti a breve durata di azione (salbutamolo spray) e corticosteroidi per os (Tab. III)².

L'asma può essere classificata in base alla *frequenza*

Tab. III. Classificazione di gravità dell'attacco acuto d'asma.

Segni	Lieve	Moderato	Grave	Arresto respiratorio imminente
Capacità di parola	Discorsi	Frase	Poche parole	–
Frequenza respiratoria	Normale	Aumentata	Aumentata	Bradipnea/gasping
Colorito	Normale	Pallore	Pallore/cianosi	Cianosi
Sensorio	Normale	Agitazione	Agitazione intensa	Confusione/sopore
Sibili	Fine espiratorio	Espiratorio	Espiro/inspiro	assente
Uso muscoli accessori	Assente	Moderato	Marcato	Movimenti toraco-addominali paradossi
Frequenza cardiaca	Normale	Aumentata	Aumentata	–

Frequenza respiratoria (valori normali)	Frequenza cardiaca (valori normali)
< 2 mesi: < 60/min	1-2 mesi: < 160/min
2-12 mesi: < 50/min	1-3 anni: < 120/min
> 1-5 anni: < 40/min	2-8 anni: < 110/min
6-9 anni: < 30/min	> 9 anni: < 90/min
9-14 anni: < 20/min	

Tab. IV. Classificazione della gravità dell'asma bronchiale (caratteristiche cliniche in assenza di terapia).

	Sintomi	Sintomi Notturni	FEV ₁ o PEF
Livello 4 Grave Persistente	Continui Attività Fisica Limitata	Frequenti	FEV ₁ ≤ 60% del predetto Variabilità PEF > 30%
Livello 3 Moderata Persistente	Quotidiani Le riacutizzazioni turbano le normali attività	> 1 volta alla settimana	FEV ₁ 60-80% del predetto Variabilità PEF > 30%
Livello 2 Lieve Persistente	> 1 volta alla settimana, ma < 1 volta al giorno	> 2 Volte Al Mese	FEV ₁ ≥ 80% del predetto Variabilità PEF 20 - 30%
Livello 1 Intermittente	< 1 alla settimana Asintomatico e PEF normale in fase intercritica	≤ 2 Volte Al Mese	FEV ₁ ≥ 80% del teorico Variabilità PEF < 20

La presenza di almeno uno dei criteri di gravità è sufficiente per la classificare un paziente in un determinato livello di gravità.

degli attacchi e alla loro gravità in asma intermittente e asma persistente di grado lieve, moderato o grave. I bambini con asma intermittente ma con gravi riacutizzazioni, dovrebbero essere considerati come affetti da asma persistente di grado lieve o moderato (Tab. IV)¹. Attualmente la classificazione dell'asma si basa sul controllo della malattia: tale indice composito include tutte le principali misure cliniche e funzionali (Tab. V)¹. La rivalutazione periodica dell'ottenuto controllo permette di adeguare la terapia sia aumentando che diminuendo i farmaci. La gravità della malattia è

diversa da individuo ad individuo e può variare nello stesso soggetto nel tempo.

La crisi acuta d'asma non è necessariamente relazionata alla frequenza e persistenza dei sintomi.

Le scelte terapeutiche sono basate sulla gravità.

Un approccio graduale al trattamento farmacologico dell'asma ha lo scopo di mantenere sotto controllo la malattia usando la minore quantità possibile di farmaci e dovrebbe tener conto del trattamento più aggiornato, delle proprietà farmacologiche e della disponibilità di trattamenti antiasmatici.

Tab. V. Livelli di controllo dell'asma bronchiale.

Caratteristiche	Controllata	Parzialmente Controllata	Non controllata
Sintomi giornalieri	Nessuno (< 2/settimana)	> 2/settimana	
Limitazioni	Nessuna	saltuarie	
Sintomi notturni/risvegli	Nessuno	sporadici	3 o più caratteristiche clinico-strumentali presenti nell'asma parzialmente controllata
Necessità di farmaco al bisogno	Nessuno (<2/settimana)	<2/settimana	
Funzione polmonare (PEF o FEV ₁)	Normale	< 80% del predetto o del personal best (se noto)	
Riacutizzazioni	Nessuna	1 o più per anno ¹	1 in qualsiasi settimana ²

¹ Qualsiasi riacutizzazione dovrebbe essere prontamente seguita da una revisione del trattamento di mantenimento per assicurarsi che esso sia adeguato.
² Per definizione 1 riacutizzazione in una qualsiasi delle settimane di monitoraggio rende l'intera settimana non controllata.

Nella cura dell'asma è importante uno stretto rapporto di collaborazione tra medico, bambino, genitori ed insegnanti, al fine di permettere ai bambini e alle famiglie il controllo della malattia sotto la guida del personale medico.

L'asma non è una malattia di cui vergognarsi né tale da giustificare una ridotta attività fisica. Numerosi campioni sportivi sono asmatici e molte persone con asma conducono vite assolutamente normali. Nelle forme più gravi l'asma necessita di terapia quotidiana a lungo termine per tenere sotto controllo i sintomi, migliorare la funzionalità respiratoria e prevenire le riacutizzazioni.

Bibliografia

- 1 Global Initiative for Asthma. Linee-Guida Italiane 2010. www.ginasma.it
- 2 Indinnimeo L. *Gestione dell'attacco acuto di asma in età pediatrica*. Linee Guida S.I.P. Ital J Pediatr 2007;33(Suppl 1):S14-33.

III. Prevenzione del rischio e gestione del bambino allergico in ambiente scolastico

La presa in carico, da parte della scuola, del BA deve avvenire sulla base di una *certificazione*. Essa rappresenta l'atto formale sulla base del quale l'istituzione scolastica dovrà predisporre tutti gli atti necessari alla tutela della salute di quel Bambino all'interno dell'ambiente scolastico, durante tutto l'orario della sua permanenza a scuola.

Perché tale *certificazione* possa costituire uno strumento valido per una corretta prevenzione, gestione ed assistenza del BA è necessario che essa sia *chiara e dettagliata*, deve, vale a dire, costituire il risultato di un percorso codificato di *diagnosi corretta* e di relativa attestazione. L'esecuzione e relativa certificazione deve essere garantita da un ASA.

Il certificato per la scuola ed il piano terapeutico personalizzato vanno redatti, con allegata documentazione diagnostica dell'ASA, dal PLS o dal MMG del SSN, Istituzione medica preposta a mantenere il rapporto privilegiato con la scuola.

3.1. Come certificare l'allergia alimentare

Le reazioni avverse agli alimenti rappresentano un problema molto avvertito dalla popolazione. Questa è portata a sovrastimarne la frequenza e quindi a sottostimare le conseguenze psicologiche e nutrizionali della dieta di eliminazione. È possibile che alla base di questo atteggiamento possano operare sia una cattiva informazione, che favorisce un rilievo ingiustificato ad argomenti privi di una solida base sperimentale, sia un atteggiamento di eccessiva disinvoltura nell'attribuire all'ipersensibilità alimentare disturbi non riconducibili a diagnosi eziologiche alternative.

Dal momento che la terapia dell'allergia alimentare consiste nell'eliminazione dell'alimento offendentente e che ogni esclusione dietetica comporta costi e rischi nutrizionali per il paziente, la diagnosi deve essere effettuata secondo un preciso ed attendibile protocollo diagnostico.

3.1.1. Diagnosi corretta

La *diagnosi* specifica di Allergia Alimentare deve essere basata su un *iter* diagnostico scientificamente

validato. Essa è clinica e può essere posta solo dopo l'osservazione diretta di quanto accade con l'eliminazione e la reintroduzione dell'alimento. Viene impostata sulla base dell'anamnesi mentre la positività allo Skin Prick Test (d'ora in poi SPT) o il dosaggio delle IgE specifiche, rappresentano uno strumento di supporto al ragionamento clinico.

La *dieta di eliminazione diagnostica* consiste nell'escludere dalla dieta l'alimento sospettato per almeno due settimane o per periodi più lunghi in presenza di sintomi gastrointestinali. Se, al termine del tempo previsto, si è verificato un significativo miglioramento clinico (non più comparsa di sintomi immediati o tardivi), vi è una prima conferma della diagnosi a cui dovrà seguire subito il *TPO* di definitiva o a distanza di tempo, se i sintomi iniziali sono stati di evidente *anafilassi*. Il *TPO* di conferma consistente nella reintroduzione controllata del cibo eliminato. Il miglioramento della sintomatologia dopo dieta di eliminazione diagnostica costituisce la premessa necessaria all'esecuzione del *TPO*, che è ancora oggi l'esame più affidabile (*gold standard*) per la dimostrazione di un rapporto causa-effetto tra l'ingestione di un alimento e le conseguenze cliniche, benché non chiarisca il meccanismo patogenetico coinvolto.

Il Position Paper dell'EAACI^{XV}, tuttavia, ha contribuito a definire alcuni aspetti metodologici del test, quanto meno nelle reazioni IgE mediate agli alimenti, anche se non esiste una vera e propria standardizzazione. La diagnosi di allergia alimentare è quindi ancora oggi clinica e gli esami svolgono solo un ruolo di supporto alla diagnosi eziopatogenetica.

Garante della diagnosi. La definizione diagnostica viene affidata all'Ambulatorio Specialistico Accreditato (ASA) per la diagnosi di allergia alimentare. È necessario che, oltre alle procedure cliniche e di diagnostica allergologica di primo livello per l'Allergia Alimentare (SPT), l'ASA sia idoneo ad eseguire *TPO* per la diagnostica di allergie alimentari, sia collegato con un laboratorio per il dosaggio delle IgE specifiche verso estratti allergenici o singole molecole utilizzando metodiche standardizzate e con una validazione internazionale, e sia supportato da un servizio di emergenza-urgenza.

In ogni caso, dalla definizione diagnostica deve risultare chiaro l'iter comprendente l'inquadramento clinico, l'alimento in causa ed il test di conferma.

Vanno assolutamente banditi dal percorso diagnostico tutti i test privi di solide evidenze scientifiche, i cosiddetti test alternativi (come analisi del capello, Vega-test, Dria-test, test Citotossico, ecc.).

3.1.2. *Certificazione chiara e dettagliata*

Come deve essere formulata. La diagnosi deve essere comprovata dall'esecuzione delle seguenti procedure diagnostiche essenziali scientificamente validate:

- documentazione clinica della sintomatologia causata dal contatto con l'alimento, del tempo intercorso tra assunzione dell'alimento stesso e comparsa dei sintomi da reazione anafilattica;
- test allergologico in vivo (*SPT*, *prick by prick* con alimento fresco, eventuali intradermoreazioni) positivo concordante con il sospetto diagnostico;
- test allergologico in vitro (dosaggio IgE specifiche – metodo quantitativo) positivo concordante con il sospetto diagnostico;
- *TPO* positivo con l'alimento eliminato dalla dieta per un congruo periodo di tempo;

Il riscontro documentato dall'ASA del rapporto temporale e quantitativo tra insorgenza dei sintomi e cibo offendente determinerà la gravità del caso. La formulazione della diagnosi dovrà essere redatta secondo il modello in allegato^{XVI}.

Chi formula il certificato per la scuola. Il certificato per la scuola è redatto dal PLS o dal MMG del SSN, con allegata la diagnosi di Allergia Alimentare effettuata dall'ASA.

Nel caso in cui, all'inizio della frequenza a scuola, od in caso di insorgenza dell'Allergia Alimentare durante l'anno scolastico, non sia terminato il percorso diagnostico presso un'ASA, il PLS o MMG del SSN dovrà predisporre una certificazione provvisoria, valida per il tempo necessario, formalmente dichiarato dalla struttura specialistica, entro il quale il BA avrà completato gli accertamenti^{XVII}.

^{XV} Bindslev-Jensen C, Ballmer-Weber BK, Bengtsson U, et al. *Standardization of food challenges in patients with immediate reactions to foods – position paper from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology.* Allergy 2004;59:690-7.

^{XVI} Si veda il Mod. 1, p. 11.

^{XVII} Si vedano i Modd. 1-2, p. 11.

MODULO 1

Modulo per la diagnosi di allergia alimentare accertata (a cura dell'Ambulatorio Specialistico Accreditato)

Il/la Bambino /a
Nato/a a: il
Residente a: via
Codice Fiscale o tessera sanitaria:
Tel:
è affetto/a da
con l'assunzione di

SPT positivi per
IgE specifiche per U/I
 Quantità di alimento in grado di scatenare i sintomi

In base alle procedure diagnostiche eseguite, il/la bambino/a è risultato/a essere allergico/a al/i seguente/i alimento/i, che dovrà/ dovranno pertanto essere escluso/i dalla dieta:

- PROTEINE DEL LATTE VACCINO (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);
(Indicare se il bambino può mangiare la carne bovina si no)
 - PROTEINE DELL'UOVO (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);
(Indicare se il bambino può mangiare la carne di pollo si no)
 - PROTEINE DEL FRUMENTO e di tutti i cereali che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)
 - PROTEINE DEL/I PESCE/I
(Indicare il/i pesce/i allergenici:)
(Indicare quale/i pesce/i sono invece assunti e tollerati:)
 - FRUTTA SECCA CON GUSCIO
(Indicare quale/i frutta secca è allergenica:)
(Indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono assunti e tollerati:)
 - ALTRI ALLERGENI ALIMENTARI
-, il

MODULO 2

Modulo di certificazione temporanea di sospetta allergia alimentare (a cura del PLS o del MMG del SSN)

Si certifica che
Nato/a a: il
Residente a: via
Codice Fiscale o tessera sanitaria:
Tel:
ha presentato il seguente quadro clinico

ed è in corso un *iter* diagnostico volto a indagare la presenza di ALLERGIA ALIMENTARE o per il quale è già in corso l'iter diagnostico volto ad escludere altre patologie in diagnosi differenziale.

Il/la bambino/a, in attesa della definizione diagnostica, dovrà seguire una dieta priva del/i seguente/i alimento/i in attesa degli esiti degli accertamenti in corso/proposti.

....., il

3.2. Come certificare l'asma bronchiale

Nonostante l'asma bronchiale sia la malattia respiratoria di gran lunga più frequente nell'età dello sviluppo, la sua diagnosi è sottostimata e riconosciuta spesso solo nelle sue fasi più conclamate di ostruzione bronchiale (evidente sibilo espiratorio). Infatti ricorrenti episodi di tosse secca che perdura più giorni senza evidente sibilo espiratorio, vengono scambiati con infezioni bronchiali acute. La comparsa improvvisa di tosse secca anche senza broncospasmo dopo esercizio fisico, deve far sospettare l'asma bronchiale così come il rapido miglioramento del sintomo respiratorio, con la rimozione del fattore scatenante o con l'appropriato trattamento inalatorio broncodilatatore, è la conferma di un broncospasmo acuto. In questi casi si impone la diagnosi di certezza attraverso un preciso ed attendibile protocollo diagnostico, come proposto dalle specifiche linee guida internazionali.

3.2.1. Diagnosi corretta

La diagnosi specifica di Asma Bronchiale deve essere basata su un iter diagnostico scientificamente valida-

to. Essa è clinica e si basa principalmente sulla storia clinica, sui dati soggettivi e obiettivi e sulle indagini strumentali che comprendono:

- Prove di funzionalità respiratoria
- Prove allergologiche in vivo e in vitro

3.2.2. Certificazione chiara e dettagliata

Come deve essere formulata. La diagnosi deve essere comprovata dall'esecuzione di:

Prove di funzionalità respiratoria:

- Spirometria basale con test di reversibilità dopo broncodilatatore
- Test da sforzo

Prove allergologiche in vivo e in vitro

- SPT per allergeni
- IgE specifiche per allergeni

Il riscontro documentato dall'ASA dei dati clinici e strumentali sopra indicati determinerà la formulazione della diagnosi che dovrà essere redatta secondo la Tab. IV^{XVIII}.

MODULO 3

Modulo per la diagnosi di asma bronchiale accertata (a cura dell'Ambulatorio Specialistico Accreditato)

Si certifica che

Nato/a a: il

Residente a: via

Codice Fiscale o tessera sanitaria:

Tel:

Sulla base del risultato delle seguenti indagini:

Prove di funzionalità respiratoria:

- spirometria basale con test di reversibilità dopo broncodilatatore
- test da sforzo (se spirometria basale nei limiti)

Prove allergologiche in vivo e in vitro:

- SPT per allergeni
- IgE specifiche per allergeni

è risultato/a affetto/a da Asma Bronchiale:

- Intermittente
- Persistente

- lieve
- moderata
- grave

- allergica
- non allergica
- prevalentemente da esercizio fisico

....., il

^{XVIII} *Supra* p. 8.

Chi formula il certificato per la scuola. Il certificato per la scuola è redatto dal PLS o dal MMG del SSN, con allegata la diagnosi di Asma Bronchiale effettuata dall'ASA.

Nel caso in cui, all'inizio della frequenza a scuola, od in caso di insorgenza dell'Asma Bronchiale durante l'anno scolastico, non sia terminato il percorso diagnostico presso un ASA, il PLS o MMG del SSN dovrà predisporre una certificazione provvisoria, valida per il tempo necessario, formalmente dichiarato dalla struttura specialistica, entro il quale il BA avrà completato gli accertamenti.

3.3. Le buone norme di prevenzione del rischio e di gestione del bambino allergico

Le norme di prevenzione mirano a creare un ambiente idoneo ad accogliere il BA in ogni luogo ed in ogni occasione di vita scolastica: in classe, nell'area cortilizia durante l'intervallo, nel campo-giochi, nella palestra, in gita scolastica, nei mezzi di trasporto utilizzati negli spostamenti previsti per attività didattiche.

Esse vanno conosciute ed applicate con particolare attenzione, per permettere al BA di vivere il tempo della scuola garantito dai rischi ai quali lo espongono quei fattori che possono scatenare reazioni avverse, anche gravi per la sua salute, potenzialmente fatali.

L'attuazione delle norme di prevenzione, inoltre, costituisce il presupposto imprescindibile perché possano essere rese efficaci le norme di gestione, completando in questo modo il piano generale della presa in carico corretta del BA.

Le norme di gestione, ratificate e condivise da tutto il personale, permettono di accogliere il BA, garantendogli una vita di relazione equilibrata e serena, in un percorso virtuoso, meglio se supportato anche da operatori esperti nel campo della comunicazione (*counselling*) e psicopedagogico.

3.3.1. Le buone norme di prevenzione e di gestione in caso di allergia alimentare

In caso di Allergia Alimentare è necessario conoscere i tempi di insorgenza, la durata e la gravità della reazione all'assunzione e/o contatto accidentale con l'alimento allergizzante, ben consapevoli che nelle forme immediate più gravi l'alimento anche in minima quantità (tracce) può scatenare reazioni fatali.

Per tale ragione, le norme di prevenzione, utili a creare un ambiente idoneo ad accogliere il BA, devono essere tutte finalizzate ad un unico obiettivo: evitare l'assunzione e/o il contatto accidentale con l'alimento allergenico.

Per il BA con allergia alimentare ad alto rischio per

MODULO 4

Modulo di certificazione temporanea di sospetta asma bronchiale (a cura del PLS o del MMG del SSN)

Si certifica che
Nato/a a: il
Residente a: via
Codice Fiscale o tessera sanitaria:
Tel:

Sulla base della visita da me effettuata risulta essere affetto da Asma Bronchiale per cui, in attesa di ulteriori accertamenti specialistici, si consigliano i seguenti provvedimenti:
.....
.....
.....

e si propone il seguente piano terapeutico dell'attacco acuto:
.....
.....
.....

Il presente certificato ha validità temporanea in attesa di conferma specialistica
....., il

Timbro del PLS/MMG

reazione grave e immediata, il luogo ed il momento di maggiore rischio è, senz'altro, la *mensa*. Ad essa è, per tale motivo, dedicato un paragrafo apposito. Ma non vanno affatto sottovalutati *altri luoghi ed altri momenti della vita a scuola*: gli intervalli ricreativi, la merenda, le ricorrenze, i trasferimenti, le escursioni all'aperto, le gite scolastiche. In queste contingenze, infatti, aumenta il rischio di contatto con l'alimento allergizzante, specie in tracce od occulto, attraverso il contatto con oggetti contenenti residui di proteine allergizzanti (posate, piatti, bicchieri, tovaglie, tovaglioli, spazzolino da denti) o attraverso la manipolazione di materiale contenente l'allergene utilizzato per gioco o ricerca, o, ancora, per contatti fisici tra bambini o adulti. Infine, non va mai dimenticato che l'*aereodispersione* di particelle allergeniche, soprattutto attraverso vapori di cottura, sebbene evenienza rara, è in grado di scatenare la reazione per via inalatoria.

La *formazione* del personale scolastico è lo strumento più efficace per prevenire i fattori di rischio succitati e per attuare l'*auspicato* percorso virtuoso, supportato da esperti nella formazione specifica e nella comunicazione più efficace, che coinvolga i compagni ed i loro genitori^{XIX}.

Infatti, con il coinvolgimento responsabile anche dei compagni nel rispetto delle norme di condotta, nella misura e nelle modalità idonee all'età di riferimento, si realizza un percorso, pedagogicamente fruttuoso, che accresce anche la capacità dei bambini a "stare insieme".

Le *norme di buona condotta* devono prevedere:

- il rispetto degli spazi e degli oggetti di pertinenza del BA con Allergia Alimentare, evitando di contaminarli con cibo a rischio;
- la rinuncia al contatto fisico sino a dopo la detersione delle parti venute a contatto con cibo a rischio;
- la consuetudine di convivenza con il BA con Allergia Alimentare nella consumazione dei pasti (pranzo e merende), ma evitando 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;
- la consuetudine di rimuovere i resti dei pasti o gli alimenti utilizzati a scopo didattico dai luoghi in cui è presente il BA con Allergia Alimentare (banco, pavimenti, cestini della spazzatura).

3.3.1.1. *La mensa. Le buone norme di condotta per la dieta speciale del bambino con allergia alimentare: approvvigionamento, preparazione, trasporto, distribuzione e somministrazione del pasto sostitutivo*

Una volta formulata la dieta speciale appropriata da parte del Servizio Mensa, coerente con la certificazione depositata, deve essere garantita l'assoluta assenza dell'allergene (garanzia di assenza assoluta di suoi contaminanti) in tutte le fasi organizzative del pasto per un BA con Allergia Alimentare: approvvigionamento, preparazione, trasporto, distribuzione e somministrazione.

È necessario che tutti gli operatori della scuola e dei servizi coinvolti nelle fasi organizzative del pasto per il BA con Allergia Alimentare siano adeguatamente formati.

Approvvigionamento delle derrate. L'ente pubblico o privato cui è affidato l'approvvigionamento delle derrate è direttamente responsabile dell'assoluta assenza dell'allergene, anche come fonte nascosta o come contaminante. Il suddetto ente dovrà farsi carico di formare il proprio personale con riguardo alla regolamentazione italiana e europea in materia di etichettatura degli alimenti, al problema dei rischi connessi alle contaminazioni e/o alle cosiddette fonti nascoste.

Gli alimenti confezionati devono essere garantiti dalla etichettatura, sulla quale non deve comparire l'alimento o suoi derivati, neanche nella dizione "potrebbe contenere tracce di..."; o nella formulazione "prodotto in uno stabilimento in cui si usa...". Questi alimenti confezionati non devono mai essere sostituiti da altri simili, senza la garanzia dell'etichettatura.

Le derrate alimentari consumate in giornata devono essere riportate su un apposito documento, indicante la tipologia del prodotto e i dati del bambino allergico cui sono destinate (cognome, nome, scuola, sezione e classe); tale documento dovrà seguire gli alimenti nel trasporto dal magazzino alla cucina e dovrà essere consegnato ai responsabili della cucina.

Le derrate non deperibili, già identificate in fase di allestimento con i dati del bambino allergico cui sono destinate, devono essere stoccate nella dispensa separatamente dalle altre.

Predisposizione del luogo di confezionamento. Il pericolo di contaminazione con l'alimento allergenico impone che il pasto sostitutivo venga preparato in un

^{XIX} Si veda *infra*, p. 22.

luogo separato da quello nel quale viene preparato il pasto collettivo, soprattutto in caso di bambini con pregressa *anafilassi*.

Ogni mensa deve, dunque, poter essere accreditata anche in relazione alla qualità dell'ambiente ed alla predisposizione di attrezzature apposite, distinte da quelle per la preparazione dei pasti ordinari.

La planimetria delle strutture predisposte alla preparazione ed al confezionamento dei pasti deve contenere l'indicazione di specifici spazi finalizzati alla preparazione del pasto sostitutivo: ogni mensa deve prevedere uno spazio dedicato alla preparazione dei pasti speciali. Nell'accreditamento della mensa dovrà essere evidenziata la presenza e l'adeguatezza di tali spazi.

Preparazione e confezionamento del pasto sostitutivo.

Alla preparazione del "pasto sostitutivo" deve essere impiegato personale specificamente formato sulle procedure da seguire per evitare errori, scambi di ingredienti e contaminazioni accidentali. Deve essere garantita l'assoluta mancanza di contaminazione con l'alimento allergenico delle mani di chi manipola gli alimenti e di chi prepara i pasti, dei piani di lavoro e degli utensili che devono essere specificamente dedicati alla preparazione del "pasto sostitutivo". Qualora sia prevista la cottura nel forno, la teglia contenente l'alimento per il bambino allergico deve essere sigillata e non deve essere infornata con le teglie destinate agli altri utenti della mensa. Una volta preparato, il "pasto sostitutivo" deve essere confezionato ed ermeticamente sigillato. Deve essere, infine, apposta l'etichetta di accompagnamento sulla quale deve risultare inequivocabilmente indicato il suo contenuto, l'alimento escluso ed il nome del destinatario (esempio di etichetta: nome e cognome dello studente; scuola..., sezione..., classe...; il pasto non contiene proteine del latte, non contiene uovo, ecc.).

Preparazione della sala pasto. Deve essere garantita al BA con Allergia Alimentare la fornitura di stoviglie e posate esclusivamente personali, rigorosamente separate da quelle normalmente usate nei vari passaggi della detersione, in modo che non vi possano essere rischi di contaminazione. Presso la sala di consumazione del pasto deve essere sempre consultabile una documentazione completa e aggiornata contenente il nome del bambino a dieta speciale ed il menù corrispondente a ciascuna dieta.

Manipolazione e distribuzione dei pasti. È necessario che fra gli operatori addetti alla somministrazione

ne del pasto vi sia sempre personale specificamente addestrato e dedicato alla gestione delle diete speciali. Al momento del ricevimento e dell'apertura della confezione, tale personale deve verificare che il pasto corrisponda a quanto specificato dal menù del BA attraverso la lettura dell'etichetta di accompagnamento del piatto sostitutivo. L'operatore deve poi sincerarsi che quel determinato piatto venga posto sul vassoio e somministrato al bambino cui esso è esplicitamente destinato.

Qualora l'alimento debba essere nuovamente riscaldato in mensa prima del consumo, il contenitore del pasto sostitutivo deve essere inserito nel forno (es: micro-onde) ancora sigillato.

Se deve essere controllata la temperatura al suo interno, deve essere utilizzato un termometro ad immersione dedicato.

Somministrazione e consumo. Il personale addetto, adeguatamente formato, sorveglia dall'inizio al termine la sicurezza della consumazione del pasto.

Al BA, inserito nel normale contesto sociale della mensa comune, deve essere garantita una serena consumazione del pasto sostitutivo, attraverso un controllo a distanza che eviti che i compagni che siedono accanto possano causare contaminazioni accidentali del cibo. Alla fine del pasto devono essere seguite le comuni norme igieniche per il lavaggio di bocca e mani con i comuni detergenti, a garanzia della sicurezza per le successive attività collettive.

Norme particolari:

- 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;
- 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 BA va esonerato dall'operazione nei giorni in cui il menù preveda l'alimento allergizzante.

3.3.2. Le buone norme di prevenzione e di gestione in caso di asma bronchiale

Le norme di prevenzione, utili a creare un ambiente idoneo ad accogliere il BA con Asma Bronchiale

devono essere tutte finalizzate a garantire una *sana qualità dell'aria*^{xx}.

È indiscusso che l'inquinamento costituito da particolato aerodisperso da sorgenti industriali e da traffico veicolare può condizionare negativamente la salute del bambino affetto da Asma Bronchiale e quindi la vicinanza di un plesso scolastico ad aree industriali o ad alta concentrazione di traffico "pesante" va considerato a maggior rischio di aggravamento per il BA. Segnalazioni di discomfort, sintomi respiratori e asma, sono stati registrati con frequenza crescente negli occupanti di edifici residenziali e scolastici, in cui erano presenti umidità o muffe visibili sulle superfici interne. Dallo studio pilota HESE-Health Effect of School Environment, del 2004-2005 che ha coinvolto 5 paesi europei, compresa l'Italia, su un campione di 21 scuole europee, è emerso che nell'aria interna delle scuole le concentrazioni di PM₁₀, CO₂, di muffe ed allergeni sono generalmente più elevate che nell'aria esterna, con evidenti conseguenze sulla salute dei bambini e dei ragazzi.

Analoghi risultati sono stati registrati anche dal progetto europeo SEARCH (School Environment and Respiratory Health of Children), condotto contemporaneamente in sei Paesi europei (Italia, Albania, Bosnia, Erzegovina, Serbia, Slovacchia)^{xxi}.

I risultati degli studi confermano che il diritto dei bambini, sancito dall'OMS nel 2000, di respirare aria pulita nella scuola non è stato ancora pienamente riconosciuto. Molto ancora resta da fare per raggiungere l'obiettivo principale della strategia denominata "SCALE" (*Science, Children, Awareness,*

Legal instrument, evaluation) e del Piano Europeo d'azione per l'ambiente e la salute 2004-2010^{xxii} che hanno indicato come prioritaria la prevenzione e la riduzione delle patologie respiratorie dei bambini conseguenti all'inquinamento atmosferico outdoor e indoor^{xxiii} e l'importanza di proteggere la salute dei bambini dalle minacce dell'ambiente quale investimento essenziale per assicurare un adeguato sviluppo umano ed economico. Tali principi, ribaditi dalla *V conferenza intergovernativa sul tema Ambiente e Salute* organizzata nel 2010 dalla World Health Organization / Europa - 2010, hanno rafforzato le basi per la definizione della prossima politica Europea ambientale e per la salute, dove *la protezione della salute dei bambini in un ambiente in continuo cambiamento* viene posta all'attenzione dell'agenda europea come una delle sfide emergenti per gli anni a venire: "Carta di Parma"^{xxiv}.

Con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di azioni utili a garantire ambienti di vita e di studio con una sana qualità dell'aria e a migliorare le condizioni degli ambienti scolastici^{xxv}, il Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM), Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Uff. II del Ministero della Salute, ha istituito nel 2008 un Gruppo di Lavoro Nazionale per la revisione e l'aggiornamento di un documento volto a focalizzare l'attenzione delle istituzioni, in primo luogo dell'istituzione scolastica, e della popolazione in generale, sull'importanza della qualità dell'aria degli ambienti scolastici sulla salute dei bambini e ad indicare linee operative per realizzare in tali ambienti (compresi gli spazi esterni e le mense), condizioni igienico-sanitarie e di sicurezza adegua-

^{xx} Si vedano le *Linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati* approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (G.U. n. 276 del 27 novembre 2001, supplemento ordinario N. 252).

^{xxi} Scopo del progetto SEARCH, promosso dal Ministero dell'Ambiente, della Tutela del Territorio e del Mare, attraverso l'Italian Trust Fund (ITF), in collaborazione con il REC-Ungheria (Regional Environmental Center for Central and Eastern Europe), è la promozione del miglioramento della qualità dell'aria indoor nelle scuole, per ridurre il rischio di problemi respiratori acuti e cronici e la frequenza delle crisi allergiche nei bambini sensibili. Il progetto è stato condotto contemporaneamente nei 6 paesi attraverso indagini ambientali nelle scuole selezionate per mezzo di questionari e campagne di misura ambientale indoor-outdoor, mentre la valutazione della salute respiratoria dei bambini si è basata su questionari ed analisi spirometriche su un campione di studenti di prima media. Oltre alla valutazione dello stato di salute delle scuole e dei bambini, il progetto ha consentito l'individuazione di misure facilmente attuabili nelle scuole per ridurre il rischio di esposizione dei bambini all'inquinamento indoor e di promuovere iniziative per ampliare la consapevolezza sui fattori di rischio ambientale nelle scuole. I risultati del progetto sono stati presentati a Parma nel corso della V conferenza Interministeriale Ambiente e Salute tenutasi a Parma dal 10 al 12 marzo 2010.

^{xxii} IV Conferenza intergovernativa Ambiente e Salute OMS Regione Europea – Budapest 2004

^{xxiii} CEHAPE - *Children Environment and Health Action Plan for Europe*.

^{xxiv} http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_717_allegato.pdf

^{xxv} Monitoraggio sulla sicurezza nelle scuole – Il punto sullo stato di applicazione della Legge 626/94 realizzato dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca risalente al 2001: Circolare n. 85 dell'8 maggio 2001.

http://archivio.pubblica.istruzione.it/news/2001/cm85_01.shtml.

http://www.edscuola.it/archivio/norme/decreti/dlvo626_94mon.pdf

te alle specifiche esigenze dei soggetti allergici e/o asmatici^{XXVI}.

Le misure proposte, anche se non prevengono necessariamente l'insorgenza delle malattie allergiche, possono contribuire ad attenuarne i sintomi, evitarne il peggioramento, prevenire crisi acute anche gravi ed, in ogni caso, possono contribuire al benessere ed al miglioramento della qualità della vita di tutte le persone che frequentano abitualmente la scuola, o per studio o per lavoro. Nonostante il miglioramento delle conoscenze eziopatogenetiche, cliniche e farmacologiche sulla patologia allergica respiratoria, il peggioramento del quadro epidemiologico e delle ricadute economiche e sociosanitarie, trova alcune motivazioni nell'azione e nella diffusione del fumo di tabacco e nell'alterazione della qualità dell'aria degli ambienti di vita confinati (casa, scuola, ecc.).

In base a questa premessa generale, il Personale Dirigente deve garantire l'assoluto rispetto delle norme igieniche e ambientali indispensabili ad evitare nella popolazione scolastica l'induzione di un attacco acuto di asma.

In ogni caso non va dimenticato che per il BA con Asma Bronchiale, l'allergia è la principale causa di reattività bronchiale; nella maggior parte delle regioni italiane l'esposizione agli acari della polvere e ai pollini (graminacee, paritaria, olivo, betulla, nocciolo, cipresso, ...) rappresenta il maggior carico allergenico in grado di scatenare, anche a scuola, un grave attacco di asma; non bisogna inoltre trascurare che in alcune condizioni ambientali e geografiche possono essere interessati altri allergeni come derivati animali (gatto, cane, cavallo, ...) e muffe ambientali e aerodisperse (alternaria, clodsporium, aspergillo, ...)

L'inhalazione di tali allergeni può indurre, in soggetti sensibilizzati, una rapida risposta infiammatoria, mentre ripetute esposizioni nel tempo possono causare l'insorgenza di Asma Bronchiale ad andamento cronico.

3.3.2.1. Una sana qualità ambientale nella scuola
Eliminazione esposizione al fumo di tabacco. Il fumo attivo e passivo rappresenta uno dei principali fattori in grado di scatenare sintomi di asma. Tutte le iniziative mirate a contrastare il fumo di tabacco attivo e passivo (rafforzamento dei controlli per l'applicazione della normativa vigente sul divieto di fumo^{XXVII}, sviluppo di programmi specifici per ridurre la prevalenza dei fumatori specialmente tra i giovani, riduzione dell'esposizione al fumo passivo, anche nelle aree all'aperto delle scuole, possono migliorare la qualità dell'aria interna a beneficio della salute dei bambini e degli adulti.

Le iniziative di prevenzione da attuare nelle scuole contro il fumo devono mirare:

- ad aiutare i ragazzi a comprendere i comportamenti volti ad uno stile di vita sano e libero dal fumo;
- a ridurre il numero dei ragazzi che iniziano a fumare;
- ad incentivare l'intenzione di rimanere "smoke-free" anche da adulti.

Controllo dell'aria interna. Nella scuola va garantito il controllo della qualità dell'aria interna (IAQ) e deve essere previsto e rispettato il livello di IAQ definito attraverso la fissazione di standard di qualità dell'aria e di ventilazione specifici per questi ambienti. Per valutare l'efficacia delle misure messe in atto per migliorare la IAQ a scuola, è necessario prevedere misure di monitoraggio degli indicatori di qualità dell'aria, con particolare riguardo a CO₂ e VOC ed i contaminanti microbiologici, le cui concentrazioni si riducono per effetto dell'aumento del ricambio d'aria. Va in oltre sottolineato che i rischi per la salute possono aumentare in presenza di particolari condizioni ambientali, quali mancanza di un adeguato ricambio dell'aria (sia naturale sia artificiale), ridotte dimensioni degli ambienti, sovraffollamento delle aule, utilizzo improprio

^{XXVI} Rep. Atti n. 124/CU del 18 novembre 2010 - Accordo tra Governo, Regioni, Province autonome di Trento e Bolzano, Province, Comuni e Comunità montane concernente *Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole dei fattori di rischio indoor per allergie ed asma*. Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 27 agosto 1997, n. 281.

<http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=8902&iddoc=29580&tipodoc=2&CONF=UNI>

2009 - costituzione della GARD-ITALIA – ALLEANZA CONTRO LE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE –, Organismo costituito in seno al Ministero della Salute che ha individuato 5 linee di attività, una delle quali ha l'obiettivo di definire un "Programma di prevenzione per le scuole dei rischi indoor per malattie respiratorie e allergiche".

<http://www.salute.gov.it/gard/paginaMenuGARD.jsp?lingua=italiano&menu=alleanza>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1206_allegato.pdf

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1602_listaFile_itemName_0_file.pdf

^{XXVII} Legge 03/2003 "Tutela della salute dei non fumatori", meglio conosciuta come legge Sirchia, entrata in vigore dal 10 gennaio del 2005.

prio dei prodotti utilizzati per le pulizie (dosi eccessive, miscela di più prodotti, ecc.), presenza di alte concentrazioni di PM₁₀, inquinanti ambientali esterni se la scuola è situata in prossimità di strade ad alto traffico veicolare.

Eliminazione/riduzione delle fonti e/o delle concentrazioni degli allergeni indoor. I principali allergeni aerodispersi presenti in un ambiente scolastico sono quelli derivati da acari e da animali domestici. Spesso sono presenti pollini, che derivano dall'ambiente esterno, e gli allergeni derivati da peculiari attività didattiche. Come precedentemente indicato, la presenza di derivati di animali domestici come quelli di cane e gatto anche in assenza degli animali stessi, è stata dimostrata in ambiente scolastico, sulla base di frequenti osservazioni di riacutezza di sintomatologia asmatica in bambini allergici causata dal trasporto dall'ambiente domestico all'ambiente scolastico dell'allergene veicolato attraverso gli abiti e le calzature dei bambini e del personale scolastico. L'esposizione ad allergeni *indoor* può essere ridotta con provvedimenti di bonifica ambientale mirati al tipo di allergene che si intende eliminare. Il metodo più efficace per ridurre l'esposizione è rimuovere la sorgente da cui deriva l'allergene.

Studi recenti dimostrano che le misure intese a ridurre la concentrazione ambientale di allergeni indoor (acari e animali domestici) andrebbero sempre applicate, nonostante le evidenze sperimentali attualmente disponibili rimangano controverse. L'uso di aspirapolvere con filtri HEPA^{xxviii} può contribuire a ridurre la concentrazione di allergeni indoor.

Di seguito sono indicate misure di carattere generale per la riduzione di fattori di rischio comuni e misure specifiche mirate al tipo di allergene che si intende eliminare.

Misure di profilassi di carattere generale

- Favorire sempre la ventilazione e il ricambio dell'aria (la presenza di condensa sui vetri delle finestre è indice di inadeguata ventilazione).
- Asportare quotidianamente la polvere dalle superfici (pavimenti, banchi, cattedre, ecc.) con panni umidi.
- Aspirare regolarmente ogni settimana con aspirapolvere dotati di filtri ad alta efficienza (HEPA).

- Effettuare una pulizia ambientale più accurata durante la stagione pollinica per evitare il depositarsi negli ambienti interni di quantità significative di allergeni outdoor (pollini). Nelle palestre ed in altri ambienti dove sono presenti moquette, tappeti, tessuti è opportuno associare all'aspirazione a secco, con aspirapolvere dotati di filtri ad alta efficienza, anche trattamenti a vapore.
- Sottoporre a periodiche sanificazioni anche gli strumenti di gioco dei bambini, come le "sabbionarie" (utilizzate soprattutto nelle scuole materne), che possono divenire facili ricettacoli di polvere, sporcizia o peli di animali.
- Nelle aule evitare la presenza di carta da parati, tappeti e moquette; limitare il più possibile il numero di imbottiti ed evitare la presenza di tendaggi all'interno dell'aula; utilizzare solo tendaggi esterni. Se ciò risultasse difficile da realizzare, utilizzare tende a vetro in tessuto liscio facilmente lavabili e detergerle almeno una volta al mese.
- Evitare l'accumulo di libri, giornali, materiali didattici sui quali possono proliferare muffe e acari.
- Preferire armadietti chiusi; evitando di conservare all'interno abiti, cibi e ogni altra cosa che possa rappresentare una sorgente di umidità o di accumulo di polvere.
- Appendere i cappotti preferibilmente all'esterno delle aule.
- Plastificare i poster e fogli di lavoro da esporre alle pareti, per facilitarne la pulizia con panni umidi.
- Evitare di tenere in classe piante ornamentali e limitarne l'uso a quelle indispensabili alle attività didattiche, favorendo l'uso di piante non allergizzanti assicurandone la corretta manutenzione per evitare la formazione di muffe.
- Mantenere la temperatura ambiente nei locali dove si svolge l'attività didattica e di lavoro intorno ai 18-20°C e un'umidità relativa a valori inferiori al 50%.
- Assicurare una corretta e regolare manutenzione degli impianti di riscaldamento, ventilazione o condizionamento.

Misure specifiche

ACARI

L'allergene è costituito dal prodotto di defecazione degli acari che si lega a particelle di grandi dimensioni che si

^{xxviii} High Efficiency Particulate Air Filters.

ritrovano principalmente nella polvere depositata e ladove incontrano condizioni di umidità e calore favorevoli alla loro crescita, come i materassi e gli effetti lettereci.

Provvedimenti più importanti per ridurre le concentrazioni indoor di allergeni degli acari

- Mantenere l'umidità relativa a valori inferiori al 50% e temperatura ambiente inferiore a 22°C.
- Ricoprire materassi e cuscini con fodere di tessuto antiacaro.
- Lavare frequentemente le lenzuola, i copricuscini e i coprimaterassi, e, possibilmente, le coperte, a $t > 60^{\circ}\text{C}$.
- Evitare la presenza di tappeti, tende, giocattoli, peluche, libri, giornali.
- Esporre gli effetti lettereci alla luce del sole.
- Cambiare l'aria frequentemente nella stanza.

GATTO, CANE E ALTRI ANIMALI DOMESTICI

Provvedimenti per limitare l'esposizione a derivati di animali domestici

- Usare sistemi di filtrazione dell'aria con filtri elettrostatici o filtri ad alta efficienza.
- Consigliare a insegnanti e studenti di non recarsi a scuola con gli stessi abiti indossati a casa e venuti a contatto con cani o gatti, o di indossarli solo dopo averli accuratamente lavati. A casa di tenere gli animali domestici al di fuori delle stanze da letto.
- Evitare la presenza di animali negli ambienti e nelle aree scolastiche.

MUFFE E SPORE FUNGINE

Le muffe si sviluppano soprattutto in condizioni di elevata umidità, principalmente su pareti e pavimenti umidi, nei sistemi di condizionamento d'aria, negli umidificatori, sul terriccio e sulle foglie di piante ornamentali. Il mezzo più efficace per ridurre l'esposizione a spore fungine è impedirne la crescita negli ambienti indoor o la loro dispersione nell'aria quando si rimuovono le muffe.

Provvedimenti per limitare l'esposizione a muffe e funghi

- Mantenere livelli di umidità $< 50\%$: usare deumidificatori se l'umidità rimane costantemente superiore.
- Evitare la formazione di condense sui vetri, favorendo un'adeguata ventilazione e ricambio d'aria.
- Usare soluzioni di ammoniaca 5% per rimuovere le muffe dai bagni o da altre aree contaminate.

- Eliminare le infiltrazioni d'acqua e riparare immediatamente eventuali perdite d'acqua negli ambienti interni.
- Eliminare tappeti, parati di stoffa o di carta.
- Limitare il numero delle piante ornamentali. Se presenti, rinvasare, spostare o innaffiare le piante, facendo molta attenzione, per evitare la dispersione di muffe nell'ambiente.
- Nelle cucine usare particolare attenzione nel rimuovere le muffe dalle guarnizioni, dei frigoriferi; svuotare e pulire frequentemente le vaschette di acqua dei frigoriferi auto sbrinanti e asciugare immediatamente tutto il materiale umido.

LATICE

Provvedimenti per limitare l'esposizione a lattice

- Evitare che nelle classi ed in altri locali di studio siano presenti manufatti in lattice.
- Gli arredi e le attrezzature in lattice devono essere rimossi; se indispensabili, o non rimovibili, devono essere coperti con teleria di cotone o pellicola alimentare di plastica o metallica.
- Valutare i rischi presenti nella palestra dove viene svolta l'attività fisica: verificare l'eventuale presenza di strumenti, suppellettili o altro materiale d'uso in lattice e attuare le misure necessarie per evitare l'esposizione dei soggetti allergici.
- Istruire il personale addetto alle pulizie dei locali circa le procedure da adottare: pulizia ad umido senza utilizzare guanti in lattice; i guanti in vinile o in polietilene possono sostituire quelli in lattice per le normali pulizie degli ambienti.
- Utilizzare guanti in vinile o in polietilene anche per la distribuzione dei pasti e la preparazione di cibi nelle cucine e nelle mense scolastiche.

Operazioni di pulizia e manutenzione degli ambienti scolastici. I prodotti per la pulizia annoverano, fra i loro componenti, un certo numero di sostanze chimiche (fragranze, solventi, ecc.) che, se inalate o manipolate impropriamente, possono causare irritazione delle mucose respiratorie o della pelle, fino a conseguenze più gravi nelle persone allergiche. Tali sostanze possono essere rilasciate nell'ambiente sia durante sia dopo le operazioni di pulizia, ma anche durante la conservazione dei prodotti.

Provvedimenti generali per le operazioni di pulizia e igiene degli ambienti scolastici (aule, sale comuni, corridoi, spogliatoi, bagni, mense, ripostigli, ecc.)

- Effettuare le operazioni di pulizia in assenza dei bambini e almeno qualche ora prima della loro entrata in classe.
- Aerare bene i locali durante e dopo le operazioni di pulizia.
- Spolverare e pulire sistematicamente gli oggetti e l'arredamento nelle aule (banchi, sedie, cattedre, lavagne).
- Provvedere affinché i telai delle finestre, i cornicioni, i davanzali non siano imbrattati da guano di volatili e altro materiale contaminato proveniente dall'esterno
- Programmare interventi di sanificazione in caso si ravvisi la presenza di topi, scarafaggi, formiche, mosche, ragni e altri parassiti infestanti.
- Tutto il materiale e gli attrezzi usati per le operazioni di pulizia devono essere regolarmente puliti dopo l'uso e conservati asciutti in appositi locali chiusi.
- Non utilizzare deodoranti o profumi per l'ambiente.
- Non lasciare sacchi di spazzatura all'interno delle classi, nei corridoi o nei bagni.

Precauzioni generali per l'uso dei prodotti di pulizia

- Scegliere metodi e prodotti per le pulizie efficaci e sicuri, privi di effetti nocivi per l'ambiente o le persone, considerando anche la possibile presenza nella scuola di persone allergiche.
- In generale, tutti i prodotti utilizzati per le pulizie non devono emettere odori forti. Preferire prodotti senza solventi e profumi aggiunti o almeno scegliere quelli che riportano sull'etichetta la più bassa concentrazione di tali sostanze.
- Evitare di utilizzare dosi eccessive di prodotto o l'uso contemporaneo di più prodotti.
- Leggere attentamente le etichette contenenti le informazioni circa i rischi per la salute e le precauzioni da adottare in caso di uso improprio del prodotto.
- Conservare i prodotti (solo quelli necessari), in apposite aree ben ventilate, chiuse e lontano dalla portata dei bambini.

Raccomandazioni. È opportuno:

- stilare regolamenti chiari sulle operazioni di pulizia e di manutenzione degli ambienti scolastici, compresi gli spazi esterni, da effettuare ogni giorno o ad intervalli periodici (ogni settimana, ogni mese, ecc.).

- Prevedere un programma di verifica periodica delle operazioni, documentando, ad esempio, sistematicamente su un apposito registro le operazioni ed i controlli effettuati; l'insieme delle misure riferite alla pulizia dovrebbe essere utilizzato dalle amministrazioni per la definizione dei capitolati che regolamentano i contratti per le pulizie nelle scuole e per l'acquisto dei materiali.
- Promuovere l'adeguata formazione del personale coinvolto nelle operazioni di pulizia, per istruirlo sui metodi idonei di pulizia e igiene ambientale e sull'utilizzo appropriato di detergenti e disinfettanti e sulle misure di prevenzione e protezione individuale.

Manutenzione e gestione degli impianti. I generatori di calore ed i sistemi di ventilazione o di aria condizionata (questi ultimi se presenti) devono essere sottoposti a regolare pulizia e manutenzione tecnica, onde assicurare negli ambienti condizioni igieniche adeguate e compatibili con una qualità dell'aria interna "accettabile". Per tali indicazioni si rimanda all'Accordo Stato Regioni del 5 ottobre 2006 che fornisce le "Linee guida per la definizione di protocolli tecnici di manutenzione predittiva sugli impianti di climatizzazione" (S.O. n. 207 alla G.U. 256 del 3.11.2006) con le indicazioni sulla scelta del tipo di intervento da effettuare e la relativa frequenza, sulla formazione del personale e sui requisiti igienici da osservare.

Progettazione e manutenzione del verde scolastico. Nella progettazione e manutenzione dei giardini e, in generale, di tutti gli spazi afferenti alla comunità scolastica, si deve sempre tener conto dell'eventuale presenza nella scuola di bambini allergici. A tal fine è necessario:

- Pianificare interventi adeguati per il taglio dell'erba, della sua raccolta e per la potatura delle piante presenti nell'area cortilizia; gli spazi esterni alla scuola devono essere sempre sgombri da materiali in deposito, liberi da vegetazione spontanea pericolosa; le operazioni di pulizia e manutenzione degli spazi esterni devono essere effettuate in assenza dei bambini.
- Mettere a dimora nei giardini scolastici piante a basso tasso allergenico (consulenza botanica).
- Eliminare periodicamente piante erbacee fortemente allergizzanti (come ad esempio la paretaria, ambrosia, graminacee, composite, ecc.) ed arboree (oleacee, betulacee, ecc.) e verificare l'even-

tuale presenza della processionaria del pino provvedendo alla immediata segnalazione alle autorità competenti, in caso se ne riscontrasse la presenza, così come previsto dal Decreto Ministeriale del 17 aprile 1998, n. 356 "Disposizioni sulla lotta obbligatoria contro la processionaria del pino *Traumatocampa pityocampa*".

- Verificare periodicamente la presenza di nidi di vespe, api, calabroni o altri insetti dotati di pungiglione nei luoghi dove giocano o transitano più frequentemente i bambini e provvedere quanto più rapidamente possibile alle necessarie bonifiche.

3.3.3. *L'attività sportiva per il bambino allergico*

È diffusa l'opinione che l'attività sportiva sia inopportuna per il BA con sintomi cutanei non sempre conseguenti a causa allergica, come orticaria (anche se non allergica o che compare dopo uno sforzo), o con eczema atopico (che si accentua con la sudorazione). Se poi lo stato atopico si estrinseca con un'allergia respiratoria come l'Asma Bronchiale, essa è considerata finanche controindicata. Le famiglie, di conseguenza, tendono a precluderla al BA, creando in questo modo ansie e senso di frustrazione.

In realtà tutti i bambini allergici, qualsiasi sia la manifestazione di allergia, possono praticare sport, purché la sintomatologia sia tenuta sotto accurato controllo dal programma terapeutico. Anche la condizione, abbastanza rara, di *anafilassi indotta da esercizio fisico* non deve indurre all'abbandono dell'attività sportiva. Tutti i bambini possono lamentare un "affaticamento respiratorio" più o meno intenso dopo l'attività fisica, ma la presenza di tosse, respiro sibilante e senso di oppressione toracica durante e/o subito dopo l'attività fisica deve sempre far sospettare l'*asma*.

Nei bambini asmatici, infatti, l'esercizio fisico, svolto durante l'attività quotidiana o un'attività sportiva, può scatenare l'Asma Bronchiale ma la comparsa accidentale dell'*asma* da sforzo non deve portare all'abbandono dell'attività sportiva, ma deve esortare la famiglia e il PLS ad approntare un trattamento farmacologico di fondo e preventivo più adeguato al tipo di attività da compiere.

Naturalmente, l'attività sportiva deve essere praticata, per quanto possibile, in ambienti privi o con una bassa concentrazione di allergeni (acari, pollini). La palestra deve quindi essere adeguatamente e regolarmente pulita e lo sport all'aria aperta dovrà essere evitato nei periodi di fioritura pollinica o subito dopo il taglio dell'erba.

L'Anafilassi Indotta da Esercizio Fisico (d'ora in poi AIEF), è una rara forma di Allergia Alimentare caratterizzata dalla comparsa di due o più sintomi, come orticaria/angioedema, starnutazione, broncospasmo, edema della glottide, pallore, ipotensione, che si manifestano dopo uno sforzo fisico effettuato a ridosso (una/due ore circa) dall'assunzione di un alimento, assunzione che senza lo sforzo fisico non sarebbe stata in grado di provocare le manifestazioni anafilattiche.

L'Asma Bronchiale e l'AIEF, dunque, per quanto, come dicevamo, non controindichino la pratica sportiva, sono tuttavia le due entità patologiche che richiedono una particolare attenzione nella gestione del BA durante le ore di educazione motoria o di espletamento di attività sportive a scuola.

Se è l'insegnante di educazione motoria ad accorgersi dell'improvvisa reazione anafilattica o del broncospasmo acuto dovrà, di conseguenza, informare la famiglia dell'accaduto per ricorrere a specifici approfondimenti diagnostici. Se, invece, l'alunno è già stato segnalato alla scuola come BA, dovrà accertare, prima dell'espletamento dell'attività, che sia stato praticato il trattamento antiasmatico prescritto dal medico nel piano terapeutico che deve essere allegato alla certificazione medica presentata alla scuola all'inizio nell'anno scolastico.

3.3.3.1. *Prevenzione dell'asma da esercizio fisico*

L'*asma* conseguente all'esercizio fisico può essere evitata con l'inalazione, prima dell'attività fisica, di un farmaco broncodilatatore ad azione immediata, il salbutamolo, farmaco di scelta per prevenire e/o trattare l'*asma* da sforzo, che va inalato circa 15 minuti prima dell'attività fisica. Anche un trattamento di fondo con antileucotrieni (montelukast, corticosteroidi inalatori), su prescrizione dello specialista, può essere in grado di prevenire l'*asma* da sforzo.

Va ricordato che la normativa anti-doping non considera doping la somministrazione inalatoria di un broncodilatatore per prevenzione e/o cura dell'*asma* nei soggetti che svolgono un'attività sportiva agonistica, purché avvenga dietro prescrizione medica.

Preparazione del BA con Asma Bronchiale all'attività fisica. Perché il bambino asmatico possa partecipare all'attività fisica (ginnastica, allenamenti, gare, ecc.) è necessario che sia mantenuto il completo controllo terapeutico dell'*asma* e che l'insegnante di educazione motoria o l'istruttore siano informati sempre della dia-

gnosi, delle condizioni del bambino asmatico e del trattamento necessario per curare un eventuale episodio di broncospasmo acuto.

Per il bambino con asma controllata dalla terapia ma con scarsa adattabilità all'attività sportiva, è consigliata:

- una fase di riscaldamento ed educazione alla respirazione diaframmatica per 20 minuti;
- una fase di esercizi respiratori della durata di 10 minuti;
- una corsa libera con tempi prestabiliti: corsa libera moderata di un minuto intervallata da un minuto di pausa per gli esercizi respiratori, fino ad arrivare gradualmente, nelle sedute finali, a tempi di corsa libera di 10 minuti.

È necessario sottolineare che la respirazione attraverso il naso, finalizzata a filtrare, riscaldare ed umidificare l'aria è utile per prevenire l'asma da sforzo.

Sport sconsigliati. Non sono indicati solo gli sport che comportano dei rischi nel caso di un malessere improvviso e quelli che si svolgono in ambienti o in condizioni estreme (deltaplano, paracadutismo, alpinismo d'alta quota, sport motoristici e sport subacquei). Nel corso dello svolgimento di un'attività sportiva deve essere sempre possibile l'interruzione dell'esercizio ed un adeguato soccorso. Ci sono dei momenti in cui l'attività sportiva va, invece, soltanto limitata. Essi sono legati solo alla gravità dell'asma e vengono stabiliti esclusivamente in base alla valutazione del medico curante. Lo sport non deve essere assolutamente praticato solo in caso di asma grave persistente e durante le crisi asmatiche.

3.3.3.2. Prevenzione dell'anafilassi indotta da esercizio fisico.

Essa va condotta in considerazione della causa:

- se l'AIEF è "cibo specifica dipendente" è indispensabile evitare il cibo in causa almeno 4 ore prima dell'attività fisica programmata;
- se l'AIEF è "pasto dipendente" è indispensabile evitare di assumere il pasto almeno 4 ore prima dell'attività fisica programmata;

- se l'AIEF è idiopatica (non ne è individuata la causa), su consiglio del medico, può essere indicata la somministrazione di un antistaminico 1 ora prima dell'attività fisica programmata.

In ogni caso i soggetti a rischio di AIEF devono sempre tenere a disposizione come pronto soccorso:

- adrenalina (fiala da 1 ml intramuscolo o in penna autoiniezzante);
- antistaminico endovena o intramuscolo;
- corticosteroidi endovena o intramuscolo;
- beta2-agonisti a breve durata di azione (salbutamolo).

3.3.4. Programmi di informazione/formazione per personale scolastico, studenti e famiglie

La scuola deve includere tra gli obiettivi della propria offerta formativa anche quello di diffondere la conoscenza dei principali determinanti di salute e della prevenzione dei principali fattori di rischio, soprattutto attraverso la promozione di abitudini e stili di vita sani^{XXIX}. A tal fine nei programmi didattici dovrebbero essere previste alcune ore dedicate all'informazione e all'educazione sanitaria sulle principali problematiche riguardanti i temi dell'ambiente e della salute (il fumo attivo e passivo, l'inquinamento dell'aria, i rischi alimentari, ecc.) e sulle principali strategie di prevenzione sanitaria e ambientale.

Il personale della scuola dovrebbe essere adeguatamente informato e formato sui principali rischi per la salute correlati ad una cattiva qualità dell'ambiente scolastico. Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata alle malattie allergiche nell'età evolutiva, anche per la loro stretta correlazione con l'ambiente.

Andrebbero promosse campagne informative su come riconoscere e curare le malattie causate da allergia e su come prevenirle agendo sulla qualità dell'aria indoor e outdoor, sull'educazione all'alimentazione e sull'incentivazione dell'attività fisica. Tali campagne andrebbero indirizzate anche alle famiglie, alle Istituzioni, alle Società Scientifiche e agli "opinion makers", per garantire un maggior livello di attenzione e sensibilizzazione su tali problematiche.

Le iniziative enunciate devono investire non solo le

^{XXIX} È attivo in Italia il progetto ministeriale "Guadagnare Salute: Rendere facili le scelte salutari" che nasce dall'esigenza di favorire l'adozione di quei comportamenti quotidiani in grado di contrastare l'insorgenza di patologie croniche, facendo guadagnare "anni di vita in salute" ai cittadini. Si articola in un programma trasversale governativo e in 4 programmi specifici basilari: 1) comportamenti alimentari salutari; 2) lotta al tabagismo; 3) lotta all'abuso di alcol; 4) promuovere l'attività fisica. Si rivolge in particolare al mondo della scuola quale target privilegiato per lo sviluppo di progetti ed iniziative volte a favorire azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio (<http://www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp>).

istituzioni scolastiche, ma anche il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie del Territorio e dell'Agenda Regionale per la protezione dell'Ambiente (ARPA) di competenza locale per gli interenti di loro specifica pertinenza.

IV. Somministrazione dei farmaci a scuola

È competenza del Dirigente Scolastico che accoglie un BA a scuola predisporre, in ragione di un *Modello Integrato di Prevenzione, Gestione e Assistenza*, le modalità concrete che, con riguardo al singolo BA, appaiano idonee ad assicurare la somministrazione dei farmaci sia per la gestione ordinaria, assicurando la continuità terapeutica, sia per la gestione delle emergenze, assicurando la somministrazione dei farmaci salvavita, con particolare riguardo all'adrenalina autoiniezzabile^{xxx}. In collaborazione con il medico curante, responsabile del profilo più strettamente medico della salute del BA, e con la Azienda Sanitaria del Territorio di appartenenza, dovranno essere individuati i soggetti a rischio, le cure necessarie e le figure addette a prestarle.

A tale proposito, si rendono note le prassi che in Italia si sono andate formando in questi anni.

4.1. Sentenze, iniziative ed esperienze

Nel 2002, per la prima volta in Italia, un Tribunale si è pronunciato in merito alla garanzia del diritto all'integrazione scolastica di un bambino affetto da una gravissima sindrome allergica, stabilendo che fosse assegnata l'assistenza di un infermiere per tutto l'orario della frequenza scolastica, per garantire la somministrazione dei farmaci in caso di necessità^{xxxii}.

A seguito di tale sentenza, e delle altre che l'hanno seguita^{xxxiii}, nonché delle sollecitazioni di genitori e associazioni di pazienti affetti da malattie croniche e

disabilità, le amministrazioni sanitarie e scolastiche di alcune Regioni hanno sottoscritto delle "intese"^{xxxiii} che hanno regolamentato la somministrazione dei farmaci a scuola, affidandone il compito a personale scolastico volontario.

Nel novembre del 2005 i Ministeri della Pubblica Istruzione e della Salute, hanno congiuntamente emanato delle "Raccomandazioni", "Linee Guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico"^{xxxiv}, che, recependone le indicazioni, hanno contribuito ad implementare in molte parti d'Italia la stipula di tali intese.

Tuttavia, tali linee guida ministeriali, che per altro non hanno valenza normativa cogente adeguata al problema da risolvere^{xxxv}, sono applicabili soltanto nell'ipotesi in cui la somministrazione non debba "richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto".

È, dunque, in definitiva, obbligo del Dirigente Scolastico verificare, per ogni singolo caso, in accordo con l'Autorità Sanitaria preposta, se le competenze del personale docente e non docente operante nell'istituto siano sufficienti a garantire la tutela della salute del BA o se si renda necessario far ricorso a personale sanitario infermieristico, come stabilito da diverse pronunce giurisprudenziali.

In tale prospettiva deve anche essere segnalata l'esistenza di due proposte di legge. Una, di livello regionale, presentata nel corso dell'VIII Legislatura nel Lazio, "Istituzione di presidi sanitari scolastici e norme per la prevenzione ed il controllo delle malattie allergiche e dell'asma bronchiale"^{xxxvi}. Un'altra, nazionale, presentata il 27 aprile 2009 alla Camera dei Deputati, con il titolo "Istituzione di Presidi Sanitari presso le sedi delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado"^{xxxvii}.

^{xxx} Si veda l'Appendice "Aspetti giuridici della somministrazione dei farmaci a scuola", *infra* p. 27.

^{xxxii} Sentenza n. 2779/2002 Tribunale di Roma – Prima Sezione Lavoro – Ordinanza Cautelare assegnazione infermiere a scuola.

^{xxxiii} Sentenza n. 208189/2002 – Tribunale di Roma – Prima Sezione Lavoro – Giudizio di Merito assegnazione infermiere a scuola; Tribunale di Santa Maria Capua Vetere – Sezione Lavoro R.G. n. 12287/04, R. Ord. n. 846/04; Tribunale di Ancona – Sezione I, R.G. n. 199196/05; Tribunale di Ancona – Il sezione Civile Cron.227 del 19-01-2005.

^{xxxiii} A livello regionale ne sono stati sottoscritti in Toscana, il 30-03-2009 e in Umbria il 9-02-2010 (<http://istruzione.umbria.it/id.asp?id=1465>) preceduti da quelli sottoscritti, a partire dal 2004, a livello locale, in molte città italiane come, ad esempio, Bologna, Milano, Brescia, Varese, Lecco.

^{xxxiv} Raccomandazioni Ministero Istruzione "Somministrazione farmaci in orario scolastico", nota Prot. 2312/Dip./Segr. (http://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2005/prot2312_05.shtml).

^{xxxv} Si veda l'Appendice "Aspetti giuridici della somministrazione dei farmaci a scuola", *infra* p. 27.

^{xxxvi} Proposta di legge Di Carlo – Regione Lazio n. 342 del 15 novembre 2007.

^{xxxvii} Proposta di legge Malgieri – Camera dei Deputati n. 2402/09: "Istituzione di presidi sanitari presso le sedi delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado" (www.camera.it/_dati/lavori/stampati/pdf/16PDL0025180.pdf).

Nonostante il vuoto normativo^{xxxviii}, tentativi di attuazione di questa soluzione, vale a dire la predisposizione dei Presidi Sanitari Scolastici, cominciano ad attuarsi in alcune parti d'Italia.

Nell'anno scolastico 2007/2008 è stato istituito nel XIII municipio di Roma il primo Presidio Sanitario Scolastico. Grazie al successo dell'iniziativa, è in corso di realizzazione il progetto triennale "Un ponte tra scuola e sanità" che ha istituito il Presidio Sanitario Scolastico in cinque Istituti Comprensivi del XIII Municipio di Roma^{xxxix}.

Si tratta di un progetto pilota che oltre a garantire gli interventi di personale sanitario competente sarà utile anche per effettuare una valutazione costo/beneficio di una gestione a scuola dei bambini che necessitano di assistenza sanitaria.

Ancora, e sempre con l'obiettivo di garantire una adeguata gestione delle emergenze a scuola del BA, in attuazione di un protocollo d'intesa tra FEDERASMA Onlus e l'Agenzia Regionale per l'Emergenza Sanitaria "ARES 118 – Regione Lazio"^{xl}, è stato attivato un progetto che prevede una raccolta di dati, volta ad attuare il monitoraggio delle chiamate pervenute all'ARES 118 (per qualsiasi causa) dalle scuole della regione Lazio e del loro esito^{xli}.

Tale progetto è legato ad un più generale obiettivo che si sta attuando attraverso un "protocollo operativo per la gestione dei pazienti con anafilassi e crisi acute di asma nella rete pre-ospedaliera della regione Lazio". Lo scopo del monitoraggio è tentare una valutazione e un confronto, in termini di costo/beneficio, tra l'attuale modalità di gestione delle richieste di assistenza in emergenza provenienti dalle scuole, rispetto alla

presenza di Presidi Sanitari Scolastici. Tale protocollo ha previsto una fase preliminare di definizione del suo contenuto, realizzato attraverso la predisposizione di schede operative di intervento, una fase di formazione specifica degli operatori del 118, un successivo periodo di sperimentazione e una fase finale di raccolta dati e di valutazione dei risultati.

Conclusasi la fase preliminare di definizione e quella relativa alla formazione, comincerà sia la fase operativa di sperimentazione nelle stazioni pilota individuate, sia la raccolta finale dei dati e la valutazione complessiva dei risultati del progetto.

4.2. Conclusioni

Da quanto sopra riportato appare evidente che la tutela del bambino allergico a scuola, come peraltro quella di ogni bambino affetto da malattia cronica, è una esigenza che non può più essere disattesa. È urgente che essa venga presa in seria considerazione a livello di Conferenza Stato – Regioni in accordo con il Ministero dell'Istruzione, allo scopo di indurre le singole Regioni a redigere protocolli d'intesa omogenei tra Direzioni Scolastiche e Aziende Sanitarie di competenza, protocolli volti a garantire i migliori interventi di prevenzione dei rischi e di trattamento delle emergenze, grazie al ricorso a personale sanitario adeguatamente qualificato.

Si auspica, quindi, che le raccomandazioni espresse in questo documento vengano utilizzate per definire i percorsi necessari per una attenta e corretta valutazione dei bisogni assistenziali del BA indispensabile a identificare e garantire ad ogni bambino il tipo di cura di cui necessita, in funzione delle sue specifiche condizioni di salute.

^{xxxviii} Deve essere segnalata, in Veneto, una legge regionale, n. 26 del 26 novembre 2004, "Interventi regionali in merito a patologie identificate come allergie ed intolleranze alimentari", in cui, all'art. 3 "Interventi in ambito scolastico", il comma 3 lettera d), recita: (Obiettivi del piano ... sono) "promuovere all'interno delle scuole l'istituzione di infermerie adeguatamente attrezzate e con personale qualificato in grado di prestare i primi soccorsi in caso di reazione di anafilassi e di intervenire in qualsiasi altro tipo di emergenza".

^{xxxix} Progetto "Un ponte tra scuola e sanità", XIII Municipio di Roma/ASL RMD, Scuola Media Vivaldi; Istituto comprensivo Traiano; Istituto comprensivo Mozart, Istituto comprensivo Parini; Istituto comprensivo Leonori. Nell'anno scolastico 2008/2009 gli istituti hanno avuto un bacino d'utenza di circa 5.000 alunni. Le prestazioni di assistenza Infermieristica sono 7.722, 14 chiamate al 118, 3 delle quali con esito di ricovero ospedaliero.

^{xl} Il protocollo sottoscritto il 5 marzo 2010. La presa d'atto è stata deliberata con Delibera di Direzione Sanitaria n. 103 del 7 settembre 2010. Gli interventi svolti dai presidi sanitari scolastici riferiti all'anno 2008/2009, di cui si stanno considerando i dati, hanno evidenziato una riduzione delle chiamate al 118 pari al 70% rispetto agli anni precedenti. Sono stati, inoltre, realizzati corsi di formazione e informazione sanitaria rivolti agli alunni, al personale scolastico e ai genitori. Questi risultati sono stati presentati alla V edizione del Convegno LA GIORNATA DEL BAMBINO ALLERGICO: *Gli ambienti e i comportamenti più sicuri per la vita del bambino e la serenità della sua famiglia*, Roma 19 febbraio 2010.

^{xli} Nel Lazio, nel 2009, le richieste di soccorso pervenute al numero 118 sono state 347.940 di cui 4.975 (1,4) provenienti dalle scuole. Di tutte le richieste pervenute (in media 275 richieste al mese e 9 al giorno) dalla scuola, la Centrale Operativa di Roma e Provincia ne ha ricevuto 3.509. Nella regione, è stato inviato un mezzo di soccorso nel 95% circa delle richieste e, di questi, il 52% sono stati trasportati in ospedale. Le richieste provenienti dalle scuole avvengono prevalentemente per trauma (28,3%), per problemi cardiologici (5,8%), respiratori (5,5%) psichiatrici (crisi d'ansia) (5,4%) per il restante 55% per altra patologia o per patologie non identificabile al telefono (46%), consistenti, nella maggior parte dei casi, in problematiche che non richiedono l'intervento del sistema di emergenza (codici bianchi). La situazione è sovrapponibile al 2008 ma con un andamento in crescita.

MODULO 5

Piano terapeutico individuale del bambino allergico

Fotografia
del bambino

Cognome:
Nome:
Data di nascita:
Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento
di emergenza:

Scuola: Classe:
Insegnante:

PADRE: Nome: Cognome:
Indirizzo
Tel. casa:
Tel. lavoro:
Tel. cellulare:

MADRE: Nome: Cognome:
Indirizzo
Tel. casa:
Tel. lavoro:
Tel. cellulare:

Altri numeri da contattare in caso di emergenza:

(1) Nome: Cognome:
Relazione con il bambino:
Tel.: Cellulare:

(2) Nome: Cognome:
Relazione con il bambino:
Tel.: Cellulare:

MEDICO CURANTE:

Nome: Cognome:
Indirizzo:
Tel.: Cellulare:

Piano di continuità terapeutica

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

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Premedicazione prima dell'attività fisica:

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

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Piano Terapeutico di Emergenza per Anafilassi

	Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1)	Adrenalina autoiniettabile	.....	.....	.....
(2)	.....	.....	.....	.....
(3)	.....	.....	.....	.....
(4)	.....	.....	.....	.....

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Piano Terapeutico di 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)	.....	.....	.....	.....
(4)	.....	.....	.....	.....

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Distanziatore appropriato

MODULO 6

Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci a scuola



Cognome:
Nome:
Data di nascita:
Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento
di emergenza:

Scuola: Classe:
Insegnante:

Il/la sottoscritto/a _____, esercente la potestà genitoriale sul minore _____
autorizza _____ a somministrare i farmaci e ad intervenire secondo quanto previsto nel piano
terapeutico allegato ed, in situazioni di necessità ed urgenza, a somministrare i farmaci salvavita ed a operare secondo le procedure
d'intervento indicate nel piano terapeutico di emergenza allegato.

data _____

firma

Appendice

Aspetti giuridici della somministrazione dei farmaci a scuola

Premessa

La presenza di un BA a scuola pone il complesso problema della somministrazione dei farmaci in ambiente scolastico^{XLII}.

La somministrazione dei farmaci può rendersi necessaria sia in ragione del rispetto della continuità terapeutica, sia in ragione della necessità di far fronte a reazioni asmatiche e allergiche gravi ed improvvise, in modo particolare la crisi anafilattica.

Il rispetto della continuità terapeutica importa la necessità di somministrare dei farmaci secondo un piano terapeutico prestabilito, nel quale sono indicati sia gli intervalli orari, sia la posologia, sia la modalità di somministrazione.

La necessità di far fronte alla reazione allergica e/o asmatica grave, in modo particolare alla crisi anafilattica, importa, invece, la necessità di "gestire un'emergenza".

La legislazione italiana prevede che se durante l'orario scolastico si verificano malori di qualsiasi natura o incidenti o comunque il bambino è in situazione di pericolo di vita, anche presunto, gli operatori scolastici sono obbligati soltanto ad attivare il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale, vale a dire la chiamata al 118. Tuttavia, in caso di reazione anafilattica, la sola chiamata del 118 non è sufficiente. Infatti, soltanto la tempestiva somministrazione dei farmaci salvavita, e tra questi l'adrenalina autoiniezzabile, nei primi momenti di insorgenza della crisi, può evitare che l'evento si risolva drammaticamente.

Ma in Italia manca una specifica normativa che individui le figure preposte alla somministrazione di farmaci all'interno dell'ambiente scolastico, definendone compiti, professionalità e responsabilità e le professionalità sanitarie

non sono previste nell'organico del personale scolastico. Unica eccezione è costituita dai Convitti Nazionali, dagli Educandati Femminili dello Stato e dalle Scuole e Istituti annessi alle istituzioni educative, nei quali è prevista la figura professionale dell'infermiere^{XLIII}. Tale presenza assicura la somministrazione dei farmaci e risolve, con ogni evidenza, tutti i problemi di cui si discute.

La gestione dell'emergenza anafilassi a scuola è, così, un problema medico, sociale, psicologico, giuridico molto complesso che aspetta, purtroppo, ancora oggi di essere risolto.

È un *problema medico* poiché la somministrazione di farmaci necessita di personale qualificato che sappia riconoscere i sintomi iniziali della reazione, sia in grado di valutare tempestivamente la situazione e decidere come procedere (es. quali farmaci devono essere somministrati, con quali dosaggi e tempi).

È un *problema sociale e politico* perché la mancanza di una specifica normativa che individui le figure preposte alla somministrazione di farmaci all'interno dell'ambiente scolastico, definendone compiti, professionalità e responsabilità, non garantisce di fatto il diritto all'integrazione scolastica.

È un *problema psicologico* che incide notevolmente nell'equilibrio familiare del BA perché i genitori sono costretti a lottare contro una diffusa resistenza da parte degli operatori scolastici a rendersi disponibile alla somministrazione dei farmaci, in ragione del timore di incorrere in responsabilità giuridica.

È, infine, un *problema giuridico* i cui termini, in assenza, come dicevamo, di una normativa specifica, devono essere chiariti nei diversi aspetti che la fattispecie di cui si discute presenta.

Profili di rilevanza giuridica

Nell'alveo della tutela costituzionale costituita dai principi riconosciuti negli artt. 3, principio di uguaglianza^{XLIV}, 32, diritto alla salute^{XLV}, 34, diritto

^{XLII} Cfr. Muraro et al., *The management of the allergic child at school*, cit. (nota 2), p. 687 s.; 2° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, cit. (nota 2), p. 124; Baviera et al., *Il bambino allergico-asmatico a scuola: un problema ancora tutto da risolvere* cit. (nota 2), pp. 22 ss.; Sitzia A, *La somministrazione di farmaci in ambiente scolastico tra uguaglianza, diritto all'istruzione e diritto alla salute*. Rivista di Diritto Minorile 2006II:46 ss.

^{XLIII} Decreto del Presidente della Repubblica: Disposizioni per la determinazione degli organici del personale amministrativo tecnico ed ausiliario (ATA) delle istituzioni scolastiche ed educative statali, ai sensi dell'articolo 64, commi 2, 3 e 4, lettera e), del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, Tabella 3/A (http://www.governo.it/Governo/Provvedimenti/testo_int.asp?d=46177).

^{XLIV} Art 3 Cost.: Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

^{XLV} Art. 32 Cost: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

all'istruzione^{XLVI}, 38, diritto all'assistenza sociale^{XLVII}, occorre, in senso più specifico, individuare le coordinate giuridiche, sia in campo penalistico sia in campo civilistico, idonee a rivestire giuridicamente la fattispecie della somministrazione dei farmaci salvavita da parte di personale non sanitario.

Una prima coordinata deve essere stabilita, nel campo del diritto penale, in ordine al problema di un'eventuale responsabilità nella quale gli operatori scolastici potrebbero in astratto incorrere in caso di somministrazione di farmaci, con particolare riguardo all'adrenalina autoiniezzabile.

In particolare, tale responsabilità potrebbe in astratto scaturire dalla configurabilità di reati quali l'esercizio abusivo della professione (art. 348 c.p.)^{XLVIII} o, in caso di effetti collaterali dei farmaci o di conseguenze negative, od anche infauste, per il bambino, le lesioni personali (nelle fattispecie previste agli artt. 582 e 590 c.p.)^{XLIX} e l'omicidio colposo (art. 589 c.p.)^L.

Spostandoci, com'è doveroso, da un piano meramente teorico al piano concreto delle modalità che devono essere seguite per la gestione del BA a scuola, ogni

responsabilità di ordine penale va, senza dubbio, esclusa se il BA è accolto a scuola secondo un *Modello Integrato di Prevenzione, Gestione e Assistenza Scolastica*, alla cui realizzazione mirano le presenti Raccomandazioni^{LI}.

La sua adozione determina l'esclusione di ogni presupposto di configurabilità delle fattispecie appena indicate.

La certificazione da parte del PLS, che costituisce, come si è detto, la base per la presa in carico del BA da parte della scuola^{LII}, i documenti nei quali sono indicati i sintomi delle reazioni allergiche e/o asma-tiche, i farmaci con posologia e modalità di somministrazione^{LIII}, e l'autorizzazione alla somministrazione^{LIV}, concorrono tutti ad escludere:

L'esercizio abusivo della professione medica (art. 348 c.p.). La sua configurabilità deve essere esclusa in ragione dell'impossibilità di ravvisare l'elemento soggettivo del dolo dell'agente. Non è, infatti, neanche astrattamente ipotizzabile che un operatore scolastico, consapevole dell'esistenza del problema, autorizzato a somministrare il farmaco ed edotto a farlo da

^{XLVI} Art. 34 Cost.: La scuola è aperta a tutti. L'istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita. I capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, hanno diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi. La Repubblica rende effettivo questo diritto con borse di studio, assegni alle famiglie ed altre provvidenze, che devono essere attribuite per concorso.

^{XLVII} Art. 38 Cost.: Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera.

^{XLVIII} Art. 348 c.p.: *Abusivo esercizio di una professione*. Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da euro 103 a euro 516.

^{XLIX} Art. 582: *Lesione personale*. Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli articoli 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel numero 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa.

Art. 590 cp.: *Lesioni personali colpose*. Chiunque cagiona ad altri, per colpa, una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a trecentonove euro. Se la lesione è grave, la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da centoventitre euro a seicentodiciannove euro; se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da trecentonove euro a milleduecentotrentanove euro. Se i fatti di cui al precedente capoverso sono commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena per le lesioni gravi è della reclusione da due a sei mesi o della multa da duecentosei euro a seicentodiciannove euro; e la pena per le lesioni gravissime è della reclusione da sei mesi a due anni o della multa da seicentodiciannove euro a milleduecentotrentanove euro. Nel caso di lesioni di più persone si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse, aumentata fino al triplo; ma la pena della reclusione non può superare gli anni cinque. Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale.

^L Art. 589 cp.: *Omicidio colposo*. Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da uno a cinque anni. Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni dodici.

^{LI} Si veda *supra*, p. 3.

^{LII} Si veda *supra*, p. 4.

^{LIII} Si veda il Mod. 5, *supra*, p. 25.

^{LIV} Si veda il Mod. 6, *supra*, p. 26.

un action plain predisposto dal medico, somministri con l'intento di esercitare la professione medica.

Le lesioni sia dolose sia colpose (artt. 582 e 590 c.p.). La loro configurabilità è esclusa, supposto che possa essere provato il nesso di causalità tra eventuali danni e la somministrazione del farmaco, in ragione, anche questa volta, della impossibilità di ravvisare sia l'elemento soggettivo del dolo, vale a dire la volontà di arrecare le lesioni, in chi opera allo scopo di evitare un grave danno, potenzialmente fatale, al BA; sia l'elemento soggettivo della colpa, in ragione dell'impossibilità di ravvisare negligenza imperizia o imprudenza in chi si adopera con la normale diligenza, secondo le istruzioni ricevute.

Omicidio colposo (art. 589 c.p.). Anche in ordine all'omicidio colposo, in caso di esito fatale della crisi nonostante la somministrazione, e supposto che possa essere provato il nesso di causalità tra la morte e la somministrazione del farmaco, la configurabilità dell'omicidio colposo va esclusa, anche questa volta, in ragione della impossibilità di ravvisare l'elemento soggettivo della negligenza imperizia o imprudenza in chi si adopera, con la normale diligenza, secondo le istruzioni ricevute.

Una seconda coordinata, sempre in campo penalistico, deve essere stabilita in ordine alla diversa questione della eventuale responsabilità alla quale può astrattamente incorrere l'operatore scolastico che, in caso di crisi anafilattica del BA, si limiti ad attivare il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale, vale a dire la chiamata al 118, e non somministri l'adrenalina. Tale responsabilità potrebbe in astratto scaturire dalla configurabilità del reato di omissione di soccorso, giusta il disposto del secondo comma dell'art. 593 c.p., il quale punisce "chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità". La possibilità di considerare "assistenza occorrente" la somministrazione dell'adrenalina in possesso del BA, unico salvavita, è giuridicamente ipotizzabile.

Se, tuttavia, anche in questo caso, si passa dal piano meramente teorico al piano concreto delle modalità che, secondo le presenti Raccomandazioni, devono essere seguite per la gestione del BA a scuola, il *Modello Intergrato di Prevenzione, Gestione e Assistenza*

Scolastica, eviterà che possano determinarsi non solo i presupposti di eventi gravemente dannosi, potenzialmente fatali, per i BA, ma eviterà anche che possano crearsi i presupposti della configurabilità di un'omissione di soccorso da parte degli operatori scolastici.

Un'ultima coordinata, sempre in campo penalistico, deve essere stabilita in ordine alla possibilità che si concretizzino gli estremi per l'applicabilità del disposto del secondo comma dell'art. 40 c.p., in tema di reato omissivo c.d. improprio o reato commissivo mediante omissione, il quale recita: "Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"^{IV}.

Con specifico riguardo al tema della mancata somministrazione del farmaco salvavita, si potrebbero in astratto configurare gli estremi del reato di omicidio se si ravvisasse in capo alla scuola un obbligo giuridico di impedire l'evento. E tale obbligo scaturirebbe se si ravvisasse in capo al dirigente scolastico una posizione di garanzia, vale a dire di protezione e di controllo, nei confronti del bambino. E poiché l'imputazione causale per omissione di una condotta doverosa costituisce un'eccezione, sarebbe, infine, necessario che l'obbligo giuridico di agire trovasse fondamento in una fonte giuridica formale quale la legge, un ordine d'autorità, un contratto o una precedente azione pericolosa.

La applicabilità, perciò, del disposto del secondo comma dell'art. 40 dipende dalla configurazione giuridica, in campo civilistico, del rapporto intercorrente tra l'alunno ed il dirigente scolastico.

Occupiamoci, dunque, prima di questa questione, dalla quale dipendono, come vedremo, ulteriori possibili profili di responsabilità penale.

Nel campo civilistico le coordinate giuridiche che devono essere stabilite attengono, come dicevamo, alla configurazione giuridica del rapporto intercorrente tra l'alunno ed il dirigente scolastico e alla questione dell'individuazione del soggetto responsabile della salute del bambino in ambiente scolastico.

È ormai giurisprudenza consolidata che l'iscrizione a scuola crei un vincolo giuridico di protezione e vigilanza di natura contrattuale: "... l'accoglimento della domanda di iscrizione e la conseguente ammissione dell'allievo determina infatti l'instaurazione di un vincolo negoziale, in virtù del quale, nell'ambito delle

^{IV} Art. 40 c.p.: Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

obbligazioni assunte dall'istituto, deve ritenersi sicuramente inclusa quella di vigilare anche sulla sicurezza e l'incolumità dell'allievo nel tempo in cui fruisce della prestazione scolastica in tutte le sue espressioni, anche al fine di evitare che l'allievo procuri danno a se stesso"^{lvi}.

Dunque, in materia di tutela del diritto alla salute nelle scuole sussiste, senza dubbio, una responsabilità di tipo contrattuale, che concorre con la responsabilità extracontrattuale ex art. 2048, del dirigente scolastico, il quale deve garantire la tutela della salute e la sicurezza di tutti gli studenti e del personale scolastico, programmando ed attuando tutte le misure necessarie atte a garantirlo^{lvii}.

Dall'obbligo di vigilare il bambino per evitare che "procuri danno a se stesso" deriva, dunque, l'obbligo di impedire situazioni di rischio derivante sia dalla mancata somministrazione ordinaria dei farmaci sia, a maggior ragione, per l'ipotesi di emergenza anafilattica, dalla mancata somministrazione dell'adrenalina.

Tornando ai profili penalistici che avevamo lasciato in sospeso, sono allora configurabili tutti i presupposti di applicabilità del secondo comma dell'art. 40 c.p. La mancata somministrazione del farmaco salvavita da parte di chi ha un obbligo contrattuale di controllo e vigilanza equivale a causare l'evento dannoso che consegue. Un ulteriore profilo penalistico che può derivare dal riconoscimento dell'obbligo di vigilanza è costituito dalla applicabilità dell'art. 591 c.p. Poiché, infatti, l'obbligo di vigilanza contiene in sé anche l'obbligo

di sostituirsi al genitore, la mancata somministrazione del farmaco salvavita, con esposizione a pericolo di vita del bambino, potrebbe configurare il delitto di abbandono di persona minore: "Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere la cura, è punito..."^{lviii}.

Si tratta di delitto punito a titolo di dolo, dunque l'applicabilità dell'art. 591 c.p. presuppone l'elemento soggettivo costituito dal consapevole volontario rifiuto di somministrazione dei farmaci.

Conclusioni

In conclusione, deve essere sottolineato come sia obbligo del dirigente scolastico che accoglie un BA a scuola, predisporre, in ragione di un *Modello Integrato di Prevenzione, Gestione e Assistenza*, le modalità concrete che, con riguardo al singolo BA, appaiano idonee ad assicurare la somministrazione dei farmaci sia per la Gestione ordinaria, assicurando la continuità terapeutica, sia per la *gestione della emergenza*, assicurando la somministrazione dei farmaci salvavita, con particolare riguardo all'adrenalina autoiniettabile.

In collaborazione con il PPL o MMG, responsabile del profilo più strettamente medico della salute del BA, ed in accordo con l'Azienda Sanitaria del Territorio di appartenenza^{lix}, dovranno essere individuati i soggetti preposti alla somministrazione.

^{lvi} Cass. SS. UU. 27.6.2002 n. 9346, i cui principi sono stati ribaditi, da ultimo, da Cass. 7.10.2010 n. 17574.

^{lvii} Cfr. il Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 che – in attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 – ha riformato, riunito ed armonizzato, abrogandole, le disposizioni dettate da numerose precedenti normative in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro succedutesi nell'arco di quasi sessant'anni. Il D.lgs 81/2008 è stato successivamente integrato dal D.lgs. n. 106 del 3 agosto 2009 recante *Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute della sicurezza nei luoghi di lavoro*.

^{lviii} Art. 591 cp.: Abbandono di persone minori o incapaci. – Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Alla stessa pena soggiace chi abbandona all'estero un cittadino italiano minore degli anni diciotto, a lui affidato nel territorio dello Stato per ragioni di lavoro. La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale (582 s.), ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte.

Le pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore o dal coniuge, ovvero dall'adottante o dall'adottato.

^{lix} Si leggano gli artt. 1 e 2 della l. 23 dicembre 1978 n. 833, "Il servizio sanitario nazionale" e, in particolare, l'art. 14: [...] Nell'ambito delle proprie competenze, l'unità sanitaria locale provvede in particolare: [...]

c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche; [...]

h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;

i) all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie [...].

Si veda, anche, la disciplina dettata nel TITOLO III "servizi di medicina scolastica" del Dpr. 264/61 "Disciplina dei servizi e degli organi che esercitano la loro attività nel campo dell'igiene e della sanità pubblica".

Glossario

AIEF: Anafilassi Indotta da Esercizio Fisico
ASA: Ambulatorio Specialistico Accreditato
ATA: Assistenti Tecnici e Amministrativi della scuola
BA: Bambino Allergico
MMG: Medico di Medicina Generale
PLS: Pediatra di Libera Scelta
TPO: Test di Provocazione Orale
SSN: Servizio Sanitario Nazionale
SPT: Skin Prick Test

Documenti ai quali viene fatto riferimento nel testo e la cui lettura per esteso può risultare utile ai fini di un corretto inquadramento del tema della Somministrazione dei farmaci a scuola nel contesto normativo e nella prassi che si è determinata negli ultimi anni in Italia.

1. Nota Ministero Pubblica Istruzione n. 2312 del 25 novembre 2005: "Raccomandazioni per la somministrazione dei farmaci a scuola" (http://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2005/prot2312_05.shtml).
2. Sentenza n. 208189/2002 – Tribunale di Roma – dispositivo 809 – Prima Sezione Lavoro – Giudizio di Merito assegnazione infermiere a scuola (www.alamaonlus.org).
3. Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola del 30-03-2009: Regione Toscana – Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Ministero dell'Istruzione – Direzione Generale Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana (http://www.toscana.istruzione.it/novita/allegati/2009/maggio/protocollo_somministrazione.pdf).
4. Consiglio Regionale del Lazio, Proposta di legge n. 342 del 15 novembre 2007, "Istituzione di Presidi Sanitari Scolastici e norme per la prevenzione e il controllo delle malattie allergiche e dell'asma bronchiale". (www.alamaonlus.org – http://www.federasma.org/pdf/DI%20CARLO%20PDL_regione_lazio_-_asma_e_allergie_PRESIDI_SANITARI_SCOLASTICI_.pdf).
5. Camera dei Deputati, Proposta di legge n. 2402 del 27 aprile 2009, "Istituzione di Presidi Sanitari presso le sedi delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado" (http://www.camera.it/_dati/lavori/stampati/pdf/16PDL0025180.pdf).
6. Progetto "un ponte tra scuola e sanità" – XIII Municipio di Roma - Istituto Comprensivo Mozart – Prot. n. 11560-C05 del 12-10-2009 – "Funzioni del presidio sanitario scolastico e Autorizzazione alla somministrazione dei farmaci" (http://scuola-mozart.altervista.org/perbacheca/presidio_sanitario.pdf).

Finito di stampare nel mese di Marzo 2011
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
www.pacinimedica.it

