

**PROTOCOLLO DI INTESA TRA REGIONE MARCHE
E
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE**

**“PIANO INTEGRATO DI ACCOGLIENZA/ASSISTENZA
DEL MINORE CON DIABETE A SCUOLA
ANNI SCOLASTICI 2014-2015 e 2015-2016”**

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE N. 1215 del 27.10.2014

La specificità del diabete e la necessità di garantire l'accesso allo studio in condizioni sicure per il minore impongono la necessità di un'azione coordinata e perfettamente in armonia fra tutti gli attori interessati. In particolare:

1. Famiglia
2. SOD Diabetologia Pediatrica
3. Servizio Sanitario Regionale (ASUR, Distretto Sanitario, ADI e PLS/MMG)
4. Ufficio Scolastico Regionale per le Marche
5. Istituzioni Scolastiche
6. Associazioni (AFAID Marche ONLUS– Ass.ne Patronesse per il Bambino Spedalizzato)

Di seguito i compiti principali di ciascuno degli attori sopra menzionati

1. LA FAMIGLIA

- informa il Dirigente Scolastico dell'insorgenza del diabete del minore, consegnando la documentazione relativa alla diagnosi ed il Piano di Cura del Diabete a Scuola (PCDS) rilasciati dalla SOD Diabetologia Pediatrica durante il ricovero ospedaliero (Allegato n. 1);
- chiede al Dirigente Scolastico di organizzare “un incontro multidisciplinare per favorire l'inserimento dell'alunno con diabete a scuola” (Allegato n. 2).
- partecipa agli incontri a cui è convocata assieme al personale sanitario e scolastico;
- fornisce alla scuola i presidi diagnostici terapeutici necessari per la cura del figlio.

2. LA SOD DIABETOLOGIA PEDIATRICA

- certifica la diagnosi di Diabete;
- fornisce al genitore e al Pediatra di Libera scelta (PLS)/ Medico di Medicina Generale (MMG) il Piano di Cura del Diabete a Scuola (PCDS);
- informa la famiglia della possibilità di ricorrere al supporto del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

- si rende disponibile, previo accordo, a effettuare “un incontro multidisciplinare per favorire l’inserimento dell’alunno con diabete a scuola”;
- propone e organizza la formazione del personale scolastico e sanitario del territorio presso la SOD Diabetologia Pediatrica o presso altre strutture scolastiche e/o del SSR;
- provvede, con la collaborazione dell’Ufficio Scolastico Regionale Marche, ad individuare indicatori di processo e di risultato, e al monitoraggio delle attività previste e connesse all’applicazione del presente protocollo.
- informa il Dirigente Scolastico sulle modalità divulgative scientifiche inerenti la gestione del bambino con diabete a scuola (ad es. www.scuolaediabete.it/siedp/).

3. SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (PLS/MMG, Distretto Sanitario, ADI)

3.1 Pediatra di Libera Scelta/Medico di famiglia

- condivide il PCDS con la DOD Diabetologia Pediatrica;
- partecipa alla riunione e collabora all’inserimento scolastico del proprio paziente con diabete, fornendo agli operatori coinvolti le informazioni sanitarie complementari utili all’inserimento scolastico;
- valuta, l’opportunità di richiedere l’intervento del Servizio Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), in accordo con la SOD Diabetologia Pediatrica e la famiglia;
- inoltra la suddetta richiesta al Servizio Infermieristico (ADI)

3.2 Il Responsabile del Distretto Sanitario di competenza:

- riceve la richiesta di attivazione del Servizio ADI dal pediatra e/o dal medico di medicina generale;
- organizza la formazione specifica del proprio personale infermieristico, in accordo con la SOD Diabetologia Pediatrica;
- rende disponibili le risorse per l’applicazione del presente protocollo;
- partecipa agli incontri di pianificazione e verifica

3.3 Servizio Infermieristico (ADI)

- effettua la prestazione, attenendosi alle indicazioni contenute nel Piano di Trattamento Individuale in accordo con la famiglia o con persona all’uopo delegata;
- segnala tempestivamente eventuali difficoltà nella gestione al Responsabile del Distretto, alla famiglia, al PLS/MMG e alla SOD Diabetologia Pediatrica;
- si rende disponibile a formare il personale scolastico, docente e non docente, nelle pratiche di controllo della glicemia, somministrazione d’insulina e glucagone

4. L'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE per le MARCHE

- collabora con la SOD Diabetologia Pediatrica, ad individuare indicatori di processo e di risultato, relativi alle attività previste e connesse all'applicazione del presente protocollo;
- diffonde il protocollo in oggetto alle Istituzioni Scolastiche statali e paritarie della Regione;
- fornisce ogni utile supporto per la pubblicizzazione degli interventi formativi ed informativi, che si realizzeranno nelle Istituzioni Scolastiche.
- Inserisce tale protocollo nelle azioni congiunte previste per il progetto interistituzionale "La Scuola promuove salute".

5. ISTITUZIONI SCOLASTICHE

Il Dirigente Scolastico

- riceve dalla famiglia la comunicazione di un nuovo caso di diabete;
- chiede alla SOD Diabetologia pediatrica un "incontro multidisciplinare per favorire l'inserimento dell'alunno con diabete a scuola" (all. n. 3)
- convoca le parti all'incontro suddetto (allegati nn. 4 – 5 e 6);
- favorisce la partecipazione del personale scolastico agli incontri di informazione/formazione e stimola il personale ad una collaborazione concreta nella gestione del diabete;
- conserva il PCDS assicurandone la diffusione e la conoscenza da parte del personale scolastico e non scolastico interessato;
- si adopera affinché il personale scolastico docente e non docente:
 - provveda alla adeguata conservazione dei materiali (presidi, farmaci, alimenti) necessari per il controllo della glicemia
 - consenta al minore con diabete di assumere, alla bisogna, spuntini per prevenire o trattare una ipoglicemia, usare il bagno e bere acqua, quando richiesto
 - controlli lo studente già autonomo nelle procedure previste per il controllo glicemico, la somministrazione dell'insulina, la correzione della ipoglicemia
 - si impegni a sorvegliare l'alunno con diabete tramite l'esecuzione dello stick glicemico
 - provveda a fornire ogni utile informazione nel momento del passaggio dell'alunno da un ordine di scuola all'altro

6. ASSOCIAZIONI

- forniscono alla Scuola e alle famiglie degli studenti con diabete il supporto per individuare e affrontare le criticità (sito AFAID: <http://www.afaidmmarche.it>)
- collaborano con la famiglia, il Servizio Sanitario e le Istituzioni Scolastiche e gli altri Enti coinvolti per la segnalazione di casi problematici e l'individuazione delle possibili soluzioni
- si adoperano, attivando ogni utile risorsa, per la realizzazione/attuazione del presente protocollo

INCONTRO MULTIDISCIPLINARE PER FAVORIRE L'INSERIMENTO DELL'ALUNNO CON DIABETE A SCUOLA

L'incontro multidisciplinare ha un ruolo fondamentale nel processo di inserimento del minore con diabete a scuola. Come sopra riportato prevede la partecipazione delle seguenti figure professionali, direttamente coinvolte nella gestione dell'alunno: Dirigente Scolastico, Personale Scolastico Docente e non docente, PLS/MMG, Responsabile Distretto sanitario, Infermieri ADI, Genitori, Operatori della SOD di Diabetologia Pediatrica

Durante tale incontro:

- si concordano le modalità di sorveglianza/sostegno del minore
- si raccolgono le disponibilità da parte del personale docente e/o non docente a somministrare l'insulina
- si registrano nel verbale della riunione le decisioni concordate (allegato n. 7)

NOTE VARIE

La somministrazione di insulina e glucagone può essere effettuata dal personale scolastico volontariamente e previa adeguata formazione. Resta comunque prescritto il ricorso al SSN nei casi in cui non sia possibile applicare il Protocollo Terapeutico (PCDS). Si allega alla presente (All. 8) una nota, a cura della SOD Diabetologia pediatrica, concernente le indicazioni per un corretto comportamento in caso di ipoglicemia.

VALIDITA'

Il presente documento ha validità per gli anni scolastici 2014-2015 e 2015-2016.

Firme dei sottoscrittenti:

Assessore alla Salute

Regione Marche

Almerino Mezzolani

Il Direttore Generale

Ufficio Scolastico Regionale

Maria Letizia Melina

Allegato n.1

PIANO DI CURA DEL DIABETE A SCUOLA

Questo programma è preparato dal diabetologo pediatra e condiviso con i genitori dello studente ed il medico di famiglia. Esso costituisce uno strumento di supporto per il personale Docente e A.T.A. utile alla gestione del diabete a scuola.

Il Sig. _____, che esercita la potestà genitoriale sul minore sotto indicato, ha espresso il consenso al trattamento dei dati personali del medesimo .

INFORMAZIONI GENERALI

Studente

_____ **Cognome e Nome** _____ **Anno Scolastico** _____
Istituto Comprensivo _____ Scuola _____
Classe _____
Data di nascita _____ Data di esordio del diabete _____

Numeri di contatto per le informazioni

Genitore 1 _____ Telefono casa _____ lavoro _____
cellulare _____
Genitore 2 _____ Telefono casa _____ lavoro _____
cellulare _____

Pediatra/medico di famiglia

Nome e cognome _____ Telefono _____ Cellulare _____

SOD Diabetologia Pediatrica

Nome e cognome del medico _____ Tel _____ Cellulare _____
Nome altro sanitario _____ Tel _____ Cellulare _____

Altri contatti di emergenza

Nome e Cognome _____ Tipo di relazione con lo studente _____ Tel _____
Nome e Cognome _____ Tipo di relazione con lo studente _____ Tel _____

Pasti e merende assunti a scuola

Lo studente è indipendente nel calcolo e nella gestione dei carboidrati? Si No

Merenda di metà mattina:	Si	No	_____
Pranzo:	Si	No	_____
Merenda di metà pomeriggio:	Si	No	_____
Merenda prima dell'attività fisica:	Si	No	_____

Merenda dopo l'attività fisica: Si No _____

Altre occasioni di merende o uno spuntini: _____

Cibo preferito per gli spuntini : _____

Cibi da evitare: _____

Istruzioni per il cibo fornito in classe (ad esempio per una festa di classe) _____

Attività fisica e sport

Una fonte di carboidrati ad azione rapida come _____ deve essere disponibile nel luogo di svolgimento delle attività fisiche o sportive. Esenzione da qualche attività: _____

Se la glicemia è inferiore a _____ mg/dl somministrare _____ e aspettare 30 minuti circa prima di fare attività fisica.

Se la glicemia è maggiore di _____ mg/dl evitare di fare attività fisica (vedi trattamento dell'iperglicemia)

Capacità del minore rispetto alla terapia

E' in grado di eseguire lo stick della glicemia da solo? Si No

E' in grado di stabilire la dose corretta di insulina da solo? Si No

E' in grado di preparare da solo l'insulina che si deve somministrare? Si No

E' capace di somministrarsi l'insulina da solo? Si No

Ha bisogno di supervisione di un adulto per preparare o eseguire la dose di insulina? Si No

MICROINFUSORE

Per gli studenti con microinfusore

Tipo di insulina nel microinfusore: _____

Tipo di set infusoriale: _____

Capacità dello studente a usare il microinfusore

Valutazione complessiva sull'autonomia _____ (insufficiente, sufficiente, buona, piena autonomia)

Somministrare e calcolare il bolo corretto Si No

Staccare e ricollegare il microinfusore Si No

Gestire gli allarmi di malfunzionamento Si No

Necessità di aiuto Si No

Persona di riferimento per l'aiuto all'uso del microinfusore: _____ Cellulare

GESTIONE QUOTIDIANA

Controllo della glicemia

Valori ottimali della glicemia (cerchiare) 70-150 70-180 Altro
Orari abituali di controllo della glicemia:

Situazioni in cui eseguire controlli extra della glicemia (barrare):

- Prima di svolgere attività fisica Se lo studente mostra segni di iperglicemia
 Dopo aver svolto attività fisica Se lo studente mostra segni di ipoglicemia

Altro (spiegare) _____

Lo studente può controllare la glicemia da solo? Si No

Eccezioni: _____

Marca e tipo di strumento per la determinazione della glicemia utilizzato dallo studente: _____

Tipo di terapia insulinica

- Multi-iniettiva Microinfusore Sensori

Dose di insulina per i pasti

Dose abituale di rapida a pranzo: n° _____ UI di insulina _____

oppure è flessibile usando n° _____ unità di _____ per _____ grammi di carboidrati.

n° _____ unità se la glicemia è da _____ a _____ mg/dl; n° _____ unità se la glicemia è da _____ a _____ mg/dl

Utilizzo di altra insulina a pranzo: n° _____ UI di insulina _____

Per modificare le dosi di insulina consultare i genitori in queste circostanze:

Dose insulinica di correzione

Con una glicemia maggiore di 200 mg/dl (lontano dai pasti) contattare _____ per concordare la dose correttiva

Ipoglicemia lieve (glicemia inferiore a 70 mg/dl, senza perdita di coscienza)

Sintomi abituali di ipoglicemia: _____

Trattamento dell'ipoglicemia: _____

PRESIDI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

Materiale da tenere a scuola (fornito da _____)

MATERIALE	UBICAZIONE
Glucometro	
strisce reattive per il glucometro	
Penna pungidito	
Lancette	
Guanti	
Strisce reattive per misurare i chetoni nelle urine	
Fiale di insulina (conservare in frigo da +2 a + 8° C)	
Siringhe da insulina	
Aghi per iniettore a penna	
Iniettore a penna	
Fonte rapida di glucosio _	
Spuntino contenente carboidrati _	
Kit emergenza _	
glucagone (conservare in frigo da +2 a + 8° C)	

URGENZE ED EMERGENZE

Ipoglicemia grave (glicemia inferiore a 70 mg/dl con perdita di coscienza, convulsioni)

Il glucagone è un **farmaco salvavita** che deve essere somministrato allo studente se è in stato di incoscienza, sta avendo le convulsioni, o non è capace di deglutire. Via intramuscolo dose _____ da iniettare nei glutei (ripetibile dopo 15 minuti).

Azioni da effettuare in caso di ipoglicemia grave:

- 1° somministrare il glucagone
- 2° chiamare il 118
- 3° chiamare altri numeri di emergenza e genitori
- 4° somministrare zucchero per bocca quando il minore si riprende

Persona/e di riferimento per la somministrazione del glucagone: _____

Iperglicemia grave (glicemia superiore a 350 mg/dl)

Sintomi abituali di iperglicemia: _____

Trattamento dell'iperglicemia: _____

I chetoni nelle urine devono essere controllati quando la glicemia supera i 300 mg/dl

FIRME

Questo programma è stato approvato da:

Medico della SOD Diabetologia Pediatrica (nome e cognome in stampatello e firma)

data

Pediatra/medico di famiglia (nome e cognome in stampatello e firma)

data

Questo programma è stato ricevuto da:

Genitore (nome e cognome in stampatello e firma)

data

Dirigente Scolastico (nome e cognome in stampatello e firma)

data

Insegnante di riferimento (nome e cognome in stampatello e firma)

data

Responsabile dell'ADI ove richiesto (nome e cognome in stampatello e firma)

data

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO
SANITARIO E MODALITA' DI COMUNICAZIONE SULLO STATO DI
SALUTE (D.Lgs. n. 196/2003)**

Il/La sottoscritto/a (genitore) Cognome Nome
nato/a, il, Tel

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali in ambito sanitario;
 Di manifestare il consenso al trattamento dei dati personali del proprio figlio/a
 Di aver preso visione del programma medico per la gestione a scuola della malattia relativa al proprio figlio

RICHIESTE

➤ Che le informazioni sul suo stato di salute vengano fornite alle seguenti persone:

- Padre..... Tel Insegnanti Tel
 Madre Tel Personale ATA Tel
 Pediatra di famigliaTel Altri Tel

Ancona, lì FIRMA DEL DICHIARANTE

Nel caso di paziente minore o interdetto, o nei casi in cui la manifestazione di consenso viene resa da persona diversa dall'interessato, l'esercente la patria potestà, il legale rappresentante ovvero la persona, diversa dal paziente, chiamata a manifestare il consenso al trattamento dei dati personali in ambito sanitario, sottoscrive la seguente:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto (genitore)....., nato a, il,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiere, richiamate dall'art. 76
D.P.R. 445/2000, in riferimento
al paziente (figlio)....., nato a, il,
dichiara sotto la propria responsabilità:

- di esercitare la patria potestà nei confronti del minore sopra indicato
 di essere il legale rappresentante del paziente sopra indicato

FIRMA DEL DICHIARANTE

**INFORMATIVA AGLI UTENTI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 79 DEL D. Lgs. 30 GIUGNO n. 196/03
“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” (CODICE PRIVACY)**

L'Azienda Ospedaliera in applicazione del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (c.d. Codice Privacy), informa che:

1. Il “Codice Privacy” garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e libertà di ogni persona, nonché della dignità personale con particolare riferimento alla riservatezza delle informazioni e all'identità personale. Il trattamento dei dati personali sarà, quindi, improntato a principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali sono raccolti i dati stessi.
2. I dati personali in ambito sanitario vengono trattati esclusivamente per finalità:
 - Di prevenzione, diagnosi e cura e, comunque, al fine primario di tutelare la salute della persona assistita;
 - Amministrativo-contabili, di valutazione (anche allo scopo di migliorare i servizi offerti facendo riferimento al grado di soddisfazione dell'utente), di controllo (purchè strettamente connessi alle prestazioni erogate) secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento;
 - Certificatorie relative allo stato di salute;
 - Di ricerca scientifica e di statistica: in questo caso, in assenza di esplicito consenso della persona interessata o del legale rappresentante, il trattamento avverrà in forma anonima.Potranno essere trattati dati sanitari riguardanti i familiari della persona assistita, solo se strettamente indispensabili, a giudizio del professionista sanitario responsabile delle cure della persona.
3. I dati sono trattati con strumenti sia cartacei che informatici, nel rispetto dei principi e delle regole concernenti le misure minime di sicurezza per evitare rischi di perdita, distruzione o accesso non autorizzato. Il trattamento dei dati è indispensabile per poter effettuare le prestazioni richieste e/o necessarie per la tutela della salute della persona assistita e il relativo consenso verrà documentato da operatori autorizzati.
Il mancato consenso al trattamento dei dati, con l'eccezione dei trattamenti urgenti e di quelli disposti da Autorità Pubblica (Sindaco, Autorità Giudiziaria) comporta l'impossibilità di erogare la prestazione sanitaria.
4. I dati personali in ambito sanitario possono essere oggetto di comunicazione per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa:
 - A responsabili e incaricati del trattamento di ciascuna Unità Operativa dell'Azienda;
 - Ad altre Aziende Sanitarie e alla Regione di appartenenza dell'utente;
 - Alla Compagnia Assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per le ipotesi di responsabilità;
 - Agli Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita;
 - Ad altri soggetti pubblici (Regione o Comune) o privati (ai quali siano stati affidati specifici compiti da Parte dell'Azienda) per finalità istituzionali: igiene, sanità pubblica, controllo appropriatezza delle prestazioni, assistenza, spesa sanitaria, ecc.;
 - All'Autorità Giudiziaria e/o all'Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge;
5. I dati genetici trattati per fini di prevenzione, diagnosi, cura e ricerca scientifica possono essere utilizzati unicamente per tali finalità o per consentire all'interessato una decisione libera ed informata, o ancora per finalità probatorie in sede civile o penale in conformità alla legge.
6. Ogni assistito è titolare dei diritti di cui all'art.7 del Codice Privacy, per cui, previa richiesta, tramite lettera raccomandata, telefax o posta elettronica, rivolta al Titolare o al Responsabile del trattamento può:
 - Conoscere mediante accesso gratuito l'origine dei dati personali, le finalità e le modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano;
 - Ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che lo riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
 - Opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.
7. Titolare del trattamento: Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, via Conca 71 60126 Ancona.
8. Responsabili del trattamento: SOD Diabetologia Pediatrica

Allegato n.2

Data:

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO

.....

Il sottoscritto....., genitore
dell'alunno/a

....., iscritto/a per l'anno
scolastico.....

alla classe.....presso la scuola
.....

chiede

di organizzare un incontro multidisciplinare per favorire l'inserimento di mio/a figlio/a, come previsto dal "Piano Integrato di accoglienza/assistenza del minore con diabete a Scuola – anni scolastici 2014-2015 e 2015-2016" (DGR n. 1215 del 27.10.2014), per concordare la gestione del minore durante le attività scolastiche.

Si ringrazia per la collaborazione

Data:

Cordiali saluti

Firma del genitore

Allegato n.3

Carta intesta Istituto Comprensivo

Al Direttore SOD Diabetologia Pediatrica
Prof. Valentino Cherubini
AOUOR Ancona – Presidio “Salesi”
Via Corridoni, 11
60123 Ancona

OGGETTO: Richiesta incontro multidisciplinare per favorire l’inserimento dell’alunno con diabete a Scuola, come previsto dal “Piano Integrato di accoglienza/assistenza del minore con Diabete a Scuola – anni scolastici 2014-2015 e 2015-2016” (DGR n. 1215 del 27.10.2014)

Il sottoscritto..... Dirigente Scolastico dell’Istituto
Comprensivo (IC)

chiede

un incontro tra il personale docente e non docente dello stesso IC ed il personale della S.O.D. di
Diabetologia pediatrica per l’attuazione del Piano in oggetto indicato, per l’alunno

.....classe.....

Scuola.....

Al riguardo comunica la sede dell’incontro:

Scuola _____ Via/Piazza _____ n° _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____ Tel. _____

Email _____

Per l’organizzazione del suddetto incontro possono essere presi contatti con:

tel. _____ Email _____

Sede, data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegato n.4

Carta intesta Istituto Comprensivo

Al Pediatra di Libera Scelta/Medico Medicina Generale

Dr.

OGGETTO: Convocazione - Incontro multidisciplinare per favorire l'inserimento dell'alunno con diabete a Scuola, come previsto dal "Piano Integrato di accoglienza/assistenza del minore con Diabete a Scuola – Anni scolastici 2014-2015 e 2015-2016" (DGR n. 1215 del 27.10.2015)

In attuazione di quanto stabilito nel Piano in oggetto indicato la S.V. è invitata per il giorno

.....alle ore.....presso.....

.....

ad un incontro multidisciplinare per definire le modalità di gestione del diabete a Scuola per l'alunno.....

Sede, data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegato n.5

Carta intesta Istituto Comprensivo

Al Responsabile del Distretto Sanitario

Dr.....

OGGETTO: Convocazione - Incontro multidisciplinare per favorire l'inserimento dell'alunno con diabete a Scuola, come previsto dal "Piano Integrato di accoglienza/assistenza del minore con Diabete a Scuola – Anni scolastici 2014-2015 e 2015-2016" (DGR n. 1215 del 27.10.2016)

In attuazione di quanto stabilito nel Piano in oggetto, indicata la S.V. è invitata per il giorno alle ore.....presso..... ad un incontro multidisciplinare per definire le modalità di gestione del diabete a Scuola per l'alunno.....

Sede, data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegato n. 6

Carta intesta Istituto Comprensivo

Ai Genitori del minore _____

OGGETTO: Convocazione - Incontro multidisciplinare per favorire l'inserimento dell'alunno con diabete a Scuola, come previsto dal "Piano Integrato di accoglienza/assistenza del minore con Diabete a Scuola – Anni scolastici 2014-2015 e 2015-2016" (DGR n. 1215 del 27.10.2014)

In attuazione di quanto stabilito nel Piano in oggetto, indicato le SSLL, genitori del

minore _____ sono invitate per il giorno _____ alle ore _____

presso _____ ad un incontro

multidisciplinare per definire le modalità di gestione del loro figlio durante le attività scolastiche

Sede, data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegato n. 7

VERBALE

**INCONTRO MULTISCIPLINARE PER INSERIMENTO MINORE CON DIABETE A
SCUOLA**

Scuola _____ Via _____ - _____

In data .../.../..... si riuniscono:

- i genitori di frequentante la classe
- Il personale scolastico presente (nome e cognome):
Dirigente _____
Docenti _____
ATA _____
- Il personale della SOD Diabetologia Pediatrica:
 - ✓ Dr. _____
 - ✓ Dr. _____
 - ✓ Dr. _____
- Il Responsabile del Distretto/Servizio ADI
 - Dirigente: _____
 - Infermieri: _____
- Il Pediatra di Libera Scelta/MMG del minore: Dr. _____

Sono discussi i seguenti argomenti:

1. Descrizione generale della patologia
2. Indicazioni consultazioni sito web: www.scuoladiabete.it/siedp/
3. Presentazione del Piano di Cura a Scuola
4. Alimentazione a Scuola
5. Stick della glicemia
6. Somministrazione d'insulina
7. Somministrazione del Glucagone
8. Materiale per la gestione del diabete a Scuola
9. E' richiesta l'assistenza Domiciliare Integrata (ADI): SI NO

NOTE:.....
.....
.....

Il Genitore.....

Il Resp. della SOD Diabetologia Pediatrica.....

Il Responsabile del Distretto.....

Il PLS/MMG.....

Il Dirigente Scolastico.....

INDICAZIONI PER UN CORRETTO COMPORTAMENTO IN CASO DI IPOGLICEMIA

Per ipoglicemia si intende una glicemia bassa, cioè un valore della glicemia al di sotto di 60-70 mg/dl

COME SI MANIFESTA:

Pallore, sudorazione fredda, senso di fame, tremore agli arti, mal di testa, visione annebbiata, irrequietezza, comportamento inadeguato alle circostanze (esempio in bambini molto piccoli isolamento dal gruppo, estraniamento dalle attività); in rarissimi casi si può giungere allo svenimento.

SEVERITÀ DELL'IPOGLICEMIA

Lieve (grado 1)

Il bambino (>5 anni) è consapevole dell'ipoglicemia e la corregge

Moderato (grado 2)

Il minore richiede l'aiuto di qualcuno: trattamento orale sufficiente

Severo (grado 3)

minore semicosciente o incosciente o in coma + convulsioni: richiede terapia parenterale (glucagone o glucosio e.v.)

In presenza di uno o più di questi sintomi verificare il valore della glicemia con stick e provvedere alla correzione.

L'USO DELLO STICK

Si ritiene opportuno segnalare che l'esecuzione dello stick glicemico è un semplice ma importante strumento/sussidio per identificare il grado di severità dell'ipoglicemia e prevenire e gestire al meglio le eventuali possibili situazioni critiche. Visto che i sintomi sopra descritti (mal di testa, pallore, irrequietezza etc) possono generare timori e confusione il ricorso allo stick può diventare una utile opportunità per cancellare ogni sorta di dubbio.

COME SI CORREGGE:

somministrare subito acqua zuccherata (2 cucchiaini o una zolletta in *mezzo* bicchiere d'acqua) o succo di frutta o latte.

Se i sintomi non si risolvono, si può ripetere la somministrazione dopo 10 minuti.

1. Se l'episodio si verifica prima di un pasto, procedere prima alla correzione, successivamente somministrare la dose di insulina e subito dopo far consumare il pasto.
2. se l'episodio si verifica lontano dai pasti (es. nel pomeriggio), fare la correzione come sopra e dopo dare un piccolo pezzetto di pane o 2 fette biscottate, per evitare un nuovo calo della glicemia nelle ore successive, dal momento che l'effetto dell'insulina del pasto non è ancora terminato.

Le bibite senza zucchero (es. Coca Cola light e bibite misura) o i dolcificanti (Sacarina, Aspartame, Sucaryl, Mivida, Dietor) non sono indicati.

Qualora l'ipoglicemia provochi una **perdita di conoscenza** (svenimento o convulsioni) non c'è indicazione alla somministrazione di alimenti per bocca per il rischio di inalazione, ma occorre:

- somministrare **glucagone (Glucagen)** per via intramuscolare
- chiamare il 118
- chiamare i genitori

In riferimento all'utilizzo del farmaco GLUCAGONE (nome commerciale GLUCAGEN-fiale da 1 mg) al minore affetto da Diabete Mellito di tipo 1 ed in terapia sostitutiva con insulina, si forniscono le seguenti informazioni:

- Il Glucagone è un farmaco salvavita
- Il farmaco si conserva in frigorifero ed è stabile fino alla data di scadenza. Se tenuto a temperatura ambiente (massimo 25°C) è stabile per 18 mesi.
- E' importante controllare periodicamente la scadenza.
- La confezione GLUCAGEN HYPOKIT contiene una fiala di liofilizzato ed una siringa con il solvente: la soluzione deve essere preparata al momento dell'uso (sciogliere la parte liofilizzata con il sovente presente nella siringa e aspirare la soluzione con la siringa stessa) e una volta ricostituita (eliminando l'aria eventualmente presente nella siringa) deve essere iniettata immediatamente.

Il farmaco può essere somministrato da chiunque si trovi in presenza di un ragazzo con diabete che ha perso conoscenza.

Posologia: si somministra $\frac{1}{2}$ fiala per peso corporeo minore di 30 kg ed una fiala per peso maggiore di 30 kg ricostituita per via intramuscolare (coscia o natiche). Non si ha alcun rischio per il paziente anche se iniettato erroneamente per via sottocutanea o addirittura endovenosa. A seguire chiamare il 118 e i genitori.

- Una volta somministrato, entro 5-10 minuti, il Glucagone determina un innalzamento della glicemia, con ripresa della coscienza e quindi, la possibilità di poter nuovamente somministrare acqua e zucchero seguiti da una fetta biscottata o un biscotto.
- In caso di mancata risposta, in attesa dei soccorsi, si può praticare una 2° somministrazione a distanza di 10-15 minuti-
- Qualora esistessero dubbi sulla natura della crisi, la somministrazione di Glucagone non riveste alcun carattere di pericolosità per il paziente stesso.

Sulla base della esperienza maturata e grazie anche alla applicazione dei precedenti Protocolli di Intesa di cui alle DGR 1356/2010 e DGR 1416/2012 si ritiene opportuno evidenziare che nel territorio marchigiano non sono stati segnalati casi in cui sia stato necessario ricorrere alla somministrazione del glucagone.

Per contatti telefonici con la SOD Diabetologia Pediatrica, si possono utilizzare i seguenti numeri: 071/5962011 – 5962205.