



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 24 LEGISLATURA N. IX

DE/ME/S04 Oggetto: Attuazione atto di raccomandazione del Ministro Istruzione e ricerca e del Ministro della Salute sulla somministrazione di farmaci di orario scolastico - **O NC**
Prot. Segr. Approvazione protocollo di intesa "Piano integrato di accoglienza/ assistenza del bambino con diabete a scuola".
1472

L'anno duemiladieci addì 20 del mese di settembre, in Ancona presso la sede della Regione Marche si è riunita la Giunta Regionale regolarmente convocata:

- | | |
|----------------------------|-----------|
| - Donati Sandro | Assessore |
| - Giannini Sara | Assessore |
| - Guarna Moroder Serenella | Assessore |
| - Luchetti Marco | Assessore |
| - Marcolini Pietro | Assessore |
| - Mezzolani Almerino | Assessore |
| - Viventi Luigi | Assessore |

Sono assenti:

- | | |
|---------------------|----------------|
| - Gian Mario Spacca | Presidente |
| - Paolo Petrini | Vicepresidente |
| - Canzian Antonio | Assessore |
| - Marconi Luca | Assessore |

Essendosi in numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza, in assenza del Presidente della Giunta regionale e del Vice Presidente, l'Assessore Luchetti Marco che dichiara aperta la seduta alla quale assiste il Segretario della Giunta regionale Moroni Elisa.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

Riferisce in qualità di relatore: L'Assessore Mezzolani Almerino.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: ATTUAZIONE ATTO DI RACCOMANDAZIONE DEL MINISTRO ISTRUZIONE E RICERCA E DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO – APPROVAZIONE PROTOCOLLO DI INTESA “PIANO INTEGRATO DI ACCOGLIENZA / ASSISTENZA DEL BAMBINO CON DIABETE A SCUOLA”

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del dirigente del servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- Di approvare l'allegato protocollo di intesa “Piano integrato di accoglienza/assistenza del bambino con diabete a scuola”, unitamente ai suoi allegati nn. 1 – 2 – 3 – 4 e 5, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
- Di autorizzare l'Assessore alla Salute a sottoscrivere il protocollo di cui al precedente alinea;

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Midroni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Gian-Mario Spacca

**L'ASSESSORE
(Marco Luchetti)**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

Legge 115 del 16/3/1987 - Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito

L.R n. 38/87 "Organizzazione e disciplina dei centri di Diabetologia e malattie del ricambio"

Decreto legislativo n. 112 del 31 marzo 1998. Linee programmatiche del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca in merito alle strategie fondamentali della politica scolastica quella della centralità dei "bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti delle loro famiglie, degli insegnanti".

Decreto del Presidente della Repubblica n. 275 del 8 marzo 1999. "Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, ai sensi dell'art. 21 della legge 15 marzo 1997 n. 59"

Decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 concernente "norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"

Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"

Raccomandazioni del Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e del Ministro della Salute circa la somministrazione di farmaci in orario scolastico (Moratti - Storace, 25/11/2005).

Legge Regione Marche del 23/02/2009 n.1 – Nuove disposizioni in materia di Prevenzione e Cura del diabete mellito.

Motivazioni

Il numero di soggetti con diabete è in costante aumento in tutto il mondo, con una stima di 370 milioni nel 2030. In Italia la prevalenza del diabete è pari a circa il 5% della popolazione generale; attualmente almeno 3 milioni di persone sono affette da diabete mellito, di cui oltre 120.000 sono insulino dipendenti e di queste ultime 10-20 mila sono bambini e adolescenti.

L'incremento costante di incidenza e prevalenza del diabete giovanile, con progressiva riduzione dell'età della diagnosi, pone problemi di assistenza del tutto peculiari, nei settori che riguardano il controllo della malattia, l'aspettativa di salute in età adulta, lo sviluppo della persona.

Si stima una prevalenza di 1 soggetto ogni 1000 studenti. L'incremento annuo stimato dai dati del registro RIDI (Registro Italiano per il Diabete) è del 3,6% senza sostanziali differenze regionali.

Alla luce di quanto sopra, nell'ambito della recente Legge regionale n. 1 si è inteso sottolineare la specificità del Centro di riferimento regionale per la diabetologia pediatrica istituito presso l'Azienda Ospedali Riuniti di



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Ancona, individuando puntualmente all'articolo 5 compiti, strutturazione ed obiettivi, proprio al fine di fornire un servizio organizzato ed efficiente in grado di supportare efficacemente sia il giovane paziente che la sua famiglia sotto i vari aspetti medici, assistenziali e psicologici.

Al riguardo è infatti ormai noto che la diagnosi di diabete mellito tipo 1 in età pediatrica ha un impatto psicologico importante sia sulla famiglia oltre che nel bambino. I genitori sono chiamati a gestire un forte stato emotivo (trauma) ed un profondo senso di insicurezza per il futuro, associato alla necessità di cambiare in fretta abitudini e stili di vita. In tutto questo al bambino dovrà essere garantita una ripresa della vita quotidiana incluso il ritorno alle attività scolastiche ed una piena integrazione sociale.

Alla luce di quanto sopra l'Associazione famiglie con adolescenti e Infanti con Diabete (AFAID) si è fatta promotrice, in occasione della Giornata mondiale del diabete anno 2008, di raccogliere le disponibilità e le firme del Servizio Salute della Regione Marche, dell'Ufficio Scolastico Regionale, del Centro regionale di diabetologia pediatrica e della Pediatria di libera scelta su un importante documento di intenti "Dichiarazione dei diritti del bambino con diabete a scuola"

A questa dichiarazione di intenti è seguita poi la costituzione di un apposito gruppo di lavoro, con gli attori sopra citati, che si è attivato per la realizzazione di un percorso in ambito scolastico ove vengano individuate precise modalità condivise da applicare in maniera omogenea su tutto il territorio regionale.

In particolare si è fatto riferimento anche all' Atto di raccomandazione 25.11.2005 a firma congiunta del Ministro della Istruzione e della Università e della Ricerca e del Ministro della Salute, ove venivano fornite utili indicazioni e riferimenti per la possibile stesura di un piano integrato di assistenza di studenti che necessitano somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Sulla scorta dei suggerimenti della Associazione AFAID si è optato per un percorso chiaro, lineare e condivisibile, definendo già da subito anche la modulistica di supporto proprio per consentire alle famiglie di ricorrere alla opportunità in parola, senza ansie e disagi burocratico/amministrativi.

In data 12 febbraio 2010, organizzato dall'Ufficio Scolastico Regionale, si è svolto a Loreto un qualificato Convegno - cui hanno partecipato la presidente della Commissione Diabete del Ministero della Salute Dr.ssa Paola Pisanti, Dirigenti Scolastici delle Scuole di ogni ordine e grado della Regione Marche, esponenti della Sanità regionale e rappresentanti delle Associazioni genitori regionali e nazionali - ove si è avuto modo di approfondire le tematiche in questione nonché presentare e condividere la proposta di protocollo di intesa di cui al presente atto.

Per tutto quanto precede, dato atto della necessità di supportare adeguatamente il cennato Centro Regionale di diabetologia pediatrica alla luce anche degli impegni così come previsti nel protocollo in parola,

SI PROPONE

- Di approvare l'allegato protocollo di intesa "Piano integrato di accoglienza/assistenza del bambino con diabete a scuola", unitamente ai suoi allegati nn. 1 - 2 - 3 - 4 e 5, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

#



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Di autorizzare l'Assessore alla Salute a sottoscrivere il protocollo di cui al precedente alinea;

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Franco Stazio

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE

Il sottoscritto considerata la motivazione espressa nell'atto esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità e ne propone l'adozione alla Giunta Regionale. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Carmine Ruta

La presente deliberazione si compone di n. 17 di cui n. 14 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO

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

***“PIANO INTEGRATO DI ACCOGLIENZA/ASSISTENZA
DEL BAMBINO CON DIABETE A SCUOLA”***

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

1. Famiglia
2. Centro regionale di Diabetologia Pediatrica (CRDP)
3. Servizio Sanitario Regionale (ASUR Z. T., Distretto Sanitario, ADI e PLS/MMG)
4. Ufficio Scolastico Regionale Marche e Istituzioni Scolastiche
5. Associazioni (AFAID)

Di seguito i compiti principali di ciascuno degli attori sopra menzionati

1. LA FAMIGLIA

- Informa il Dirigente scolastico dell'insorgenza del diabete del figlio, consegnando la diagnosi ed il Piano di Cura del Diabete a Scuola (PCDS) rilasciati dal CRDP durante il ricovero ospedaliero (Allegato n.1).
- Invita il Dirigente Scolastico ad organizzare l'incontro iniziale per concordare la gestione dell'alunno con diabete durante l'anno scolastico (Allegato n.2).
- Partecipa agli incontri a cui è convocata assieme al personale sanitario e scolastico.
- Fornisce alla scuola i presidi diagnostici terapeutici da verificare periodicamente.

2. IL CENTRO REGIONALE DI DIABETOLOGIA PEDIATRICA (CRDP)

- Certifica la diagnosi di Diabete.
- Fornisce al genitore ed al Pediatra di Libera scelta (PLS)/ Medico di Medicina Generale (MMG) la lettera di dimissione dall'ospedale con la diagnosi di diabete ed il PCDS.
- Informa la famiglia dell'opportunità di fare ricorso ad un'attività integrata con il personale scolastico e gli operatori del servizio sanitario regionale per il corretto inserimento del bambino a scuola.
- Rimane a disposizione per:
 - L'incontro iniziale con Operatori scolastici e sanitari
 - La formazione sia in ambito ospedaliero che territoriale degli operatori scolastici e sanitari
 - La verifica intermedia sul corretto inserimento del bambino a scuola

T



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

3.1 Pediatra di Libera Scelta/Medico di famiglia

- Prende visione del Piano di trattamento individuale
- Collabora all'inserimento scolastico del proprio paziente con diabete, fornendo agli operatori coinvolti le informazioni sanitarie utili all'inserimento scolastico.
- Valuta, tenuto conto della particolare complessità del caso, con il CRDP e con la famiglia, l'opportunità di richiedere l'intervento del Servizio Infermieristico Distrettuale (ADI).
- 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, laddove necessario, la formazione specifica del proprio personale infermieristico, in accordo con il CRDP.
- Rende disponibile le risorse, laddove richiesto, per l'esecuzione dei compiti stabiliti dal presente protocollo per una corretta gestione del bambino con diabete a scuola.
- Partecipa agli incontri di pianificazione e verifica con le parti interessate.

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 del problema al Responsabile del Distretto, alla famiglia, al PLS/MMG e al CRDP.

4. ISTITUZIONI SCOLASTICHE

4.1 Il Dirigente Scolastico

- Riceve dalla famiglia la comunicazione di un nuovo caso di diabete.
- Su richiesta scritta della famiglia, (Allegato n.2) convoca il primo incontro con le parti (famiglia, Centro regionale di Diabetologia Pediatrica (CRDP); Distretto Sanitario, ADI e PLS/MMG e Associazioni (AFAID) per definire, in tempi utili, l'organizzazione e la gestione del bambino per l'anno scolastico in corso (Allegato n.3). In tale sede:
 - Si individuerà il personale dedicato alla somministrazione del farmaco salvavita. (Glucagone)
 - Si individuerà chi tra le parti convocate avrà la responsabilità di effettuare lo stick e la somministrazione dell'insulina giornaliera.
 - Si raccoglieranno eventuali disponibilità da parte del personale docente e/o non docente per l'effettuazione dello stick e la somministrazione dell'insulina giornaliera.
 - Si ratificheranno le decisioni nel verbale di riunione (Allegato n.4)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Promuove l'informazione/formazione del personale scolastico coinvolto.
- Predispone spazi e attrezzature per la corretta esecuzione della terapia e conservazione del materiale necessario come dal elenco allegato.

Inoltre si assicura che il personale scolastico docente e non docente:

- ✓ Si adoperi perché l'alunno possa partecipare a tutte le iniziative (uscite, giochi, attività sportive, feste scolastiche, ecc.)
- ✓ Provveda alla adeguata conservazione dei materiali e degli alimenti necessari per il controllo della glicemia.
- ✓ Consenta al bambino con diabete di assumere spuntini per prevenire o trattare un'ipoglicemia, usare il bagno e bere acqua, quando richiesto.
- ✓ Consenta l'indipendenza dello studente, previo consenso della famiglia se minorenni, nel caso in cui questi sia in grado di effettuare da se le procedure della terapia e del controllo glicemico.

5. ASSOCIAZIONE

- Fornisce alla scuola e alle famiglie degli studenti con diabete attività di consulenza e supporto per individuare e affrontare le criticità.
- Collabora 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 soluzioni.

La misurazione della glicemia e la somministrazione di insulina possono essere effettuate dal personale scolastico solo volontariamente e previa adeguata formazione. Resta comunque prescritto il ricorso al SSN nei casi in cui non sia possibile applicare il protocollo Terapeutico o questo risulti inefficace. Ad ogni buon fine si allega alla presente (all. 5) una nota, a cura del CRDP, concernente consigli per un corretto comportamento in caso di ipoglicemia.

VALIDITA'

Il presente documento ha validità per gli anni scolastici 2010-2011 e 2011-2012.

Firme dei sottoscrittenti:

**Servizio Salute
Regione Marche
Almerino Mezzolani**

**Ufficio Scolastico Regionale
Il Direttore Generale
Michele Calascibetta**

st



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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 _____

Centro Regionale di 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)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Capacità del bambino 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 |

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

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: _____

#



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRESIDI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

Materiale da tenere a scuola (fornito da _____)

| N° confezioni | Materiale |
|----------------------|--|
| _____ | 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 di emergenza per il glucagone (conservare in frigo da +2 a + 8° C) _____ |
| UBICAZIONE (*) _____ | |

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 bambino 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

MICROINFUSORE

Per gli studenti con microinfusore

Tipo di insulina nel microinfusore: _____

Tipo di set infusoriale: _____



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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 _____

FIRME

Questo programma è stato approvato da:

Medico del Centro Regionale di 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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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

RICHIEDE

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

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

Ancona, li **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



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

INFORMATIVA AGLI UTENTI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 79 DEL D. Lgs. 30 GIUGNO n. 196 "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, telex 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 - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi, via Conca 71 60020 Torrette di Ancona.
8. Responsabili del trattamento: Direttori delle Unità Operative.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato n.2

Data:

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO

.....

Il sottoscritto.....,

genitore dell'alunna/o....., iscritto/a per l'anno scolastico.....

alla classe.....presso la scuola

chiede,

come previsto dal PIANO INTEGRATO DI ACCOGLIENZA/ASSISTENZA DEL BAMBINO CON
DIABETE A SCUOLA, di organizzare l'incontro iniziale con il personale scolastico e sanitario per
poter definire le modalità di gestione del bambino/a con diabete durante le attività scolastiche.

Si ringrazia per la collaborazione .

Con osservanza

ff



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato n.3

Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica
c/o Presidio Ospedaliero SALESI

Al Responsabile del Distretto

.....

Dr.....

Dr.....

(PLS/MMG)

Famiglia.....

OGGETTO: MODALITA' DI GESTIONE DEL MINORE.....

In attuazione di quanto stabilito dal "PIANO INTEGRATO DI ACCOGLIENZA/ASSISTENZA DEL BAMBINO CON DIABETE A SCUOLA", si organizza l'incontro iniziale per poter definire le modalità di gestione del minore..... con diabete durante le attività scolastiche il giorno alle ore

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato n.4

ISTITUTO SCOLASTICO

VERBALE DI 1° INCONTRO

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

- i genitori di frequentante la classe
- Il personale del Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica:
 - ✓ Dr. _____
 - ✓ Dr.ssa _____
- Il Responsabile del Servizio Infermieristico Domiciliare: Dr. _____
- Pediatra di Libera Scelta del minore: Dr. _____

Vengono affrontati i seguenti argomenti:

1. Descrizione generale della patologia a cura del personale CRDP
2. Presentazione del Pianto Terapeutico Individuale a cura del personale CRDP
3. E' richiesta l'assistenza Domiciliare Integrata (ADI):

SI NO
4. E' necessario uno schema alimentare personalizzato

SI NO
5. La sessione di Formazione/Informazione del personale scolastico docente e/o non docente viene fissata per il
6. La somministrazione del farmaco salvavita (Glucagone) sarà effettuata da:.....
7. L'effettuazione dello stick ed eventuale somministrazione di insulina sarà effettuata da:

.....
8. L'incontro intermedio per verificare l'andamento dell'inserimento è fissato per

NOTE.....
.....
.....

Il Genitore Il Resp. del CRDP Il Resp. del Distretto Il PLS/MMG

.....

7



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato n.5

CONSIGLI 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 bambino richiede l'aiuto di qualcuno: trattamento orale sufficiente

Severo (grado 3)

Bambino 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.

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

4



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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 solvente 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 ½ 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 conoscenza 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.

Il CRDP è aperto durante le normali ore scolastiche e può essere contattato telefonicamente ai seguenti numeri: 0715962011 oppure 0715962205

#