

PIANO INDIVIDUALE DI TRATTAMENTO DIABETOLOGICO

(LINEE GUIDA - GESTIONE DEL DIABETE A SCUOLA)

Questo programma è preparato dal diabetologo pediatra e condiviso con i genitori dello studente ed il pediatra/medico di famiglia. Esso costituisce uno strumento di supporto per il personale Docente e A.T.A. utile alla gestione del diabete a scuola, inclusa la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo quanto raccomandato dal MIUR con Nota Prot. n. 2312/Dip/Segr del 25/11/2005. Il Sig. _____, che esercita la potestà genitoriale sul minore sotto indicato, ha espresso il consenso al trattamento dei dati personali del medesimo (vedi allegato).

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/Servizio di Diabetologia Pediatrica

Nome e cognome del medico _____ Tel _____ Cellulare emergenza _____
 Nome altri sanitari _____ Tel _____

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 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



ALLEGATO 1A

MATERIALE/DOCUMENTI da fornire alla scuola da parte dei genitori

- Glucometro con relative strisce
- Lancette pungidito e relativo pungidito
- Siringhe da insulina o iniettore a penna con relativi aghi
- Insulina in uso
- Glucagone
- Zucchero
- Autorizzazione alla somministrazione di farmaci a scuola/scarico di responsabilità
- Protocollo riconoscimento e trattamento ipoglicemia a scuola (All. 1B)
- Protocollo conservazione e uso del Glucagone (All. 1C)
- Piano alimentare personalizzato (per chi utilizza la mensa) (All. 1D)
- Scheda registrazione eventi scolastici - glicemia, insulina, eventi avversi (All. 1E)
- Documento Urgenze ed emergenze (All. 1F)
- Consenso Privacy (D.Lgs. n. 196/2003)

ALLEGATO 1B

PROTOCOLLO DI RICONOSCIMENTO E TRATTAMENTO dell'IPOGLICEMIA

Consigli per un corretto comportamento in caso di ipoglicemia

COS'E' UNA 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 .

Solitamente un soggetto in ipoglicemia presenta sempre tachicardia (battiti del cuore accelerati)

In presenza di uno o più di questi sintomi, se è possibile, verificare il valore della glicemia, se non è possibile procedere comunque alla correzione.

COME SI CORREGGE:

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

Se i sintomi non passano, 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 (Saccarina, Aspartame, Sucaryl, Mivida, Dietor) non si possono impiegare per correggere una ipoglicemia, in quanto non hanno nessun effetto sulla glicemia.

Qualora l'ipoglicemia provochi una **perdita di conoscenza** (svenimento o convulsioni) non si possono somministrare alimenti per bocca: occorre somministrare _____ fiala di glucagone (Glucagen) per via intramuscolare (vedi istruzioni glucagone).

ALLEGATO 1C

ISTRUZIONI per l'uso del GLUCAGONE

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.
- Indicazioni: deve essere somministrato nei bambini o ragazzi con diabete in quei casi di ipoglicemia grave con perdita di conoscenza in cui non è stato possibile arrestare l'ipoglicemia stessa con la somministrazione di acqua e zucchero per bocca
- Posologia: si somministra _____ fiala ricostituita per via intramuscolare (coscia o natiche), ma non si ha alcun rischio per il paziente anche se iniettato erroneamente per via sottocutanea o addirittura endovenosa.
- 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.

Qualora esistessero dubbi sulla natura della crisi, la somministrazione di Glucagone non riveste alcun carattere di pericolosità per il paziente stesso.

Comunque il centro, durante le normali ore scolastiche è sempre aperto e può essere contattato telefonicamente in qualsiasi momento dalle ore 8 alle ore 14 dei giorni feriali al numero 055 5662486

o al telefono dell'emergenza, al numero 338 8833393.

Il Medico



ALLEGATO 1D

Al Dirigente Scolastico

Al Responsabile di Mensa
della Scuola

.....
 il Vs.alunno/a affetto da Diabete Giovanile, consumerà regolarmente il pranzo alla Vs. Mensa scolastica; il suo problema prevede **una alimentazione sana ed equilibrata**, poiché il suo fabbisogno è identico a quello di tutti gli altri coetanei che si alimentano **in maniera corretta**. Le porzioni e le preparazioni, non debbono essere differenziate rispetto a quelle previste dalle **tabelle dietetiche** in uso presso la Vostra struttura
 Chiediamo quindi la competente collaborazione **dell'educatore presente al momento del pasto** nel guidare il bambino a realizzare le seguenti indicazioni:

PRIMI PIATTI

- **se pastasciutta** dare una razione (g. circa) ; condimento normale
- **se minestra** dare una raz.+ **doppia** razione di pane

SECONDI PIATTI

una razione senza aggiungere sughi di cottura

VERDURE

crude e/o cotte una razione abbondante

se

PATATE E LEGUMI

una razione SENZA DARE PANE

PANE

una razione di circa g. da aumentare fino a g. se il/la bambino/a mangiasse poca pastasciutta

FRUTTA

una razione di frutta di stagione di media pezzatura

NOTE

- * **Non dare mai** doppia razione fatta eccezione per le verdure il cui uso è libero.
- * **In caso di scarso appetito** può essere eliminato il secondo piatto, **mai il primo piatto**
- * **Nel caso che** il menù scolastico preveda un dessert (torta, gelato, yogurt con zucchero, budino) può essere dato una volta al mese; se la frequenza fosse superiore, sostituire con un frutto.

Il Servizio Dietetico dell'Ospedale "Meyer" resta comunque sempre disponibile per ulteriori consigli o chiarimenti

Grati per la Vostra collaborazione

La Dietista

ALLEGATO 1F

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: _____

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 responsabile assistenza sanitaria (nome e cognome in stampatello e firma) data

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

(*) Parti da compilare a carico del responsabile dell'assistenza sanitaria della Scuola

INTESTAZIONE CENTRO/SERVIZIO DIABETOLOGIA PEDIATRICA

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

D I C H I A R A

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 (allegato al presente documento)

R I C H I E D E

➤ 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

Firenze, 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
“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: _____
8. Responsabili del trattamento: Direttori delle Unità Operative.