

Oggetto

protocollo congiunto d'intesa tra Regione Abruzzo e Ufficio Scolastico Regionale: "Piano integrato di accoglienza e assistenza del minore con diabete a scuola".

Legislazione nazionale di riferimento

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

- Art. 1.2 - Gli interventi regionali sono rivolti a:
 - comma d) agevolare l'inserimento dei diabetici nelle attività scolastiche, sportive e lavorative
 - comma f) migliorare l'educazione e la coscienza sociale generale per la profilassi della malattia diabetica
- Art. 7.2 - Le regioni promuovono iniziative di educazione sanitaria sul tema della malattia diabetica rivolte alla globalità della popolazione, utilizzando le strutture scolastiche, sportive e socio-sanitarie territoriali
- Art. 8.1 - La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado
- Art. 8.1 - La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado

Decreto legislativo n.112 del 31 marzo 1998

- Linee programmatiche del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca che pongono tra le strategie fondamentali della politica scolastica quella della *centralità* dei "bisogni, interessi e aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie e 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"

Legge n.328 del 8 novembre 2000

- Legge quadro per la realizzazione del sistema integrativo di interventi e servizi sociali

Decreto legislativo n.165 del 30 marzo 2001

- "norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"

Legge n.3 del 18 ottobre 2001

"Modifiche al titolo V della parte seconda della costituzione"

- l'autorità legislativa alle Regioni in campo di sanità e istruzione

Legge n.53 del 28 marzo 2003

- Definizione delle norme generali dell'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale

Decreto legislativo n.76 del 15 aprile 2005

- “ Definizione delle norme generali sul diritto - dovere all'istruzione e alla formazione, a norma dell' art.2, comma 1, lettera c), Legge 28 marzo 2003 n.53 ”

Legge n.104 del 5 febbraio 1992

- Il diritto per i parenti a particolari agevolazioni che permettono di assistere il paziente

Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Ministero della Salute (Circolare Moratti-Storace, 22-11-2005)

- Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico
-

Ministero della Salute Ministero dell'Istruzione, dell'Università, della Ricerca; AGDI ITALIA Coordinamento tra le Associazioni Italiane di Aiuto ai Bambini e Giovani con Diabete

- ***Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con Diabete in contesti Scolastici, Educativi, Formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all'istruzione e alla migliore qualità di vita.***

Legislazione regionale di riferimento(Abruzzo)

Legge Regionale n. 48 del 15 giugno 1988

- ***Norme di attuazione della Legge 16 marzo 1987, n. 115, recante disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito.***

Piano sanitario regionale 2008-2010

Diabete giovanile in ambito scolastico

PREMESSA

L'elaborazione di linee guida regionali nascono dall'esigenza di garantire la migliore accoglienza e la realizzazione di un percorso scolastico che permetta agli alunni di realizzare a pieno le loro potenzialità e agli insegnanti e al personale scolastico di esprimere efficacemente le proprie capacità professionali e umane anche nei confronti dell'alunno con diabete.

SCOPO DEL PROGETTO

Realizzazione di un protocollo congiunto dell'Assessorato alla Sanità Regionale, dell'Ufficio Scolastico Regionale e del Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica (operante presso la Clinica Pediatrica di Chieti) che favorisca :

- **L'inserimento del bambino con diabete in ambito scolastico;**
- **Il pieno godimento del diritto alla sua salute psico-fisica;**

- **L'accesso protetto a tutti i percorsi formativi scolastici;**
- **La rimozione di ogni ostacolo per la piena integrazione sociale**
- **Il diritto degli insegnanti e del personale scolastico ad una corretta informazione sul diabete del bambino**

PREMESSE MEDICO SCIENTIFICHE

La gestione del diabete in ambito scolastico rappresenta un tema socio-assistenziale emergente come testimoniato da recenti pubblicazioni scientifiche internazionali. Tale fenomeno è legato anche al progressivo abbassamento dell'età d'esordio del diabete di tipo 1 (in aumento in età preadolescenziale). Il sempre più frequente lavoro di entrambi i genitori e l'impossibilità di garantire un'assistenza medico-infermieristica continua per altro non auspicabile essendo prioritario l'obiettivo di favorire le autonomie dell'alunno nel rispetto delle tappe dello sviluppo cognitivo e delle abilità pratiche può creare situazioni di disagio quali:

- ◆ **glicemie inopinatamente elevate per evitare interventi da parte di genitori o delegati ed episodi ipoglicemici.**
- ◆ **Ricorrenza di episodi ipoglicemici facilmente prevenibili attuando una gestione collaborativa dell'alunno;**
- ◆ **Disagio degli insegnanti non adeguatamente istruiti all'inserimento dell'alunno con diabete;**
- ◆ **Situazioni di stress psicologico delle famiglie legate alla percezione di una incompleta attuazione di un percorso protetto per i propri figli;**
- ◆ **Rischio di mancata aderenza alla terapia (mancata somministrazione dell'insulina; mancata o tardiva correzione dell'ipoglicemia) per evitare situazioni di disagio psicologico e/o imbarazzo sentendosi non accettati.**

Tali limitazioni incidono su un diritto costituzionale essenziale: la piena fruizione dell'offerta scolastica, spesso con compromissione delle possibilità di inserimento lavorativo e sociale.

Una recente indagine nazionale (progetto ALBA – Dawn Youth Italia) ha evidenziato come la principale preoccupazione per i genitori sia rappresentata dall'ipoglicemia. In particolare i genitori si preoccupano temendo che l'ipoglicemia non venga adeguatamente e/o tempestivamente trattata, che il bambino provi imbarazzo, non sia in grado di gestirla autonomamente o non abbia con sé l'occorrente (per esempio durante gli spostamenti in ambienti scolastici diversi o durante l'educazione fisica). Inoltre molti genitori si preoccupano perché gli insegnanti potrebbero non essere adeguatamente informati. Nel 50% dei casi la madre si reca a scuola per somministrare l'insulina.

Spesso le scuole non dispongono del glucagone, farmaco indispensabile per risolvere le ipoglicemie. Inoltre l'informazione ricevuta dalle scuole è spesso frammentaria, proviene da fonti diverse non coordinate e standardizzate nella tipologia dei messaggi educativi.

Il 56 % delle famiglie ritiene che il diabete non abbia avuto alcun effetto sul rendimento scolastico. Il resto ritiene che abbia influito sulle capacità di concentrazione e sull'alimentazione in ambito scolastico, sul rapporto con i compagni e gli insegnanti, sul rendimento scolastico.

Più del 70% delle famiglie ritiene che il personale scolastico abbia incontrato difficoltà nella gestione (per quanto di pertinenza) del diabete a scuola. Solo il 37% dei genitori ritiene che la scuola sia in grado di gestire adeguatamente le ipoglicemie. Nell'87% delle scuole non sono presenti disposizioni specifiche per la gestione dell'alunno con diabete. Solo il 40% del personale scolastico ha ricevuto una formazione specifica sul diabete. Il 10% dei bambini con diabete non prende parte a tutte le attività extrascolastiche (gite, tornei, ecc...) e comunque nel 50% dei casi non sono previste particolari precauzioni in queste situazioni, per cui i genitori devono essere presenti, creando in tal modo una situazione non compatibile con il carattere formativo di tali attività. Il 50% delle scuole non è fornito di protocolli per la gestione delle emergenze.^{1 2 3 4 56}

In definitiva i diritti del bambino con diabete a scuola si compendiano nelle seguenti affermazioni.

Il bambino con diabete a scuola deve poter:

- **Controllare la glicemia;**
- **Trattare l'ipoglicemia con la somministrazione di zuccheri;**
- **Iniettarsi l'insulina se necessario;**
- **Consumare spuntini se necessario;**
- **Mangiare ad un'ora appropriata ed avere tempo a sufficienza per terminare;**
- **Avere libero accesso al bagno e poter bere quando lo desidera;**
- **Partecipare a tutte le attività scolastiche (educazione fisica, gite, ecc....)**
- **Godere di una interazione efficace e serena con personale scolastico correttamente istruito sulle problematiche inerenti il diabete di tipo 1 del bambino.**

¹ Gómez Manchón M, Gómez Carrasco JA, Ramírez Fernández J, Díez Fernández T, García de Frías E. *Special needs of schoolchildren with diabetes mellitus. Point of view of parents and teachers. An Pediatr (Barc).*;70(1):45-52, 2009.

² Amillategui B, Mora E, Calle JR, Giralt P. *Special needs of children with type 1 diabetes at primary school: perceptions from parents, children, and teachers. Pediatric Diabetes.*10(1):67-73. 2009.

³ Hellem M, Clarke V. *Safe at School a Virginia experience. Diabetes Care,* 30, 1396-98, 2007.

⁴ American Diabetes Association. *Diabetes care in the school and day care setting. Diabetes Care.* 33 Suppl 1:S70-4, 2010.

⁵ DAWN YOUTH REPORT. *DAWN YOUTH*, Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, Associazione Parlamentare per la Tutela e la Promozione del Diritto alla Prevenzione. Società Italiana di Diabetologia ed Endocrinologia Pediatrica, Novo Nordisk

⁶ DIAMOND Project Group. *Incidence and trends of childhood type 1 diabetes worldwide 1990-1999. Diabet Med.* 23, 857, 2006.

CHI SONO GLI ATTORI

- **FAMIGLIE ED ALUNNI**
- **SERVIZIO REGIONALE DI DIABETOLOGIA PEDIATRICA**
- **SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**
- **UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE**
- **ISTITUZIONI SCOLASTICHE**
- **PERSONALE SCOLASTICO DIRETTIVO, DOCENTE E NON DOCENTE**
- **ASSOCIAZIONI**

RILEVANZA DEL PROBLEMA

La regione Abruzzo presenta un tasso di incidenza tra i più alti dell'Italia peninsulare e dell'Europa continentale (tasso standardizzato: 15,0 x 100.000 x anno). Si deduce che la prevalenza sia di circa 3200 bambini ed adolescenti nella nostra regione. In altri termini uno studente con diabete ogni 1000 alunni.

Si stima che nella fascia di età 0-4 anni il trend annuale di incremento sia maggiore (4,8% per anno) rispetto alle altre età e che nei prossimi 15 anni i casi di diabete di tipo 1 in età pediatrica siano destinati ad aumentare del 50%.⁷

Il costante incremento di *incidenza e prevalenza* del diabete giovanile, con progressiva riduzione dell'età della diagnosi, pone problemi di assistenza peculiari nei settori che riguardano:

- IL CONTROLLO DELLA MALATTIA
- L'ASPETTATIVA DI SALUTE IN ETÀ ADULTA
- LO SVILUPPO DELLA PERSONA
- LE ATTIVITÀ SCOLASTICHE E DI SOCIALIZZAZIONE NELLA PRIMA INFANZIA

⁷ DIAMOND Project Group. Incidence and trends of childhood type 1 diabetes worldwide 1990-1999. Diabet Med. 23, 857, 2006.

QUALE RUOLO PER GLI ATTORI DEL PROGETTO

GLI ATTORI

- FAMIGLIA
- ISTITUZIONI SANITARIE
- ISTITUZIONI SCOLASTICHE
- ASSOCIAZIONI

FAMIGLIA

- Informa il personale scolastico della malattia del figlio, consegnando al Dirigente Scolastico il Piano di cura del diabete a scuola ed eventuali aggiornamenti, rilasciati dal centro specialistico di riferimento e relativi allegati integrativi.
- Informa il pediatra e/o il medico di medicina generale consegnando una copia del Piano di cura del diabete a scuola ed eventuali aggiornamenti.
- Partecipa agli incontri formativi assieme al personale sanitario e scolastico.

ISTITUZIONI SANITARIE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

- Assicura la corretta informazione e formazione sanitaria agli operatori scolastici in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale sui casi specifici, anche attraverso l'attivazione di moduli formativi regionali in collaborazione con l'ufficio scolastico regionale;
- Pianifica e coordina le azioni necessarie, valuta ed individua le risorse disponibili.
- Verifica la qualità dei risultati ottenuti anche valutando la soddisfazione delle famiglie del personale scolastico e sanitario.

SERVIZIO REGIONALE DI DIABETOLOGIA PEDIATRICA

- Comunica l'insorgenza di un nuovo caso di diabete ai servizi sanitari ed all'Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo
- Acquisisce il consenso dei genitori fino alla maggiore età
- In caso di mancato consenso informa i genitori dei rischi che ne derivano e si riserva di inviare la segnalazione alle autorità competenti.
- Si rende disponibile per eventuali consulenze, richieste dagli operatori coinvolti nell'inserimento scolastico.
- Coordina ed organizza la formazione degli operatori sanitari e scolastici preferibilmente tramite moduli formativi regionali e/ provinciali d'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale e il Servizio Sanitario Regionale.

- Coordina ed organizza la formazione degli operatori sanitari tramite moduli formativi regionali e/ provinciali d'intesa con il Servizio Sanitario Regionale, le ASL le strutture Regionali deputate ai programmi di aggiornamento obbligatori.

PEDIATRA/MEDICO DI FAMIGLIA

- Prende visione del Piano di cura del diabete a scuola e lo sottoscrive per condivisione.
- Collabora all'inserimento scolastico del proprio paziente con diabete, fornendo agli operatori coinvolti le informazioni sanitarie utili all'inserimento scolastico.
- Valuta con il Servizio di Diabetologia Pediatrica e con la famiglia l'opportunità di richiedere l'intervento del Servizio Infermieristico del Distretto sanitario ed inoltra la richiesta al Servizio Infermieristico.
- Collabora alla formazione degli operatori sanitari e scolastici nell'ambito di moduli formativi regionali e/o aziendali.
- Partecipa agli eventi formativi regionali ed aziendali.

IL RESPONSABILE DEL DISTRETTO SOCIO – SANITARIO DI COMPETENZA

- Riceve le richieste di attivazione del Servizio Infermieristico Distrettuale (ADI) dal pediatra e/o dal medico di medicina generale e dall'Istituzione Scolastica.
- Promuove e coordina gli incontri fra le parti interessate.
- Organizza la formazione specifica del proprio personale infermieristico, in accordo con il Servizio di Diabetologia, e i successivi interventi.

IL SERVIZIO INFERMIERISTICO

- Effettua la prestazione, attenendosi al Piano di cura del diabete a scuola.
- Si rende disponibile per una formazione specifica in accordo con il Servizio di Diabetologia.

ISTITUZIONI SCOLASTICHE

L'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE

- Individua e sensibilizza i Referenti per l'Educazione alla Salute presenti in ciascun Ufficio Scolastico Provinciale per costituire punti di riferimento stabili per le scuole sia per la problematica specifica, che, più in generale, per i diversi argomenti di salute che riguardano i giovani.
- Collabora alla realizzazione di moduli formativi regionali e/o provinciali

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Consente l'informazione/formazione del personale scolastico coinvolto, favorendone la partecipazione agli incontri organizzati per l'inserimento.

- **Garantisce la possibilità di una corretta conservazione del farmaco salvavita presso la scuola.**
- **Prende contatto con il responsabile del Distretto -Socio – Sanitario di competenza per concordare le modalità di attuazione di eventuali servizi infermieristici (ADI) all'interno della scuola.**
- **Favorisce la partecipazione dei referenti scolastici ai moduli formativi regionali.**

IL PERSONALE SCOLASTICO DOCENTE E NON DOCENTE

- **Favorisce l'inserimento scolastico del bambino con diabete**
- **Partecipa alle riunioni organizzate per conoscere la malattia e le necessità legate al suo controllo.**
- **Favorisce la partecipazione dell'alunno a tutte le iniziative scolastiche ed extrascolastiche (uscite, giochi, feste scolastiche)**
- **Compila gli eventi scolastici (sul diario).**
- **Individua luoghi adeguati alle attività connesse al trattamento dell'alunno con diabete.**
- **Consente al bambino con diabete di assumere spuntini per prevenire o trattare un'ipoglicemia, usare il bagno e bere acqua, quando necessario, assentarsi da scuola per i controlli sanitari.**
- **Consente allo studente che sia in grado di effettuare da sé le procedure della terapia e del controllo glicemico di provvedervi in forma autonoma secondo la scheda delle abilità ed autonomie dell'alunno.**
- **Si accerta della disponibilità e della corretta conservazione del materiale e degli alimenti necessari per il controllo della glicemia.**
- **Partecipa ai momenti di informazione/formazione organizzati per approfondire la conoscenza del diabete.**
- **Su base volontaria può eseguire la glicemia, somministrare l'insulina e il glucagone**
- **In situazioni di emergenza avvisa il 118**

ASSOCIAZIONI

- **Collaborano con figure che abbiano ricevuto una preparazione specifica presso il Servizio Regionale di Diabetologia Pediatrica, con la famiglia, Il Servizio regionale di Diabetologia Pediatrica, il Servizio Sanitario Regionale, le Istituzioni Scolastiche e gli altri Enti coinvolti per la segnalazione di casi problematici e l'individuazione delle soluzioni nel rispetto della privacy degli alunni e delle famiglie.**
- **Collaborano, con figure che abbiano ricevuto una preparazione specifica presso il Servizio Regionale di Diabetologia Pediatrica nell'ambito delle iniziative di formazione/informazione.**

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, 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

Istituto Comprensivo _____
Cognome e Nome _____ Anno Scolastico _____
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 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 la 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 ☐ 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

Dose di insulina per i pasti

Telefonare sempre ai genitori per stabilire la dose? ☐ Si ☐ No

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

N° confezioni	Materiale
_____	Glucometro _____
_____/____	strisce reattive per il glucometro (glicemia ed eventuale chetonemia) _____
_____	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

iperglicemia: _____

I chetoni nelle urine o la chetonemia su sangue capillare devono essere controllati quando la glicemia supera i 300 mg/dl

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

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

**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 famiglia Tel Altri Tel

, 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 Data

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,

di organizzare un incontro con il personale scolastico e sanitario per concordare la gestione del minore con diabete durante le attività scolastiche.

Si ringrazia per la collaborazione.

Con osservanza

.....

Allegato n.3

Al Responsabile del Distretto

.....

Dr.....

Famiglia.....

OGGETTO: Incontro con Operatori scolastici

In attuazione di quanto stabilito dal “Documento strategico di intervento integrato per l’inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete in contesti scolastici, educativi, formativi al fine di tutelarne il diritto alla cura, alla salute, all’istruzione e alla migliore qualità di vita,

si organizza per il giorno..... alle ore..... presso.....

l’incontro iniziale per poter definire le modalità di gestione del minore..... con diabete durante le attività scolastiche.

Data:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO SCOLASTICO

VERBALE INCONTRO SCUOLA

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

- i genitori di frequentante la classe
- Il personale del Distretto Sanitario:
 - Dr.
 - Dr.ssa
- Il Dirigente Scolastico: Dr.

Vengono affrontati i seguenti argomenti:

1. Descrizione generale della patologia a cura del personale del centro DP
2. Presentazione del Pianto Terapeutico Individuale
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. Distretto

.....

ILDirigente Sc.

.....

**INFORMATIVA AGLI UTENTI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 79 DEL D. Lgs.
30 GIUGNO 2003 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 (purché 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.

SINTOMI DELL' IPOGLICEMIA

Ipoglicemia (valori di glicemia < 80 mg/dl)

In presenza di un eccesso di insulino-terapia possono verificarsi dei malesseri ipoglicemici, diversi da un soggetto all'altro, che si ripetono nello stesso soggetto, ma sono suscettibili di variazioni nelle diverse età della vita. Ogni bambino, adolescente e giovane presenterà solo alcuni di questi sintomi e saprà riconoscerli e descriverli. Poiché sono sostanzialmente stabili, e la variazione avviene in tempi molto lunghi, i genitori, attraverso la richiesta di intervento, specificheranno quali particolari sintomi interessano il loro bambino. I sintomi che usualmente si presentano durante l'ipoglicemia sono distinti in :

<i>Sintomi iniziali</i>	<i>Sintomi tardivi</i>
Mal di testa	Confusione
Pallore	Incapacità a concentrarsi
Crampi	Debolezza
Nausea	Sonnolenza
Dolori addominali	Fatica
Fame	Sensazione di testa vuota
Ansia	Sensazione di instabilità
Irrequietezza	Irritabilità
Palpitazioni	Variazione della personalità
Tachicardia	Difficoltà nel parlare
Sudorazione (fredda)	Difficoltà nel camminare
Tremori	Mancanza di coordinamento muscolare
Brividi	Disturbi visivi (visione doppia, annebbiata)
Sensazione di caldo	Tremori (parestesie)
Sensazione di freddo	Convulsioni

Dai sintomi iniziali, se non trattati, si passa ai sintomi tardivi per i quali si riscontra una maggiore difficoltà a far risalire la glicemia. Non è possibile indicare un valore sotto il quale si perde coscienza, in quanto questo valore varia da bambino a bambino.

TRATTAMENTO DELL' IPOGLICEMIA LIEVE-MODERATA

Individuato il sintomo: interrompere ogni attività. Se fa freddo coprirsi.

Far controllare la glicemia: se il valore è inferiore a 70 mg/dl andrà corretto assumendo 10-15 gr di carboidrati a rapido assorbimento

15 gr di carboidrati sono contenuti in :
125 ml di succo di frutta (no light)
½ lattina di Coca Cola o aranciata (no light)
3 zollette di zucchero
3 caramelle
3 cucchiaini di miele

Se non è possibile controllare la glicemia, far correggere comunque con gli alimenti in dotazione

Se dopo 15 minuti la glicemia è inferiore a 80 mg/dl e/o non si attenuano/scompaiono i sintomi, ripetere la somministrazione di altri 10-15 gr di carboidrati a rapido assorbimento.

Se il bambino, adolescente e giovane sta facendo attività fisica farlo fermare e non farlo muovere sino a quando la glicemia non ha raggiunto i 100 mg/dl.

Ricordare di avvisare la famiglia dell'episodio per adeguare la terapia insulinica .

In caso di difficoltà nell'assumere le caramelle o il succo:

- a. se il bambino, adolescente e giovane è cosciente ed ha difficoltà a deglutire, somministrare miele liquido oppure porre lo zucchero tra guancia e gengiva massaggiando delicatamente per facilitare l'assorbimento senza rischio di soffocamento.
- b. se il bambino, adolescente e giovane è non cosciente o ha convulsioni, iniettare glucagone.

Mai dare ad un soggetto privo di coscienza bevande o cibi in quanto potrebbero essere inalati con rischio di soffocamento o conseguente polmonite!

Dopo la correzione dell'ipoglicemia:

1. astenersi dall'attività fisica fino a quando i sintomi non siano scomparsi. Attendere almeno 15 minuti prima di svolgere qualsiasi attività che richieda piena attenzione o prontezza di riflessi (esame scolastico, macchinari, guida, etc.);
2. non lasciare mai il bambino, adolescente e giovane da solo dopo un episodio di ipoglicemia. L'alunno deve essere accompagnato o affidato ad un adulto anche all'uscita di scuola perché, in casi eccezionali, l'episodio potrebbe ripresentarsi durante il tragitto.

TRATTAMENTO DELL' IPOGLICEMIA GRAVE

La condizione più rischiosa per la salute del bambino, adolescente e giovane è ovviamente

l'ipoglicemia grave, caratterizzata da stato confusionale, non orientamento nello spazio e nel tempo, da incapacità o difficoltà di deglutire (rischio soffocamento), perdita di coscienza, stato convulsivo. Per la somministrazione del farmaco è sufficiente la presenza anche di uno solo dei sintomi descritti.

Questa è un'evenienza rarissima ed è sempre preceduta da altri sintomi (vedi ipoglicemia lieve/moderata) che consentono un intervento quando il soggetto è ancora cosciente.

Tuttavia è bene sapere come gestire tale situazione ed è necessario predisporre un protocollo di comportamento che deve essere appreso da tutto il personale che abitualmente segue il bambino, adolescente e giovane a scuola.

Cosa fare:

se il bambino, adolescente e giovane è in uno degli stati sopra descritti non spaventarsi, mantenere la calma ed agire secondo quanto di seguito riportato con la collaborazione di altri colleghi

1. non somministrare alimenti o liquidi per bocca in stato di semi-inconscienza (rischio di soffocamento)
2. mettere il bambino, adolescente e giovane in posizione di sicurezza
3. somministrare il glucagone secondo le indicazioni del Piano terapeutico individuale
4. chiamare il 118
5. avvisare i genitori
6. evitare il panico e spiegare agli alunni che la cosa non è grave
7. i numeri di telefono saranno tenuti in evidenza nella classe e vicino al telefono

SOMMINISTRAZIONE DI GLUCAGONE

Alla comparsa dei sintomi sopra descritti e nel più breve tempo possibili (entro 5/10 minuti), gestire l'ipoglicemia autonomamente mediante la somministrazione del Glucagone per via intramuscolare o sottocutanea (sostanza che accelera la liberazione delle riserve epatiche di glucosio).

Questa terapia ristabilisce di solito un normale livello di coscienza in circa 5 - 10 minuti, successivamente bisogna insistere con lo zucchero, le caramelle o con succo di frutta o coca cola che assicureranno il completo ristabilimento del bambino, adolescente e giovane.

Modalità di somministrazione

1. Prendere la siringa con il liquido, prendere il flacone contenente la polvere di glucagone e miscelarla, inserire la siringa nel flacone contenente la soluzione ottenuta ed aspirarne il contenuto, porre la siringa con l'ago rivolto verso l'alto per fare uscire l'aria.
2. Prevedere per
 - bambini di età inferiore ai 10 anni : 0.5 mg di Glucagone (metà flacone),
 - bambini di età superiore ai 10 anni : 1 mg (flacone intero)

Il dosaggio è comunque specificato sul certificato medico, ne va presa visione e scritta la dose da somministrare sul piano di emergenza delle glicemie.

3. Iniettare il Glucagone per via sottocutanea o intramuscolare possibilmente nelle seguenti zone:
 - Regione deltoidea (parte supero-laterale delle braccia)
 - Regione laterale delle cosce
 - Addome

Aspetti giuridici della somministrazione dei farmaci a scuola (tratto integralmente dal documento “ Raccomandazioni per la gestione del bambino allergico a scuola- FEDERASMA-SIAIP 2011)

Il modello di gestione integrata con condivisione di responsabilità determina l'esclusione di ogni presupposto di responsabilità, nella quale gli operatori scolastici potrebbero in astratto incorrere in caso di somministrazione di farmaci. In particolare, tale responsabilità potrebbe in astratto scaturire dalla configurabilità di reati quali l'esercizio abusivo della professione (art. 348 c.p.) 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. Ma passando a livello pratico delle modalità che devono essere seguite per la gestione del giovane con diabete BA a scuola, ogni responsabilità di ordine penale va, senza dubbio, esclusa se, come si è detto il percorso per l'inserimento a scuola avviene nel rispetto di un protocollo condiviso basato su certificazioni, sul piano individuale terapeutico e sulla presa in carico del bambino.

Concorrono tutti ad escludere l'esercizio abusivo della professione medica (art. 348).

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 un action plan 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 giovane.; sia l'elemento soggettivo della colpa, in ragione dell'impossibilità di ravvisare negligenza imperizia 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 ipoglicemica, si limiti ad attivare il sistema di emergenza del Servizio Sanitario Nazionale, vale a dire la chiamata al 118, e non somministri il glucagone. 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 del glucagone, 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 giovane con diabete a scuola, il Modello Integrato di

tutela, eviterà che possano determinarsi non solo i presupposti di eventi gravemente dannosi, potenzialmente fatali, 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".

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 poichè, infine, 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.

E 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 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".

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.

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 dalla mancata somministrazione di glucagone.

Tornando ai profili penalistici 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 e costituito dalla applicabilità dell'art. 591 c.p. Poichè, infatti, l'obbligo di vigilanza contiene in se 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”.

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.

REFERENZE

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., 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. E 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.

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 e della reclusione da uno a sei mesi o della multa da centoventitre euro a seicentodiciannove euro; se e 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 e della reclusione da due a sei mesi o della multa da duecentosei euro a seicentodiciannove euro; e la pena per le lesioni gravissime e 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 e 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. 3.

LIII Si veda il Mod. 6, supra, p. 25.

LIV Si veda il Mod. 7, supra, p. 26.

Raccomandazioni per la gestione del bambino allergico a scuola 29

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 e 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”.

LV 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.

1. Il regime più comunemente utilizzato nella terapia insulinica del Diabete di tipo 1 con l'avvento delle insuline sintetiche, è il regime con quattro somministrazioni giornaliere d'insulina,.
2. La somministrazione d'insulina può essere eseguita utilizzando pompe d'infusione esterne (microinfusori).

Il Bambino con diabete a scuola:

informazioni utili per il personale docente

Cos'è il diabete

Il diabete è una malattia del metabolismo a causa della quale il pancreas smette in parte o completamente di produrre insulina.

Senza l'insulina il glucosio assunto con gli alimenti non può passare nelle cellule e rimane nel sangue, raggiungendo livelli sempre più alti. Inoltre le cellule non riescono ad alimentarsi: benché presente in gran quantità nel sangue, il glucosio non può passare all'interno della cellula. A questa condizione dannosa per l'organismo si deve ovviare somministrando l'insulina dall'esterno, attraverso un'iniezione sottocutanea.

Il diabete nell'infanzia è una malattia cronica; una volta colpiti dal diabete non vi è modo di ripristinare la produzione di insulina da parte del pancreas e bisogna intervenire con la dieta e con la terapia insulinica per il resto della vita del bambino.

Il diabete non è in alcun modo contagioso. Il diabete di tipo 1, detto anche insulino-dipendente, è una malattia autoimmune. Il sistema immunitario che dovrebbe difenderci da batteri e virus risulta "sregolato" e attacca e distrugge le cellule del pancreas che producono l'insulina come se fossero agenti esterni.

Anche se allo stato attuale il diabete è una malattia inguaribile, può essere tenuta sotto controllo con le iniezioni, la misurazione dei vari valori della glicemia, una dieta appropriata e l'esercizio fisico.

L'energia che permette qualsiasi attività del corpo umano viene fornita dal glucosio, uno zucchero semplice che viene bruciato da tutte le cellule dell'organismo, in particolare dal cervello e dai muscoli.

Cos'è l'insulina

Gli alimenti che mangiamo ad ogni pasto contengono degli zuccheri che, durante la digestione, vengono trasformati in glucosio. Il glucosio passa dall'intestino al sangue, dove si accumula, e dove rimane a disposizione delle cellule del nostro corpo.

Il passaggio del glucosio dal sangue alle cellule viene regolato dall'insulina.

L'insulina è un ormone prodotto dal pancreas e funziona come una chiave chimica in grado di aprire la parete cellulare e permettere il passaggio del glucosio dal sangue all'interno della cellula.

Il pancreas delle persone sane produce costantemente insulina, giorno e notte mettendo i livelli di zucchero nel sangue -la glicemia- a livelli costanti, né troppo bassi né troppo alti.

Controllo della glicemia

La glicemia è la misura della quantità di glucosio presente nel sangue.

Per un diabetico è un parametro importante da tenere sotto controllo ed è importante che le complicanze dovute alle variazioni di questo valore siano ben comprese da chi è vicino ad un bambino diabetico.

Un valore di glicemia normale è compreso tra i **70** e i **110** milligrammi per decilitro (mg/dl).

In tutte le attività che ci coinvolgono durante la giornata e anche in quei casi in cui è maggiore la necessità di glucosio (sport, attività fisica intensa, ecc.) o se saltiamo un pasto, non reintegrando il

glucosio consumato dall'organismo, il nostro corpo riesce a mantenere costante il livello di zucchero presente nel sangue, grazie alle riserve contenute nel fegato.

Nelle persone diabetiche l'insulina viene iniettata dall'esterno in quantità predeterminata e non sempre corrisponde alle necessità del momento. Per questo il controllo glicemico di un bambino diabetico non può essere così fine come quello di un bambino non diabetico e soprattutto il valore di glicemia può subire degli sbalzi; se la glicemia si abbassa troppo si parla di **ipoglicemia**, se la glicemia è troppo alta si parla di **iperglicemia**.

Ipoglicemia

L'ipoglicemia si verifica quando i valori di zucchero nel sangue sono troppo bassi, inferiore a **60-70mg/dl**, ed è uno dei problemi più frequenti che un bambino diabetico si trova ad affrontare nella sua vita sociale.

Se un bambino ha consumato un pasto troppo leggero, ha saltato la merenda, ha fatto troppa attività fisica o vi è una presenza eccessiva di insulina, la glicemia si abbassa troppo.

L'ipoglicemia di solito è preceduta da alcuni sintomi premonitori (descritti avanti) e **va corretta immediatamente**, dando al bambino del cibo e delle bevande contenenti zucchero per innalzare il livello di glucosio nel sangue.

L'ipoglicemia non va sottovalutata, se infatti la glicemia si abbassa troppo la sintomatologia potrebbe peggiorare portando a convulsioni, perdita di conoscenza, fino al coma.

Iperglicemia

L'iperglicemia si verifica quando i valori di zucchero nel sangue sono troppo alti, **maggiori di 120mg/dl a digiuno o 180 mg/dl se dopo un pasto**.

Se il bambino ha consumato un pasto troppo sostanzioso o se ha assunto una quantità insufficiente di insulina la quantità di zucchero nel sangue è troppo alta. In condizione di grave iperglicemia prolungata (superiore a 300/400 mg/dl) il bambino può apparire debole o assonnato, ha sete e deve urinare molto frequentemente, spesso lamenta una fame eccessiva ed è irritabile. Una condizione di **iperglicemia saltuaria non è pericolosa** per il bambino.