

Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

Scuola e diabete: realtà italiana e legislazione vigente

Marco A. Comaschi

Dipartimento di Emergenza e Accettazione Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

Le problematiche relative alla gestione del bambino o del ragazzo in età scolare affetto da diabete mellito, in particolare, per la stragrande maggioranza per ora, di tipo 1, sono ben note ai diabetologi clinici e soprattutto ai diabetologi pediatrici che seguono presso i loro Servizi questi giovani pazienti e che hanno a che fare con le famiglie, le loro paure e le loro aspettative. In questa breve review cercheremo di capire se in qualche modo tale aspetto della quotidianità clinica è normato o almeno previsto, e se e quanto il Servizio Sanitario Nazionale Italiano è in grado di rispondere alle necessità del giovane affetto da diabete mellito durante gli anni della scuola cosiddetta dell'obbligo. I problemi principali da affrontare in tale campo sono essenzialmente tre:

1. la gestione della terapia insulinica durante le ore scolastiche;
2. la prevenzione e l'eventuale trattamento delle crisi ipoglicemiche del bambino nell'orario scolastico;
3. il rapporto tra famiglie, scuola e Servizi Sanitari nella gestione del problema.

La legislazione italiana in materia inizia, come era ampiamente prevedibile, con la Legge 115 del 16 marzo del 1987. Come tutti gli specialisti diabetologi sanno, tale Legge è stata, ed è ancora, un punto essenziale di riferimento per i problemi sociali e sanitari dell'assistenza alle persone affette da diabete mellito. La 115/87 si occupa del problema della scuola sotto due distinti punti di vista: da una parte identifica l'istituzione scolastica come una sede dove attuare strumenti di educazione sanitaria rivolta a tutta la popolazione, in particolare riguardo al diabete, alla sua possibile prevenzione, alla gestione della patologia e alle problematiche generali connesse all'alimentazione e più in generale

agli stili di vita salutari. In un successivo articolo, tuttavia, la 115/87 cita la scuola per ribadire il diritto dei cittadini affetti da diabete a non essere discriminati e quindi chiarisce che la presenza di diabete non deve essere ostativa alla concessione della certificazione di idoneità fisica all'iscrizione alla scuola stessa. Riportiamo qui di seguito gli articoli 7 e 8 della Legge che si occupano di tale argomento (Tabella 1).

Tabella 1 **Legge n. 115 del 16 marzo 1987**

Art. 7

1. Nell'ambito della loro programmazione sanitaria le regioni promuovono iniziative di educazione sanitaria, rivolte ai soggetti diabetici e finalizzate al raggiungimento della autogestione della malattia attraverso la loro collaborazione con i servizi socio-sanitari territoriali.
2. Le regioni promuovono altresì iniziative di educazione sanitaria sul tema della malattia diabetica rivolte alla globalità della popolazione, utilizzando tra l'altro 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 la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali.

Si evidenzia chiaramente come tali articoli siano più di principio che di applicazione pratica. Come in altre parti della L. 115, anche questa è un'enunciazione di enorme rilevanza, dal momento che tende a superare ogni discriminazione nei confronti della popolazione dei cittadini affetti da diabete mellito, ma non dà alcuna impostazione pratica a come tale principio debba essere concretamente applicato nella realtà della nazione, tuttora ampiamente eterogenea e difforme. Anche il successivo Atto d'Intesa Stato Regioni, in cui si tenta di dare attuazione pragmatica ai principi enunciati dalla L. 115, non è più esplicito, relativamente, in particolare, ai problemi del diabete nella scuola. Ricordiamo che nel 1987, anno di promulgazione della 115, il SSN italiano era ancora quello disegnato dalla L. 833/78 in cui le Unità Sanitarie Locali, organismi elettivi di gestione della sanità, avevano la totale responsabilità di tutti i servizi sanitari alla persona ed ereditavano, di fatto, le incombenze derivate da una serie molto ampia di precedenti enti. Fino a quel momento, infatti, la medicina scolastica era in dipendenza del Ministero dell'Istruzione e con l'avvento del SSN passava alla competenza delle UUSLL che per molti anni mantennero invariate le competenze e le incombenze degli operatori. Ci si trovava, in pratica, in uno stato transizionale, in cui non era ancora ben chiarito quali fossero i compiti precisi da svolgere e quali gli operatori identificati per svolgerli. Più o meno nello stesso periodo vengono introdotti in Italia i consultori familiari che svolgono, all'interno dell'istituzione scolastica, una serie di nuovi compiti che vanno ben al di là dei precedenti in materia di assistenza socio-sanitaria. Gli operatori dei consultori, soprattutto psicologi e psicopedagogisti, cominciano a occuparsi delle problematiche degli handicap nella popolazione studentesca e

affiancano il corpo insegnante nella gestione di problematiche che stanno in mezzo a un guado tra il sociale e il sanitario. In quest'ottica inizia anche l'interesse per i problemi legati ai bambini e ragazzi diabetici che frequentano la scuola dell'obbligo, in particolare per casi correlati anche a disagi familiari che comportano la presenza nella scuola per periodi anche lunghi della giornata, con il consumo di pasti nella refezione scolastica. Sotto la spinta propositrice delle associazioni di volontariato delle persone affette da diabete mellito, il problema viene fatto emergere con evidenza e molte UUSLL iniziano a fornire servizi dedicati, quali soprattutto la fornitura di pasti specifici e, soprattutto, la somministrazione di farmaci durante le ore scolastiche da parte di personale sanitario (infermieri professionali). Le successive leggi di riforma sanitaria del 1992, con la delega alle regioni della legislazione in materia sanitaria, danno origine a un fenomeno abbastanza comune in Italia: in regioni più sensibili, anche per l'eventuale maggior presenza di stimoli provenienti dalle associazioni o da società scientifiche, si assiste alla promulgazione di delibere o circolari o addirittura leggi che normano in qualche modo la gestione del problema, mentre in altre si rileva la totale assenza di normative ad hoc. Riportiamo qui di seguito alcune citazioni da documenti della Regione Campania e della Regione Lazio, che appaiono evidentemente in buona parte fotocopiati, ma che hanno fondamentalmente il merito, se così possiamo dire, di sottolineare due concetti rilevanti: il ruolo diretto del corpo insegnante e ausiliario della scuola nella gestione del bambino affetto da diabete e il coinvolgimento degli operatori sanitari (pediatria di base, servizi specialistici di diabetologia pediatrica) nella cura del piccolo paziente.

CAMPANIA

Scuola

È importante che gli insegnanti, previo consenso dei genitori, siano informati se un alunno è affetto da diabete, soprattutto quando frequenta le elementari o le medie. È necessario, inoltre, non discriminare i bambini e gli adolescenti con diabete, evitando atteggiamenti negativi, di pietismo, di diffidenza o di paura nell'assumersi determinate responsabilità.

La pediatria di comunità agisce come anello di congiunzione fra la componente assistenziale e la scuola mediante informazioni sulla malattia (gestione iniziale dell'ipoglicemia, caratteristiche dell'alimentazione, significato della terapia, ecc.) e fornendo consigli e consulenze nei singoli casi.

LAZIO

Scuola e diabete

È importante che gli insegnanti siano informati se un alunno è affetto da diabete, soprattutto quando frequenta le elementari o le medie. È necessario, inoltre, non discriminare i bambini e gli adolescenti con diabete, evitando atteggiamenti negativi, di pietismo, di diffidenza o di paura nell'assumersi determinate responsabilità. È fondamentale una buona collaborazione tra genitori, insegnanti e medici. Questi ultimi devono correttamente informare e istruire gli uni e rendersi disponibili agli altri.

Qualora il bambino non sia in grado di provvedere personalmente a ipoglicemie improvvise o a situazioni di controllo instabile, gli insegnanti devono sapere che può essere necessario somministrare una quantità adeguata di zuccheri a rapido assorbimento o effettuare un controllo della glicemia con refllettometro. Nei casi in cui non sia possibile un contatto diretto, sempre auspicabile ed eventualmente mediato dall'associazione, è indispensabile che i medici del Centro Diabetologico Pediatrico facciano pervenire agli insegnanti una lettera contenente le informazioni essenziali per la gestione del diabete a scuola. Gli insegnanti devono essere informati dell'importanza che ha l'alimentazione del bambino con diabete e sensibilizzati sulla necessità di rispettare determinati orari; è utile avvertire il personale della scuola che, in situazioni di scompenso metabolico, il bambino ha l'esigenza di bere e urinare più frequentemente. Se la frequenza della scuola è a tempo pieno, occorre discutere della dieta con il personale preposto e, eventualmente, favorire la presenza di un familiare per praticare la terapia insulinica dopo il controllo della glicemia.

Talvolta è utile richiedere la collaborazione del personale infermieristico specializzato o del pediatra di base, se i familiari non sono in grado di provvedere alle esigenze del bambino. Nelle situazioni di reale disagio socio-economico, sarà il personale del Centro Diabetologico Pediatrico, tramite l'assistente sociale e l'infermiera specializzata, a fornire l'adeguata assistenza scolastica e domiciliare.

La regione che più ha precisato, con apposite linee guida, pubblicate nel luglio del 2005, le problematiche relative all'assistenza al diabete negli Istituti scolastici, è stata la Lombardia. Il documento completo della Regione Lombardia viene riportato nell'allegato al fondo dell'articolo.

Come si vede compare, per la prima volta su un dispositivo regolatorio, l'obbligo per gli insegnanti ad adeguarsi relativamente a competenze assistenziali in casi particolari, quali quella del riconoscimento e conseguente trattamento degli eventuali episodi di ipoglicemia del bambino diabetico; ma compare anche, ed è una piccola rivoluzione, la possibilità di intervento diretto della famiglia a scuola per la somministrazione

della terapia insulinica. Non va peraltro dimenticato che agli inizi degli anni 90 la scuola comincia a dotarsi di personale docente dedicato al cosiddetto "sostegno" per gli alunni portatori di handicap, cui vengono spesso conferite tali incombenze. Tuttavia fino al 2005 non esiste, a livello né nazionale né regionale, alcun indirizzo relativo alla somministrazione di farmaci nella scuola.

Il 25 novembre 2005, infatti, il Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute (retto in quel periodo dal ministro Storace), promulga una circolare con atti di indirizzo specifici, con un allegato documento di linee guida, che si riportano qui di seguito integralmente.

Dipartimento per l'istruzione

Roma, 25 novembre 2005

Prot. n. 2312/Dip/Segr

Oggetto: Somministrazione farmaci in orario scolastico

Questo Ministero, d'intesa con il Ministero della Salute, ha predisposto l'allegato Atto di Raccomandazioni contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Le SS. LL. sono pregate di dare la massima diffusione del suddetto Atto e di svolgere ogni opportuna opera di sensibilizzazione perché le Indicazioni e le istruzioni contenute nello stesso trovino puntuale, corretta attuazione.

Si ringrazia per la collaborazione.

IL CAPO DIPARTIMENTO

Pasquale Capo

Destinatari

Ai Direttori Generali degli Uffici Scolastici Regionali, LORO SEDI

e. p.c.

Al Sovrintendente Scolastico per la provincia di TRENTO

Al Sovrintendente Scolastico per la provincia di BOLZANO

All' Intendente Scolastico per la scuola in lingua tedesca, BOLZANO

All' Intendente Scolastico per la scuola delle località ladine, BOLZANO

Al Sovrintendente Scolastico per la regione della Val d'Aosta, AOSTA

Al Ministero della Salute, ROMA

All'Associazione Nazionale dei Comuni d'Italia, ROMA

All'Unione delle Province d'Italia, ROMA

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA IL MINISTRO DELLA SALUTE

VISTO il Decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, concernente "il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro", e le successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 275, concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

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

VISTO il Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

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

famiglie, degli insegnanti”;

CONSIDERATO che tale principio è stato recepito dalla Legge 28 marzo 2003, n. 53 di delega al Governo per la definizione delle norme generali dell'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale;

VISTO il contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto scuola per il quadriennio normativo 2002/2005;

CONSIDERATO che, secondo i principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali, alla gestione e all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni volontarie, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati;

CONSIDERATA la necessità di regolamentare questo settore facendo riferimento ai principi generali contenuti nelle norme e linee programmatiche sopra indicate;

EMANANO LE SEGUENTI RACCOMANDAZIONI

Art. 1 – Oggetto – Le presenti Raccomandazioni contengono le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute e il benessere all'interno della struttura scolastica.

Art. 2 – Tipologia degli interventi – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle AUSL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Art. 3 – Soggetti coinvolti – La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la potestà genitoriale;
- la scuola: dirigente scolastico, personale docente e ATA;
- i servizi sanitari: i medici di base e le AUSL competenti territorialmente;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso d'integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

Per quanto concerne i criteri cui si atterrano i medici di base per il rilascio delle certificazioni e la valutazione della fattibilità delle somministrazioni di farmaci da parte di personale non sanitario, nonché per la definizione di apposita modulistica, saranno promossi accordi tra le istituzioni scolastiche, gli Enti locali e le AUSL competenti.

Art. 4 – Modalità di intervento – La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati. Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente e ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94. Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente e ATA, anche in collaborazione con le AUSL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, i dirigenti scolastici possono procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di

autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni. Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, i dirigenti scolastici possono provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso a Enti e Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Art. 5 - **Gestione delle emergenze** - Resta prescritto in ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le presenti linee guida ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

Roma, 25.11.2005

Il Ministro dell'Istruzione
Università e Ricerca

F.to MORATTI

Il Ministro della Salute

F.to STORACE

Come si vede, con l'emanazione di queste norme a valenza di indirizzo nazionale, si dà facoltà ai Servizi Sanitari, e in particolare alla Medicina Generale sul territorio e alle ASL - di concerto con le famiglie e la scuola stessa - di stabilire modalità di volta in volta differenziate per la somministrazione dei farmaci agli alunni che necessitano di tali pratiche. Assumono quindi particolare rilevanza gli atti del pediatra di libera scelta o del medico di medicina generale di fiducia, tenuto a certificare la patologia dell'alunno e a indicare il fabbisogno terapeutico. Ma ancor di più, laddove esista un servizio specialistico di diabetologia, la specifica indicazione di tutte le corrette pratiche di gestione della malattia che debbono essere messe in atto in favore dell'alunno. E, se sembrano esserci pochi problemi per quanto riguarda l'esecuzione delle tecniche di autocontrollo della glicemia capillare e la corretta scansione dei pasti e degli spuntini al fine di mantenere un buon controllo metabolico e di evitare le temute iperglicemie, certo ce ne sono di più rilevanti per quanto riguarda invece la somministrazione delle iniezioni insuliniche, pratica che è attualmente riservata, in Italia, a personale sanitario qualificato e inibita al personale scolastico. Come sempre la situazione non è omogenea in tutte le regioni italiane: in via generale possiamo affermare che laddove esista un servizio di

diabetologia pediatrico che certifica l'attendibilità e l'affidabilità dei famigliari, legata a pratiche di educazione terapeutica sull'intero nucleo, le scuole appaiono favorevoli a permettere l'ingresso dei genitori al fine di eseguire i test e di somministrare le dosi insuliniche previste. Tuttavia ciò non sempre è possibile e allora le ASL mettono a disposizione degli istituti scolastici gli infermieri professionali afferenti ai servizi consultoriali, che eseguono sia le glicemie capillari sia le somministrazioni insuliniche secondo gli schemi indicati dal diabetologo pediatrico.

Un esempio discretamente riproducibile, data la presenza di un importante servizio regionale di diabetologia pediatrica, come accade in molte altre città, è quello dell'area genovese dove i diabetologi del Gaslini, in forza di un accordo con l'ASL metropolitana, le scuole e le famiglie, dispongono di uno schema di trattamento insulinico variabile sulla scorta del rilievo della glicemia capillare del ragazzo e concordato tra l'infermiere consultoriale e i genitori contattati per via telefonica. Attualmente gli IIPP che si occupano di tale pratica sono sette per tutta l'area metropolitana e seguono complessivamente circa sessanta alunni della scuola dell'obbligo. In caso di dichiarata inaffidabilità del nucleo familiare, gli IIPP dispongono di uno schema prescritto dal diabetologo pediatrico che consente loro

un certo margine di variabilità della dose in base alla glicemia capillare eseguita al momento. Il sistema è ormai in vigore da diversi anni e le temute ipoglicemie non sono mai state tali da richiedere interventi sanitari di secondo o terzo livello.

Resta da dire che certamente sarebbe importante, anche da parte delle società scientifiche, un intervento formativo in favore del personale scolastico, atto a preparare correttamente gli insegnanti e il personale di soste-

gno alla gestione dell'alunno affetto da diabete mellito. In questo senso appaiono decisamente più attive le associazioni di volontariato: si riporta qui la scheda predisposta, e scaricabile dal sito internet, dal gruppo di Progetto Diabete (www.progettodiabete.it) finalizzata a fornire un'adeguata assistenza ai ragazzi diabetici in età scolare, attraverso poche ma chiarissime nozioni basilari da far conoscere al personale scolastico da parte delle famiglie.

Quello che il personale scolastico deve sapere sullo studente diabetico insulino-dipendente

Cos'è il diabete

Il diabete mellito insulino-dipendente (altrimenti definito "IDDM", o "di tipo 1") è il risultato di una mancata produzione, da parte del pancreas, di un ormone a effetto ipoglicemizzante: l'insulina.

Allo stato attuale delle cose, questa patologia non è reversibile: le cellule del pancreas che smettono di produrre l'insulina non possono infatti "guarire" e riprendere la loro normale funzione fisiologica.

Le uniche terapie del diabete, volte a prevenire eventuali squilibri glicemici, consistono pertanto nella somministrazione di insulina attraverso iniezioni sottocutanee e nel controllo dell'alimentazione (dieta priva di zuccheri e povera di grassi).

Cos'è l'ipoglicemia

Quando il livello degli zuccheri nel sangue è molto basso, in seguito - per esempio - alla mancata assunzione di alimenti o a un eccessivo esercizio fisico, si verifica un'ipoglicemia. In questo caso, l'organismo emette numerosi "segnali di allarme".

Se questi sintomi vengono riconosciuti al loro insorgere, si possono adottare i provvedimenti utili a prevenire eventuali stati confusionali, perdite di conoscenza o stati convulsivi.

Sintomi premonitori di crisi ipoglicemiche

- Tremore
- Pallore
- Aumento della sudorazione
- Sonnolenza
- Difficoltà di concentrazione
- Difficoltà di coordinazione dei movimenti
- Fame eccessiva
- Mal di testa, vertigini
- Dolori addominali, nausea
- Annebbiamento della vista
- Irritabilità
- Crisi di pianto

Solitamente il soggetto conosce questi sintomi e dovrebbe essere incoraggiato dagli insegnanti a non trascurarli.

Quando può verificarsi un'ipoglicemia

È più probabile che un'ipoglicemia si possa verificare durante la lezione di educazione fisica (in seguito all'attività motoria), oppure prima del pasto.

Come intervenire in caso di crisi ipoglicemica

Dato che la crisi ipoglicemica è provocata da una carenza di zuccheri, li si deve reintegrare al più presto. Una crisi ipoglicemica particolarmente grave può provocare, in alcuni casi, svenimento o perdita di conoscenza.

1. Somministrare immediatamente un bicchiere di Coca Cola, aranciata, succo di frutta zuccherato o acqua zuccherata. Se il soggetto è cosciente, può assumere una zolletta o un cucchiaino di zucchero.
2. Se dopo qualche minuto non si nota alcun miglioramento, si deve ripetere la somministrazione.
3. Se anche in questo caso la situazione non evolve positivamente, si dovrebbe far praticare da personale medico un'iniezione intramuscolare di glucagone (un ormone che alza rapidamente il livello della glicemia).

Situazioni particolari

Lo studente affetto da diabete può aver bisogno, nell'arco della giornata, di misurare il livello della glicemia o di praticarsi un'iniezione di insulina.

Sarebbe auspicabile che, in queste occasioni, potesse avere accesso a un locale igienicamente sicuro (biblioteca, segreteria, eccetera), nel quale trovare una certa privacy.

Altre esigenze non prorogabili possono consistere nel doversi recare ai bagni, anche con una certa frequenza, e nel dover assumere immediatamente delle bevande o degli alimenti ai primi sintomi di un'ipoglicemia.

Dieta e pasti

Gli addetti alla refezione dovrebbero essere messi a conoscenza delle necessità dietetiche dei soggetti diabetici, che devono seguire una dieta prestabilita (con un ridotto apporto di grassi).

Lo schema alimentare deve comprendere una merenda a metà mattina e uno spuntino nel corso del pomeriggio.

Da interpellare in caso di problemi

Familiari

.....

.....

Medico curante

.....

Pronto soccorso

.....

Centro diabetologico

.....

A cura di PROGETTO DIABETE (<http://www.publinet.it/diabete/>)

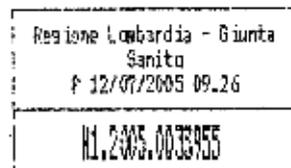
Lettere consigliate

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Legge 16 Marzo 1987, n.115 - Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito 2. Somministrazione farmaci in orario scolastico (Linee guida), lettera circolare del Dipartimento per l'istruzione, 25 novembre 2005 dell'8 dicembre 2005 | <ol style="list-style-type: none"> 3. Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica 16 gennaio 2004 - Deliberazione N. 37- Regione Campania 4. Deliberazione del 21 Dicembre 2001, n. 2028 - Linee Guida di Assistenza al Bambino e Adolescente con Diabete di Tipo 1 - Regione Lazio 5. Circ. 12 Luglio 2005, N.30 - Linee guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico - Regione Lombardia |
|---|--|

Allegato 1 Linee Guida della Regione Lombardia



Regione Lombardia

Giunta Regionale
Direzione Generale SanitàData
Protocollo:Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie LocaliLORO SEDICircolare n. ³⁰ / SAN del 12/7/2005

Oggetto: Linee guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico.

Premessa

Il mutato assetto epidemiologico, normativo ed organizzativo, ha portato, anche a seguito della istituzione della figura del Pediatra di Libera Scelta e di una revisione delle attività sulla base della evidenza, al superamento di quanto previsto dal DPR 1518/67, in tema di medicina scolastica, con particolare riferimento alla presenza continuativa presso le diverse scuole di personale del SSR dedicato. Si è assistito pertanto ad una progressiva riconversione delle risorse e ad un approccio al sistema scuola /salute che vede modalità operative diverse, prevalentemente orientate in ambito preventivo.

Ciò premesso, per garantire un approccio omogeneo alla gestione dei soggetti affetti da diabete mellito giovanile in ambito comunitario, sono state elaborate a cura di un Gruppo di Lavoro che ha visto il concorso di rappresentanti dell' Ufficio Scolastico Regionale, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Sanitarie Locali, dei Pediatri di Libera Scelta, del Centro di Endocrinologia dell'Infanzia e dell' Adolescenza dell' Università Vita - Salute San Raffaele, delle Associazioni, nonché di operatori di diverse Unità Organizzative della DG Sanità Regione Lombardia, indicazioni utili per inquadrare dal punto di vista normativo, epidemiologico e scientifico l'argomento e favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico.

1. Contesto normativo di riferimento

- **Legge n. 115 16/3/1987 "Disposizione per la prevenzione e la cura del diabete mellito"**: impegna le regioni a predisporre idonee iniziative dirette a fronteggiare il diabete mellito
- **Decreto MINSAN n. 43 del 5/2/92**: nell' ambito delle patologie invalidanti, relativamente al diabete mellito definisce le diverse classi ed individua le specifiche percentuali
- **Legge n. 104 5/2/1992**: sancisce il diritto per i parenti a particolari agevolazioni che permettono di assistere il paziente
- **DPR n. 698 21/9/1994**: prevede la corresponsione di una indennità di frequenza ai minori di 18 anni riconosciuti invalidi
- **DPCM 29/11/2001: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"** individua le tre aree cui ricondurre le prestazioni assistenziali garantite dal SSN e definisce le prestazioni da ritenersi escluse
- **PSN 2003-2005**: proseguendo nella strada tracciata dai precedenti piani, impegna ad attivare programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare per il diabete mellito in età evolutiva

Programmazione e Sviluppo piani
Prevenzione, tutela sanitaria e Veterinaria
Via Pala. 9 c.1. - 20124 Milano - <http://www.regione.lombardia.it>

Tel. 02/67653955 - Fax 02/67653128
Tel. 02/67653118 - Fax 02/67653307

Regione Lombardia affronta le tematiche della prevenzione e dell' assistenza diabetologica con i seguenti atti:

- **Legge N° 8 Marzo 1992: Prevenzione e Cura del Diabete Mellito**, attuativa della Legge 115/87, identifica i diversi livelli assistenziali e loro informatizzazione
- **DGR 21 febbraio 2000, n. 6/48301** delinea un modello organizzativo che prevede una forte integrazione tra equipe diabetologica e MMG, con adozione del Disease Management come strumento di analisi del percorso assistenziale
- **D.C.R. 13 marzo 2002, n. VII/462 " PSSR 2002-2004"**, individua il diabete tra gli obiettivi di salute e di benessere sociale
- **DGR 9 Aprile 2002, n. 7/8678** ribadisce l'importanza della gestione integrata del paziente diabetico, attraverso un approccio globale alla malattia misurato con indicatori di qualità sia per il MMG che per il centro diabetologico

Infine l'emanazione del presente documento testimonia la volontà regionale di affrontare la questione del diabete giovanile in ambito comunitario in maniera complessiva e tenendo conto di ciascuna componente in gioco.

2. Rilevanza del problema

Nel mondo, il numero di soggetti diabetici è in continuo aumento e le attuali stime prevedono che si passerà dagli attuali 151 milioni a 221 milioni nel 2010 ed a 300 milioni nel 2025.

In Italia si stima che la prevalenza del diabete mellito noto sia pari al 3% (ossia che più di 1,5 milioni di italiani soffrano di diabete). Esiste tuttavia almeno un'identica quota di pazienti non noti e non diagnosticati, pari a circa il 2%, che porta la prevalenza globale intorno al 5-6% (1)

L'incidenza annuale risulta essere attorno al 2-3 per mille, pari quindi a 100 mila nuovi diabetici all'anno.

In Lombardia, nel 2004 risultano 310.110 esenzioni per diabete (corrispondenti ad una prevalenza del 3,4%), mentre l'incidenza stimata risulta di 22.572 nuovi casi/anno.

Dati di prevalenza simili sono riportati dall'ASL di Brescia con il 3% nel 2000, il 3,2% nel 2001 ed il 3,4% nel 2002.

Relativamente al diabete giovanile in Italia, non esistono dati specifici, tuttavia considerando gli studi che riportano una prevalenza della malattia diabetica pari a circa il 5% della popolazione generale, si stima che attualmente almeno 3 milioni di persone siano affette da diabete mellito, di queste oltre 120.000 persone sono insulino-dipendenti e di queste ultime circa 10-20 mila sono bambini ed adolescenti. Dati relativi a vari registri regionali stimano l'incidenza del diabete di tipo 1 in Italia sia compresa tra i 6 e i 10 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 0 a 14 anni, con notevoli differenze a livello di singola regione. (2) In particolare la Sardegna ha un'incidenza di diabete giovanile nella fascia di età 0-14 di 34-38 casi per 100.000 per anno, tra le più alte al mondo e seconda in Europa soltanto alla Finlandia. (3) Nel Lazio invece l'incidenza varia da 8 a 10 casi per 100.000 per anno al di sotto dei 15 anni (4) Analogamente, dati disponibili attestano l'incidenza del diabete giovanile nella fascia di età da 0 a 14 anni intorno a 10,5 casi/100000 in Toscana (5) e pari a 11,7/100000 in Liguria.(6)

Per quanto riguarda i dati della regione Lombardia, nella tabella che segue sono riportati, stratificati per sesso e fascia di età, e suddivisi per Azienda Sanitaria Locale di Residenza i dati relativi alle esenzioni rilasciate per diabete al 31/12/2004 in Regione.

FASCIA-SESSO	Bg	B5	CO	Cr	Le	Lo	Mn	MI0	MI1	MI2	MI3	Pv	So	VA	VaC	
03-05 M	3	10	3	1	0	0	1	5	4	3	4	2	0	3	0	40
03-05 F	7	2	2	1	0	0	1	5	3	3	4	1	0	3	1	33
06-10 M	26	18	13	5	11	5	10	18	23	14	25	10	5	14	1	201
06-10 F	22	28	12	9	3	2	3	20	21	14	14	7	2	13	3	173
11-14 M	28	53	15	10	7	9	15	30	31	9	26	8	5	26	5	255
11-14 F	16	30	15	8	2	8	8	26	28	13	26	15	5	19	3	221
	100	121	60	37	23	22	38	105	110	56	99	43	18	78	13	923

Ciò consente, seppur in maniera induttiva, di quantificare il fenomeno del diabete in età scolare. Complessivamente risultano esenti per patologia 923 bambini, di età compresa tra i 3 ed i 14 anni, con una leggera prevalenza di distribuzione nel sesso maschile.

3. Evidenze di efficacia

La *Task Force on Community Preventive Services* ha effettuato la revisione sistematica di lavori orientati a valutare l'efficacia di interventi rivolti a pazienti affetti da diabete mellito, con particolare riferimento alla educazione alla gestione personale della malattia fornita in contesti collettivi.

Relativamente alle azioni di educazione e formazione rivolte al personale scolastico per bambini ed adolescenti affetti da diabete mellito di tipo1, nell'unico studio qualificante a disposizione il personale scolastico è stato formato con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute e di benessere dei bambini diabetici, ma mancano dati relativi ad esiti diversi dalle conoscenze acquisite e dall'effettivo controllo clinico della patologia e relativo follow up. Pertanto i dati disponibili non sono sufficienti per formulare raccomandazioni in tal senso(2)

Tuttavia ciò non implica che interventi in ambito scolastico siano considerati inefficaci, ma semplicemente che mancano di un numero sufficiente di studi di qualità elevata sulla base dei quali formulare raccomandazioni.

Infatti l'intervento in ambito scolastico che coinvolga tutte le componenti in gioco tenendo conto dei diversi aspetti informativi, formativi ed assistenziali è quanto, alla luce dell'esperienza sul campo, viene raccomandato dagli esperti.

4. Gli attori coinvolti

L'inserimento di un bimbo diabetico in ambito scolastico pone spesso criticità in relazione alla gestione del caso.

Si ritiene tuttavia necessario che detto inserimento avvenga in modo "naturale", senza indurre sensazioni di "diversità" né creare allarmismo tra gli operatori scolastici.

A tal fine si elencano di seguito le diverse componenti in gioco, delineando di massima il contributo di ciascuno.

- L'**Azienda Sanitaria Locale**, tramite le unità organizzative individuate, provvede ad accogliere le segnalazioni provenienti da istituzioni scolastiche o dai genitori; raccoglie informazioni sul caso dai genitori, dal pediatra di libera scelta, dallo specialista; favorisce la comunicazione tra i soggetti coinvolti, anche tramite una corretta informazione/formazione degli operatori scolastici sul caso specifico; **planifica e coordina** le azioni necessarie, valuta ed individua le risorse disponibili, concertando con i diversi interlocutori, il percorso di risposta.
- La **Dirigenza Scolastica** segnala il caso alla ASL; facilita la relazione tra operatori scolastici e genitori; promuove incontri formativi-informativi per gli operatori scolastici (con il supporto di operatori ASL, o dei Centri Specialistici o delle Associazioni); individua/predisporre spazi adeguati alle varie attività connesse con la gestione del piccolo diabetico; garantisce la corretta e sicura conservazione dei materiali in uso.
- Gli **Operatori Scolastici** coinvolti partecipano alle attività di informazione-formazione proposte; predispongono un ambiente idoneo ad accogliere il piccolo diabetico; verificano la disponibilità di prodotti e alimenti necessari per risolvere le crisi ipoglicemiche.
- I **Genitori** forniscono anche per tramite del Pediatra o dello Specialista, le informazioni sul figlio utili agli operatori scolastici più direttamente coinvolti nella sua gestione; forniscono la documentazione richiesta; garantiscono la propria (o di altro adulto di riferimento) disponibilità telefonica nella eventualità di un problema intercorrente; forniscono il materiale d'uso per la determinazione della glicemia e della glicosuria, nonché per la somministrazione di insulina qualora non provvedano direttamente; mettono a disposizione della scuola i prodotti e gli alimenti di cui il bimbo potrebbe necessitare nell'evenienza di una crisi ipoglicemica.
- Il **Pediatra di Libera Scelta / MMG** fornisce tutte le informazioni sanitarie sul piccolo utili agli operatori scolastici più direttamente coinvolti nella sua gestione; fornisce consulenza al bisogno agli operatori scolastici; collabora alla formazione degli operatori
- Lo **specialista diabetologo** fornisce le informazioni sanitarie sul piccolo utili agli operatori scolastici più direttamente coinvolti nella sua gestione le certificazioni/relazioni scritte; collabora alla formazione degli operatori

- **Le Associazioni**, attraverso i propri consulenti scientifici, producono e mettono a disposizione delle scuole materiale informativo specifico; supportano l'organizzazione e pubblicizzazione (attraverso il canale famiglia-scuola) delle iniziative di formazione per il personale scolastico; forniscono alle scuole consulenza e supporto; collaborano con l'ASL, i CSA provinciali, e l'equipe diabetologica curante, per la segnalazione di casi problematici e l'individuazione delle soluzioni.

5. Informazione e formazione del personale scolastico

Il ruolo del personale della scuola nel favorire, nei giovani studenti con diabete, un'esperienza scolastica serena, sovrapponibile a quella dei loro compagni è fondamentale.

Affinché ciò si verifichi è necessario in primo luogo sensibilizzare e "creare cultura", fornendo informazioni adeguate al mondo della scuola, sia attraverso la diffusione di materiale informativo dedicato, sia attraverso la realizzazione di percorsi formativi rivolti a figure di riferimento individuate in ciascuna direzione.

A tal fine, appare opportuno individuare preliminarmente i Referenti per la Educazione alla Salute, presenti in ciascun CSA provinciale, oltre che in ciascun Collegio Docenti che, adeguatamente formati e motivati, possono costituire importanti nodi della rete, sia per la problematica specifica, che più in generale sui diversi argomenti di salute che coinvolgono la scuola, diventando nel tempo punti stabili di riferimento.

6. Supporto sanitario all' inserimento in ambito scolastico

L'inserimento del bambino diabetico in comunità, già a partire dall'età prescolare, è importante per il corretto sviluppo psicologico: per questo è necessario fornirgli l'assistenza e la collaborazione di cui necessita.

Le richieste di intervento sanitario in ambito scolastico per bambini diabetici riguardano soprattutto aspetti quali la determinazione della glicemia e la somministrazione di insulina. Ciò tuttavia rappresenta solo uno degli aspetti che caratterizzano l'inserimento in comunità.

Esso deve avvenire in maniera "naturale", senza creare nel piccolo sensazioni di "diversità" ed allarmismo per gli operatori scolastici e senza vincolare i genitori a gravosi compiti di assistenza.

Come di fronte ad ogni bimbo che presenta situazioni patologiche croniche (allergie, convulsività, ecc.), anche nel caso del bambino diabetico, si ritiene opportuno attuare un intervento "personalizzato" nella convinzione che protocolli rigidi spesso non riescano a soddisfare le reali esigenze in campo.

Ciò premesso, considerata la varietà della tipologia di richieste in tal senso, l' Azienda Sanitaria Locale attraverso il personale identificato, elabora, di volta in volta, un programma secondo il seguente schema di massima:

- 1) valutazione del caso
- 2) attivazione di canali di comunicazione tra i genitori, i curanti del piccolo ed il personale scolastico interessato
- 3) valutazione delle risorse disponibili
- 4) informazione/formazione specifica
- 5) proposta operativa
- 6) monitoraggio

Nell' allegato 1 sono dettagliate tutte le informazioni utili al personale della scuola.

7. Somministrazione del farmaco

Visto il D.P.C.M. 29/11/2001, in particolare l'allegato 2b che tra le prestazioni totalmente escluse non contempla la somministrazione di insulina ai piccoli diabetici in ambito scolastico, fermo restando che detta prestazione non può essere chiesta al personale scolastico, il quale potrà eventualmente effettuarla solo volontariamente nell' ambito di un rapporto fiduciario e previa adeguata formazione, qualora necessaria, la somministrazione dell'insulina può avvenire con le seguenti modalità:

- erogazione diretta della prestazione da parte dei genitori/tutori/altri soggetti disponibili;
- acquisizione del servizio esterno da parte dell'ASL
- attivazione del credit a seguito di richiesta ai soggetti pattanti.

Pertanto la ASL a sua volta, potrà erogare la prestazione secondo le seguenti modalità:

- acquisizione del servizio attraverso procedura ad evidenza pubblica, secondo le previsioni del decreto lgs. 157/96 e della legge regionale 14/97 e successive modifiche ed integrazioni;
- richiesta di erogazione di prestazioni sanitarie, singole ed eventualmente ripetibili, da parte dei soggetti già accreditati per il *voucher socio-sanitario* attraverso l'attivazione della cosiddetta "assistenza estemporanea";
- trattasi più precisamente di *"iniziative volte al soddisfacimento di necessità sanitarie occasionali"* così come definito nella d.g.r. 9 maggio 2003, n. 12902 "Modello Lombardo del Welfare: attivazione del voucher socio-sanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliari";

fatte salve diverse determinazioni che garantiscano comunque la erogazione della prestazione.

Ciò premesso, si sottolinea che il diabete di tipo 1, che richiede terapia insulinica, è una patologia a incidenza relativamente bassa. La tabella 1 mostra come in Lombardia i soggetti al di sotto dei 14 anni, insulino dipendenti al 31/12/2004 siano circa mille. Tuttavia la capacità di praticare l'autoiniezione si acquisisce abitualmente a 9-10 anni secondo una variabilità individuale e deve sempre essere un processo graduale di acquisizione di autonomia da parte del bambino.

Pertanto ai piccoli diabetici non ancora in grado di autosomministrarsi la terapia insulinica, per effettuare l'iniezione di insulina in corrispondenza del pasto consumato a scuola, deve essere fornita assistenza da reperirsi secondo le modalità sopra indicate.

Gli addetti individuati devono possedere nozioni tecniche sulla somministrazione di insulina nell'infanzia con siringhe e stiloiniettori e acquisire, qualora ve ne sia la necessità, la capacità di utilizzo delle funzioni principali del microinfusore. È necessaria anche la capacità di determinare la glicemia capillare tramite glucometro.

L'approccio al paziente dovrà essere adeguato alle peculiarità dell'infanzia, in particolare per i bambini in età prescolare. E' quindi opportuno che sia ridotta al minimo la rotazione del personale che deve essere adeguatamente formato.

Per ciò che riguarda la posologia dell'insulina, l'operatore si atterrà a quanto riportato sulla scheda di prescrizione del farmaco (allegato 2) compilata dal diabetologo curante o dal pediatra di libera scelta. La scheda di prescrizione deve riportare l'orario. Il tipo di insulina e il numero di unità da effettuare in relazione al valore glicemico determinato prima dell'iniezione.

8. Monitoraggio

Al fine di monitorare l'applicazione delle indicazioni fornite e delle criticità evidenziate ciascuna ASL provvederà annualmente, entro il mese di luglio, a rendicontare il numero di casi segnalati, la tipologia di intervento messo in atto e la modalità di offerta della prestazione scelta, nonché le criticità emerse e le soluzioni identificate.

*Nota Bibliografica*¹

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
DG SANITA'
Dr. Carlo Lucchina

IL DIRETTORE GENERALE
DG FAMIGLIE SOLIDARIETA' SOCIALE
Dr. Umberto Fazzone