



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Direzione Sanitaria Aziendale
Referente: **Dott. Pietro Luigi Brisinda**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

ASP Crotone
Protocollo Generale
N. 0002702 del 20/01/2020



*Provveditorato agli Studi - Ufficio scolastico provinciale
di Crotone*

uspkr@postacert.istruzione.it

OGGETTO: TRASMISSIONE LINEE GUIDA PER UN'ADEGUATA ACCOGLIENZA SCOLASTICA ED UNA PERMANENZA, IN AMBITO SCOLASTICO, IN CONDIZIONI DI SICUREZZA PER I BAMBINI, GLI ADOLESCENTI E GIOVANI CON DIABETE MELLITO

Facendo seguito alle diverse richieste pervenute a questa Azienda Sanitaria da parte di vari Dirigenti Scolastici circa i comportamenti da adottare in caso di situazioni di emergenza che potrebbero verificarsi in ambito scolastico a carico di alunni affetti da Diabete Mellito, si trasmette l'allegato documento contenente le linee guida a cui attenersi.

Direzione Sanitaria Aziendale
Il Referente
Dott. Pietro Luigi Brisinda



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

SERVIZIO DI MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA

Protocollo Generale
N. 0059706 del 30/12/2019



Sig. DIRETTORE GENERALE f.f. A.S.P. KR
Dott.ssa Maria BERNARDI

E p.c. REFERENTE SANITARIO
Dott. Pietro BRISINDA

Oggetto: Linee Guida per un'adeguata accoglienza scolastica ed una permanenza, in ambito scolastico, in condizioni di sicurezza per i bambini, gli adolescenti e giovani con Diabete Mellito

Il documento qui rappresentato, tenendo conto di quanto contenuto nel Piano Sanitario Nazionale sul diabete, nelle linee guida nazionali, nelle raccomandazioni cliniche delle Società Scientifiche e negli atti normativi sia nazionali che regionali, intende fornire sull'inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete nelle attività scolastiche ed educative:

- un quadro di riferimento sia clinico che normativo
- le procedure di intervento per la somministrazione di farmaci a scuola attraverso la definizione di un percorso assistenziale
- i protocolli operativi relativi all'inserimento del bambino, adolescente, e giovane nei momenti scolastici, individuando le responsabilità dei vari soggetti
- informazioni sulla gestione delle emergenze, illustrando la condizione dal punto di vista clinico ed assistenziale

Pertanto ,nel rispetto dell'obbligatorietà di accogliere nell'ambito scolastico il bambino,adolescente e giovane con diabete ,va necessariamente definito un percorso di integrazione condiviso e formalizzato attraverso protocolli che si possono riassumere nei seguenti modi:

A)GESTIONE DELL'ORDINARIO

-Proposta di percorso per somministrazione di insulina e controllo glicemico

1)All'atto della presa in carico del bambino con diabete per il follow up,il Servizio di Diabetologia Pediatrica redige il P.I.T.(Piano individuale di Trattamento)lo consegna con i relativi allegati alla famiglia e ne invia una copia al P.L.S.(Pediatra di Libera Scelta)

2)La famiglia reca il P.I.T.al Dirigente Scolastico,unitamente alla richiesta di assistenza ed alla dichiarazione di disponibilità/indisponibilità a farsi carico direttamente dell'intervento,in tempo utile affinché questi ponga in essere tutte le misure organizzative di sua competenza.Il P.L.S. ne prende visione per le successive incombenze di formazione ed assistenza,previste dal PND e dall'ACN in vigore.

3)Il Dirigente Scolastico convoca nel più breve tempo possibile ,in modo da evitare situazioni di disagio o rischio del bambino,un gruppo di coordinamento di cui faranno parte:la famiglia,il Dirigente Scolastico o suo delegato(es.medico scolastico,pediatra di libera scelta,pediatra di comunità,servizio infermieristico),e su indicazione della famiglia l'Associazione di persone con Diabete. Il gruppo di coordinamento si riunisce, su convocazione del Dirigente Scolastico o a richiesta di uno dei partecipanti,ogni qualvolta emergano situazioni nuove o criticità.

Nel caso di disponibilità non continuativa da parte della famiglia ,o al fine di fronteggiare eventuali imprevisti che dovessero presentarsi nel corso dell'anno scolastico,dovrà comunque essere predisposto un piano di intervento da parte della scuola.Nel caso in cui più bambini con diabete frequentino la stessa scuola,il gruppo di coordinamento già costituito varierà la sua composizione solo per la componente famiglia/associazione

4)Compito del gruppo di coordinamento sarà di individuare nel più breve tempo possibile percorso,operatori,spazi,logistica,e attrezzature necessari ,in aderenza al P.I.T.

5)Il Dirigente Scolastico,sulla base della relazione/verbale del gruppo di lavoro,attiva gli operatori individuati,nelle forme e nei modi previsti dalla normativa vigente secondo il seguente ordine di priorità:

a)Famiglia:se ha espresso la propria disponibilità a farsi carico direttamente dell'intervento,anche in maniera non continuativa;

b)Personale Scolastico:gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto

soccorso, ovvero altro personale che abbia dato disponibilità al servizio
c) ASL: servizio infermieristico, medici scolastici, pediatri di comunità, personale A.D.I.

d) Associazioni ed Enti di volontariato e di utilità sociale (ad es. Croce Rossa Italiana, Misericordie, etc.), associazioni di persone con diabete che dispongano o si facciano carico di mettere a disposizione le figure professionali necessarie

e) Comune con i propri servizi sociali o con apposite convenzioni

6) Il Dirigente Scolastico contatta il Servizio di Diabetologia Pediatrica di riferimento, concordando tempi e modalità di svolgimento del necessario percorso formativo

7) Il Servizio di Diabetologia Pediatrica (S.D.P.) provvede, in collaborazione con il P.L.S. o per suo tramite, secondo quanto concordato con il Dirigente Scolastico, alla formazione degli operatori preferibilmente in house, in modo da prendere visione della situazione logistica ed eventualmente dare suggerimenti. Il S.D.P. avrà anche il ruolo di supervisione del processo

B) GESTIONE DELLE EMERGENZE

Per la gestione e l'intervento nell'emergenza più frequente ed importante (IPOGLICEMIA) vi sono una serie di passaggi da seguire secondo la seguente cronologia:

1) Il Servizio di Diabetologia Pediatrica consegna il P.I.T. (Piano Individuale di Trattamento) alla famiglia e al Pediatra di Libera Scelta;

2) La famiglia richiede l'intervento al Dirigente Scolastico;

3) Il Dirigente Scolastico, convocato un gruppo di coordinamento tra scuola, famiglia e distretto, individua all'interno dell'Istituto i soggetti abilitati;

4) Contestualmente richiede collaborazione e formazione al SDP;

5) Il SDP, in collaborazione con il PLS, si fa carico della formazione e della supervisione;

6) In caso di particolare gravità i soggetti del punto 3 richiedono l'intervento del 118, dopo aver somministrato il **glucagone**

A questo proposito, come definito dagli organi competenti e riportato nel bugiardino del farmaco, si specifica che per tale medicamento, che non ha effetti tossici e effetti avversi da sovradosaggi, è già prevista la possibilità di somministrazione da parte del personale non sanitario, che è stato già adeguatamente formato e non deve operare alcuna discrezionalità, poiché segue specifica prescrizione medica (Piano Individuale di Trattamento)

C) INDICAZIONI SPECIFICHE

1) AUTOSOMMINISTRAZIONE

L'autorizzazione rilasciata dal centro di diabetologia contiene l'indicazione della capacità dell'alunno ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, ad eccezione che si tratti di farmaco di emergenza. In tal caso va

PIANO DI CURA DEL DIABETE A SCUOLA

Allegato n.1

Questo programma costituisce uno strumento di supporto per il personale Docente 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/Segr del 25/11/2005.

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

INFORMAZIONI GENERALI

Studente _____
Cognome e Nome _____ Anno Scolastico _____

Istituto Comprensivo _____

Scuola _____ Classe _____

Data di nascita _____ Data di esordio del diabete _____

Numeri di contatto per le informazioni

Genitore 1 _____ Telefono casa _____ lavoro _____
cellulare _____

Genitore 2 _____ Telefono casa _____ lavoro _____
cellulare _____

Pediatra/medico di famiglia

Nome e cognome _____ Telefono _____

Cellulare _____

Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica

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?

Merenda di metà mattina:

Si	No	_____
----	----	-------

 Si No

Pranzo:

Si	No	_____
----	----	-------

Merenda di metà pomeriggio:

Si	No	_____
----	----	-------

Merenda prima dell'attività fisica:

Si	No	_____
----	----	-------

Merenda dopo l'attività fisica:

Si	No	_____
----	----	-------

Altre occasioni di merende o uno spuntini: _____

Cibo preferito per gli spuntini: _____

Cibi da evitare: _____

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

Attività fisica e sport

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

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

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

Capacità del bambino rispetto alla terapia

- E' in grado di eseguire lo stick della glicemia da solo? SI NO
- E' in grado di stabilire la dose corretta di insulina da solo? SI NO
- E' in grado di preparare da solo l'insulina che si deve somministrare? SI NO
- E' capace di somministrarsi l'insulina da solo? SI NO
- Ha bisogno di supervisione di un adulto per preparare o eseguire la dose di insulina? SI NO

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 _____
_____	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 devono essere controllati quando la glicemia supera i 300 mg/dl

MICROINFUSORE

Per gli studenti con microinfusore

Tipo di insulina nel microinfusore: _____

Tipo di set infusionale: _____

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

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

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

DICHIARA

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

RICHIEDE

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

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

Il 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

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 n. 196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI" (CODICE PRIVACY)

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

1. Il "Codice Privacy" garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e libertà di ogni persona, nonché della dignità personale con particolare riferimento alla riservatezza delle informazioni e all'identità personale. Il trattamento dei dati personali sarà, quindi, improntato a principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali sono raccolti i dati stessi.
2. I dati personali in ambito sanitario vengono trattati esclusivamente per finalità:
 - Di prevenzione, diagnosi e cura e, comunque, al fine primario di tutelare la salute della persona assistita;
 - Amministrativo-contabili, di valutazione (anche allo scopo di migliorare i servizi offerti facendo riferimento al grado di soddisfazione dell'utente), di controllo (purchè strettamente connessi alle prestazioni erogate) secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento;
 - Certificatorie relative allo stato di salute;
 - Di ricerca scientifica e di statistica: in questo caso, in assenza di esplicito consenso della persona interessata o del legale rappresentante, il trattamento avverrà in forma anonima. Potranno essere trattati dati sanitari riguardanti i familiari della persona assistita, solo se strettamente indispensabili, a giudizio del professionista sanitario responsabile delle cure della persona.
3. I dati sono trattati con strumenti sia cartacei che informatici, nel rispetto dei principi e delle regole concernenti le misure minime di sicurezza per evitare rischi di perdita, distruzione o accesso non autorizzato. Il trattamento dei dati è indispensabile per poter effettuare le prestazioni richieste e/o necessarie per la tutela della salute della persona assistita e il relativo consenso verrà documentato da operatori autorizzati.

Il mancato consenso al trattamento dei dati, con l'eccezione dei trattamenti urgenti e di quelli disposti da Autorità Pubblica (Sindaco, Autorità Giudiziaria) comporta l'impossibilità di erogare la prestazione sanitaria.
4. I dati personali in ambito sanitario possono essere oggetto di comunicazione per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa:
 - A responsabili e incaricati del trattamento di ciascuna Unità Operativa dell'Azienda;
 - Ad altre Aziende Sanitarie e alla Regione di appartenenza dell'utente;
 - Alla Compagnia Assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per le ipotesi di responsabilità;
 - Agli Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita;
 - Ad altri soggetti pubblici (Regione o Comune) o privati (ai quali siano stati affidati specifici compiti da Parte dell'Azienda) per finalità Istituzionali: igiene, sanità pubblica, controllo appropriatezza delle prestazioni, assistenza, spesa sanitaria, ecc.;
 - All'Autorità Giudiziaria e/o all'Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge;
5. I dati genetici trattati per fini di prevenzione, diagnosi, cura e ricerca scientifica possono essere utilizzati unicamente per tali finalità o per consentire all'interessato una decisione libera ed informata, o ancora per finalità probatorie in sede civile o penale in conformità alla legge.
6. Ogni assistito è titolare dei diritti di cui all'art.7 del Codice Privacy, per cui, previa richiesta, tramite lettera raccomandata, telefax o posta elettronica, rivolta al Titolare o al Responsabile del trattamento può:
 - Conoscere mediante accesso gratuito l'origine dei dati personali, le finalità e le modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano;
 - Ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che lo riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
 - Opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.
7. Titolare del trattamento:
8. Responsabili del trattamento: Direttori delle Unità Operative.

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 :

Sintomi iniziali	Sintomi tardivi
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

Dal 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 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 glicemia.

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