



3° ISTITUTO COMPRENSIVO "S. LUCIA"  
SCUOLA INFANZIA - PRIMARIA - SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO  
Viale Teocrito, 63 96100 Siracusa tel. fax 0931/60376  
- E-mail: SRIC828009@PEC.ISTRUZIONE.IT - SRIC828009@ISTRUZIONE.IT

C.F.: 93039370890

3° I. C. "S. Lucia"-SIRACUSA  
Prot. 0008959 del 21/08/2026  
V (Uscita)

## PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI PER DIABETICI A SCUOLA

### Oggetto

Il presente protocollo definisce le procedure per l'assistenza agli studenti diabetici che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute e il benessere all'interno della struttura scolastica.

### 1. Riferimenti normativi

- MIUR – Ministero della Salute, 25/11/2005: *Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico.*
- Protocollo d'Intesa MIUR - Regione Sicilia del 21 novembre 2014 recante “*Documento strategico di intervento integrato per l'inserimento del bambino, adolescente e giovane con diabete mellito in contesti scolastici*”

### 2. Somministrazione dei farmaci a scuola

La somministrazione può avvenire solo sulla base di autorizzazioni specifiche rilasciate dal servizio competente dell'ASL. Non deve richiedere competenze sanitarie specialistiche né discrezionalità tecnica. La richiesta deve essere presentata al Dirigente Scolastico dai genitori (o dallo studente se maggiorenne), allegando la certificazione della Pediatria di Comunità dell'ASL. Per garantire una migliore accoglienza e permanenza a scuola, in condizioni di sicurezza per la salute del ragazzo con diabete, è necessaria una fattiva collaborazione tra tutte le realtà coinvolte, nel rispetto dei reciproci ruoli istituzionali e familiari.

In particolare, per assicurare prestazioni uniformi, appropriate e qualificate, si evidenzia l'esigenza di individuare un percorso coordinato tra i vari soggetti interessati, quali:

Sito web: [www.3icsr.it](http://www.3icsr.it)

D.S.: Prof.ssa Desirée Coco

Cod. mecc.: **sríc828009**  
Codice Univoco Ufficio: **UFTKTO**

- a) Famiglia
- b) Centro di Diabetologia Pediatrica (CDP)
- c) Servizio Sanitario Regionale (Distretto, PLS/MMG)
- d) Ufficio Scolastico Regionale e Istituzioni scolastiche
- e) Associazioni di volontariato

## Organizzazione dell'attività di somministrazione

### 1 La famiglia

È compito della famiglia, o di chi esercita la potestà genitoriale (di seguito indicati come “famiglia”), oppure dell'allievo se maggiorenne, comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico l'insorgenza del diabete, secondo modalità e procedure prefissate, consegnando un **certificato di diagnosi** e il **Piano di Cura del Diabete**, rilasciati dal Centro di Diabetologia Pediatrica al momento della dimissione.

Nello specifico:

- informa il personale scolastico della condizione del figlio, consegnando al Dirigente dell'Istituzione Scolastica l'autorizzazione per il trattamento del diabete a scuola;
- invita il Dirigente Scolastico a organizzare l'incontro iniziale per concordare la gestione dell'alunno con diabete durante l'anno scolastico;
- partecipa agli incontri ai quali è convocata insieme al personale sanitario e scolastico;
- fornisce alla scuola il materiale previsto dal Piano individuale di trattamento diabetologico, impegnandosi a verificarlo e integrarlo periodicamente;
- comunica al personale scolastico coinvolto l'eventuale presenza di problemi o criticità nel trattamento del diabete e/o gli aggiornamenti del Piano individuale di trattamento diabetologico.

### 2. Il Dirigente dell'Istituzione Scolastica

- riceve dalla famiglia la segnalazione del caso di diabete accompagnata:
  - dall'autorizzazione per il trattamento del diabete a scuola (All. 1A; 1B; 1C);
  - dal Piano individuale di trattamento diabetologico (All. 2A; 2B);
  - dal materiale necessario alla gestione quotidiana o di emergenza (All. 3).
- raccoglie tutta la documentazione e ne cura la diffusione fra il personale interessato, nel rispetto delle esigenze di privacy e delle necessità di trattamento scolastico della problematica;
- individua il locale scolastico in cui effettuare la terapia e lo spazio idoneo per la corretta conservazione del farmaco salvavita (Glucagone);
- autorizza, se necessario, i genitori o i loro delegati all'accesso ai locali scolastici per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico;
- verifica se, tra gli operatori scolastici, vi è personale disponibile alla somministrazione dei farmaci per la gestione del diabete in ambito scolastico come previsto nel Piano, sia per la gestione quotidiana (misurazione della glicemia e uso di insulina) sia per l'eventuale gestione dell'emergenza (uso del farmaco salvavita Glucagone). Tenuto conto di tale disponibilità, valuta la possibilità di garantire la continuità nella somministrazione dei farmaci per la gestione quotidiana (All. 4), come da *Raccomandazioni per la somministrazione dei farmaci a scuola* (Moratti – Storace, 25/11/2005);

- in caso di mancata disponibilità del personale scolastico, di impossibilità a garantire la continuità nella somministrazione dei farmaci e di impossibilità di intervento da parte dei genitori, richiede — in accordo con la famiglia e con il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale — al responsabile del Distretto sanitario territoriale l'attuazione dei necessari servizi infermieristici all'interno della scuola;
- individua, qualora vi sia personale disponibile, uno o più referenti d'Istituto che, dopo adeguata formazione, possano essere punto di riferimento per i colleghi e fungere da collegamento tra operatori sanitari, genitori e scuola;
- richiede al Centro di Diabetologia Pediatrica incontri di informazione/formazione sul diabete rivolti al personale scolastico e ne organizza la partecipazione, tenendo conto della necessità di garantire il passaggio di informazioni anche al personale supplente.
- dispone affinché sia data esecuzione a quanto indicato nel modulo di certificazione.

### 3. Il personale scolastico docente e non docente a diretto contatto con lo studente con diabete

- partecipa alle riunioni organizzate per conoscere la malattia e le necessità legate al suo controllo;
- si adopera affinché il bambino/ragazzo con diabete possa partecipare a tutte le iniziative, adottando tutte le precauzioni del caso (sorveglianza, adeguata dose di movimento, attenzione alla qualità e quantità del cibo) per la prevenzione e la correzione di eventuali ipoglicemie (All. 2);
- provvede alla corretta conservazione del materiale necessario per il controllo della glicemia e degli alimenti consegnati dai genitori dello studente con diabete;
- consente il momentaneo allontanamento dalla classe per il controllo glicemico o per la somministrazione dell'insulina, sia con personale esterno autorizzato, sia — in caso di auto-somministrazione da parte dello studente — con adeguata sorveglianza;
- consente allo studente di comunicare con la famiglia nel caso in cui vi siano dubbi sulla gestione della terapia.

Il personale che ha dato la propria disponibilità alla misurazione della glicemia e alla somministrazione dell'insulina e/o del Glucagone provvede alla somministrazione del farmaco secondo le indicazioni del Piano individuale di trattamento diabetologico e partecipa a una formazione specifica organizzata per approfondire la conoscenza del diabete.

### Documentazione necessaria

**Modulo di Richiesta**, compilato dai genitori (**Allegato 1A**) e rilasciato dal medico curante in base ai seguenti criteri:

1. somministrazione indispensabile in orario scolastico;
2. non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né nell'individuazione degli eventi in cui occorre somministrarlo, né nei tempi, nella posologia o nelle modalità di somministrazione e conservazione;
3. fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario (Allegato 1C);
4. **Modulo di Comunicazione**, redatto dall'alunno/a maggiorenne (Allegato 1B);
5. **Modulo di Certificazione**, rilasciato dai medici della Pediatria di Comunità dell'ASL (Allegato 2A);
6. **Correzione dell'ipoglicemia e dell'iperglicemia**, rilasciata dai medici della Pediatria di Comunità dell'ASL (Allegato 2B).

|                                                          |                                    |                                                                        |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sito web: <a href="http://www.3icsr.it">www.3icsr.it</a> | D.S.: <i>Prof.ssa Desirée Coco</i> | Cod. mecc.: <b>sr1c828009</b><br>Codice Univoco Ufficio: <b>UFTKTO</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

### **Somministrazione durante le attività didattiche esterne all'edificio scolastico**

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite didattiche, attività sportive, alternanza scuola-lavoro, ecc.) la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile.

In caso contrario, lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare (o persona con delega scritta) che assicuri la somministrazione del farmaco.

Il consiglio di classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

### **Auto-somministrazione del farmaco da parte degli studenti**

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati dall'ASL quando ciò è previsto dalla stessa e da parte di studenti che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (Allegati 1A / 1B).

Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco, se richiesto, sarà comunque prevista la presenza di un adulto adeguatamente formato, sia per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione, sia per intervenire in caso di eventuali situazioni di urgenza-emergenza.

### **Gestione dell'emergenza**

I farmaci "salvavita" rientrano nella tipologia più generale dei farmaci per la cui somministrazione a scuola è necessaria la certificazione dell'ASL.

Nei casi in cui si configuri una situazione di emergenza e/o urgenza, il personale somministratore — e comunque il personale scolastico presente — attiverà una chiamata di soccorso al **112**.

### **Acquisizione e conservazione dei farmaci**

La famiglia, o lo studente se maggiorenne, consegnerà al Dirigente Scolastico i farmaci prescritti in confezione integra, in corso di validità, da conservare a scuola in luogo apposito per tutta la durata del trattamento, avendo cura di sostituire o rifornire il farmaco al bisogno.

### **Indice Allegati**

- **Allegato 1A** – Modulo di Richiesta (famiglia)
- **Allegato 1B** – Modulo di Comunicazione (alunni maggiorenni)
- **Allegato 1C** – Modulo di richiesta di interventi straordinari (famiglia)
- **Allegato 2A** – Modulo di Certificazione (medico)
- **Allegato 2B** – Correzione dell'ipoglicemia e iperglicemia (medico)
- **Allegato 3** – Materiale da fornire a scuola da parte dei genitori (famiglia)
- **Allegato 4** – Modulo di Messa a Disposizione (scuola)
- **Allegato 5** – Consenso al trattamento dei dati personali (famiglia)

## ALLEGATO 1A – MODULO DI RICHIESTA

per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico (alunno minorenne)

**Al Dirigente Scolastico del**

**III ISTITUTO COMPRENSIVO SANTA LUCIA**

Via \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (**Cognome e Nome**) \_\_\_\_\_

genitore/tutore dello studente (**Cognome e Nome**) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

sita in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, e informato/a sulle procedure attivate dall'Istituzione Scolastica, e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate

**CHIEDO**, in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta):

☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a come da **Certificazione Medica** rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'ASL (scrivere nome del farmaco)

\_\_\_\_\_ da me incaricato  
personalmente o tramite \_\_\_\_\_

☐ che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione del farmaco in orario scolastico, come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'ASL (scrivere nome del farmaco) \_\_\_\_\_ consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

☐ che mio/a figlio/a non necessita di assistenza del personale scolastico durante l'auto-somministrazione del farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'ASL (scrivere nome del farmaco)

\_\_\_\_\_ ☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco indicato nella Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'ASL (scrivere nome del farmaco)

Sito web: [www.3icsr.it](http://www.3icsr.it)

D.S.: **Prof.ssa Desirée Coco**

Cod. mecc.: **sr1c828009**  
Codice Univoco Ufficio: **UFTKTO**

\_\_\_\_\_ consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

**Numeri di telefono utili:** famiglia / pediatra di libera scelta / medico di medicina generale

\_\_\_\_\_

*A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.*

***In fede***

Data \_\_\_\_\_

*Firma<sup>(1)</sup> di autocertificazione\*(Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola*

*(1) Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 dell'8/02/2006), altrimenti a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido.*

*I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.*

|                                                          |                                    |                                                                        |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sito web: <a href="http://www.3icsr.it">www.3icsr.it</a> | D.S.: <b>Prof.ssa Desirée Coco</b> | Cod. mecc.: <b>sr1c828009</b><br>Codice Univoco Ufficio: <b>UFTKTO</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

## ALLEGATO 1B – MODULO DI COMUNICAZIONE

*Comunicazione di assunzione di farmaci in orario e ambito scolastico*

### Al Dirigente Scolastico

Via \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

studente/studentessa che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

sita in Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

### COMUNICO

che in orario scolastico assumo il seguente farmaco:

**Nome del farmaco** \_\_\_\_\_

come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL.

**Medico curante** \_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono quelli idonei a rilevare lo stato di salute della persona).

Barrare la scelta:

- ☐ **Sì**, acconsento
- ☐ **No**, non acconsento

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Sito web: [www.3icsr.it](http://www.3icsr.it)

D.S.: *Prof.ssa Desirée Coco*

Cod. mecc.: **sr1c828009**  
Codice Univoco Ufficio: **UFTKTO**

## ALLEGATO 1C – RICHIESTA PER INTERVENTI STRAORDINARI

Al/Alla Dirigente Scolastico/a di \_\_\_\_\_

I sottoscritti (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

sulla base delle informazioni fornite dal medico responsabile del Servizio di Diabetologia Pediatrica, che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ affetto/a da **diabete di tipo 1**, necessita della somministrazione a scuola del farmaco **GLUCAGONE** in caso di ipoglicemia, come da certificato medico allegato rilasciato dal Dott. \_\_\_\_\_

I sottoscritti sono consapevoli che tale prestazione **non rientra tra quelle previste per il personale scolastico** (docenti e collaboratori scolastici).

### PERTANTO, SOLLEVANO

gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione **da ogni responsabilità** relativa all'atto stesso e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco.

Chiedono che il personale presente nella scuola possa effettuare tale prestazione, essendo entrambi impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

Indicano i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento:

• Genitore 1: \_\_\_\_\_

• Genitore 2: \_\_\_\_\_

Allegano la **documentazione medica specifica prodotta dal Dott.** \_\_\_\_\_  
contenente:

-Diagnosi

-Sintomatologia

-Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco, dosaggio, modalità di somministrazione)

*Inoltre autorizzano inoltre il personale scolastico ad avere contatti con il medico curante per eventuali ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.*

Siracusa, li \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori**

**Il Medico del Servizio**

**Per informazioni telefonare:** \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 2A – MODULO DI CERTIFICAZIONE.****ASL SERVIZIO DI.....***Certificazione medica per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico***Al Dirigente Scolastico del III ISTITUTO COMPRENSIVO “SANTA LUCIA”**

Via \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Constatata l'assoluta necessità SI CERTIFICA**

la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

**Cognome e Nome** .....**Data e luogo di nascita** .....**Residente a** ..... in Via .....**Tel.** ..... A)**Nome del farmaco** .....**Durata della terapia:** dal ..... al .....☐ **Somministrazione quotidiana:****Orario e dose da somministrare**

Mattina ..... dose ..... /

Pasto ..... dose ..... /

Pomeriggio ..... dose .....

**Modalità di somministrazione**.....  
.....**Note**.....  
.....Sito web: [www.3icsr.it](http://www.3icsr.it)**D.S.: Prof.ssa Desirée Coco**Cod. mecc.: **sr1c828009**  
Codice Univoco Ufficio: **UFTKTO**

## CAPACITÀ DEL BAMBINO/RAGAZZO RISPETTO ALLA TERAPIA

(Barrare la scelta)

| Capacità                                                  | Sì                       | No                       |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| È in grado di eseguire lo stick della glicemia da solo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| È in grado di stabilire la dose corretta di insulina?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| È in grado di preparare l'insulina da somministrare?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| È capace di somministrarsi l'insulina da solo?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha bisogno di un adulto per preparare o eseguire la dose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| È in grado di gestire autonomamente il microinfusore?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## CONTROLLO DELLA GLICEMIA

### Orari abituali di controllo (barrare)

- ☐ Prima dello spuntino della mattina
- ☐ Prima del pasto principale
- ☐ Due ore dopo il pasto principale

### Controlli extra (barrare)

- ☐ Prima dell'attività fisica
- ☐ Dopo l'attività fisica
- ☐ In presenza di segni di ipoglicemia

---

## TIPO DI TERAPIA INSULINICA (barrare)

☐ Multi-iniettiva

☐ Microinfusore

### ☐ Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

|                                                          |                                    |                                                                        |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sito web: <a href="http://www.3icsr.it">www.3icsr.it</a> | D.S.: <i>Prof.ssa Desirée Coco</i> | Cod. mecc.: <b>sr1c828009</b><br>Codice Univoco Ufficio: <b>UFTKTO</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

.....  
.....  
Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, ad eccezione che si tratti di  
farmaco salvavita (barrare la scelta): ☐SI ☐NO

.....  
Modalità di conservazione .....

.....  
**Note**

.....  
**B) Nome del farmaco salvavita**

.....  
Modalità di somministrazione

.....  
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):  
.....  
.....

Modalità di conservazione  
.....

**Note**  
.....  
.....

**Data** .....

**Medico ASL (Timbro e Firma)**  
.....

|                                                          |                                    |                                                                        |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sito web: <a href="http://www.3icsr.it">www.3icsr.it</a> | D.S.: <i>Prof.ssa Desirée Coco</i> | Cod. mecc.: <b>sr1c828009</b><br>Codice Univoco Ufficio: <b>UFTKTO</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

## ALLEGATO 2B – CORREZIONE DELL’IPOGLICEMIA

### IPOGLICEMIA

Per *ipoglicemia* si intende una glicemia bassa, cioè un valore di glicemia **inferiore a 70 mg/dl**.

**Come si manifesta:**

- Pallore
- Sudorazione fredda
- Fame intensa
- Tremori
- Mal di testa
- Visione annebbiata
- Irrequietezza
- Comportamento inadeguato o insolito
- Reattività rallentata
- Nei casi più gravi: perdita di coscienza

In presenza di questi sintomi, **controllare immediatamente la glicemia**.

---

### IPOGLICEMIA LIEVE O MODERATA (< 70 mg/dl)

Azioni da intraprendere:

- Non lasciare mai solo il bambino/ragazzo
- Interrompere qualsiasi attività
- Somministrare **10–15 g di carboidrati semplici a rapido assorbimento(CHO)**
- Controllare la glicemia dopo 15 minuti
- Se la glicemia è < 80 mg/dl, ripetere la somministrazione di zuccheri
- Se la glicemia è > 80 mg/dl somministrare **15–20 g di carboidrati complessi** qualora l’ipoglicemia si sia manifestata lontano dai pasti
- Non riprendere attività fisica finché la glicemia non è stabilmente > 100 mg/dl e comunque non prima che siano scomparsi i sintomi che caratterizzano l’ipoglicemia
- Nel caso non fosse possibile controllare la glicemia, comportarsi come se si fosse in presenza di un’ipoglicemia.

## QUANTITÀ DI CARBOIDRATI

**15 g di CHO semplici corrispondono a:**

- 3 cucchiaini di zucchero
- 4 zollette di zucchero
- 3 bustine di zucchero
- 3 caramelle tipo “zolletta”
- Bevanda zuccherata: \_\_\_\_\_ (specificare tipo e quantità)

**15–20 g di CHO complessi corrispondono a:**

- 25–30 g di pane
- 20–25 g di crackers o fette biscottate
- 20 g di biscotti secchi

Qualora l'**IPOGLICEMIA** comporti una **PERDITA DI COSCIENZA**, non somministrare nulla per bocca per il rischio di inalazione, ma:

- Somministrare **glucagone per via intramuscolare**
- Chiamare il **118**
- Chiamare i genitori

### **Nota per pazienti con microinfusore**

Sospendere l'erogazione di insulina:

- disconnettendo il microinfusore, oppure
- tagliando il tubicino che collega la cannula sottocutanea

## COME SOMMINISTRARE IL GLUCAGONE

Il glucagone (Glucagen Hypokit) è un **farmaco salvavita** che determina un rapido aumento della glicemia, con conseguente ripresa dello stato di coscienza ed evita danni neurologici.

### Conservazione

- In frigorifero è stabile fino alla data di scadenza
- A temperatura ambiente (max 25°C) è stabile per 18 mesi
- Controllare periodicamente la scadenza

La confezione di **Glucagen Hypokit** contiene una fiala di liofilizzato e una siringa con il solvente: la soluzione deve essere preparata al momento dell'uso (sciogliere la parte liofilizzata con il solvente presente nella siringa e aspirare la soluzione dalla siringa stessa) e, una volta ricostituita (eliminando l'aria eventualmente presente nella siringa), deve essere iniettata immediatamente.

Il farmaco può essere somministrato da chiunque si trovi in presenza di un ragazzo con diabete che ha perso conoscenza.

1. **Posologia:** si somministra ½ fiala per peso corporeo minore di 30 kg e una fiala per peso maggiore di 30 kg, ricostituita per via intramuscolare (coscia o natiche).
2. Non si ha alcun rischio per il paziente anche se iniettato erroneamente per via sottocutanea o addirittura endovenosa.
3. La somministrazione del glucagone può essere effettuata da chiunque e non richiede competenze specifiche.
4. Una volta somministrato, **entro 5–10 minuti il glucagone determina un innalzamento della glicemia**, con ripresa della conoscenza, e quindi la possibilità di poter somministrare per bocca carboidrati semplici e complessi (vedi schema).
5. In caso di mancata risposta, in attesa dei soccorsi, si può praticare una seconda somministrazione di glucagone a distanza di 10–15 minuti.
6. Qualora **esistessero dubbi sulla natura della crisi**, la somministrazione di glucagone non riveste alcun carattere di pericolosità per il bambino stesso.

---

## IPERGLICEMIA

L'iperglicemia è un valore elevato di glicemia.

Sintomi possibili:

- Sete intensa
- Necessità frequente di urinare
- Cefalea

Non rappresenta un'urgenza come l'ipoglicemia, ma deve essere gestita.

### Azioni da consentire

- Bere acqua a volontà

|                                                          |                                    |                                                                        |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sito web: <a href="http://www.3icsr.it">www.3icsr.it</a> | D.S.: <i>Prof.ssa Desirée Coco</i> | Cod. mecc.: <b>sr1c828009</b><br>Codice Univoco Ufficio: <b>UFTKTO</b> |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

- Andare in bagno ad urinare quando richiesto

### **ALLEGATO 3 – MATERIALE DA FORNIRE ALLA SCUOLA**

*da parte dei genitori*

La famiglia è tenuta a fornire alla scuola il seguente materiale, completo e funzionante, necessario alla gestione quotidiana e all'eventuale emergenza:

- ☐ **Glucometro** con relative strisce reattive
  - ☐ **Lancette pungi-dito** e dispositivo pungi-dito
  - ☐ **Iniettore a penna** con relativi aghi
  - ☐ **Insulina in uso**
  - ☐ **Glucagone**
  - ☐ **Alimenti per la correzione dell'ipoglicemia**  
(es. zucchero, succhi, caramelle, cracker, biscotti secchi)
-

## ALLEGATO 4 – MODULO DI MESSA A DISPOSIZIONE

**Al Dirigente Scolastico**

del III Istituto Comprensivo Santa Lucia - Siracusa

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

VISTO il *Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola* del III Istituto Comprensivo Santa Lucia  
- Siracusa

VISTE le *Linee Guida del Ministero della Salute e del MIUR* del 2005;

VISTA la *Deliberazione n. 71 del 02/03/2012 della Regione Lazio*, relativa al “Percorso per favorire  
l’inserimento del bambino con diabete”;

CONSIDERATO il consenso da parte dell’Ente da cui dipende;

### DICHIARA

la propria disponibilità alla **somministrazione e/o assistenza durante l’auto-somministrazione** di farmaci  
agli alunni/studenti, secondo quanto previsto dal *Protocollo di somministrazione dei farmaci a scuola* del III  
Istituto Comprensivo Santa Lucia - Siracusa

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 5 – CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO (D.Lgs. n. 196/2003)**

Il/La sottoscritto/a (genitore)

**Cognome** \_\_\_\_\_

**Nome** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**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/a

**RICHIEDE**

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

- |                                                     |           |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Padre .....                | Tel ..... |
| <input type="checkbox"/> Madre .....                | Tel ..... |
| <input type="checkbox"/> Pediatra di famiglia ..... | Tel ..... |
| <input type="checkbox"/> Insegnanti .....           | Tel ..... |
| <input type="checkbox"/> Personale ATA .....        | Tel ..... |
| <input type="checkbox"/> Altri .....                | Tel ..... |

Il .....

**FIRMA DEL DICHIARANTE** .....

**Data** \_\_\_\_\_

*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) .....,

|                                                          |                             |                                                                        |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sito web: <a href="http://www.3icsr.it">www.3icsr.it</a> | D.S.: Prof.ssa Desirée Coco | Cod. mecc.: <b>sr1c828009</b><br>Codice Univoco Ufficio: <b>UFTKTO</b> |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|

nato a ..... il .....,

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni 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** \_\_\_\_\_