

Per una buona gestione del bambino diabetico a scuola

Decalogo per l'assistenza del bambino diabetico all'attenzione del corpo insegnante ticinese

L'Associazione Ticinese per i Diabetici (ATD) è stata fondata nel 1976 e conta oggi oltre mille membri. Fra i suoi scopi, oltre all'aiuto diretto ai pazienti ed alla loro istruzione, vi è pure la promozione presso il pubblico dell'informazione sulle caratteristiche della malattia diabetica.

In questa ottica s'iscrive anche il Decalogo che pubblichiamo di seguito e redatto all'intenzione dei docenti e del personale che si occupano dei bambini e dei ragazzi delle nostre scuole dell'obbligo, fra i quali ve ne sono anche alcuni affetti da diabete.

La frequenza del diabete giovanile, detto anche di tipo 1, è molto minore rispetto a quella del diabete dell'adulto, ossia che insorge più tardi – di solito oltre i 40 anni – e che viene detto di tipo 2. Tuttavia, la caratteristica principale che contraddistingue il diabete giovanile è l'insulino-dipendenza, ossia il fatto che la sopravvivenza dipende dalle iniezioni quotidiane d'insulina. Benché non esistano delle statistiche precise per il nostro Cantone, possiamo calcolare, in analogia a quanto riscontrato altrove, che ogni anno insorgono 5-6 nuovi casi di diabete infantile; quindi, è presumibile che nelle scuole elementari del nostro Cantone vi siano circa 25-30 bambini affetti ed altrettanti nelle scuole secondarie dell'obbligo.

L'ATD ritiene che il presente Decalogo possa costituire un valido contributo per facilitare il contatto con il corpo dei docenti e consentire un approccio ragionato alle problematiche connesse con la malattia diabetica di tipo 1, ossia quella forma specifica di diabete che colpisce i bambini ed i giovani in età scolastica.

Dr. Vincenzo Tatti
Presidente ATD

1. Il diabete *non* è una malattia infettiva, è una condizione patologica dovuta alla mancata produzione d'insulina da parte del pancreas; in particolare, il diabete infantile è sempre e soltanto provocato dalla mancanza d'insulina. Questa mancanza è responsabile dell'eccessiva presenza di glucosio nel sangue (*iperglicemia*), che a sua volta è responsabile dei danni tardivi che colpiscono gli occhi, i reni, il sistema nervoso ed i vasi sanguigni. La mancanza d'insulina è irreversibile e definitiva: pertanto essa va compensata con delle iniezioni d'insulina che dovranno essere praticate giorno dopo giorno per tutta la vita e associate ad una dieta corretta. In questo modo è possibile ottenere un buon equilibrio glicometabolico e da questo profilo i bambini diabetici devono essere considerati al pari degli altri.

2. L'insulina fa abbassare il livello glicemico; quando questo livello scende troppo in basso, al disotto d'un livello di guardia, si parla di *ipoglicemia*. Questa ipoglicemia è quindi la conseguenza d'una carenza di glucosio nel sangue. Per ovviare a questo inconveniente il bambino diabetico deve seguire un piano alimentare di sei piccoli pasti – comprendenti carboidrati, proteine e grassi – che devono essere consumati *ad ore fisse*. I carboidrati vengono quindi trasformati in glucosio e fanno aumentare la glicemia.

3. Il bambino diabetico viene seguito dal medico che gli prescrive una certa quantità di carboidrati ed una quantità di insulina che assicurino un equilibrio tra i due effetti contrapposti, garantendo cioè il mantenimento d'una glicemia il più vicino possibile ai valori normali. Per questi motivi è indispensabile osservare *un orario preciso sia per i pasti sia per le iniezioni d'insulina*.

4. Se il bambino diabetico *salta un pasto* pur avendo fatto in precedenza la sua iniezione d'insulina, gli può sopraggiungere *una crisi di ipoglicemia*. Questa crisi si manifesta con sintomi molto variabili e può iniziare con disattenzione, mal di testa, disturbi della parola, debolezza, sudore

razone e sonnolenza. In una fase più avanzata insorgono uno stato confusionale con o senza aggressività (agitazione psicomotoria), un cambiamento dell'umore e della personalità e, in una fase ancora più avanzata, la perdita della coscienza (coma ipoglicemico).

5. Quando non vengono rispettate le dosi d'insulina prescritte dal medico, o addirittura si salta una iniezione, il tasso glicemico si alza pericolosamente; il glucosio, presente nel sangue in eccesso, provoca una *crisi iperglicemica*.

6. I docenti sono quindi pregati di assistere il bambino in modo che assuma regolarmente ed all'orario prescritto tutti i suoi pasti.

Qualora si manifestasse una *crisi ipoglicemica* (vedi Punto 4) è necessario che il bambino possa assumere immediatamente da 2 a 4 zollette di zucchero, oppure altrettante tavolette di glucosio o destrosio che egli dovrebbe avere sempre con sé. Sarebbe buona regola che il docente disponga pure lui d'una riserva di quattro zollette di zucchero subito utilizzabili dal bambino in caso di bisogno.

In queste condizioni, ossia dopo una crisi di ipoglicemia ed a maggior ragione se il bambino è distratto o si comporta in modo strano, *non deve mai essere mandato a casa*. Questo potrà avvenire soltanto se e quando l'assunzione dello zucchero avrà prodotto un effetto positivo. Comunque, dopo una crisi, il bambino *non va mai rimandato a casa da solo!*

7. Qualora il bambino diabetico avesse già perso i sensi (*coma ipoglicemico*) sarà necessario trasportarlo immediatamente in ambulanza all'ospedale più vicino o dal suo medico. Contemporaneamente, si dovranno informare i genitori. *Attenzione:* durante il trasporto, il bambino dovrà essere sdraiato su di un fianco e sorvegliato poiché potrebbe eseguire dei movimenti inconsulti. Non bisogna inoltre forzare l'assunzione di zucchero per bocca poiché esso potrebbe passare nelle vie respiratorie.

8. *La concentrazione del bambino* nel corso delle lezioni può essere diminuita prima ancora che appaiano i sintomi dell'ipoglicemia: il bambino diabetico può quindi presentare delle cadute di attenzione o delle fasi di svegiatezza che non sono necessariamente l'espressione di mancata applicazione. È quindi opportuno che il docente tenga d'occhio il bambino onde evitare un giudizio scolastico errato.

9. *Attività sportiva*: oggi giorno sono tutti concordi nell'ammettere che i bambini diabetici possono seguire a scuola la stessa attività sportiva praticata dagli altri allievi. Tuttavia, il docente deve tener presente che un'aumentata attività fisica provoca un maggior consumo di glucosio e quindi aumenta il rischio d'una caduta della glicemia (ipoglicemia). Per questo è consigliabile che il bambino diabetico, prima di cominciare l'ora di ginnastica od una qualsiasi attività sportiva, mangi uno o due spuntini (oppure uno snack, un succo di frutta od una banana, ecc.).

10. *In caso di gite scolastiche* il docente deve assicurarsi che il bambino diabetico possa seguire regolarmente il suo piano dietetico e di-

sponga, eventualmente, degli strumenti necessari per l'iniezione d'insulina e per l'autocontrollo della glicemia. Nel caso di escursione è buona regola portare uno spuntino di riserva in più. Qualora l'età del bambino fosse inferiore ai 9-10 anni, la presenza della mamma sarebbe auspicabile.

Il personale scolastico è pregato di dare la massima assistenza al bambino diabetico, osservando le direttive sopra esposte. Il piccolo paziente gli sarà sempre grato per le attenzioni che gli saranno riservate.

ATD
Associazione Ticinese
per i Diabetici

– *sul piano metodologico, attraverso lo scambio di idee e di concetti innovativi;*

– *sul piano istituzionale, sotto forma di cooperazioni e di sinergie tra scuole.*

Le scuole che aderiscono alla rete usufruiscono delle seguenti prestazioni:

– *consigli e accompagnamenti nella pianificazione, nell'organizzazione e nella realizzazione di progetti;*

– *coordinazione e collaborazione con le reti regionali;*

– *scambio di esperienze e riflessioni sulla pratica con altre scuole associate;*

– *incontro annuale per scoprire nuovi approcci;*

– *documentazione sui progetti in corso e sui sostegni pedagogici;*

– *lettera d'informazione trimestrale;*

– *aiuto finanziario per i progetti.*

Diamoci da fare affinché la nostra scuola sia un luogo di vita e di salute

Nel 1992, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il Consiglio d'Europa e l'Unione europea hanno deciso di lanciare congiuntamente il progetto di Rete Europea di Scuole in Salute (Réseau Européen des Ecoles en santé, REES).

La Svizzera ha aderito nel 1993 con altri 37 paesi e sostiene a sua volta tutte le scuole che si impegnano a seguire le linee direttrici del programma europeo destinato a fare delle scuole dei «luoghi di vita e di salute». Alla fine del 1996, l'Ufficio federale della sanità pubblica ha affidato a RADIX il coordinamento della rete svizzera per gli anni 1997-2000.

Negli anni '80, l'OMS ha esposto per la prima volta il concetto di «ambienti di vita» nella sua Carta di Ottawa sulla promozione della salute.

La scuola deve offrire un ambiente favorevole alla salute dove si possano trasmettere e condividere dei valori e dei sentimenti come la generosità e la fiducia, dove diverse culture e generazioni si possano incontrare, dove le iniziative personali siano incoraggiate e dove tutti si possano sentire a proprio agio. In questo senso, la scuola deve essere concepita come luogo di vita sociale. Il concet-

to di «ambiente di vita quotidiana» o di approccio socio-ecologico della salute va al di là dell'approccio individualistico che intende solitamente l'educazione alla salute.

A tale scopo bisogna intervenire utilizzando i metodi che favoriscono lo sviluppo istituzionale e che permettono di raggiungere i seguenti obiettivi:

– *sviluppare le capacità personali degli allievi, degli insegnanti e dei genitori in materia di salute;*

– *rafforzare l'attitudine delle istituzioni scolastiche a risolvere i problemi;*

– *creare e assicurare un ambiente pedagogico e fisico favorevole al benessere.*

La Rete svizzera di scuole in Salute sostiene i progetti esistenti, ma anche le scuole desiderose di partecipare a cambiamenti strutturali legati alla promozione della salute. Essa serve anche quale luogo di scambio di esperienze tra scuole attive in questo settore per assicurare una diffusione ottimale dei modelli sperimentati.

I legami così istituiti favoriscono la collaborazione a tre livelli:

– *sul piano individuale, attraverso contatti tra persone interessate;*

Le persone interessate possono ordinare presso RADIX la guida: «*Mettions-nous en route pour faire de notre école un lieu de vie et de santé*».

La Rete svizzera di scuole in Salute si compone attualmente di un centinaio di scuole associate, tra le quali 35 in Svizzera romanda e in Ticino e 70 in Svizzera tedesca. Nella Rete sono rappresentati circa 21'500 allievi e 2'450 insegnanti. Inoltre trenta scuole sono particolarmente interessate alla Rete. I programmi e i progetti che le scuole si propongono di realizzare sono molto diversi: definizione di un quadro di riferimento per la promozione della salute, sviluppo della collaborazione interna, integrazione degli allievi nel progetto, prevenzione della violenza, formazione continua degli insegnanti, prevenzione del burn-out, promozione di un'alimentazione equilibrata, sistemazione degli spazi.

Nella lettera d'informazione n. 9 della Rete svizzera di scuole in salute che può essere richiesta gratuitamente, si trova la lista delle scuole associate della Svizzera romanda e del Ticino e i progetti realizzati.

Per ogni informazione e documentazione, si prega di rivolgersi a: RADIX, Promotion de la santé, Maïthé Buslinger, 57, avenue Ruchonnet, 1003 Lausanne, tel. 021/329.01.57, fax 021/329.01.58, e-mail radix.lausanne@bluewin.ch. È inoltre consultabile il sito internet www.radix.ch/f/edu.

Rete svizzera di scuole in salute (RES-CH)