



ILBAMBINO / RAGAZZO CON DIABETE INSULINO - DIPENDENTE (TIPO 1)

COSA E' ILDIABETE

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata da elevati livelli di zucchero (= glicemia) nel sangue. Gli zuccheri sono la principale fonte di energia per il corpo umano. Lo zucchero, assorbito dall'intestino, passa nel sangue e viene trasportato a tutte le cellule del nostro corpo. Le cellule del cervello utilizzano direttamente lo zucchero mentre negli altri distretti corporei (fegato, muscoli, tessuto adiposo) lo zucchero, per essere utilizzato ha bisogno che nel sangue sia presente un ormone: **l'INSULINA**.

COSA E'L'INSULINA

L'insulina è un ormone prodotto dalle cellule beta del pancreas (ghiandola posta dietro lo stomaco). Ha la funzione di far entrare lo zucchero nelle cellule di fegato, muscoli e tessuto adiposo. E'paragonabile ad una "chiave" che apre la porta delle cellule per far entrare lo zucchero che successivamente verrà utilizzato. Senza insulina il glucosio assorbito dall'intestino durante i pasti non può entrare nelle cellule dell'organismo, di conseguenza si accumula nel sangue (iperglicemia).

CLASSIFICAZIONE

In relazione all'assenza o alla scarsa efficienza dell'insulina si distinguono vari tipi di diabete:

DIABETE MELLITO TIPO 1:

vi è mancanza di insulina, insorge bruscamente, soprattutto in giovane età, è legato ad una distruzione autoimmune delle cellule del pancreas che producono insulina.

DIABETE MELLITO TIPO 2:

l'insulina è presente ma non riesce a funzionare bene, insorge lentamente soprattutto negli adulti in soprappeso o francamente obesi, è essenzialmente legato alla resistenza dei tessuti all'azione dell'insulina.

DIABETE GESTAZIONALE:

l'insulina è presente ma non riesce a funzionare bene, può insorgere durante la gravidanza in alcuni soggetti predisposti e generalmente regredisce dopo il parto.

ALTRI TIPI DI DIABETE:

da farmaci o tossici, difetti genetici della beta cellula, malattie del pancreas esocrino, malattie endocrine.



EQUILIBRIO GLICEMICO

La glicemia normalmente oscilla fra i valori di 80 – 110 mg/dl: se si supera questo limite verso valori più alti si parla di iperglicemia mentre se i valori scendono sotto i 70– 80mg/dl si parla di ipoglicemia.

**< 80 mg/dl 80
IPOGLICEMIA**

**110 mg/dl
NORMOGLICEMIA**

**> 110 mg/dl
IPERGLICEMIA**

L'organismo controlla e regola "automaticamente" attraverso il pancreas la glicemia. La quantità di glucosio nel sangue è controllata principalmente da due ormoni: l'insulina e il glucagone prodotti dal pancreas. Anche altri ormoni possono influenzare la glicemia: il cortisolo, le catecolamine e il GH. Quando dopo un pasto la glicemia aumenta, le beta cellule del pancreas rilasciano insulina proporzionalmente ai livelli di zucchero per immagazzinarlo nel fegato, nei muscoli, nel tessuto adiposo abbassando così la glicemia a valori normali. Quando la glicemia si abbassa troppo, le alfa cellule del pancreas rilasciano glucagone che libera la riserva di zucchero contenuta nel fegato (sottoforma di GLICOGENO) permettendo così alla glicemia di risalire a valori normali.

IPOGLICEMIA NORMOGLICEMIA IPERGLICEMIA

Quando manca l'insulina, lo zucchero non può entrare nelle cellule e si accumula nel sangue (IPERGLICEMIA) mentre le cellule in un certo senso "digiunano".

Lo zucchero quando supera un certo livello nel sangue (180 mg/dl), si riversa nelle urine (GLICOSURIA) e si trascina in questo passaggio molta acqua quindi il soggetto inizia a urinare e a bere abbondantemente.

Le cellule, al fine di interrompere il loro digiuno, ricorrono all'utilizzazione dei grassi che a differenza degli zuccheri non hanno bisogno dell'insulina per essere trasformati in energia. La loro utilizzazione però porta alla formazione da parte del fegato dei corpi chetonici (ACETONE) che, essendo sostanze di rifiuto, sono tossiche per l'organismo = ACIDOSI DIABETICA.

DIABETE MELLITO TIPO 1

Il diabete mellito tipo 1 è la conseguenza della distruzione delle cellule β del pancreas, le uniche in grado di produrre insulina, con conseguente deficit dell'ormone. La causa dell'insorgere di tale patologia è un'insieme di fattori che inducono la formazione di anticorpi che distruggono le β cellule insulino produttrici: fattore genetico, ambientale (infettivo), immunologico. Nel diabete mellito tipo 1 manca l'insulina, viene quindi a mancare il meccanismo di autoregolazione della glicemia pertanto lo zucchero, non potendo entrare nelle cellule, si accumula nel sangue (**IPERGLICEMIA**) e si riversa nelle urine (**GLICOSURIA**).



SINTOMI

- Calo di peso
- Stanchezza
- Sete intensa
- Urine abbondanti
- Fame intensa
- Indebolimento della vista
- Infezioni urinarie, genitali e cutanee

TERAPIA

La terapia consiste nel somministrare **insulina** dall'esterno associata ad una **corretta alimentazione** e ad una **regolare attività fisica**.

La dose di insulina che diamo è, però, una dose in un certo senso "fissa" ovvero decisa dall'esterno e non finemente regolata in base al fabbisogno pertanto in alcune condizioni nelle quali si verifica un aumento del fabbisogno insulinico si ha un incremento della glicemia. Si possono verificare alcune circostanze in cui la dose di insulina non è sufficiente (iper-glicemia) o è eccessiva (ipoglicemia): è importante quindi un costante autocontrollo della glicemia. **Nel diabete mellito una corretta alimentazione è fondamentale.**

Anzitutto bisogna sgombrare il campo da equivoci: seguire una dieta non significa sottoporsi ad un supplizio mangiando cibi in bianco e senza sapore !!!!! E' possibile mangiare pietanze gustose e varie, evitando gli eccessi ma soprattutto è necessario che i soggetti diabetici conoscano le caratteristiche degli alimenti.

Esistono **tre tipi di alimenti**:

Carboidrati

- Zuccheri semplici**: zucchero da tavola, miele, caramelle, marmellate, ect.
- Zuccheri complessi**: pane, pasta, riso, patate, cous-cous e farine.

Gli zuccheri complessi rappresentano l'elemento base di una dieta equilibrata.

Nella patologia diabetica vanno evitati i carboidrati semplici ovvero lo zucchero da cucina, il miele, la marmellata, le torte, i pasticcini, i gelati, i budini, le caramelle... che vengono assorbiti rapidamente nell'intestino raggiungendo rapidamente il circolo e provocando iperglicemia. Pertanto vanno privilegiati i carboidrati complessi che vengono assorbiti più lentamente determinando minori picchi glicemici.

Proteine

- Animali: pesce, carne
- Vegetali: legumi.

Sono i "mattoni" che il nostro organismo utilizza per rinnovare i muscoli, le ossa e altri tessuti, non vengono usate a scopo energetico se non in condizione di emergenza. Una dieta equilibrata deve comprendere sia proteine di origine animale sia di origine vegetale.



Grassi

- Animali: burro, lardo, strutto, ect.
- Vegetali: olio d'oliva, di mais, di girasole, di palma, ect.

Sono una potente fonte di energia e, a parità di peso, forniscono molte più calorie degli zuccheri e delle proteine tuttavia non vengono degradati completamente e rilasciano scorie sottoforma di corpi chetonici. Quando assunti in eccesso, si accumulano nel tessuto adiposo e nel sangue sotto forma di trigliceridi e colesterolo. L'aumento di colesterolo nel sangue tende a depositarsi nelle arterie, va quindi evitato in modo da proteggersi dallo sviluppo dell'aterosclerosi.

Fibre Sono presenti nei vegetali, nei legumi e nei cereali integrali. Fanno bene perché rallentano l'assorbimento degli zuccheri e dei grassi.

Ricorda:

- Un diabetico può mangiare di tutto evitando gli zuccheri semplici se non come frutta (ma con moderazione)
- Pane, pasta, riso, patate, polenta possono essere consumati secondo la regola **“un solo tipo di carboidrato per ogni pasto associato sempre alle verdure che contengono le fibre che ne rallentano l'assorbimento”**
- Tutti gli alimenti vanno consumati con misura e rispettando le giuste proporzioni
- Una dieta equilibrata dovrebbe contenere:
 - una abbondante quantità di verdura (fibra)
 - una buona quantità di carboidrati complessi ovvero a lento assorbimento (o pane o pasta o riso o polenta)
 - una discreta quantità di proteine (pesce, carne, legumi)
 - una scarsa quantità di grassi.

COMPLICANZE CRONICHE DELDIABETE

Se il diabete non viene curato adeguatamente, l'eccesso di zucchero nel sangue (iper-glicemia), determina, nel tempo, danni a tutti gli organi. Le complicanze del diabete interessano tutte le arterie di grosso calibro (cuore, cervello, arti inferiori) e di piccolo calibro (occhio, rene) inoltre colpiscono i nervi (sistema nervoso simpatico e sistema nervoso autonomo).

Esse progrediscono lentamente e si può prevenirne o rallentarne la comparsa attraverso un controllo ottimale del diabete che significa avere la glicemia il più possibile vicino alla normalità.

Cervello	ICTUS
Cuore	INFARTO
Arti inferiori	ARTERIOPATIA OBLITERANTE
Occhio	RETINOPATI ADIABETICA CECITA'
Rene	INSUFFICIENZARENALE
Sistema nervoso	DISFUNZIONE ERETTILE



COMPLICANZE ACUTE DEL DIABETE

IPERGLICEMIA

Alto livello di zucchero nel sangue

Attenzione a:

- aumento della sete
- aumento del volume delle urine
- stanchezza
- sensazione di malessere
- perdita di peso, alti tassi di chetoni nelle urine

Cause:

- dose di insulina insufficiente
- mancata somministrazione di insulina
- errori dietetici
- malattie
- stress
- esercizio fisico più scarso del solito.

Se la glicemia rimane per lungo tempo elevata compaiono sintomi tipici:
- sete intensa, urina frequente e abbondante, spossatezza e astenia. Il glucosio compare nelle urine. Per tale motivo il bambino può avere la necessità di bere molto, di andare in bagno frequentemente, di fare lo stick nelle urine, di fare dosi supplementari di insulina.

IPOGLICEMIA

Basso Livello di zucchero nel sangue

Il diabetico in terapia con insulina può rischiare di abbassare troppo lo zucchero nel sangue.

Si è in ipoglicemia con meno di 60 mg/dl.

CAUSE:

- Eccessiva somministrazione di insulina
- Scarsa alimentazione
- Ritardo nell'assunzione del pasto
- Lavoro fisico eccessivo
- Alcool / farmaci



SINTOMI

- Pallore
- Sudorazione fredda
- Tachicardia
- Stanchezza estrema
- Nausea, mal di pancia
- Disturbi del comportamento, malinconia
- Confusione, mal di testa

COSAFARE

- Il bambino/ragazzo deve stare fermo
- Deve assumere zuccheri rapidi:
zucchero, caramelle, bevande zuccherate (per es. Coca Cola, succo..)

IPOGLICEMIA GRAVE

Non sopravviene mai improvvisamente, ma solo dopo aver trascurato i segni precedenti senza intervenire.

SINTOMI

- Confusione mentale
- Stanchezza estrema
- Convulsioni
- Perdita di conoscenza, svenimento
- Coma ipoglicemico

COSAFARE

- Iniezione di glucagone
- Avvisare i genitori

IL GLUCAGONE

Antagonista dell'insulina: fa liberare depositi di glicogeno dal fegato. Ha un'azione iperglicemizzante.

AGISCE IN 2-3-4 MINUTI.

Si deve individuare all'interno della scuola almeno due persone in grado di eseguire l'iniezione.

LACONFEZIONE:

- 1 SIRINGASOLVENTE
- 1 FLACONCINO POLVERE

-Nome commerciale: GlucaGen®

-Conservazione: conservare in frigo a +2 +8 °C (anche a temperatura ambiente ma la durata è inferiore).

CONSIGLIO: tenere sempre nel frigo 2 confezioni per i casi di rottura, durante la pre-parazione, del primo flaconcino e/o siringa.



ASST Garda

E' un farmaco senza effetti collaterali. Possibilmente iniettare nella regione deltoidea o regione laterale delle cosce o addome.

Dopo che il bambino ha risposto alla terapia somministrare zuccheri per bocca.

Se il paziente rimane in stato di incoscienza e non trae giovamento dopo l'iniezione di Glucagen, è necessaria l'assistenza medica.

LA PREPARAZIONE DELL'INIEZIONE

Preparare la fiala e la siringa.

Rimuovere il coperchio della fiala e la protezione dell'ago, disinfettare il gommino della fiala.

1. Iniettare il diluente presente nella siringa nella fiala di glucagen polvere.
2. Senza estrarre la siringa, agitare leggermente per consentire alla polvere di sciogliersi nel liquido diluente.
3. Aspirare la quantità necessaria: per i pazienti con un peso corporeo superiore a 25 Kg, va iniettata l'INTERA dose.
Per i soggetti che pesano meno di 25 Kg, va iniettata META' dose.
4. Iniezione intramuscolare (o sottocutanea) possibilmente iniettare nella regione deltoidea o regione laterale delle cosce o addome. Dopo che il bambino ha risposto alla terapia somministrare zuccheri per bocca.

ATTENZIONE!

NEL BAMBINO PRIVO DI SENSI NON SOMMINISTRARE LIQUIDI PER BOCCAMA BENSÌ FARE L'INIEZIONE DI GLUCAGONE!!!!



IL BAMBINO DIABETICO A SCUOLA

Il giovane diabetico trascorre molte ore della giornata in ambiente scolastico spesso rimanendo anche per pranzo. Per tale motivo gli insegnanti devono essere correttamente informati sulla malattia diabetica e sui possibili incidenti metabolici.

Benché l'**ipoglicemia** possa verificarsi in qualsiasi momento della giornata non è frequente che si presenti durante la mattinata a scuola: poche le occasioni di attività fisica intensa, facilità di iperglicemia al mattino nel soggetto in crescita, possibili eventi «stressanti» (compiti, interrogazioni...).

Comunque bevande zuccherate e due fiale di glucagone devono essere conservate nel frigorifero della scuola.

Si deve inoltre individuare le persone in grado di eseguire l'iniezione.

Nel caso invece di **iperglicemia**, possono comparire sintomi quali cefalea, sete intensa e poliuria. Il ragazzo diabetico può quindi avere esigenze particolari:

- uscire dall'aula più spesso dei compagni
- controllare glicosuria e glicemia anche durante la mattinata
- somministrarsi supplementi di insulina ad azione rapida.

Da quanto detto consegue l'opportunità che l'intero gruppo docente sia informato della presenza dell'alunno diabetico e di come affrontare le emergenze metaboliche.

Sicuramente la primaria esigenza del ragazzo diabetico è costituita dalle iniezioni di insulina: i compagni devono essere sufficientemente istruiti su questo, al fine di evitare tensioni nella classe. Noi suggeriamo che l'insegnante e il ragazzo diabetico stesso adeguatamente preparato esponano alla classe brevemente la malattia e ciò che essa comporta: il diabete del compagno diviene momento di educazione per tutti. La malattia diabetica non deve comunque creare differenze nell'ambito scolastico, né deve essere «usata» dal ragazzo per ottenere attenzioni particolari e privilegi. Il rendimento scolastico è indipendente dalla malattia: solo in situazioni particolari (ipoglicemia protratta, chetosi) possono verificarsi piccole defaillance intellettive.

L'ALIMENTAZIONE

L'alimentazione del ragazzo diabetico deve essere libera, equilibrata, frazionata, con limitazione per gli zuccheri a rapido assorbimento.

Libera: il ragazzo diabetico si alimenta come i coetanei. Il fabbisogno calorico è in funzione di parametri quali età, altezza, peso corporeo, attività fisica.



Equilibrata: tutti i gruppi nutrizionali devono essere presenti in ogni pasto (anche in un semplice spuntino) rispettando un certo equilibrio: glucidi 60%, lipidi 25-30%, protidi 12-15%. Quindi, anche se può apparire contraddittorio, l'alimentazione del diabetico insulino-dipendente è costituita principalmente da zuccheri lenti

Frazionata: il frazionamento in tre pasti principali e tre spuntini (a 1/2 mattina, a 1/2 pomeriggio e prima di coricarsi) è necessario per cercare di evitare episodi ipoglicemicie, picchi iperglicemici post-prandiali.

Esclusione-limitazione: è costituita dagli zuccheri semplici a rapido assorbimento. Nel caso di scuola a tempo pieno il ragazzo deve essere attento alla scelta dei cibi ed è in grado di gestirsi da solo.

Per il bambino piccolo invece sarà opportuno fornire delle semplici indicazioni al personale della mensa in modo che gli venga offerto un menù corretto.

Troppo spesso al giorno d'oggi l'alimentazione dei ragazzi è ricca di zuccheri rapidi e digrassi (le famose "merendine"!); mentre al giovane diabetico tale assunzione è «ragio-nevolmente» preclusa: il diabetico che si attiene alle indicazioni viene ad avere una dieta sana e corretta. Tutto ciò non esclude che in particolari circostanze (festine scolastiche, compleanni dei compagni...) il ragazzo possa assumere i dolci: un'eventuale iperglicemia verrà adeguatamente corretta a domicilio.

LE GITE

Rappresentano per il ragazzo diabetico un momento di socializzazione con i compagni di iniziale autonomia nella gestione della malattia.

- il ragazzo che è in grado di autogestirsi il proprio diabete dovrà portare con sé, per la gita di una giornata, oltre al necessario per le iniezioni di insulina e per i controlli glicemici: zuccheri lenti, zuccheri rapidi, il glucagone.
- Se la gita è di più giorni, magari all'estero è opportuno che il ragazzo sia munito di certificato medico accertante la malattia, la terapia in atto e di tessera di riconoscimento.
- il bambino più piccolo necessita di un familiare per effettuare la terapia. Per quanto riguarda l'alimentazione, il ragazzo si adeguerà all'alimentazione dei compagni: è solo da ricordare l'opportunità di avere sempre a disposizione dello zucchero a lento assorbimento (pane, crackers, fette biscottate,..) soprattutto se la gita prevede un'impegnativa attività fisica (visita a città d'arte e a siti archeologici, escursioni alpine, itinerari naturalistici, ...).

ATTIVITÀ FISICA



ASST Garda

Una regolare attività fisica è particolarmente utile in quanto, unitamente alla terapia insulinica e alla corretta alimentazione, permette il raggiungimento di un buon controllo metabolico. L'attività fisica facilita l'utilizzo del glucosio da parte della cellula muscolare. Il ragazzo diabetico può praticare con tranquillità tutti gli sport a parte alcuni quali: roccia, paracadutismo, boxe, sport subacquei... troppo rischiosi in caso di ipoglicemia.

NON E' NECESSARIA ALCUNA CERTIFICAZIONE PER L'EDUCAZIONE FISICA A SCUOLA.

E' richiesta in caso di attività fisica agonistica. Alcuni accorgimenti che si rendono indispensabili per svolgere attività fisica sono:

- esame glicemico prima e dopo l'attività sportiva
- corretta alimentazione: l'attività fisica dovrebbe essere preceduta da un pasto o da uno spuntino a base di zuccheri lenti. Se essa è a fine mattinata si rende consigliabile uno spuntino supplementare.
- adattamento insulinico in previsione dell'educazione fisica: i genitori, a casa, devono ridurre la dose di insulina del mattino.

ADOLESCENZE E DIABETE

L'adolescenza è una fase dello sviluppo in cui si verificano macroscopiche trasformazioni: a livello corporeo avviene un riassetto endocrino e ormonale; si ha una maturazione delle capacità intellettive; l'elaborazione di tensioni e conflitti emotivi porta ad un'identità sessuale stabile; si realizza l'adattamento a nuove condizioni sociali per giungere all'assunzione di ruoli adulti e definitivi. Particolare importanza assume la percezione delle trasformazioni fisiche che ha immediati riflessi a livello psicologico: nell'adolescenza si assiste alla ricostruzione dell'immagine del proprio corpo che comporta la messa in discussione della stessa identità personale. Nel ragazzo diabetico questo periodo di crisi assume una connotazione generalmente più marcata ed ogni aspetto descritto precedentemente presenta toni più intensi. La rapida crescita corporea provoca uno squilibrio metabolico con frequenti scompensi glicemici, che rende particolarmente difficoltosa la gestione della terapia insulinica. L'adolescente vive conflittualmente il rapporto con il proprio corpo che cambia e, nel nostro caso, tale conflitto può tradursi in un rifiuto della malattia, vissuta come elemento di diversità, estremizzata nei suoi aspetti limitanti. La reazione più frequente è l'opposizione alle rigide regole della terapia e del controllo, fino ad arrivare, in alcuni casi, al completo rifiuto e alla sospensione di essi. La "normale" messa in discussione dei rapporti con i genitori, con la scuola, con la realtà nel suo complesso, può acuirsi in un atteggiamento di chiusura verso l'esterno. Il ragazzo diabetico si percepisce "diverso", teme il giudizio degli altri, nasconde la sua malattia tanto che, a volte, neanche gli insegnanti ne sono a conoscenza. Va sottolineato che il diabete, in questo contesto di crisi, può assumere un peso molto rilevante tanto da essere erroneamente assunto come la «chiave di lettura di ogni problema che il ragazzo manifesta». Come nella generalità delle crisi adolescenziali, molto dipende dal percorso educativo precedente, dal ruolo che il diabete ha assunto



ASST Garda

nella realtà del ragazzo a livello familiare, scolastico, sociale. Va comunque tenuto conto del maggior grado di rischio presente per un ragazzo diabetico nell'affrontare questa fase evolutiva, già di per sé difficile, per cui si rende necessaria una comune e coerente azione educativa e di supporto al ragazzo da parte della famiglia e delle figure educative con cui il ragazzo si confronta quotidianamente.

DIABETE, FAMIGLIAE SOCIETÀ

Il bambino diabetico può condurre una vita normale? Il diabete è un ostacolo nella vita di relazione, nell'esperienza scolastica, nello studio, nel lavoro?

Sono forse le prime domande che un genitore si pone quando scopre che suo figlio è diabetico. Possiamo affermare che il diabete è «una condizione che condiziona»: condizione al rispetto di alcune sane regole alimentari, alla dipendenza della terapia, alla costanza del controllo, aspetti che, attraverso l'esperienza quotidiana entrano nella routine giornaliera. Tale condizionamento, però, nella vita del bambino diabetico va limitato agli aspetti descritti e non deve divenire motivo di emarginazione nè precludere un normale sviluppo. Ciò dipende molto da come il bambino e la sua famiglia convivono con la patologia e dal posto che essa occupa nella loro realtà familiare e sociale. La condivisione della presa in carico del problema da parte di più membri della famiglia è molto importante perché coinvolge e responsabilizza ognuno, aiutando a gestire con più sicurezza le pratiche quotidiane della terapia e del controllo. La serenità del clima familiare, la convinzione che il bambino diabetico non è un «diverso» e di conseguenza va stimolato e incoraggiato affinché non si identifichi con il modello «malattia» ma con modelli di sicurezza e autorealizzazione, sono alla base di un positivo inserimento del bambino nel proprio ambiente di vita, di gioco, di studio. L'insegnante, l'educatore, l'operatore sportivo vanno informati dai genitori della patologia del loro figlio. Le indicazioni offerte nelle pagine precedenti sono importanti perché le persone che seguono il ragazzo si sentano rassicurate e affrontino consapevolmente eventuali difficoltà. In genere i bambini diabetici (con esordio precoce) arrivano già alla scuola elementare con una sufficiente acquisizione rispetto alla malattia, tanto da essere in grado, loro stessi, di dare indicazioni in merito agli insegnanti. Sin dall'inizio della malattia, infatti, il bambino diventa protagonista del suo rapporto con il diabete: impara presto le modalità del controllo e della terapia dimostrando (soprattutto se è piccolo) una sorprendente capacità di accettazione e di adattamento. Nessuna esperienza o impegno sociale sono preclusi al bambino diabetico, né il diabete compromette il raggiungimento di buoni risultati, tanto che noti campioni sportivi, uomini politici, artisti sono diabetici. Va invece superato il pregiudizio di chi non conosce la malattia e, per questo, la teme, ne amplifica gli effetti, la ritiene un handicap invalidante discriminando chi ne è colpito. Il lavoro che impegna Associazioni e medici che lavorano in questo campo è la sensibilizzazione e l'informazione rivolta a tutti perché la conoscenza del problema si diffonda a tutti i livelli della popolazione.



Riassumendo:

1. Tutto il personale scolastico deve sapere che uno degli allievi è diabetico e deve conoscere le nozioni fondamentali inerenti alla malattia e alla sua terapia.
2. Tenere a scuola degli zuccherini o bevande zuccherate (es. Coca Cola, succo, ecc.) per i casi di ipoglicemia.
3. Si deve individuare all'interno della scuola almeno due persone in grado di eseguire l'iniezione.
4. Tener presente le esigenze del bambino / ragazzo diabetico: andare in bagno più spesso dei compagni, controllare la glicemia e la glicosuria, somministrazioni supplementari di insulina, di bere di più....
5. Avvertire i genitori in caso di vomito.
6. Eventualmente parlare con i compagni del diabete come momento di educazione alla salute.