

A scuola... con il diabete

Adriana Bobbio*, Marisa Bechaz*, Paola Ghiotti**, Gianna Patrucco**, Silvia Tulliso***, Silvio Venuti°, Antonietta di Martino°°

*Pediatria ospedaliero, ambulatorio Diabetologia pediatrica, Aosta; **Pediatria; ***Pediatria di famiglia, Referente Sanità e Scuola Direttivo Associazione "AGD Piemonte e Valle d'Aosta"; °Direttore Servizio territoriale di Continuità delle Cure, ASL TO3; °°Dirigente scolastico Direzione didattica Rivoli 1° Circolo

"I casi, che chiamiamo clinici, altro non sono infatti che le storie dei nostri pazienti, bambini che hanno un nome, che vivono in un contesto definito e che esprimono esigenze precise. Queste vanno ascoltate, comprese e interpretate per cercare una risposta che sia un aiuto reale, inevitabilmente individualizzato, ma proprio per questo il più possibile nel rispetto del loro diritto alla salute". Con questa nuova rubrica Quaderni acp volentieri raccoglie l'invito, già propostoci dal Gruppo ACP piemontese nel Congresso Nazionale ACP 2012, al dialogo con scienze "altre" quali la Sociologia, la Bioetica e l'Antropologia.

Abstract

Going to school with diabetes

Due to the early onset of diabetes, the school placement of a child with such chronic condition has become a frequent problem in nursery and primary school. It represents an opportunity for a constructive inclusion path for school and health system aimed at considering the child not as a diabetic child but as a child with diabetes. Through the stories of four children with diabetes it is evident how the bio psychosocial approach along with the new technologies for insulin administration may foster a global and shared care. The active role of teachers is also fostered when they are adequately supported by School and Health institutions. The article describes the protocol applied with good results in schools within an Health District in Piedmont region, Italy.

Quaderni acp 2014; 21(2): 82-85

L'inserimento scolastico del bambino con diabete è un problema di importanza crescente, soprattutto per quanto riguarda la scuola dell'infanzia e la scuola primaria, a causa dell'aumentata incidenza di esordio in età prescolare. Rappresenta anche una opportunità per scuola e sanità di confrontarsi e co-costruire un percorso di inclusione che garantisca la conciliazione tra diritto alla salute e diritto allo studio e che favorisca la percezione di sé non come bambino diabetico ma come bambino con diabete, mentre i compagni possono confrontarsi con realtà di salute e di malattia.

Attraverso le storie di quattro bambini con diabete, del loro inserimento a scuola, delle problematiche delle loro famiglie, si evidenzia come l'approccio bio-psico-sociale al problema, insieme con le nuove tecnologie di somministrazione dell'insulina, possano favorire una presa in carico globale e condivisa favorendo altresì un ruolo attivo degli insegnanti nella "cura", qualora adeguatamente supportati dalle istituzioni Scuola e Sanità. L'articolo dà conto del protocollo applicato con buoni risultati nelle scuole di una ASL piemontese.

Le storie

Francesco è un bimbo valdostano di 4 anni con diabete mellito tipo 1, esordito all'età di 2 anni.

La gestione del diabete di Francesco è condotta grazie alla buona collaborazione tra la famiglia e l'ospedale. L'iniziale inserimento del piccolo presso un Nido privato non ha creato particolari problemi anche perché il suo piano terapeutico non prevedeva inizialmente di praticare insulina durante il tempo trascorso nella struttura; la mamma aveva dato piena disponibilità per ogni eventuale problema e i pediatri ospedalieri, come d'abitudine, avevano illustrato le problematiche

connesse al diabete agli operatori del Nido.

All'iscrizione alla Scuola materna pubblica di riferimento territoriale, la mamma, che garantisce i controlli glicemici e la terapia con insulina durante l'orario scolastico, fa presente che Francesco potrebbe necessitare di "un occhio in più" da parte delle insegnanti, per esempio per riconoscere segni di ipoglicemia. Il caso è discusso in una riunione con la dirigente scolastica, due insegnanti, la mamma, il pediatra ospedaliero, che ne è responsabile, e un medico legale consulente della direzione didattica. Esito: la dirigente scolastica comunica

con lettera alla famiglia che l'iscrizione del bambino viene rifiutata non essendo la materna scuola dell'obbligo.

La famiglia, supportata dal pediatra ospedaliero, trova un'altra Scuola materna pubblica dove iscrivere Francesco. La mamma continua a garantire il controllo glicemico e la terapia in orario scolastico riuscendo a conciliare, con qualche difficoltà in più, il suo lavoro con la cura del figlio.

Ahmed ha 10 anni, è di origine marocchina, nato in Italia in una famiglia immigrata da dodici anni e residente nella seconda cintura di Torino, con diabete esordito all'età di 4 anni.

Non ha frequentato la Scuola materna. All'atto dell'iscrizione alla prima elementare la sua condizione di bambino con diabete non è stata messa in chiaro dalla famiglia. La mamma garantisce la somministrazione di insulina in orario scolastico. Successivamente, su interessamento di alcune mamme dei compagni di classe, viene attivato il servizio infermieristico territoriale che però non soddisfa la famiglia per la mancata garanzia che sia sempre la stessa infermiera a praticare l'insulina. La mamma continua, quindi, a recarsi ogni giorno a scuola per la terapia come se questa fosse l'unica esigenza di Ahmed in orario scolastico e lei fosse l'unica autorizzata a rispondere a questa necessità. In tutte le attività extrascolastiche Ahmed viene accompagnato dal padre. Questa gestione sta proseguendo tuttora mentre Ahmed frequenta la 4^a elementare.

Elisa ha 11 anni, con diabete esordito all'età di 2 anni. Frequenta la V elementare e da sei anni pratica la terapia insulinica tramite microinfusore. Il servizio infermieristico del Distretto garantisce l'esecuzione del bolo insulinico a pranzo; la bimba condivide con i suoi com-

Per corrispondenza:

Gianna Patrucco

e-mail: gianna.patrucco@gmail.com

storie che insegnano

pagni tutte le attività proposte dall'insegnante; la mamma non deve rinunciare al suo lavoro: per la famiglia e per la scuola tutto sembra procedere al meglio. La mamma viene però casualmente a sapere che la bambina mangia sempre da sola nella grande mensa vuota: l'organizzazione del servizio prevede il passaggio dell'infermiera alla scuola di Elisa alle ore 12, mezz'ora prima del normale orario del pasto di tutti gli altri bambini.

Lucia ha 11 anni, il diabete è esordito all'età di 3 anni quando da un mese frequentava la Scuola materna. Nel primo anno dall'esordio la mamma, con autorizzazione del dirigente scolastico, giornalmente entra in classe per i controlli glicemici e la terapia insulinica. Tale impegno comporta non poche difficoltà nel conciliare la sua attività lavorativa di pediatra di famiglia (PdF) con la terapia da effettuare a scuola. Dopo l'introduzione del microinfusore, la sua insegnante dichiara di essere disponibile a farsi carico di quanto necessario a Lucia a scuola e la mamma può riprendere il lavoro, seppur a tempo parziale.

Le storie di Francesco, Ahmed, Elisa, Lucia mettono in evidenza situazioni piuttosto frequenti in caso di diabete:

- una gestione affidata al Centro specialistico, al quale, tra l'altro, la famiglia tende a far riferimento per ogni problematica di natura pediatrica anche differente dal diabete;
- la scarsa rilevanza del PdF che, pur favorito dal fatto di essere vicino al contesto nel quale vive il bambino, non ha un ruolo attivo: viene portato ad accettare passivamente le prescrizioni dello specialista diventandone un mero trascrittore; spesso non riesce a mantenersi aggiornato sull'andamento della malattia e viene a dipendere dalle informazioni veicolate dai genitori con la conseguente difficoltà a essere un supporto valido in una situazione già di per sé non facile;
- un approccio prevalentemente biomedico che tende a focalizzarsi sulla malattia, pur non trascurando ovviamente alcune variabili individuali;
- le difficoltà della scuola che, se non sufficientemente supportata (anche perché il Centro di riferimento può essere territorialmente lontano), tende a prendere le distanze da una situazione che in qualche modo la mette in difficoltà;
- le modifiche introdotte dalle nuove tecniche terapeutiche (*box 1*) [1-2].

Queste storie ci portano all'interno del tempo trascorso a scuola e all'interno di famiglie che devono conciliare le esigenze mediche con quelle scolastiche e con

BOX 1: COMPENSO METABOLICO E MICROINFUSORE

- Le ultime Linee Guida 2011 dell'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) indicano come obiettivi di trattamento del bambino e adolescente con diabete il raggiungimento ottimale di livelli glicemici vicini alla norma (90-145 mg/dl a digiuno, 90-180 mg/dl post-prandiale, 120-180 mg/dl bedtime, 80-162 mg/dl notturna) e di emoglobina glicata < 7,5% (< 58 mmol/mol) per tutte le fasce d'età [1]. Questo obiettivo è da raggiungere, preferibilmente, con terapia intensiva e senza aumentare le ipoglicemie gravi.
- Il microinfusore rappresenta un'opzione terapeutica che può essere presa in considerazione in ogni fascia d'età e che si è rivelata efficace, soprattutto in età pediatrica, in termini di riduzione dell'emoglobina glicata e della frequenza degli eventi ipoglicemici, e sicura. Generalmente il microinfusore è associato a un miglioramento della qualità della vita e spesso consente alla terapia insulinica di adattarsi meglio alla vita quotidiana del paziente.
- Pur essendo ogni paziente pediatrico un potenziale fruitore della terapia con microinfusore, è necessaria un'accurata selezione dei pazienti candidati a tale terapia anche a causa degli alti costi che comporta.
- Le raccomandazioni elaborate dal Gruppo di Studio della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) forniscono le indicazioni all'uso del microinfusore in rapporto all'età [2]:
 - a) età prescolare e scolare
 1. ipoglicemie ricorrenti
 2. importante instabilità glicemica
 3. fabbisogno insulinico estremamente ridotto con dosi non facilmente frazionabili
 4. difficoltà ad accettare iniezioni multiple nel bambino piccolo (agofobia)
 - b) età puberale adolescenziale
 1. iperglicemia al risveglio (*dawn phenomenon*)
 2. insulino-resistenza
 3. ipoglicemie ricorrenti
 4. scarso compenso metabolico
 5. miglioramento della qualità di vita.
- Le stesse raccomandazioni indicano i requisiti necessari al team diabetologico per intraprendere la terapia: competenza sulla terapia con microinfusore e capacità di insegnarne l'uso; disponibilità a collaborare con le strutture che potrebbero essere coinvolte nella gestione del paziente quali DEA, Ospedale, Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII); reperibilità telefonica 24 h/24; capacità di motivare il paziente e la famiglia, di educare alla terapia e all'autocontrollo.

quelle lavorative dei genitori. Mettono in evidenza aspetti differenti: dalla indisponibilità della Scuola materna nella storia di Francesco, alla difficoltà di tenere sotto controllo le diverse variabili nella storia di Elisa; dalla scarsa accettazione familiare della figura dell'infermiera (che può intervenire solo in orari rigidi, che non è sempre la stessa, che sottolinea la diversità e la malattia) e dalla mancanza di un progetto di autonomizzazione nella storia di Ahmed, alle ripercussioni sulla vita professionale della mamma di Lucia. Le stesse storie mostrano come l'approccio biomedico, che prescinde da questi aspetti, sia inadeguato e insufficiente nel garantire non solo il controllo glicemico ottimale ma, più in generale, la salute dei bambini.

In un *approccio bio-psico-sociale* il trattamento tiene conto anche del contesto sociale (familiare, scolastico, sportivo, rete assistenziale ecc.). È da notare che il 5% dei nostri ragazzi con diabete vive, oltre alla realtà della malattia, un disagio familiare (economico o ancor più spesso culturale), che determina una scarsa

compliance e ridotta collaborazione familiare e di conseguenza una cattiva gestione della malattia in tutti i suoi aspetti. Ma anche nei casi più favorevoli ogni bambino vive in un contesto caratterizzato da problemi personali e da risorse individuali, familiari, sociali, di cui occorre tener conto per la loro indubbia influenza sul decorso della malattia. L'approccio bio-psico-sociale richiede che le risposte ai problemi intercettati grazie all'attenzione alle storie dei pazienti coinvolgano tutti e tre gli aspetti che lo caratterizzano (bio-psico-sociale). Alla luce delle storie presentate, vengono di seguito focalizzati, in particolare, gli aspetti relativi alla scuola. L'inserimento scolastico rappresenta un problema di importanza crescente, soprattutto per quanto riguarda la scuola dell'infanzia e la scuola primaria, a causa dell'aumentata incidenza di esordio del diabete in età prescolare: 12,26 esordi/anno per 100.000 bambini tra 0-14 anni con un trend in costante aumento (+2,94% rispetto all'anno precedente), più consistente nelle fasce di età più gio-

BOX 2: INDICAZIONI NAZIONALI PER IL CURRICOLO DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA E DEL PRIMO CICLO

1. D.M. 16 novembre 2012: Regolamento recante Indicazioni nazionali per il curricolo della Scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione a norma dell'art. 1, c. 4 del DPR 20 marzo 2009, n. 89.

Le Indicazioni nazionali sono il quadro di riferimento per la progettazione curricolare affidata alla scuola. Si riportano alcuni passi che esplicitano i valori che devono essere posti a fondamento delle scelte didattiche, metodologiche e organizzative di ciascuna scuola.

La scuola nel nuovo scenario – La piena attuazione del riconoscimento e della garanzia della libertà e dell'eguaglianza (artt. 2 e 3 della Costituzione), nel rispetto delle differenze di tutti e dell'identità di ciascuno, con particolare attenzione alle disabilità e a ogni fragilità (con la collaborazione delle formazioni sociali, in una nuova dimensione di integrazione tra scuola e territorio, per far sì che ognuno possa “svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale e spirituale della società” (art. 4).

Centralità della persona – Le finalità della scuola devono essere definite a partire dalla persona che apprende. La definizione e la realizzazione delle strategie educative e didattiche devono sempre tener conto della singolarità e della complessità di ogni persona, della sua articolata identità, delle sue aspirazioni, capacità e delle sue fragilità. Lo studente è posto al centro dell'azione educativa in tutti i suoi aspetti: cognitivi, affettivi, relazionali, corporei, estetici, etici, spirituali, religiosi.

Una scuola di tutti e di ciascuno – La scuola italiana sviluppa la propria azione educativa in coerenza con i principi dell'inclusione delle persone e dell'integrazione delle culture, considerando l'accoglienza della diversità un valore irrinunciabile. Particolare cura è riservata agli allievi con disabilità o con bisogni educativi speciali, attraverso adeguate strategie organizzative e didattiche, da considerare nella normale progettazione dell'offerta formativa.

2. Direttiva del Ministro della P.I. del 27.7.2012: Strumenti d'intervento per gli alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica e CM n. 8 del 6 marzo 2013 – Indicazioni operative.

Si tratta di due importanti documenti che delincono e precisano la strategia inclusiva della scuola italiana al fine di realizzare appieno il diritto all'apprendimento per tutti gli alunni e gli studenti in situazione di difficoltà. Tra questi rientrano anche gli alunni con patologie croniche, tali da non influenzare le capacità intellettive e di apprendimento ma che presentano una richiesta di “speciale attenzione”.

vani: 0-4 anni +5,4%; 5-9 anni +4,3%, 10-14 anni +2,9% [3].

A scuola il bambino passa un numero notevole di ore; a scuola, dove vive le sue prime esperienze sociali al di fuori della famiglia, ha diritto a svolgervi tutte le attività insieme ai suoi compagni (feste, educazione fisica, gite ecc.); a scuola, tra le cose che deve sperimentare, c'è anche il crescere con il suo diabete insieme ai suoi coetanei.

Se le funzioni della scuola sono quelle indicate nel *box 2*, la “cura” in ambito scolastico del bambino con diabete offrirà l'opportunità di farlo sentire meno malato. Grazie alla partecipazione dell'insegnante, che rappresenta un importante riferimento per il bambino senza la necessità di immettere altre figure professionali che ne sottolineerebbero la diversità, la “cura” viene di fatto inserita nell'ambito

delle normali attività scolastiche: in tal modo l'alunno non viene considerato, e indotto a considerarsi, come bambino diabetico ma come bambino *con* diabete, mentre i compagni possono confrontarsi con realtà di salute e di malattia.

La vera sfida è dunque la conciliazione tra diritto alla salute e allo studio per una vita sociale il più possibile sovrapponibile a quella di un bambino senza diabete. La scuola deve includere tutti i bambini, prevedendo nella quotidianità scolastica quelle azioni e gli interventi opportuni per dare risposta alle loro differenze individuali. Questo principio vale ovviamente anche per i bambini con diabete, con la propria specifica richiesta di attenzione per tutelarne la salute. La Sanità, nel formulare prescrizioni, deve tenere in debito conto le esigenze della vita quotidiana del bambino in età scolare, superando lo

stratagemma degli “sconti” per quanto riguarda la terapia insulinica nei tempi scolastici, dimostratosi controproducente rispetto alla gravità delle complicanze tardive. Le due istituzioni (Scuola e Sanità) devono interagire in un sistema regolato da leggi e raccomandazioni, a garanzia di un progetto unitario di salute del bambino (e della sua famiglia).

La storia di Elisa, e ancor più quella di Ahmed (nel quale si sono attivati i genitori dei compagni di classe invece che i professionisti) rivelano che, da soli, né l'insegnante, né i medici sono stati in grado di cogliere alcuni aspetti rilevanti e che, in assenza di una visione d'insieme basata sulla collaborazione, non possono trovare risposte efficaci (come evitare i pasti solitari di Elisa, come rendere Ahmed più autonomo).

L'evoluzione della storia di Lucia (caratterizzata dalla disponibilità dell'insegnante, dal sostegno della Direzione didattica e dall'impegno del genitore, PdF nella stessa ASL), che ha visto dapprima la stesura di una procedura operativa tra un circolo didattico e l'ASL, e successivamente quella del protocollo sulla somministrazione dei farmaci a scuola, sottoscritto dalla componente sanitaria (ASL TO3) e scolastica (Ufficio provinciale scolastico per la Provincia di Torino) (*box 3*), rappresenta un ottimo esempio di collaborazione medici-scuola che permette alcune riflessioni [4].

L'approccio bio-psico-sociale è più facile e credibile se ognuno degli attori non ritiene di essere l'unico o il più importante ma si sente parte di una rete interistituzionale che lavora intorno a quel bambino negli specifici campi di competenza.

Non è dunque il pediatra da solo né il singolo insegnante ma la Pediatria/Sanità e la Scuola che debbono porsi in modo da co-costruire con famiglia e bambino il modello di inserimento a scuola e il percorso di autonomia del singolo bambino. È possibile così co-costruire un modello di inclusione dei bambini che garantisca la conciliazione tra diritto alla salute e diritto allo studio e che favorisca una vita sociale il più possibile sovrapponibile a quella di un bambino senza diabete. Ciò può avvenire, per esempio, attraverso la divulgazione delle leggi e dei regolamenti esistenti e, laddove non esistono, favorendone la stesura, ognuno collaborando dalla posizione specifica del suo

BOX 3: SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Finalità del Protocollo

Conciliare il diritto alla salute (= terapia indilazionabile, che non richieda il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene) con il diritto allo studio (= frequenza scolastica) attraverso la regolamentazione delle modalità di intervento e di formazione/addestramento nei casi in cui vi sia la necessità di somministrare farmaci agli alunni portatori di patologie croniche (e fra queste il diabete). L'Associazione per l'aiuto del Giovane Diabetico (AGD), pur non essendo firmataria del protocollo, è stata parte attiva nella sua stesura, ha partecipato alla formazione iniziale degli insegnanti e della informazione generale in alcune scuole (www.agdpiemonte.it).

Operativamente

I genitori comunicano alla scuola la necessità di somministrazione di terapia indilazionabile durante l'orario scolastico per il loro figlio con documentazione sanitaria appropriata (SSN). Il Dirigente scolastico trasmette al Direttore di Distretto la documentazione, previa verifica della disponibilità degli insegnanti/operatori scolastici alla somministrazione dei farmaci dopo opportuna in/formazione/addestramento. Il Direttore di Distretto individua gli operatori sanitari competenti per fornire l'informazione di base, organizza la formazione e l'addestramento in situazione del personale scolastico, infine rilascia alla scuola la dichiarazione di poter attivare la procedura di somministrazione dei farmaci. L'impegno che il personale scolastico assume è di tipo volontario, basato sulla delega del genitore per l'esecuzione della terapia o controllo in caso di autosomministrazione da parte di studente minorenne.

Risultati

Nell'anno scolastico 2012/2013 sono stati seguiti, in base al protocollo, 10 bambini con diabete e 23 insegnanti, dichiaratisi disponibili, sono stati formati/addestrati. Attualmente 6 bambini sono in attesa che sia completato il percorso previsto.

(Protocollo concordato tra ASL TO3- MIUR UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE - VIII Ambito territoriale per la Provincia di Torino - sito: <http://www.usrpiemonte.it/usptorino/default.aspx>)

COSA ABBIAMO IMPARATO

Le riflessioni sul ruolo che il pediatra può e deve svolgere riguardo all'inserimento a scuola del bambino con diabete sono generalizzabili a bambini con altre patologie croniche.

Nello specifico delle storie esaminate:

- un ruolo attivo della Pediatria nell'inserimento a scuola del bambino con diabete permette una migliore conciliazione dei tempi scolastici con la terapia ottimale.
- A fronte della delega da parte del PdF della gestione della malattia al centro specialistico e ai genitori occorre chiedersi, caso per caso, se questo corrisponda al miglior interesse del bambino e in particolare del bambino con malattia cronica.
- Quando il pediatra è disponibile (e preparato) a un'ottica bio-psico-sociale che allarga lo sguardo sull'intero mondo del bambino, e i genitori e il bambino sono disponibili a far entrare il medico nel loro mondo, il ruolo del PdF sarà quello di co-costruire con la famiglia il percorso terapeutico all'interno del percorso di crescita del bambino.
- Il PdF può svolgere un ruolo importante nei confronti delle istituzioni coinvolte nella "cura" (stimolo, supporto, formazione, disponibilità al confronto ecc.) rappresentando il punto di riferimento nella conciliazione tra il prioritario compito dell'ASL nell'attivazione delle procedure con personale proprio o con personale esterno, oppure nell'attivazione da parte di ciascuna scuola di procedure con proprio personale interno su base volontaria.
- Il pediatra può impegnarsi per: 1) supportare il presupposto che la somministrazione dei farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario; 2) favorire il ruolo attivo della scuola nella terapia; 3) suscitare una riflessione sul fatto che la somministrazione di insulina è il problema minore rispetto alla responsabilità sulla sicurezza del bambino nell'intero arco di ore che l'insegnante passa con questi bambini; 4) accrescere la consapevolezza, da parte delle istituzioni e dei singoli, di come la disponibilità degli operatori scolastici sia direttamente proporzionale all'informazione che essi ricevono sulle patologie croniche più frequenti e al tipo di supporto che viene loro offerto.
- L'esigenza di tutelare la scuola e il personale scolastico sugli aspetti di responsabilità è da tenere in doverosa considerazione.
- Le Associazioni dei pazienti possono giocare un ruolo molto importante in un approccio bio-psico-sociale.
- Il microinfusore realizza una situazione favorevole per il bambino che frequenta la scuola e favorisce la potenziale disponibilità degli insegnanti.

ruolo professionale e del suo inserimento nel contesto sociale (come è avvenuto nel caso di Lucia).

Il PdF può giocare un ruolo attivo nei confronti di tutti gli attori, diventando un "crocevia delle relazioni e delle informazioni". La sua collocazione geografico-sociale nello stesso contesto di vita della famiglia gli consente di accompagnare il bambino e la famiglia lungo le svariate problematiche che la crescita propone (per es. può conoscere quale scuola è più recettiva, quale insegnante ha avuto esperienze simili, quali servizi possono essere attivati con minor difficoltà, quali associazioni esistono sul territorio ecc.) e di supportare la struttura scuola/insegnanti del suo territorio. Il suo rapporto per sua natura non occasionale con il bambino e con la famiglia gli consente una posizione privilegiata nell'affrontare progressivamente con il bambino il suo

vissuto di malattia e quello di malattia a scuola, facilitando anche la comunicazione genitori-bambino e supportando entrambi nella ricerca dell'autonomia del piccolo. Le sue competenze professionali e i rapporti professionali ne fanno l'auspicabile interfaccia tra specialista e famiglia. ♦

Bibliografia

- [1] Global IDF/ISPAD. Guidelines for Diabetes in childhood and adolescence, 2011. Disponibili online sul sito www.ispad.org.
- [2] Pinelli L, Rabbone I, Salardi S, et al. Insulin pump therapy in children and adolescents with type 1 diabetes: the Italian viewpoint. *Acta Biomed* 2008;79(1):57-64.
- [3] Patterson CC, Dahlquist GG, Gyürüs E, et al. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. *Lancet* 2009;373(9680):2027-33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60568-7.
- [4] Di Martino A. Farmaci a scuola: un diritto del bambino. *Quaderni acp* 2012;19(2):60-2.