



Ordine degli
Psicologi del Lazio

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL LAZIO

BUONE PRASSI PER L'INTERVENTO PSICOLOGICO IN DIABETOLOGIA 2018

MANUELA TOMAI
MARA LASTRETTI
VALENTINA BUA
SALVATORE DIACO
FRANCESCA DIAMANTI
VIVIANA GAMMARINI
M. ELENA IANNONI
CATERINA MINOPOLI
ALESSANDRA MORESCHINI
DOMENICA STELITANO
ROSSELLA VALOTTA

con il patrocinio di



Dipartimento di Psicologia Dinamica e
Clinica

Società Italiana Diabetologi (SID)



Operatori Sanitari di Diabetologia
Italiani (OSDI)



Associazione Medici Diabetologi (AMD)

Società Italiana Psicologia Salute
(SIPSA)

Indice

Prefazione
Endorsment
Partecipanti al progetto
Ringraziamenti
Introduzione
La metodologia
Il processo

1° Parte - Questioni di carattere generale

Capitolo 1 "I costrutti di riferimento"

Introduzione
Il diabete e le difficoltà principali nella sua gestione
Il comportamento di adherence ed i fattori che lo influenzano
I fattori psicosociali
- Attaccamento e diabete
- Diabete e regolazione emozionale
- Stato emozionale e distress
- Le variabili socio- economiche e culturali
- Le dimensioni familiari
- Conoscenze, credenze e autoefficacia
- La qualità della vita
Bibliografia

Capitolo 2 "I fattori di rischio"

I fattori di rischio pre-diagnosi predittivi della malattia diabetica
- La depressione e l'ansia come fattori predittivi della malattia diabetica
- Le caratteristiche di personalità come fattori predittivi della malattia diabetica
- I Disturbi del Comportamento Alimentare come fattori predittivi della malattia diabetica
I fattori di rischio post-diagnosi relativi alle complicanze della malattia diabetica
- I Disturbi del Comportamento Alimentare come fattori di rischio per l'insorgenza delle complicanze della malattia diabetica
- Depressione e ansia come fattori di rischio per l'insorgenza delle complicanze della malattia diabetica
- I rapporti familiari come fattore di rischio per l'insorgenza delle complicanze della malattia diabetica
Bibliografia

2° Parte - Gli interventi psicologici in diabetologia

Introduzione
Bibliografia

Capitolo 3 "Interventi sugli stili di vita"

Introduzione
Intervenire sugli stili di vita
DSM (Diabetes Self Management)
The lifelong Management (LM) intervention
L'intervista motivazionale
Conclusione
Bibliografia

Capitolo 4 "Interventi psicoeducativi, psicologici e psicoterapeutici per promuovere la gestione del diabete in bambini, adolescenti e famiglia"

Introduzione

Tipologie di interventi

- Programmi di Skill Training
- Interventi familiari
- Interventi multi sistemici
- L'intervista motivazionale
- Interventi E-Health o che prevedono l'utilizzo delle tecnologia
- Il passaggio dalla clinica pediatrica alla clinica per adulti
- Commenti/considerazioni conclusive

Bibliografia

Capitolo 5 "Interventi educativi e psicologici per adulti con diabete di tipo 1 e di tipo 2"

Introduzione

Obiettivi

Principali teorie e metodologie

- Interventi educativi
- Interventi Psicologici
- Outcomes valutati

Professionisti impiegati

Risultati ed efficacia

Limiti

Commenti conclusivi

Bibliografia

Capitolo 6 "Interventi psicologici nei pazienti diabetici con depressione"

Introduzione

Gli interventi psico-sociali nella gestione della depressione

Trattamento farmacologico vs trattamento psicologico

Bibliografia

Capitolo 7 "Interventi nel diabete gestazionale"

Barriere e i facilitatori nella modifica stile di vita in donne con pregressa storia di GDM e in donne a rischio di diabete gestazionale

Interventi rivolti a donne con pregressa storia di diabete

Interventi rivolti a donne obese in età fertile

I team multidisciplinari

Bibliografia

Capitolo 8 "Interventi di E-Health in pazienti adulti"

Introduzione

Obiettivi

Principali teorie e metodologie

Outcomes valutati, risultati ed efficacia

Commenti conclusivi

Bibliografia

3° Parte - La normativa

Capitolo 9 "Il ruolo dello psicologo nel team diabetologico e la normativa italiana"

Le domande guida della ricerca

Il ruolo dello psicologo nel Piano della malattia diabetica 2016-2018 della Regione Lazio

La funzione psicologica nel puzzle delle normative regionali italiane sul diabete

Gli ambiti d'intervento dello psicologo citati nelle normative regionali

La valutazione psicosociale e l'intervento psicologico nella terapia delle persone con diabete

Mellito Tipo 1 e Tipo 2: focus sulla Toscana

Un Sistema reticolare multicentrico per la gestione del diabete dove lo psicologo è una risorsa dedicata: focus sulle Marche

Il quadro nazionale della normativa per il diabete e le malattie croniche

Capitolo 10 "Il ruolo dello psicologo nel team diabetologico la normativa internazionale"

I Paesi Europei

Oltre i confini europei

L' "Action for Diabetes" del National Health System England

Conclusioni

4° Parte - Le buone prassi nella diabetologia laziale

Intervento psicologico per le persone con diagnosi di diabete UOC Diabetologia e Dietologia nella RM/1 - Mara Lastretti

Percorso psicologico per le persone con diagnosi di diabete – Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina - Roma - Daniela De Berardinis

La valutazione psicologica ai device per il controllo della glicemia - ASL/Viterbo - Barbara Longo

Presa in carico del bambino dall'esordio del diabete - Centro Diabetologico - ASL Viterbo

Intervento psicologico nei centri diabetologici Acismom della Regione Lazio Alessandra Moreschini

Il modello clinico della Società Italiana di Sessuologia e Psicologia di Roma

Gaetano Gambino, Luca Pierleoni, Valentina Cosmi, Marta Giuliani

Prefazione

Mariano Agrusta

Coordinatore Gruppo Nazionale AMD Psicologia e Diabete

Negli ultimi anni, l'incremento del diabete è stato esponenziale. Sono oltre 3 milioni 200 mila in Italia le persone che dichiarano di essere affette da diabete, pari al 5,3% dell'intera popolazione (16,5% fra le persone di 65 anni e oltre).

La diffusione del diabete è quasi raddoppiata in trent'anni (coinvolgeva il 2,9% della popolazione nel 1980). Anche rispetto al 2000 i diabetici sono 1 milione in più e ciò è dovuto sia all'invecchiamento della popolazione che ad altri fattori, tra cui l'anticipazione delle diagnosi (che porta in evidenza casi prima sconosciuti) e l'aumento della sopravvivenza dei malati di diabete.

Parallelamente a questo, si è evoluta anche la tecnologia, in un modo rapido, addirittura esplosivo, tanto che da un uso del microinfusore sporadico si è passati a pratiche del monitoraggio in continuo della glicemia, integrazione dei due sistemi con la SAP Therapy, studio degli algoritmi di previsione e di sistemi intelligenti tali da realizzare il sogno di ottenere un vero pancreas artificiale.

Di pari passo, si è evoluta l'assistenza al paziente, e anche sul fronte della terapia sono stati fatti notevoli passi avanti. Nell'ultimo decennio la mortalità per diabete si è ridotta di oltre il 20% in tutte le fasce di età, e contemporaneamente la deospedalizzazione dei casi di diabete e l'incremento dell'indicatore di appropriatezza ospedaliera – malgrado l'aumento del numero dei malati – testimoniano una maggiore efficacia della presa in carico dei pazienti.

Ciò è dovuto anche a una migliore salute percepita, un importantissimo indicatore per captare in presa diretta dai cittadini la multidimensionalità del concetto di salute, come stabilito tra l'altro dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che la definisce «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale».

Questi risultati sono legati all'aumento delle possibilità terapeutiche, ai passi avanti fatti dalla ricerca in questa direzione, ai nuovi farmaci che negli ultimi anni hanno ampliato il ventaglio terapeutico del diabete.

In questo contesto generale in forte cambiamento, si è verificata anche un'evoluzione del rapporto tra medico e paziente, che ha i connotati di un'ulteriore rivoluzione.

La figura del medico che si occupa di cronicità è già cambiata moltissimo in questi anni, ma la tecnologia ha consentito di aprire porte di osservazione che prima era difficile anche solo immaginare. Questa trasformazione ha imposto un adeguamento

*La supremazia di una
conoscenza
frammentata secondo
le discipline
rende spesso incapaci
di operare il legame
fra le parti e la
totalità,
e deve far posto a un
modo di conoscenza
capace di cogliere i
suoi
oggetti nei loro
contesti, nei loro
complessi e nei loro
insiemi*

Edgar Morin

delle conoscenze, una modifica del linguaggio, nuove regole della comunicazione e nuovi scenari nella relazione tra medico e paziente, perché il clinico ha la possibilità di intervenire in maniera più compiuta e più puntuale per correggere il problema di salute del paziente.

L'universo dove tutto questa trasformazione incide, rimane però sempre quello emozionale e psicologico del paziente; il mondo cambia velocemente "intorno" al paziente ma il vissuto di malattia "interno" al paziente è sempre quello descritto mirabilmente da questa giovane donna affetta da diabete di tipo 1 dopo un campo scuola educazionale.

Ho il diabete dall'età di cinque anni. Mio padre si è preso cura di me. Mia madre non poteva, piangeva sempre. Ogni volta che mi vedeva. Immaginate quante volte al giorno una madre ti vede quando hai cinque anni! Così è stato sempre mio padre a prendersi cura del mio diabete. Era lui a parlare coi dottori, a farsi spiegare come fare. I dottori gli diedero una dieta oltre all'insulina e gli dissero che dovevo seguirla alla lettera. E da allora, per anni, sempre la stessa dieta, sempre la stessa insulina. Niente più pizze, cornetti o brioche con la nutella. Pasta e pane pesato. Il dolce nemmeno la domenica. Non sapevo se odiare di più i dottori che non vedevo mai o mio padre che mi proibiva di mangiare; o magari mia madre che la domenica mi faceva i dolci "per diabetici", mentre ai miei fratelli toccava tutto il vassoio coi dolci della pasticceria. Loro mangiavano e non si curavano affatto di me, che stesa a terra, protestavo senza avere il coraggio di dire a mia madre che non volevo il dolce che mi aveva preparato lei ma proprio lo stesso dei miei fratelli. Protestavo rifiutando di mangiare qualunque cosa: non hanno mai capito e io non ho detto mai la verità. Oggi ho venti anni. Vedervi qui col gelato in mano per me è stato uno choc!

Martina

La malattia del diabete è estremamente complessa e tale complessità si rispecchia nella vita della persona che ne è affetta.

È stato visto che la promozione della salute e conseguentemente il miglioramento degli outcomes clinici, sia di tipo medico che di benessere psicologico, devono essenzialmente basarsi sul concetto di paziente al centro, come specificatamente descritto nel documento della Società americana di diabete Position Statement 2016.

Risulta infatti dalle linee guida del documento Position Statement di fondamentale importanza il ruolo della multidisciplinarietà in Diabetologia, ossia più figure professionali che lavorano insieme per raggiungere i migliori obiettivi di cura per la persona con diabete.

Il trattamento del diabete infatti, è tra i più complessi fra le malattie croniche e i fattori psicosociali hanno dimostrato di svolgere un ruolo importante nella gestione della malattia stessa, influenzando in modo rilevante le modalità che ha il paziente di utilizzare i vari interventi degli operatori sanitari.

Pur essendo così evidente l'importanza di una attenta valutazione della dimensione psicosociale nel management della malattia cronica, nella formazione professionale del medico in generale e di quei medici in particolare che si occupano di patologie croniche, generalmente non si riscontra lo studio e l'approfondimento in campo pedagogico e psicosociale che, se ignorato, rappresenta una delle maggiori cause della mancata "adherence".

È ormai condiviso, tra l'altro, che il diabete costituisca un modello particolarmente adatto a descrivere le caratteristiche di una malattia cronica, tanto da considerarlo paradigmatico per strategie applicative in campo educativo. È altresì condiviso che il paziente diabetico gestisca più del 90% delle cure inerenti il compenso metabolico e la prevenzione delle complicanze; è inoltre evidente che una larga parte di pazienti non aderisce, correttamente, alle indicazioni terapeutiche ricevute.

Il passaggio dal concetto di compliance (obbedienza ad una prescrizione) a quello di adherence (condivisione del trattamento) si realizza solo alla luce di una integrazione diabetologia-psicologia migliorando la capacità di relazione medico-paziente.

Un altro e ben più importante passaggio diventa quindi necessario: l'evoluzione dal modello di tipo biomedico, in cui il medico si interessa, prevalentemente degli aspetti biologici e clinici (la malattia o più spesso il sintomo) al modello di tipo biopsicosociale, in cui il medico si interessa al paziente in maniera globale (la persona con la malattia). In questa ottica, diventa fondamentale che le due culture si parlino e che, pur nel rispetto delle specificità, si integrino nell'ottica di un linguaggio "terzo" e comune che consenta un approccio sistemico integrato al paziente.

L'esigenza nasce dalla coincidenza di interessi di due sistemi:

- il 1° sistema è costituito dai diabetologi che lavorando da anni con pazienti diabetici e le loro famiglie hanno sentito la necessità di offrire spiegazioni e soluzioni che non attingessero soltanto alla visione organicistica alla quale erano abituati;
- il 2° sistema è rappresentato da quegli psicologi interessati a capire come il diabete "malattia per sempre" ridefinito "condizione di vita particolare" possa essere influenzato dalla sfera psicologica

I vantaggi che ne derivano per i due sistemi sono i seguenti:

- **per lo psicologo:** è attraverso l'incontro con il diabetologo, attraverso la conoscenza approfondita di una malattia cronica, individuando precisi strumenti di misurazione e di verifica, che lo psicologo può cominciare a valutare che un lavoro fatto in sinergia rappresenta una opportunità completa di evoluzione professionale (una attività circolare che va dal generale al particolare per poi ritornare al generale)
- **per il diabetologo:** uscire dalla visione rigorosamente biomedica e ritrovare la capacità di relazionarsi con il paziente in una visione olistica (un'emozione si può tradurre in un'iperglicemia ed un'iperglicemia può determinare un'emozione) rappresenta un passo avanti importante nella crescita professionale. Inoltre la acquisizione di strumenti di valutazione psicologica, semplici ed applicabili, lo aiuta ad individuare eventuali stati di disagio del paziente, che, se ignorati, rappresentano un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

L'incontro tra i diabetologi e gli psicologi rappresenta sicuramente un'occasione importante, una opportunità in cui, se da un lato c'è la possibilità di condividere un progetto di cura, riconoscendo ad entrambi il possesso di una parte della chiave di lettura e di uno strumento d'intervento che dà risalto, spessore e qualifica i rispettivi ruoli professionali, dall'altro pone nelle condizioni di confrontarsi, uscendo ognuno, dalla propria "stanza", con strumenti oggettivi di verifica, di monitoraggio e quindi sempre più scientifici.

Tutto ciò, evidentemente, da un lato aiuta un processo di crescita professionale nella realizzazione di un'identità sempre più affidabile e forte, e dall'altro pone nelle condizioni di assumersi delle responsabilità diverse, andando "oltre" la specificità della propria cultura.

Il lavoro fatto dagli psicologi del Lazio in questo volume sulle "Buone prassi per l'intervento psicologico in diabetologia 2018", rappresenta un notevole passo in avanti nella sistematizzazione dei contenuti condivisi alla luce di una attenta e approfondita

ricerca sulla letteratura esistente e sui diversi modelli di intervento e mi auguro possa essere il primo passo per poter scrivere "insieme" un secondo libro sulla Buona prassi per l'intervento psicologico in diabetologia che veda raccolta in una esperienza condivisa il frutto delle due culture in un laico e costruttivo confronto alla ricerca di un possibile unico modello integrato in una visione sistemica .

Endorsement

Renata Tambelli

Direttore Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica
Sapienza Università di Roma

La prevenzione e la cura del diabete costituisce uno degli obiettivi prevalenti e irrinunciabili dei sistemi sanitari nazionali e internazionali del ventesimo secolo. Nel raggiungimento di tale obiettivi la psicologia gioca un ruolo cruciale imprescindibile, ormai ampiamente riconosciuto sia dalla letteratura scientifica che da linee guida internazionali. La ricchezza e l'eterogeneità raggiunta dalla produzione scientifica da un lato e dai modelli di intervento dall'altro, rendono necessario delineare "indicazioni" che possano orientare l'azione a favore di pazienti, famiglie e sistemi di cura. Un merito indiscusso di questo documento, perciò, sta sicuramente nello sforzo di tratteggiare le prassi e modus operandi più accreditati ed efficaci per rispondere alle diverse domande che la patologia diabetica porta con sé. Il Documento è fondato su uno studio accurato della letteratura, che conferisce valore al ruolo della competenza psicologica nell'intervento in ambito di salute, e sulla raccolta di prassi assistenziali virtuose, che testimoniano l'esigenza di un intervento multidisciplinare più coerente con un approccio bio-psico-sociale alla salute-malattia. Un ulteriore pregio del documento è quello di evidenziare le aree dell'intervento psicologico più studiate ed esplorate e quelle che necessitano di maggiore considerazione, come il caso del diabete gestazionale, un fenomeno in crescente aumento ma ancora poco attenzionato nelle sue ripercussioni psicosociali, sia dalla letteratura che dai servizi sanitari. Infine un tema che trovo meritevolmente affrontato dal documento è la questione dell'intervento multidisciplinare e del ruolo dello psicologo all'interno dei team di cura. Come il documento indica con chiarezza, la prevenzione e la cura delle patologie croniche e diabetiche passa attraverso la multidisciplinarietà e l'integrazione di competenze diverse, tra le quali quella psicologica mostra di avere un suo ruolo definito. Una conclusione importante, segnalata dal documento e che mi sento di sostenere, è la cognizione che gli interventi più efficaci in diabetologia sono quelli in cui l'intervento medico, psicologico clinico e sociale si integrano e nei quali lo psicologo è un membro effettivo del team di cura. Il contributo dello psicologo al sistema delle cure primarie ha una valenza scientifica accreditata ma è una opportunità ancora lontana dall'essere realizzata nei percorsi assistenziali. A tale scopo ritengo utile lo scambio continuo tra mondo della ricerca (Università) e mondo della professione (Ordine) affinché i risultati sull'efficacia degli interventi psicologici possano essere tradotti in linee di intervento utili alle buone prassi cliniche. La sua attuazione è l'auspicio con il quale accolgo, con estremo favore ed interesse, la diffusione di questo documento e mi complimento vivamente per l'eccellente lavoro svolto dal gruppo coordinato da Manuela Tomai e da tutti i colleghi che hanno egregiamente collaborato alla sua realizzazione. Con i miei più sinceri complimenti.



Natalia Visalli

Dirigente Medico ASL RM1 – UOC Diabetologia e Dietologia
Polo Ospedaliero Santo Spirito - Roma

Le diverse Società Scientifiche sia nazionali che internazionali, consapevoli di quanto la condizione psicologica possa influenzare la capacità della Persona con diabete nell' adempiere correttamente a tutte le necessità di cura della malattia, riconoscono l'importanza dell'intervento psicologico e promuovono il suo inserimento nel percorso diagnostico-terapeutico integrato del paziente, come elemento chiave facilitante l'engagement e l'empowerment.

Già nel "Piano sulla Malattia diabetica" del 2013, lo psicologo viene definito figura importante per il "sostegno del team" e per la sua formazione negli ambiti di gestione della comunicazione/relazione, della programmazione e gestione dei programmi di educazione strutturata.

In particolare gli "Standard di cura del Diabete" del 2016 declinano in cosa consiste il "sostegno del team": da una parte mettere a disposizione del diabetologo una consulenza psicologico-clinica facilmente accessibile, al fine di intervenire sulle problematiche psicosociali nella gestione della malattia, come previsto nel Piano per la Malattia diabetica della Regione Lazio 2016-2018, dall'altra utilizzare lo psicologo come "facilitatore" della dinamiche del team, per rinforzare fiducia e promuovere flessibilità, chiarezza e lucidità nelle situazioni complesse della prassi quotidiana, al fine di contrastare il burn-out spesso associato alla gestione della cronicità.

Lo psicologo svolge, inoltre, un ruolo unico nella formazione del team sulle modalità psicologico-relazionali con le quali il paziente si relaziona alla sua malattia, istruisce all'utilizzazione e alla interpretazione corretta dei test psicometrici in modo da rendere possibile l'individuazione dei casi complessi da inviare a consulenza psicologica differenziandoli da quelli che, con adeguata formazione, l'operatore in diabetologia può seguire con un approccio personalizzato, empatico, facilitante comportamenti di salute e rivolto a sviluppare la fiducia nei confronti del medico e/o dell'organizzazione sanitaria.

A fronte di questo esiste a tutt'oggi una forte disomogeneità organizzativa e strutturale sul territorio italiano, che non permette di avere un quadro aggiornato della presenza della figura e dell'attività psicologica nella diabetologia italiana. AMD ed in particolare il gruppo Psicologia e Diabete, dal 2015, ha promosso una ricognizione delle attività psicologiche svolte in ambito diabetologico in Italia, quale punto di partenza per la creazione di una rete nazionale di psicologi impegnati e formati sulla persona con diabete.

Il documento di indirizzo delle "Buone Prassi per l'intervento psicologico in diabetologia del 2018" a mio parere rappresenta uno strumento molto utile nel percorso di apertura culturale, normativa ed istituzionale per l'inserimento della figura dello psicologo all'interno del team diabetologico. Una riesamina attenta e accurata della letteratura permette allo psicologo, che per la prima volta incontra il mondo del diabete, di conoscere in modo approfondito le problematiche correlate alla malattia diabetica.

Lo studio degli interventi, che hanno come comune denominatore il coinvolgimento proattivo del paziente e della famiglia, quali protagonisti del processo di cura, vedono coinvolte le figure del team multidisciplinare con ruoli e competenze diverse: lo psicologo, in particolare, ha avuto un ruolo chiave e unico nel supporto alle decisioni.

Importante la lettura critica di tali interventi svolti in ambito internazionale, descritti in modo chiaro e completo, per individuare prassi realizzabili nei diversi contesti della realtà sociale e sanitaria italiana. La sezione normativa, infine, appare molto interessante ed innovativa, perché tenta di definire le modalità organizzative e operative della funzione psicologica e del ruolo degli psicologi nella rete territoriale dei servizi dedicati alla diabetologia sia a livello regionale che nazionale. Documento estremamente valido, utile strumento di consultazione sicuramente per tutto il team diabetologico. In prima battuta lo psicologo non solo acquisisce competenze specifiche rispetto alla patologia diabetica, ha a disposizione la possibilità di consultare i diversi modus operandi a livello internazionale e viene messo a conoscenza del percorso che Ordine ed Istituzioni, stanno realizzando per il riconoscimento della sua figura professionale all'interno del team attraverso l'identificazione di indicatori di efficacia clinica ed economica dell'intervento psicologico. Le altre figure professionali che lavorano nel mondo del diabete hanno a disposizione un ricchissimo pool di dati di letteratura che possono essere utili nell'inquadramento degli aspetti psicosociali e nell'acquisire consapevolezza della necessità di avere accanto figure professionali che lavorino per il "benessere emotivo" non solo del paziente e ma del team stesso. Un ringraziamento a chi ci dà la possibilità di consultare questo ottimo documento, l'aspettativa che sia solo la prima stesura di uno strumento che nel tempo possa tracciare il percorso di integrazione e di arricchimento di competenze del team rispetto alla dimensione psicologica, forte peculiarità del Chronic Care Model.

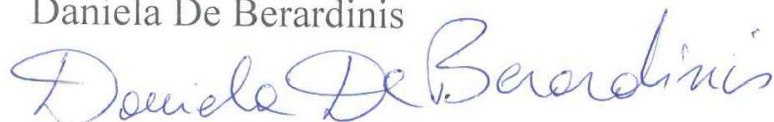
Notable well

Daniela De Berardinis

Responsabile dell'Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica
Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina

Trovo il documento prezioso e utile, sia come orientamento nella letteratura scientifica che come individuazione dell'efficacia dell'intervento psicologico nell'area della malattia diabetica. Il documento è di agevole consultazione e raggiunge lo scopo di promuovere un costruttivo confronto sia professionale che scientifico-culturale, non solo nella nostra professione, su di un tema di interesse specifico al fine di favorire buone e qualificate prassi professionali. La promozione delle buone prassi ha diverse finalità: far conoscere i migliori approcci e le migliori pratiche implementate in esperienze concrete, creare opportunità di confronto e di condivisione tra professionisti, favorire la conoscenza, migliorare il coinvolgimento, la motivazione e il senso di appartenenza ai valori e alle competenze della professione, strutturare modalità di revisione partecipata, valorizzare la creatività, l'innovazione e la prassi dei professionisti. Mi auguro che il documento sulle "Buone Prassi per L'Intervento Psicologico in Diabetologia 2018" contribuisca a consolidare una sempre maggiore sinergia tra comunità scientifica e comunità professionale, necessaria per affrontare il complesso tema della collaborazione tra medicina e psicologia nella promozione della salute.

Daniela De Berardinis



Barbara Longo

Psicologa Dirigente

U.O.C. Psicologia

ASL Viterbo

Gli attuali criteri metodologici ed operativi esistenti risentono di un certo scollamento tra una ricca produzione scientifica che ritiene utile e importante il contributo dello psicologo all'assistenza del paziente affetto da diabete e la realtà dei servizi che vede un operare di quest'ultimo assai scarsamente valorizzato in termini di risorse umane dedicate ed in termini di ricerca di validazione di indicatori di outcome clinici non solo di natura organica. Come psicologi abbiamo la necessità di dare visibilità e concretezza ad una disciplina, che nel mondo del sapere scientifico attuale, risente ancora di un alone di "scarsa oggettività" e che dunque tende a ricondurre l'azione clinica dello psicologo ad una dimensione "non indispensabile". Gli operatori clinici, impegnati nel difficile compito di realizzare l'assistenza in condizioni per lo più critiche e frammentate, hanno la necessità di raggiungere un *modus operandi* psicologico sul diabete che sia omogeneo e coerente con le linee guida esistenti e con la letteratura attuale che evidenzia come, l'assistenza psicologica alla persona con diabete permetta di:

1. Effettuare una **valutazione psicologica**, assoluto patrimonio dello psicologo, imprescindibile per l'impostazione di un adeguato progetto terapeutico e indispensabile per un processo di CAMBIAMENTO CULTURALE. A tal fine auspico, in una prossima revisione, un capitolo dedicato all'assessment psicologico.
2. Impostare un **trattamento "personalizzato"** della persona con diabete e favorire l'individuazione di stili più adattativi di vita
3. Conoscere la storia psicologica della persona con diabete e contribuire ad individuare ed inquadrare quali sono le sue caratteristiche precipue e i suoi bisogni correlati ai **life-events** nel corso della sua vita.
4. Facilitare il percorso di **empowerment** della persona con diabete
5. Attivare il complesso processo di **engagement** in tutte le forme di collaborazione tra familiari, operatori sanitari, medici e pazienti ed associazioni dei pazienti.

Il documento promosso dall'Ordine Psicologi Lazio si muove in questa direzione



Lina delle Monache

Presidente FederDiabete Lazio - Cladiab

Consigliere Nazionale FAND

A due anni dal recepimento del Piano Nazionale per la Malattia Diabetica la Regione Lazio, il 14 dicembre 2015, ha decretato il suo Piano Regionale per la malattia diabetica 2016-2018 (PRMD Lazio). Ad oggi il Lazio è l'unica Regione ad avere un PRMD così completo ed articolato.

Si tratta di un atto importantissimo che definisce i presupposti concreti per un'innovazione radicale nell'organizzazione e nella qualità di risposta del Servizio Sanitario Regionale ai bisogni di salute e di assistenza delle persone con diabete e di tutta la comunità.

Il PRMD Lazio è frutto di un percorso di lavoro a più voci tutt'ora attivo all'interno della commissione regionale. L'Ordine degli Psicologi del Lazio partecipa attivamente ai lavori della Commissione diabete della Regione Lazio e ha contribuito all'elaborazione del Piano regionale, creando i presupposti normativi che valorizzano il ruolo dello psicologo in diabetologia.

Ritengo che la produzione di un documento di orientamento della prassi psicologica ad opera dell'Ordine Psicologi del Lazio in un momento di cambiamento come quello attuale rappresenti un contributo significativo, a servizio della persona con diabete e della sua famiglia e a vantaggio delle strutture sanitarie, nazionali e, prima ancora, laziali. Il PRMD Lazio, istituisce la presenza della figura dello psicologo nel team multidisciplinare diabetologico e prevede la presa in carico della persona con diabete lungo l'arco di vita (età evolutiva, adulto, donne in gravidanza). In questo documento, l'approccio multiprofessionale, il lavoro in team e di rete e il riconoscimento concreto della centralità della persona con Diabete sono indicati come dei chiari punti di forza per l'assistenza.

Il documento "Buone prassi dell'intervento psicologico in diabetologia" appare molto in linea e di supporto alla implementazione del PRMD Lazio; offre, infatti, indicazioni valide ed operative per coadiuvare la realizzazione di modelli di lavoro integrato per la gestione di tipologie specifiche di diabete nelle diverse fasi di vita delle persone.

La sfida e l'imperativo attuale per tutti è riuscire ad implementare concretamente il Piano.

Dal canto suo FederDiabete Lazio, in sinergia con L'OPL, contribuirà a questo processo di cambiamento monitorando, a partire dal prossimo anno, l'implementazione del Piano attraverso processi di valutazione partecipata.



Dario Pitocco

Dirigente Medico

Unità Operativa di Diabetologia

Policlinico Agostino Gemelli Roma

Ho letto con attenzione tutto il documento che appare molto completo.

In vista di un futuro sviluppo del documento, auspico l'integrazione di una tematica che noi diabetologi nella nostra pratica clinica ci troviamo spesso a dover affrontare: la cosiddetta paura, che in alcuni soggetti diventa addirittura terrore, dell'ipoglicemia. Questa paura spesso diventa una reale barriera, se non un muro, al raggiungimento del buon compenso metabolico. Allo stesso modo, sarebbe utile dedicare anche un paragrafo alla paura dell'iperglicemia, cioè all'ipercontrollo che alcuni pazienti esercitano sul loro diabete, essendo terrorizzati dall'impatto dell'iperglicemia sullo sviluppo delle complicanze croniche.

Per questi motivi, considero la collaborazione tra diabetologo e psicologo fondamentale per la buona assistenza dei nostri pazienti e mi complimenti per il lavoro svolto.

Giulio Scoppola

Responsabile U.O.S.D. Psicologia Ospedaliera

Dipartimento Di Salute Mentale ASL RM1

Ho trovato il documento estremamente chiaro e completo. Sarebbe anche molto utile se lo psicologo nei servizi sanitari italiani fosse adeguatamente presente. Riguardo alla applicabilità alla realtà Italiana e del Lazio delle indicazioni fornite dal documento, infatti, ho una opinione pessimistica.

In questa accezione, ritengo, purtroppo, utopistico quanto proposto dal documento in relazione alla quasi totale mancanza di una rappresentazione della cultura psicologica e multidisciplinare a livello di decisori nella Regione Lazio e, conseguentemente, alla volontà di rinforzare gli organici del SSR/AA.SS.LL. scegliendo fra le differenti professionalità sanitarie gli Psicologi.

Adele Porru

Infermiera Servizio Diabetologia

OSDI

Nonostante sia ampiamente riconosciuta l'importanza dei fattori psico-sociali nella prevenzione e cura del diabete, e sia evidente ed esplicita la richiesta da parte delle persone con diabete e dei familiari di un intervento centrato a cogliere e soddisfare anche i bisogni psicologici, ancora poche sono le evidenze di un approccio sistematico e continuativo in tal senso.

Il documento rappresenta quindi un prezioso contributo per definire e sistematizzare lo stato dell'arte, sollevando interessanti interrogativi e aprendo la strada a possibili cambiamenti.

Il lavoro svolto dall'ordine degli Psicologi del Lazio (non solo per quanto riguarda la stesura del documento, ma anche nella la sua attiva collaborazione alla realizzazione del Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016/18), è un incentivo per gli psicologi operanti sul territorio nazionale a trovare strumenti e modalità per proporsi a livello istituzionale.

Il Documento è ricco ed esaustivo riguardo a ciò che la letteratura evidenzia sull'intervento psicologico nelle persone con diabete, da cui si evincono le criticità che in parte sono la ragione di una scarsa implementazione di quelle che sono state definite le buone prassi dell'intervento psicologico in diabetologia. Come evidenziato dai dati in letteratura, riportati anche nel documento, non sono chiari e definiti i modelli teorici di riferimento, le tecniche di intervento, i professionisti coinvolti, e i follow-up sono spesso condotti solo a breve termine. Questo rende difficile valutare la validità dei diversi approcci e ricavare enunciati forti che possano guidare nella individuazione di interventi psicologici efficaci e dimostrarne la loro effettiva validità.

Entrando in merito alle indicazioni provenienti dalla letteratura ed esplicitate nel documento, rilevo dalla mia esperienza che l'intervento psicologico, laddove è stabilito dalla normativa regionale e accolto dalle realtà di cura, si concentri quasi esclusivamente in ambito pediatrico, come se i bisogni di accoglimento di istanze psicologiche della persona con diabete, si esauriscano quando questa è diventata adulta o quando la malattia è diagnosticata in età adulta. L'intervento psicologico non può prescindere dal continuum di vita delle persone con diabete, dove diventa particolarmente necessario curare il periodo di transizione dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto, per le differenti modalità di cura, di bisogni, di relazione che caratterizzano queste differenti realtà. Il passaggio da un atteggiamento di holding a quella dello svincolo graduale verso l'autonomia, richiede competenze di cura e di relazione che possono essere supportate e gestite in modo efficace con l'integrazione dello psicologo nell'equipe diabetologica, il cui intervento si esplica sia in termini di sostegno alla persona con diabete e alla sua famiglia, che di supporto e supervisione per gli operatori diabetologici. L'attenzione a questo periodo topico di vita, tesa a mantenere nell'inevitabile cambiamento la continuità della cura, allontana il rischio di abbandono da parte delle persone con diabete, e favorisce la costruzione di quell'alleanza terapeutica necessaria in ogni relazione d'aiuto.

Una grande area di intervento psico-sociale riguarda il sostegno alla persona con diabete tipo 2, patologia che, nonostante la sua ampia diffusione e gli stretti legami con gli stili di vita nella sua insorgenza ed evoluzione, rappresenta ancora oggi un ambito in cui la presenza dello psicologo è vista come auspicabile ma non prioritaria.

Questo dato sembra sottovalutare che la diagnosi di malattia cronica come il DM2, anche quando questa non implica adattamenti tipici del DM1 (primo fra tutti la necessità di terapia insulinica fin dall'esordio), richiede un percorso di elaborazione e integrazione che non può essere ignorato, per la non esigua possibilità di manifestazione di fattori di rischio per l'insorgenza delle complicanze del diabete, quali depressione, ansia, disturbi del comportamento alimentare che, per essere individuati e curati efficacemente, richiedono l'intervento di professionalità specifiche.

L'aspetto prioritario del sostegno alla modifica degli stili di vita, necessita anch'esso di un intervento multidisciplinare e multiprofessionale. Occorre avere chiari in questo senso ambiti e competenze dei diversi operatori coinvolti, definendo cosa si intende quando si parla di addestramento a tecniche motivazionali per esempio, in quanto alcuni interventi richiedono competenze che necessitano di una formazione specifica e di una esperienza che non può essere delegata. In tal senso anche lo psicologo integrato in un team di cura deve necessariamente aver acquisito e consolidato formazione ed esperienza nella cura della persona con diabete, per le implicazioni e istanze peculiari che questa malattia comporta.

Nel documento si evidenzia, sia in termini di ricerca che di intervento, una scarsa attenzione nei confronti delle donne con diabete gestazionale o con diabete pre-gravidico. La diagnosi di malattia, per il potenziale fattore di distress che rappresenta per la donna e per la coppia, non può essere considerato come problema esclusivamente medico. Un aspetto importante da considerare è che le donne con diabete gestazionale manifestano un alto livello di motivazione a prendersi cura di sé per il benessere del proprio figlio, e questa condizione rappresenta un vantaggio nella cura del diabete. Un intervento psicosociale in questo periodo di vita quindi, può favorire il mantenimento di stili di vita salutari acquisiti durante la gravidanza e necessari a ridurre il rischio di insorgenza di DM2.

Nel diabete pre gravidico, l'intervento dello psicologo dovrebbe essere previsto nella fase di concepimento, soprattutto nell'ambito dell'attività di sostegno verso un'adeguata gestione del diabete che deve risultare più stringente, in casi di fertilità ridotta e di gestione dell'ansia riguardo la potenziale trasmissibilità della malattia.

Il diffondersi della tecnologia nella cura del diabete, se da una parte rappresenta nuove opportunità per la cura del diabete, dall'altra solleva interrogativi sull'impatto che essa ha in termini di qualità di vita, di sostenibilità e di efficacia.

Un aspetto che considero cruciale nel percorso educativo all'utilizzo della tecnologia, in particolare quando questa può condizionare l'immagine che la persona ha di sé (es. microinfusore e monitoraggio in continuo della glicemia), è la valutazione psicosociale pre-impianto. Mi risulta che pochi siano gli studi e gli interventi strutturati in questo senso, e che la maggior parte della ricerca si sia focalizzata sulla valutazione successiva all'inserimento del dispositivo, in particolare per quanto riguarda la qualità di vita, il benessere percepito e il livello di soddisfazione.

Considerato che l'utilizzo delle funzioni avanzate del microinfusore è ancora percentualmente bassa tra le persone che usano questo tipo di terapia e soprattutto che ancora è elevato il drop out per problemi legati alla "indossabilità" della pompa (privacy, dipendenza dalla macchina, immagine corporea), un intervento di assessment psicosociale da parte di uno psicologo favorisce un'integrazione più felice del microinfusore nella vita della persona e allontana il rischio di abbandono sia precoce che tardivo.

Attualmente, come evidenziato dal documento, questo tipo di valutazione è prevista nella normativa di alcune regioni per quanto riguarda la diabetologia pediatrica, ma non sempre sono specificate modalità e strumenti di intervento.

Sarebbe auspicabile che nel percorso all'utilizzo della tecnologia sia prevista la figura dello psicologo, sia come consulente esterno formato in questo ambito o ancora meglio, come professionista integrato nel team di cura.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Ricci'.

Partecipanti al progetto

Responsabile

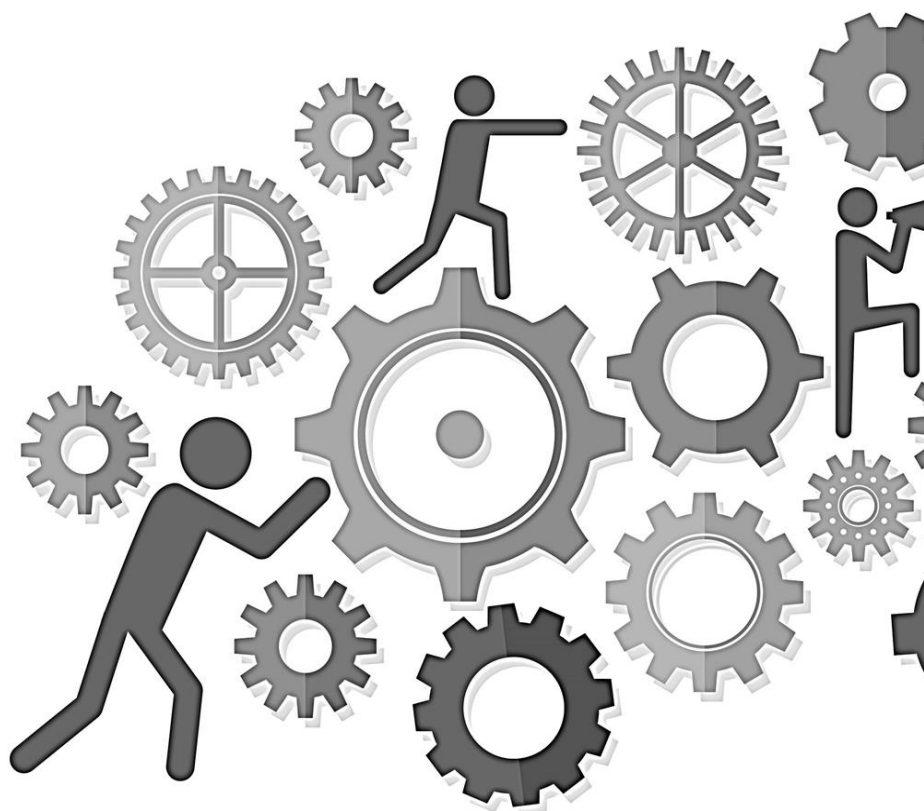
Manuela Tomai

Coordinatore

Mara Lastretti

Redattori

Bua Valentina, Diaco Salvatore, Diamanti Francesca, Gammarini Viviana, Iannoni M. Elena, Minopoli Caterina, Moreschini Alessandra, Stelitano Domenica, Valotta Rossella



Ringraziamenti

Ringraziamo le società scientifiche e i professionisti che hanno contribuito e sostenuto la realizzazione del documento. I nominativi compariranno in ordine alfabetico.

Società scientifiche

Associazione Medici Diabetologi – AMD

Società Italiana Diabetologia – SID

Società Italiana Psicologia Salute - SIPSA

Psicologi

De Berardinis D. - Responsabile L'Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina Roma

Longo B. - Dirigente U.O.C. Psicologia ASL VT

Scoppola G. - Responsabile U.O.S.D. Psicologia Ospedaliera - Dipartimento Di Salute Mentale -ASL/RM1

Tambelli R. - Direttore Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica Sapienza – Roma

Gaetano Gambino - Società Italiana di Sessuologia e Psicologia

Michele Spaccarotella – Psicologo-Psicoterapeuta

Medici

Agrusta M. - Coordinatore Gruppo Psicologia e Diabete AMD

Chiaromonte F. - Direttore della U.O.C. Diabetologia e Dietologia – Polo Ospedaliero Santo Spirito Roma.

Frontoni S. - Direttore del Reparto di Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche - Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina Roma

Pitocco D. - Direttore della U.O.C. Diabetologia del Gemelli Roma

Visalli N. - Dirigente Medico UOC Diabetologia e Dietologia – Polo Ospedaliero Santo Spirito Roma.

Infermieri

Porru A. - Infermiera Servizio Diabetologia. Ospedale S. Giovanni di Dio. A. O.U. Cagliari.

Speese K. - Presidente Nazionale OSDI

Associazione di pazienti

Delle Monache L. - presidente regionale del Cladiab (Coordinamento Lazio Associazioni Persone con Diabete)

Introduzione

I documenti di “*Buone prassi*” rappresentano una sintesi delle migliori conoscenze disponibili e consentono un rapido trasferimento delle conoscenze, elaborate dalla ricerca, nella pratica clinica quotidiana. Sono raccomandazioni di comportamento professionale, individuate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, che possono essere utilizzate come strumento per professionisti e amministratori sanitari con lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza e razionalizzare l'utilizzo delle risorse.

Il Diabete è una patologia in diffusione esponenziale che costituisce una sfida per i sistemi socio sanitari europei e internazionali, in particolare per quello italiano, connotato da specifiche criticità e limitatezza delle risorse. I fattori psicosociali sono riconosciuti avere un ruolo chiave nella insorgenza, decorso e gestione della patologia diabetica e la competenza psicologica è indicata in linee guida internazionali come elemento essenziale nel management del paziente diabetico.

La Psicologia, perciò, può contribuire in modo sostanziale a perseguire obiettivi di prevenzione, diagnosi e terapia appropriati, attenti al miglioramento della qualità dell'assistenza quanto al risparmio economico. Tuttavia, la molteplicità dei modelli teorici e di intervento psicologico e la numerosità delle sperimentazioni rintracciabili nel panorama internazionale rende necessario individuare prassi e *modus operandi* più accreditati e validi nei diversi contesti.

Il documento “Buone prassi per l'intervento psicologico in diabetologia” è stato redatto con l'intento di fornire, ai clinici e a quanti sono coinvolti nella cura e nella gestione del diabete, indicazioni per la diagnosi e il trattamento degli aspetti psicosociali della malattia che fossero, da un lato, ancorate alle evidenze scientifiche internazionali e, dall'altro, comparate con le pratiche professionali messe in atto degli psicologi laziali nella realtà dei servizi sanitari italiani. Per questo motivo, è stato interesse degli estensori del documento condividere le prassi dell'intervento psicologico individuate dalla ricerca scientifica con quelle attuate nelle realtà assistenziali dei diversi stakeholder a vario titolo implicati nell'assistenza alle persone con diabete, al fine di raccogliere il più ampio numero di opinioni da parte di tutti i potenziali destinatari del documento e con essi attivare un confronto costante e a lungo termine. Il documento “Buone prassi per l'intervento psicologico in diabetologia”, si muove all'interno di un modello biopsicosociale che considera ogni condizione di salute o di malattia come conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali.

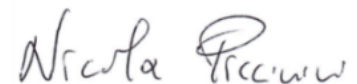
Il focus prevalente della ricerca è stato indirizzato a definire gli interventi psicologici più efficaci e maggiormente validati tali da poter costituire un riferimento per la prassi professionale. Sono state scelte discriminanti come le fasce d'età (bambino, adolescente, adulto), il tipo di diabete (tipo1, tipo2, gestazionale), gli interventi più diffusi/sperimentati (depressione, stili di vita) e quelli più recenti ed innovativi (e-health).

Il contenuto dei diversi capitoli proviene dalla letteratura rintracciata nelle diverse banche dati, la differente lunghezza degli stessi, perciò, è dovuta alla ricchezza della produzione scientifica di uno specifico topic e non al personale interesse dei redattori. L'organizzazione dei capitoli per argomenti definiti persegue anche un obiettivo funzionale, vale a dire quello di favorire la consultazione in base ad un interesse o quesito specifico. Al termine di ciascun paragrafo sono elencate le raccomandazioni di comportamento professionale deducibili dal testo.

L'ultima parte del testo, infine, raccoglie le buone prassi di intervento psicologico sperimentate in diversi contesti sanitari della Regione Lazio.

Siamo consapevoli che i diversi temi scelti e trattati in questo documento non possono esaurire il contributo della psicologia alla gestione della patologia diabetica; ci aspettiamo e ci auguriamo che le molte altre questioni che la letteratura scientifica sul diabete affronta possano esserci indicate e suggerite non solo dai colleghi psicologi ma anche dai diversi stakeholders cui questo documento è indirizzato. I contributi e i suggerimenti ricevuti diverranno oggetto delle prossime versioni di aggiornamento.

Nicola Piccinini



La metodologia

La ricerca è stata effettuata sui database di Pubmed, Cihani, Ebsco e Cochrane. Sono stati considerati gli studi pubblicati tra il 2000 e il 2016.

Per garantire attendibilità e valore scientifico alle indicazioni ricavabili dal documento, nella analisi della letteratura scientifica, sono stati selezionati, ove possibile:

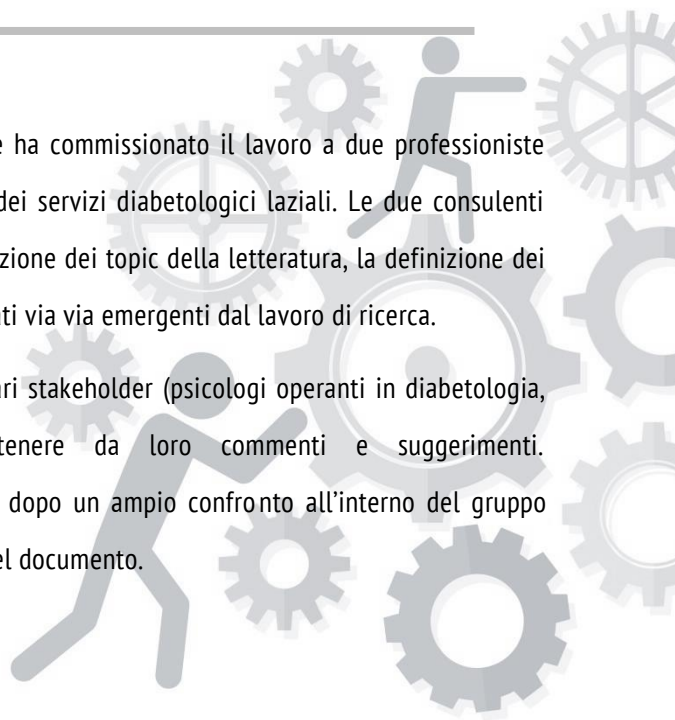
- studi clinici controllati randomizzati
- revisioni sistematiche di studi randomizzati
- studi randomizzati di disegno adeguato
- studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti
- metanalisi di studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti

Un ulteriore filtro ha riguardato, per la selezione degli studi di efficacia, la presenza di un follow-up uguale o superiore a 12 mesi. Il gruppo dei redattori del documento ha ritenuto che la stabilità nel tempo dei cambiamenti ottenuti fosse un indicatore importante da considerare per definire la qualità di una prassi di intervento.

Il processo

Committente di questo documento è l'Ordine psicologi del Lazio che ha commissionato il lavoro a due professioniste psicologhe, una proveniente dal mondo accademico e una dall'area dei servizi diabetologici laziali. Le due consulenti hanno identificato un gruppo di 10 psicologi che ha curato l'individuazione dei topic della letteratura, la definizione dei criteri di inclusione, l'analisi della letteratura e la riflessione sui risultati via via emergenti dal lavoro di ricerca.

La prima stesura del testo è stata poi inviata a rappresentanti dei vari stakeholder (psicologi operanti in diabetologia, medici, infermieri, associazioni dei pazienti, ecc..) per ottenere da loro commenti e suggerimenti. I contributi ricevuti sono stati valutati attentamente e criticamente; dopo un ampio confronto all'interno del gruppo allargato, le due committenti iniziali hanno curato la versione finale del documento.



PRIMA PARTE

Questioni di carattere generale

CAPITOLO 1

I costrutti di riferimento

L'introduzione

L'obiettivo del presente capitolo è quello di illustrare il ruolo delle variabili psicosociali nella insorgenza e nella gestione della patologia diabetica, descrivere i principali costrutti psicologici e rilevanti nella ricerca e pratica clinica psicologica ed evidenziarne le relazioni, tra di loro e con i diversi outcomes di salute (controllo glicemico, qualità di vita,...), nelle diverse tipologie di diabete (1 e 2) e fasce d'età.

Il diabete e le difficoltà principali nella sua gestione

Il diabete mellito è una malattia cronica complessa tra le più invalidanti, sia a causa del controllo glicometabolico di cui necessita che delle complicanze macro e microangiopatiche che la accompagnano. La sua crescita esponenziale in termini di prevalenza e di incidenza anche nei paesi in via di sviluppo (International Diabetes Federation, 2009), lo rende una patologia estremamente attenzionata a livello nazionale e internazionale (vedi risoluzione del Parlamento Europeo, 14 marzo 2012) soprattutto per la complessità dell'intervento e la ingente spesa sanitaria che richiede.

Lo stato di burn-out psicologico che sperimenta la persona con diabete inficia la sua persistenza nella gestione della patologia.

I profondi cambiamenti in numerosi aspetti della vita (abitudini alimentari, lavoro, rapporti sociali) che questa patologia comporta esitano facilmente in uno stato di burn-out psicologico che inficia la persistenza della Persona con Diabete (da ora PDC) nella gestione della patologia e nel conseguente controllo glicemico (Feldman et al., 2014; Nicolucci et al., 2013). Il diabete si colloca tra le patologie croniche con i livelli più bassi di autogestione efficace (Gonzales, Tanenbaum, Commissariat, 2016), al punto che le dimensioni psicosociali del diabete sono state identificate come un predittore della disabilità e della mortalità più efficaci rispetto a molte altre variabili cliniche e fisiologiche (tra le fonti più recenti vedi ad es.: Van Dooren et al., 2016; Hackett, Steptoe 2016).

Nonostante notevoli progressi nella prevenzione e nel trattamento di questa patologia, molte PCD non sperimentano un controllo glicemico ottimale e sono costantemente a rischio di complicanze (Hunter, 2016 APA) a causa delle difficoltà a seguire quanto raccomandato per una corretta e buona autogestione. Come sostenuto da un recente documento dell'APA (Special issue of APA journal reviews how psychology helps battle disease), la psicologia viene a giocare un ruolo vitale nella lotta contro il diabete rendendo evidente il bisogno di un maggior numero di psicologi formati all'intervento in ambito diabetologico per sostenere l'adhrence del paziente e soddisfare le crescenti esigenze di cura (Hunter, 2016 APA).

Il comportamento di adherence ed i fattori che lo influenzano

Convivere con il diabete sembra attivare un vissuto di stress cronico sia per il paziente che per la famiglia intervenendo su differenti domini della vita (Nicolucci et al., 2014). Anche se le richieste per una buona autogestione differiscono significativamente in base alla tipologia del paziente (DMT1 e DMT2) e ad alcune caratteristiche fenotipiche, le difficoltà incontrate nel raggiungimento degli obiettivi sembrano essere comuni ad entrambi i gruppi di pazienti (DMT1 e DMT2).

Il termine adherence fa riferimento alla capacità/disponibilità del paziente di seguire le raccomandazioni e prescrizioni stabilite con l'operatore sanitario (Gonzalez et al., 2016). Le diverse richieste comportamentali per una buona e corretta autogestione, definibile anche come self-management, includono la capacità di gestire e regolare l'assunzione regolare di farmaci, l'automonitoraggio glicemico, le modificazioni nello stile alimentare e nell'attività fisica, e visite periodiche con il team diabetologico. In sostanza il termine self-management si riferisce all'andamento globale di una serie di comportamenti connessi al prendersi cura di sé e del diabete, incluso anche l'adherence alle cure mediche. Il successo nel self-management richiede la presenza di diversi fattori, tra i quali: una chiara comunicazione circa gli standard di cura ed una concordanza di obiettivi tra l'operatore sanitario ed il paziente.

L'empowerment, riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno dei fattori chiave, si riferisce al set dei comportamenti autodeterminati basati sui bisogni del paziente di sviluppare autonomia e competenza nella gestione della propria salute, ed è oggi una componente chiave nello approccio centrato sul paziente (Prigge et al., 2015). Una delle definizioni più concise e chiare del concetto di empowerment è quella fornita da Rappaport come "il processo attraverso il quale le persone raggiungono la padronanza sulle loro vite" (Rappaport, 1987). Nelle definizioni storiche ed iniziali, altri autori (Feste, Anderson, 1995) l'hanno definito come "un processo educativo finalizzato ad aiutare il paziente a sviluppare la conoscenza, le capacità, le attitudini ed il grado di consapevolezza necessario ad assumere responsabilità nelle decisioni che riguardano la salute".

L' empowerment sembrerebbe essere il risultato di tre dimensioni:

- la ricerca di informazione da parte del paziente;
- lo sviluppo della conoscenza;
- la partecipazione attiva nelle decisioni

La ricerca dell'informazione si riferisce al livello con il quale il paziente attivamente ottiene informazioni da una serie di fonti; lo sviluppo della conoscenza si riferisce al grado con il quale il paziente organizza e cerca di comprendere le informazioni acquisite; la partecipazione alle decisioni come livello con il quale il paziente partecipa nella relazione con l'operatore sanitario alle decisioni prese ed a sviluppare strategie terapeutiche (Prigge et al., 2015).

Alcuni autori hanno evidenziato come ottenere una migliore comprensione del fenomeno dell'adherence al regime terapeutico e del rafforzamento della dimensione dell'empowerment (Cuhna et al., 2016). L'empowerment è risultato essere una variabile essenziale nell'influenzare la gestione e l'adherence al regime terapeutico, rendendo gli interventi in questa area una priorità al fine di promuovere i processi individuali alla promozione della salute.

Attraverso l'empowerment gli individui possono assumersi la responsabilità e raggiungere gli obiettivi terapeutici, così come scegliere le strategie per raggiungerli.

Alcune ricerche (Priggae et al., 2015) hanno evidenziato l'esistenza dei diversi antecedenti dell'empowerment quali: il grado di coinvolgimento del paziente nel processo di cura; il livello di autoefficacia percepito ed il grado di autorevolezza riconosciuto all'operatore sanitario. Il coinvolgimento del paziente nel processo di cura influenza il grado con cui il paziente è coinvolto nella ricerca delle informazioni, nello sviluppo delle conoscenze e nella partecipazione alle decisioni nel processo di cura. L'autoefficacia percepita a sua volta agisce sulla ricerca delle informazioni, sullo sviluppo delle conoscenze e sulla partecipazione alle decisioni. La partecipazione alle decisioni sembra essere correlata al livello di fiducia e riconoscimento dell'operatore sanitario. Inoltre, la partecipazione alle informazioni, lo sviluppo delle conoscenze e la partecipazione positiva alle decisioni incide positivamente sulla compliance ed adherence alla terapia.

In tal senso, sarebbe utile che il Team diabetologico supportasse la ricerca attiva delle informazioni nel paziente, nella acquisizione di competenze sulla malattia, nella costruzione della fiducia nelle proprie capacità di applicare le conoscenze all'ambito quotidiano

I fattori psicosociali

Attaccamento e diabete

L'attaccamento (Bowlby, 1982) rappresenta un sistema comportamentale e fisiologico, che prende forma a partire dal sistema di relazione madre-bambino ed influenza fortemente la qualità del sistema di relazioni nell'adulto. La sicurezza nell'attaccamento modula la capacità ed il grado di risposta dell'individuo, la reattività allo stress. Rispetto alla correlazione tra attaccamento e diabete mellito tipo 1, diversi studi presenti in letteratura hanno evidenziato come la presenza di attaccamento insicuro (soprattutto nella variante disorganizzata) possa associarsi ad un innalzamento dello stress in presenza di eventi critici. Lo stress, a sua volta, facendo aumentare il numero delle cellule B, favorirebbe l'innalzamento del rischio di incorrere in uno stato di insulino-resistenza, facilitando così la possibilità di insorgenza del diabete (Drobnic Radobuljac, 2014). In particolare nei pazienti con DMT1, la presenza di un attaccamento insicuro evitante sembra associarsi ad una compromissione dei comportamenti di adherence rispetto alla somministrazione di insulina e controllo glicemico. Queste dimensioni sembrerebbero coerenti con una più ampia tendenza riscontrata nei pazienti con attaccamento insicuro-evitante ad assumere un atteggiamento passivo nei confronti della cura di sé, (Turan e co, 2003). In particolare i pazienti con attaccamento evitante sembrerebbero mettere in atto una serie di modalità comportamentali quali il dimenticare gli appuntamenti, scarsa cura di sé e, conseguentemente, uno scarso controllo dei sintomi (Chekanowsky et al., 2001 in Morris et al., 2009). Alcuni studi documentano come l'attaccamento medi la qualità della relazione tra paziente ed operatori sanitari.

Un attaccamento insicuro-evitante nel paziente con diabete mellito può essere alla base di difficoltà ad instaurare una buona alleanza terapeutica (relazione affettiva e collaborativa tra paziente e figure professionali) e, conseguentemente, esitare in un peggior adherence al trattamento.

Diabete e regolazione emozionale

L'alessitimia sembrerebbe essere una dimensione presente sia nella popolazione dei pazienti con DMT1 (Chatzi et al., 2009) che DMT2 (Hintistan et al. 2013). I pazienti con DMT1 sembrano esprimere livelli più elevati di alessitimia, sia rispetto al gruppo dei pazienti con DMT2 che rispetto al gruppo di controllo (Minf et al., 2014).

Nei pazienti con DMT2 livelli più elevati di alessitimia sono stati riscontrati nei pazienti neodiagnosticati mentre le persone con storie più lunghe di diabete sembrano affinare la loro capacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni (Hintistan et al. 2013).

Studi condotti su bambini diabetici hanno evidenziato come la presenza di elevati livelli di alessitimia associata ad un peggior controllo glicemico (Housiax et al., 2010). In linea con tale risultato, uno studio condotto su una popolazione di pazienti con DMT2 ha evidenziato come livelli più elevati di alessitimia correlassero con un incremento dei livelli di ansia e depressione. L'alessitimia, inoltre, sembra essere una variabile che, nei pazienti con sindrome metabolica, accresce il rischio di diabete (Lemche et al., 2014).

La presa in carico dei pazienti con diabete dovrebbe includere un'attenta valutazione ed alle dimensioni connesse al benessere psicologico ed emozionale (Avci et al., 2016).

Stato emozionale e distress

Gran parte della letteratura ha esplorato le emozioni, lo stato di salute mentale e la presenza di condizioni psichiatriche in relazione al rischio di diabete. Alcuni studi in particolare hanno evidenziato la correlazione tra sintomi depressivi e più scarsi livelli di autogestione del diabete, correlazione significativa soprattutto in bambini ed adolescenti (Gonzalez et al. 2008). Sintomi depressivi, anche quando subclinici o sottosoglia, e livelli di stress associati al convivere con il diabete, sono associati a livelli più scarsi di autogestione (Fisher et al. 2014). In particolare, stati depressivi, comuni tra pazienti con diabete, si associano anche a livelli più scarsi di adherence nel seguire le raccomandazioni farmacologiche e dietetiche, ad un più scarso controllo glicemico, ad una riduzione dei livelli di qualità della vita percepiti (McClintock et al. 2016).

Lo stress connesso al diabete sembra mostrare un'associazione più stretta con il controllo glicemico rispetto alla depressione e sembra colpire e riguardare soprattutto i pazienti con DMT2 (Fisher et al. 2010). Una survey internazionale (8596 adulti con diabete in 17 paesi) ha messo in evidenza come il benessere emozionale sia il dominio di funzionamento sul quale il diabete incide ed interferisce più negativamente, secondo solo allo stato di salute fisica (Nicolucci et al. 2013). I genitori dei pazienti con DMT1 spesso esperiscono uno stato di distress

connesso al coinvolgimento nella gestione del diabete dei loro figli (Streisand et al. 2001) e sembra esserci una correlazione tra lo stress percepito dai genitori ed il controllo glicemico dei figli (Cunningham et al., 2011). Preoccupazioni circa l'ipoglicemia sembrano essere importanti anche tra i pazienti con DMT2 (Polonsky et al., 2015).

Anche se gran parte della letteratura sulle emozioni coinvolte nel diabete si è focalizzata sulla affettività negativa e sugli stati di distress, alcuni studi hanno esaminato il ruolo delle emozioni positive ed i fattori di resilienza, che includono l'ottimismo, l'autostima, il benessere soggettivo e la percezione di possedere uno scopo. Nelle persone con diabete, le caratteristiche psicologiche positive sono significativamente associate con un migliore controllo glicemico, un minor numero di complicanze e un ridotto tasso di mortalità (Celano et al. 2013).

La dimensione emozionale sembra giocare un ruolo causale in interazione con altri fattori ed essere il risultato di una difficile autogestione del diabete, piuttosto che influenzare direttamente gli esiti del diabete.

Le variabili socio-economico e culturali

I costi sono considerabili come un ostacolo all'autogestione comunemente riportato dai pazienti e sembra essere una variabile che influenza negativamente anche i comportamenti di prevenzione (Karter et al., 2003; Naranjo et al., 2004). Per esempio, alcune ricerche dimostrano come i bambini socialmente svantaggiati con DMT1 sono molto meno soggetti ed inclini all'utilizzo della pompa insulinica (Lin et al., 2013). In linea con questo risultato, una survey condotta su 14,357 adulti con DMT2 ha dimostrato come il 16% dei pazienti adulti a basso reddito esperiva frequenti crisi di ipoglicemia nel primo anno, riscontrata solo dall'8,8% degli adulti a reddito alto (Berkowitz et al., 2014).

Da un punto di vista strettamente culturale, le minoranze etniche raggiungono dei livelli di gestione e trattamento del diabete peggiori e riportano peggiori livelli di qualità della vita rispetto ai bianchi (Naranjo et al., 2012). Le credenze culturali giocano un ruolo significativo nella differenze rilevate tra le diverse culture, nella misura in cui pazienti con DMT2 appartenenti a minoranze etniche sono risultati essere tendenzialmente più preoccupati rispetto all'assunzione di medicinali e più riluttanti ad accettare l'intensificarsi del trattamento.

Le evidenze scientifiche chiaramente mettono in luce come le PCD socialmente e/o economicamente svantaggiate beneficino meno dei trattamenti disponibili, sia in termini di controllo glicemico che in termini dei rischi aggiuntivi di incorrere in complicanze

Le dimensioni familiari

Un filone importante di ricerche ha evidenziato come la relazione di coppia possa influenzare lo stile alimentare positivamente (Beverly et al., 2008), ovvero negativamente (Henry et al., 2013). Autori come Johnson e collaboratori (2015) a tal proposito hanno evidenziato l'influenza del rapporto di coppia sull'aderenza del paziente diabetico ad un corretto stile alimentare. Uno stile di coping improntato alla protettività da parte del coniuge sembra influenzare l'aderenza alimentare attraverso l'azione su variabili intermedie come i livelli di stress ed il coinvolgimento attivo del paziente. Il distress sembrerebbe moderare la relazione tra iper-protezione del coniuge e l'aderenza allo stile alimentare del paziente, in quanto un'iperprotezione si associa ad incremento del distress e interferisce negativamente con l'abilità del paziente di aderire ad uno stile alimentare corretto. L'eccessiva protezione da parte del coniuge è risultata essere una forma di eccessivo coinvolgimento, improntata sulla tendenza del coniuge a controllare lo stile di coping del paziente. Il coinvolgimento o l'engagement attivo, diversamente, si configura come stile matrimoniale collaborativo associato con un miglior adattamento, risultato di una modalità positiva improntata al problem solving ed un coinvolgimento di entrambi i partners nella gestione della malattia. Il risultato più importante dello studio di Johnson e collaboratori (2015) è che non solo la forte protettività ma anche il disengagement del coniuge sono indirettamente associati a livelli di adesione ad uno stile alimentare corretto. In sostanza, lo stile di coping del coniuge impatta sullo stile alimentare adottato dalla PCD mediante il coinvolgimento di meccanismi psicologici.

Lo stile di coping del coniuge si configura come un meccanismo chiave da considerare per incrementare l'adesione ad un corretto stile alimentare.

Conoscenze, credenze e autoefficacia

Un buon successo nell'autogestione del diabete richiede conoscenze considerevoli da parte del paziente e dei familiari, incluse la comprensione degli effetti che il diabete ha sul corpo, gli obiettivi di trattamento e gli effetti di diversi comportamenti sulla regolazione del glucosio. Studi molto recenti (Ryan et al., 2016) hanno rivelato una stretta correlazione tra la capacità di leggere, ragionare/risolvere i problemi e le abilità di self-management con un miglior controllo glicemico.

Gli interventi educazionali rivolti a pazienti più giovani si sono rivelati più efficaci quando prevedevano il coinvolgimento dei genitori, la promozione dell'autoefficacia e l'integrazione della stessa all'interno della pratica clinica quotidiana (Murphy et al. 2006). L'efficacia di interventi educazionali rivolti a pazienti con diabete mellito tipo 2, invece, sembra essere correlata alla presenza di un Team ed al rinforzo delle informazioni nel tempo (Loveman et al., 2008).

Come riportato anche nelle linee guida dell'American Diabetes Association (ADA, 2015),

Tutti i pazienti dovrebbero ricevere un'educazione all'autogestione ed un supporto in questa direzione ma meno del 7% riceve un'educazione all'autogestione

Oltre alle conoscenze, le *credenze* dei pazienti circa la malattia ed il trattamento, sono state al centro di diversi modelli teorici per comprendere i comportamenti connessi alla salute. Alcuni studi hanno evidenziato il ruolo giocato dalle rappresentazioni della malattia, intese come credenze implicite circa la malattia (Harvey e Lawson, 2009). In particolare, la diagnosi di diabete così come il vivere con tutte le conseguenze che porta con sé, richiede una rivalutazione cognitiva (appraisal cognitivo; Mathew et al. 2012). Il significato attribuito al diabete agisce direttamente sulla qualità di vita percepita, in entrambe le componenti della salute psicologica e fisica dei pazienti con DMT2 (Walker et al. 2015). In particolare, quando domina una rappresentazione del diabete associata alla percezione di controllo sulla patologia, le rappresentazioni della malattia sembrano avere un maggior impatto sul livello di qualità della vita prevalentemente nella dimensione della salute fisica; diversamente la percezione del diabete come fonte di stress sembra avere maggiormente un impatto associato alla componente mentale della qualità della vita.

Il modello di Leventhal (1992), tenendo in considerazione sia la componente cognitiva che emozionale, sembra essere il più utile tra i diversi modelli della rappresentazione della malattia (Harvey e Lawson, 2009). Si tratta di un modello sull'autoregolazione che vede il paziente come agente all'interno di un contesto socioculturale, i cui sforzi e le azioni sono regolati dalla credenze circa la malattia incluse identità, cause, conseguenze, durata, controllabilità della malattia (Leventhal et al. 2012). Secondo l'autore, le rappresentazioni della malattia sarebbero in grado di influenzare le strategie di coping messe in atto che a loro volta influenzano gli esiti connessi alla salute. Tale modello è risultato essere in grado di spiegare i comportamenti di autogestione dei pazienti adulti DMT1 e DMT2 e giovani con DMT1 (Nouwen et al., 2009; Skinner e Hampson, 2001, Watkins et al., 2000). In particolare per i pazienti adulti ed adolescenti con DMT1 le variabili che sembrano essere più in grado di predire l'adherence sono le conseguenze ed il controllo (McGrady et al., 2014).

E' assolutamente importante considerare il significato attribuito alla malattia nella popolazione di pazienti con DMT2 al fine di migliorare qualità della vita, in entrambe le componenti, fisica e mentale (Walker et al., 2015).

Numerosi studi condotti su pazienti con DMT1 e DMT2 (adulti ed adolescenti) hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione tra l'autoefficacia e l'autogestione (King et al., 2010; Nouwen et al., 2009; Sarkar et al., 2006). Negli adolescenti con DMT1, l'autoefficacia ed il controllo percepito sembrano essere correlati a tutti gli aspetti dell'autogestione del diabete, così come del controllo glicemico. Tra i pazienti con DMT2 che mostravano alti livelli di stress, sia il controllo che l'autoefficacia percepiti risultavano associati con un'adherence migliore. Molte evidenze

testimoniano come l'autoefficacia possa essere incrementata attraverso una varietà di interventi. Alcuni studi hanno documentato l'impatto della telemedicina sui livelli di autoefficacia percepiti e, conseguentemente sul controllo glicemico (Trief et al. 2009).

La qualità della vita

Gli aspetti oggettivi della qualità della vita si riferiscono a dimensioni quali le condizioni di salute, le condizioni abitative, quelle economiche-lavorative, le relazioni sociali; gli aspetti soggettivi si riferiscono, invece, al benessere percepito che non sempre corrisponde ad un livello oggettivamente definibile di funzionalità organica.

La condizione cronica del diabete è frequentemente correlata a bassi livelli di qualità di vita (Hayek et al., 2013). Anche l'alta prevalenza di vissuti depressivi nelle PCD favoriscono il deterioramento della qualità della vita. L'associazione tra depressione e bassi livelli di qualità della vita (Qol) sembra essere più marcata nei pazienti, sia adulti che bambini e ragazzi, con diabete mellito che presentano uno più scarso controllo glicemico (Ingersky et al., 2010). In particolare nei ragazzi, scarsi livelli di qualità della vita si associano ad una più scarsa adherence ed un peggiore controllo glicemico (Reid et al., 2013; Hilliard et al., 2011).

In nessuno dei tre gruppi di pazienti, inoltre, la qualità della vita sembra essere associata all'uso di strumentazioni specifiche di trattamento come CSII (microinfusore) e MDI (iniezioni multiple quotidiane) (Nicolucci et al., 2007).

Alcuni autori, si sono focalizzati sull'analisi e sul confronto dei livelli di qualità della vita nei pazienti con DMT1 bambini ed adolescenti, evidenziando come complessivamente, gli adolescenti presentino peggiori livelli della qualità della vita, rispetto al gruppo dei bambini (Nardi et al., 2008). Questo risultato potrebbe essere spiegato come correlato ad una fase delicata quale quella della pubertà, ma anche rispetto al fatto che incrementa la loro autonomia e tendenza a prendersi cura di sé e del diabete, autonomamente. Evidenze scientifiche dimostrano come una bassa qualità della vita influenzi l'autogestione ed il controllo sul diabete negli adolescenti con DMT1 (Hilliard e coll., 2011).

La Qol, invece risulta associata a dimensioni legate al trattamento in team multidisciplinare (vedi ad es: Rasekaba et al., 2012), ad interventi educazionali di gruppo/individuali (vedi ad es: Riedel et al., 2016), allo stile di vita del paziente e, in particolare, all'esercizio fisico (vedi ad es: Colac et al., 2006; Fallucca e Pozzilli, 2009).

Rispetto al setting dell'intervento, interventi di counselling individuali vs di gruppo sembrano equivalersi rispetto all'impatto sulla Qol (Vadstrup et al., 2011).

La qualità della vita è una dimensione correlata a molteplici aspetti della vita e del processo di cura del paziente diabetico, una criticità in questa dimensione indebolisce l'abilità a seguire un regime terapeutico.

Valutare accuratamente la percezione complessiva della qualità della vita e le conoscenze connesse alla malattia che possiedono pazienti risulta una necessità fondamentale all'interno di un percorso di cura del diabete, il più possibile individualizzato.

Complessivamente, è possibile affermare che:

Non esiste un unico modello, “ideale per tutti” da seguire per migliorare l'aderence, quanto strategie che possono essere adottate a seconda delle circostanze, degli individui, delle caratteristiche degli individui e delle caratteristiche degli operatori sanitari (Dias et al., 2011).

Bibliografia

- Anderson RM. (1995). Patient empowerment and the traditional medical model: a case of irreconcilable differences? *Diabetes Care* 18:412–415
- Avci D., Kelleci M. (2016). Alexithymia in patients with type 2 diabetes mellitus: the role of anxiety, depression, and glycemic control. *Patient Preference and Adherence*, 10 1271–1277. doi: <https://www.dovepress.com/by/79.56.104.101>
- Berkowitz SA., Karter AJ, Lyles CR, Liu JY, Schillinger D, Adler NE, Sarkar U. (2014). Low socioeconomic status is associated with increased risk for hypoglycemia in diabetes patients: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 25,478 – 490. doi:<http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2014.0106>
- Beverly, E. A., Miller, C. K., & Wray, L. A. (2008). Spousal support and food-related behavior change in middle-aged and older adults living with type 2 diabetes. *Health Education & Behavior*, 35,707–720. doi:10.1177/1090198107299787
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Vol. 1. attachment (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Celano CM, Beale EE., Moore SV, Wexler DJ, Huffman JC. (2013). Positive psychological characteristics in diabetes: A review. *Current Diabetes Reports*, 13, 917–929. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11892-013-0430-8>
- Chatzi L, Bitsios P, Solidaki E, Christou I, Kyrilaki E, Sfakianaki M, Kogevinas M, Kefalogiannis N, Pappas A (2009). Type 1 diabetes is associated with alexithymia in nondepressed, non-mentally ill diabetic patients: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 307–313. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.04.011
- ÇolaK T, Acar G, Dereli E, Ozgul B. et al. (2016). Association between the physical activity level and the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. *The Journal of Physical Therapy Science* 28: 142–147.
- Cunha M, André S, Granado J, Albuquerque C, Madureira A. (2015). Empowerment and adherence to the therapeutic regimen in people with diabetes. *Science direct, social and behavioral sciences* 171, 289–293. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.124
- Cunningham NR, Vesco AT, Dolan LM., Hood KK. (2011). From caregiver psychological distress to adolescent glycemic control: The mediating role of perceived burden around diabetes management. *Journal of Pediatric Psychology*, 36, 196–205. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsq071>

- Drobic Radobuljac M, Shmueli-Goetz Y (2014). Attachment to caregivers and type 1 diabetes in children. *Slovenian Journal of Public Health* 54(2): 126-130, doi 10.1515/sjph-2015-0019
- Fallucca F., Pozzilli P. (2009). Physical exercise, public health and quality of life in diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 25(Suppl 1): S1–S3. doi: 10.1002/dmrr
- Feldman BS, Cohen-Stavi CJ, Leibowitz M, Hoshen MB, Singer SR., Bitterman H, Balicer RD. (2014). Defining the role of medication adherence in poor glycemic control among a general adult population with diabetes. *PLoS ONE*, 9(9), e108145. doi:10.1371/journal.pone.0108145
- Fisher L, Mullan JT., Areal P, Glasgow RE, Hessler D, Masharani U. (2010). Diabetes distress but not clinical depression or depressive symptoms is associated with glycemic control in both crosssectional and longitudinal analyses. *Diabetes Care*, 33,23–28. doi: <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-1238>
- Gonzalez JS., PeyrotmM., McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, Safren SA. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 31,2398–2403. <http://dx.doi.org/10.2337/dc08-1341>
- Gonzalez JS, Tanenbaum ML, Commissariat PV (2016). Psychosocial Factors in Medication Adherence and Diabetes Self-Management: Implications for Research and Practice. *American Psychologist*, 71:7, 539–551 doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0040388>
- Hackett RA, Steptoe A.(2016), Psychosocial Factors in Diabetes and Cardiovascular Risk, *Curr Cardiol Rep.*;18(10):95. doi: 10.1007/s11886-016-0771-4.
- Harvey JN., Lawson, V. L. (2009). The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. *Diabetic Medicine*, 26,5–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x>
- Hayek AA, Robert AA, DawishMA, Zamzami MM, Sam AE, Alzaid AA (2013). Impact of an education program on patient anxiety, depression, glycemic control, and adherence to self-care and medication in Type 2 diabetes. *Journal of family and community medicine*, 20, 2, 78-82.
- Henry SL, Rook KS, Stephens MAP, Franks MM. (2013). Spousal undermining of older diabetic patients' disease management. *Journal of Health Psychology*,18, 1550–1561. doi:10.1177/1359105312465913
- Hilliard ME, Mann KA, Peugh JL, Hood KK. (2012). How poorer quality of life in adolescence predicts subsequent type 1 diabetes management and control. *Patient Education and Counseling*. 91, 120-125. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.014>
- Hintistan S, Cilingir D, Birinci N (2013). Alexithymia among elderly patients with diabetes Pakistan *Journal of Medical Sciences*, 29(6):1344-1348. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.296.2159>
- Housiaux M, Luminet O, Van Broeck N, Dorchy H. (2009). Alexithymia is associated with glycaemic control of children with type 1 diabetes. *Diabetes & Metabolism* 36, 455–462. doi:10.1016/j.diabet.2010.06.004
- Hunter C. M. (2016). Understanding diabetes and the role of psychology in its prevention and treatment. *American Psychologist*, 71,515–525. doi: [org/10.1037/a0040344](http://dx.doi.org/10.1037/a0040344)
- Ingerski LM, Laffel L, Drotar D, Repaske D, Hood KK (2010). Correlates of glycemic control and quality of life outcomes in adolescents with type 1diabetes. *Pediatric Diabetes* 11: 563–571. doi: 10.1111/j.1399-5448.2010.00645.x
- Karter, AJ, Stevens, MR., Herman WH., Ettner S., Marrero, DG, Safford MM, (2003). Out-of-pocket costs and diabetes preventive services:The Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD) study. *Diabetes Care*, 26,2294–2299. doi: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.26.8.2294>

- King DK., Glasgow RE, Toobert DJ, Strycker LA, Estabrooks, PA, Osuna D, Faber, AJ (2010). Self-efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes Care*, 33,751–753.doi: <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-1746>
- Lemche AV, Chaban OS, Lemche E. (2013). Alexithymia as a risk factor for type 2 diabetes mellitus in the metabolic syndrome: a cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 215, 438-443. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.004>
- Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M., Barata, P. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: A qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 13, 122.
- McGrady ME, Peugh JL, Hood Kh (2014). Illness representations predict adherence in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Psychology & Health*, 29, 9, 985–998, doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2014.899361>
- Leventhal H, Bodnar-Deren S, Breland, JY, Hash-Converse J, Phillips LA, Leventhal E.A, Cameron LD. (2012). Modeling health and illness behavior: The approach of thecommonsense model. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology*(2nd ed., 908 p). New York, NY: Erlbaum
- Leventhal H, Diefenbach M., Leventhal, EA. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16,143–163. doi:http://dx.doi.org/10.1007/BF01173486
- Lin MH, Connor CG, Ruedy KJ, Beck RW, Kollman C, Buckingham B. (2013). Race, socioeconomic status, and treatment center are associated with insulin pump therapy in youth in the first year following diagnosis of type 1 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 15,929 – 934. doi:http://dx.doi.org/10.1089/dia.2013.0132
- Loveman E, Frampton, G. K, Clegg, A. J. (2008). The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 12,1–116, iii. doi: <http://dx.doi.org/10.3310/hta12090>
- McClintock H, Boyle K, Rooney K, Bogner HR (2016). Diabetes and Depression Care: A Randomized Controlled Pilot Trial. *American journal of health behavior*, 40 (4) :503-513. doi: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.40.4.12>
- Mnifa L, Damak R, Mnifb F, Ouanes S, Abid M, Jaoua A, Masmoudi J (2014). Alexithymia impact on type 1 and type 2 diabetes: A case-control study. *Annales d'Endocrinologie*, 75, 213-219. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ando.2014.06.001>
- Morris L, Berry K, Wearden AJ, Jackson N, Dornan T, Davies R. (2009). Attachment style and alliance in patients with diabetes and healthcare professionals. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 5, 585–590. doi: 10.1080/13548500903193838
- Murphy, H. R., Rayman, G., Skinner, T. C. (2006). Psycho-educational interventions for children and young people with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 23,935–943. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01816.x>
- Naranjo D, Hessler DM., Deol R, Chesla CA. (2012). Health and psychosocial outcomes in U.S. adult patients with diabetes from diverse ethnicities. *Current Diabetes Reports*, 12,729 –738. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11892-012-0319-y>
- Nardi L, Zucchini S, D'Alborton F, Salardi S, Maltoni G, Bisacchi N, Elleri D, Cicognani A. (2008). Quality of life, psychological adjustment and metabolic control in youths with type 1 diabetes: a study with self- and parent-report questionnaires. *Pediatric Diabetes*, 9: 496–503. doi: 10.1111/j.1399-5448.2008.00414.x
- Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RIG, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30,767–777 doi:10.1111/dme.12245
- Nicolucci A, Maione A, Franciosi M, Amoretti R, Busetto E, Capani F, Bruttomesso D, Di Bartolo P, Girelli A, Leonetti F, Morviducci L, Ponzi P, Vitacolonna E (2007).Quality of life and treatment satisfaction in adults with Type 1 diabetes: a comparison between continuous subcutaneous insulin infusion and multiple daily injections. *DIABETICMedicine* 25, 213–220, doi: 10.1111/j.1464-5491.2007.02346.x

- Nouwen A., Urquhart Law G., Hussain S., McGovern S., Napier H. (2009). Comparison of the role of self-efficacy and illness representations in relation to dietary self-care and diabetes distress in adolescents with type 1 diabetes. *Psychology & Health*, 24,1071–1084. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870440802254597>
- Polonsky WH., Fisher L., Hessler, D., Edelman SV. (2015). Identifying the worries and concerns about hypoglycemia in adults with type 2 diabetes. *Journal of diabetes and its complications*, 29,1171–1176.
- Prigge JK, Dietz B, Homburg C, Hoyer WD, Burton JL (2015). Patient empowerment: A cross-disease exploration of antecedents and consequences. *International Journal of Research in Marketing*, 32, 375-386. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijresmar.2015.05.009>
- Rappaport J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*,15(2),121-148.
- Rasekaba TM, BPhysio MPH, Graco M, Risteski, BSc, Jasper A. et al. (2012). Impact of a Diabetes Disease Management Program on Diabetes Control and Patient Quality of Life. *Population Health Management*, 15, 1. doi: 10.1089/pop.2011.0002
- Reid AM, Balkhi AM, Amant JS, McNamara JPH, Silverstein JH, Navia L. (2013). Relations Between Quality of Life, Family Factors, Adherence, and Glycemic Control in Pediatric Patients With Type 1 Diabetes Mellitus. *Children's Health Care*, 42:295–310, doi: 10.1080/02739615.2013.842455
- Riedel E (2016). Improving Quality of life in Older Adults with Depression and Diabetes through Medication Compliance Education, Walden Dissertation and Doctoral Studies, Walden University
- Ryan CM., van Duinkerken E, Rosano C. (2016). Neurocognitive consequences of diabetes. *American Psychologist*, 71,563–576. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0040455>
- Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 29,823– 829. doi: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.29.04.06.dc05-1615>
- Skinner TC, Hampson SE. (2001). Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. A prospective study in adolescence. *Diabetes Care*, 24,828– 833. doi: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.24.5.828>
- Streisand R, Braniecki S, Tercyak KP, Kazak AE. (2001). Childhood illness-related parenting stress: The pediatric inventory for parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 26,155–162. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/26.3.155>
- Trief PM., Teresi JA., Eimicke JP, Shea S, Weinstock RS (2009). Improvement in diabetes self-efficacy and glycaemic control using telemedicine in a sample of older, ethnically diverse individuals who have diabetes: The IDEATel project. *Age and Ageing*, 38,219 –225. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afn299>
- Turan B, Osar Z, Turan JM, Ilkova H, Damci T (2003). Dismissing Attachment and Outcome in Diabetes: The Mediating Role of Coping. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 6, 607-626. doi: 10.1521/jscp.22.6.607.22933
- Vadstrup ES, Frolich A, Perrild H, Borg E, Roder M (2011). Health-related quality of life and self-related health in patients with type 2 diabetes: Effects of group-based rehabilitation versus individual counseling. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:110. doi: <http://www.hqlo.com/content/9/1/110>
- Van Dooren FEP, Denollet J, Verhey FRJ, et al. (2016). Psychological and personality factors in type 2 diabetes mellitus, presenting the rationale and exploratory results from The Maastricht Study, a population-based cohort study. *BMC Psychiatry*. 16:17. doi:10.1186/s12888-016-0722-z.
- Walker RJ, Lynch CP, Williams JS, Voronca D, Egede LE (2015). Meaning of illness and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 29, 665-669. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2015.04.006>
- Watkins KW, Connell CM., Fitzgerald JT, Klem L, Hickey T, Ingersoll-Dayton, B. (2000). Effect of adults' self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes. *Diabetes Care*, 23,1511–1515. doi: <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.23.10.1511>

CAPITOLO 2

I fattori di rischio nella malattia diabetica

Nell'ambito dell'analisi dei fattori di rischio associati alla patologia del diabete è necessario distinguere tra fattori di rischio pre-diagnosi predittivi della malattia diabetica e fattori di rischio post-diagnosi relativi alle complicanze nella gestione della malattia diabetica. Verranno trattati in due paragrafi distinti.

I fattori di rischio pre-diagnosi predittivi della malattia diabetica

La depressione e l'ansia come fattori predittivi della malattia diabetica

Esiste un'associazione forte e robusta tra la depressione e l'incidenza del diabete ma la direzione dell'associazione non è ancora chiara. La depressione oltre essere una conseguenza del diabete può favorirne l'insorgenza (diabete di tipo 2).

Importanti meta-analisi (Rotella, 2013b) e studi longitudinali documentano un maggior rischio di ammalarsi di diabete mellito di tipo 2 (ma non di diabete di tipo 1) tra gli adulti depressi, in particolare se maschi tra i 20 ei 50 anni (van den Akker et al., 2004). Il rischio è misurato in follow-up fino a 10 anni (Bădescu et al. 2016; Engum, 2007) e riguarda percentuali comprese tra il 37 (Knol, et al. 2006) e il 60% (Mezuk, et al., 2008), che scendono al 23% nei soggetti più giovani (Brown et al., 2005).

La depressione interagisce in modo sinergico con i livelli di emoglobina (A1c) aumentando il rischio di incidenza di diabete di tipo 2; in studi longitudinali con follow-up fino a 5 anni, infatti, negli adulti (Deschênes, 2016) e negli anziani (Graham et al., 2016) con sintomi pre-diabete (emoglobina glicata tra 6 e 6.5 e glicemia a digiuno tra 100 e 126) e alti livelli di sintomi depressivi si riscontra un maggior rischio di sviluppare il diabete rispetto alle persone senza sintomi pre-diabete e/o con sintomi depressivi più bassi.

La predittività del fattore depressivo sembra interagire, inoltre, con la sindrome metabolica, durante l'infanzia e l'età adulta, e con l'obesità. La depressione predice fortemente la disregolazione del glucosio, che, a sua volta, amplifica l'influenza dell'obesità e l'aumento del rischio di diabete (Tsenkova, 2016), soprattutto nelle donne e in età adulta (Pulkki-Råback, 2009). Perciò, le persone che manifestano sintomi depressivi associati con sintomi di disregolazione metabolica (obesità, glicemia elevata, ipertensione, elevati livelli di trigliceridi e diminuita lipoproteina ad alta densità) riportano un più alto rischio di diabete, rispetto al gruppo di controllo (Schmitz 2016).

Infine, anche l'uso continuo di antidepressivi sembra significativamente associato con il rischio di diabete, rendendo gli antidepressivi piuttosto che la depressione collegati all'incidenza di DM2 (Bădescu et al., 2016; Brown et al., 2005).

Tra i disturbi d'ansia, solo disturbo da stress post-traumatico (PTSD) ha dimostrato di predire l'insorgenza di T2D (Atlantis, Vogelzangs, Cashman, e Penninx, 2012; Miller-Archie et al., 2014).

I meccanismi patogenetici che collegano la depressione con il diabete non sono ancora chiari (Rotella, 2013b). Infatti, i sintomi di depressione e ansia emergono come fattori di rischio significativi per l'insorgenza del diabete di tipo 2 indipendentemente dai classici fattori di rischio per il diabete (fattori socio-economici, stile di vita, markers della sindrome metabolica). Una possibile spiegazione per l'aumento del rischio di diabete di tipo 2 quando si hanno sintomi di depressione e ansia possono essere lo stress cronico o ricorrente con incremento intermittente o continuo dell'attività di cortisolo e dell'adrenalina in individui biologicamente vulnerabili (Engum, 2007). A ciò va aggiunto che solitamente la depressione è accompagnata da condizioni che accrescono il rischio di sviluppare il diabete, come ad esempio più frequenti variazioni del peso corporeo o minori probabilità di impegnarsi in comportamenti sani come l'esercizio fisico (Brown et al., 2005).

La salute mentale ha un ruolo critico nella progressione dalla situazione pre-diabete all'insorgenza di diabete di tipo 2.

L'individuazione precoce, il monitoraggio e un approccio globale di gestione di entrambe le condizioni (ansia e depressione) potrebbe essere un'importante strategia di prevenzione del diabete.

Uno screening precoce per lo status psicologico e per una valutazione psicosociale regolare nella progressione dalla situazione pre-diabete all'insorgenza del diabete è raccomandato. La depressione e l'ansia dovrebbero essere incluse tra i fattori di rischio da valutare nello screening per il diabete.

La ricerca futura dovrebbe concentrarsi sull'identificazione dei meccanismi che collegano queste condizioni (sintomi pre-diabete, depressione, disregolazione metabolica, obesità).

Le caratteristiche di personalità come fattori predittivi della malattia diabetica

Recenti ricerche (Jokela, et al. 2014), hanno individuato nella bassa-coscienziosità, una disposizione cognitivo-comportamentale che riflette il comportamento negligente e una mancanza di autocontrollo e pianificazione. Questa dimensione di personalità sembra essere il tratto di personalità maggiormente associato a con diagnosi di diabete (Goodwin et al., 2006; Goodwin & Friedman, 2006; Cheng, Treglown, Montgomery, e Furnham, 2015; Jokela et al., 2014; Čukić & Weiss, 2014).

Sono state inoltre riconosciute associazioni tra bassa coscienziosità e alcuni fattori di rischio del diabete quali le abitudini alimentari non salutari (Möttus, Luciano, et al., 2013.; Möttus, McNeill, et al 2013.; Möttus, Realo, Allik, Esko e Metspalu, 2012), livelli non ottimali di attività fisica (Rhodes & Smith, 2006) e un alto indice di massa corporea (Phillips et al., 2010; Vainik et al., 2015). Queste variabili sembrano mediare la relazione tra caratteristiche di personalità e diabete; mediatore più forte risulta essere l'indice di massa corporea.

Tra i disturbi di personalità predisponenti, il Disturbo di Personalità Borderline (BPD) è stato associato con molti outcomes di salute fisici negativi, tra cui un aumento del rischio per le malattie croniche gravi come il diabete, questo anche a causa del fatto che il BPD è anche collegato con l'obesità (Powers & Oltmanns, 2013).

Questi risultati indicano le caratteristiche della personalità borderline come un importante fattore di rischio per gravi problemi di salute in età adulta; in particolare, l'obesità sembra essere un fattore che porta a più problemi di salute tra gli individui con caratteristiche BPD.

La salute mentale ha un ruolo critico nella progressione dalla situazione pre-diabete all'insorgenza di diabete

Uno screening precoce delle caratteristiche di personalità e dei disturbi di personalità nello screening per il diabete è raccomandato

I Disturbi del Comportamento Alimentare come fattori predittivi della malattia diabetica

I DCA, in media, si sviluppano dopo la diagnosi di diabete in soggetti con diabete di tipo 1, ma prima della diagnosi di diabete nei soggetti con diabete di tipo 2 (Gagnon, 2016).

Le preoccupazioni inerenti la gestione del peso e la dieta insite nel diabete di tipo 1 sembrano predisporre lo sviluppo di DCA, al contrario i DCA appaiono spesso prima nei casi di comorbidità con diabete di tipo 2.

Sono considerati, per questo, fattori di rischio per l'insorgenza, in particolare, del diabete di tipo 2.

I meccanismi che collegano il diabete mellito e l'obesità trovano spiegazione nell'aumento della quantità di acidi grassi liberi, glicerolo, ormoni, citochine e altre sostanze coinvolte nello sviluppo della resistenza all'insulina; l'insulino-resistenza, a sua volta, compromettendo la funzione delle β -cellule, porta allo sviluppo del diabete (Al-Goblan 2014).

Recentemente l'insoddisfazione per il proprio peso è stata individuata come fattore di rischio di diabete di tipo 2 (Wirth, 2014). In particolare, l'insoddisfazione per il proprio peso, soprattutto se protratta per molti anni, risulta associata con un minor numero di comportamenti di salute positivi, tra cui meno attività fisica e più alti livelli di glucosio e di colesterolo.

Indici di massa corporea, immagine corporea, soddisfazione del proprio peso, sintomi depressivi, quali predittori della patologia diabetica, dovrebbero essere valutati in modo sistematico ed essere strettamente monitorati

I fattori di rischio post-diagnosi relativi alle complicanze della malattia diabetica

I Disturbi del Comportamento Alimentare come fattori di rischio per l'insorgenza delle complicanze della malattia diabetica

I DCA, vanno considerati fattori di rischio sia per l'insorgenza della patologia che per la comparsa di complicanze della patologia diabetica. Ampiamente documentata risulta, infatti la relazione tra DCA e diabete (Young-Hyman, & Davis, 2010). Diversi studi hanno suggerito che i disturbi alimentari sono più comuni nei soggetti con diabete rispetto a quelli senza diabete.

Le variabili che potenzialmente influenzano lo sviluppo dei DCA nelle persone con diabete, oltre ai sintomi depressivi, si rintracciano negli stili di coping e nel tipo di diabete.

Rispetto agli stili di coping, nel diabete di tipo 1, i DCA sono predetti da stili di coping di evitamento mentre nel diabete di tipo 2 la comparsa dei DCA è predetta da strategie di coping orientate al compito.

L'insorgenza della comorbidità con i DCA è diversa nei due tipi di diabete; mentre nel diabete di tipo 2 i DCA appaiono spesso prima della comparsa della patologia, tanto da essere considerati fattori di rischio, nel diabete di tipo 1, le preoccupazioni inerenti la gestione del peso e la dieta sembrano predisporre lo sviluppo di DCA. I pazienti con diabete di tipo 1, cioè, hanno maggiori probabilità di presentare condotte alimentari restrittive e omissione di farmaci (insulina) al fine di perdere peso rispetto ai pazienti con diabete di tipo 2 (Gagnon, 2016). I fattori associati con il trattamento del diabete di tipo 1 possono contribuire a creare preoccupazioni rispetto al mangiare ed al peso in questa popolazione e possono predisporre gli individui con il diabete a sviluppare specifici comportamenti alimentari disturbati.

La prescrizione dietetica potrebbe facilitare l'insorgenza di DCA, che nelle donne arriva ad un rischio stimato tra il 60 e l'80% (Colton et al., 2015; Goebel-Fabbri et al., 2008). Inoltre, la depressione dell'umore associata al diabete sembrerebbe facilitare, in questi pazienti, l'insorgenza di binge eating (Mannucci et al., 2016). I disturbi alimentari prevalentemente connessi con abbuffate e condotte di eliminazione, come la bulimia nervosa (Mannucci et al., 2016) e binge-eating, sono molto comuni tra le adolescenti e giovani donne con diabete di tipo 1 (Rodin et al., 2002; Jones et al., 2000; Goncalves, 2016).

Nei soggetti con diabete di tipo 1, soprattutto se donne, i disturbi alimentari sono spesso associati con insoddisfazione del corpo, più alto indice di massa corporea e restrizione dietetica (Goncalves, 2016). In particolare, il comportamento di omissione di insulina, come metodo di controllo del peso è stato segnalato dal 27% dei casi (Goebel-Fabbri et al., 2008; Rodin et al., 2002; Jones et al., 2000; Neumark-Sztainer et al., 2002). Tra gli adolescenti con diabete di tipo 1, le pratiche di controllo del peso malsane sono molto più diffuse tra le ragazze, tra le quali l'incidenza del comportamento arriva fino al 38%, rispetto alla percentuale dei ragazzi, stimata intorno al 16% (Neumark-Sztainer et al., 2002).

Soprattutto nel diabete di tipo 1, l'insorgenza di DCA sembra favorita da un funzionamento familiare critico (Rodin et al., 2002). I rapporti familiari caratterizzati da scarsa coesione, ridotto sostegno, comunicazione povera, limitata fiducia nel rapporto con le figure genitoriali risultano associati a disturbi alimentari in ragazze e ragazzi (Neumark-Sztainer et al., 2002).

In particolare, gli atteggiamenti alimentari materni emergono come un fattore predittivo longitudinale dei disordini alimentari nelle figlie pre-adolescenti con diabete di tipo 1 (Colton et al., 2007).

I DCA sono molto diffusi anche nel diabete di tipo 2, e possono interessare circa il 40% dei pazienti prevalentemente nelle forme cliniche dei disturbi alimentari non altrimenti specificati, *Night Eating Syndrome* (NES) e *Binge Eating Disorder* (BED) (García-Mayor et al., 2016; Allison et al., 2007; Herpertz et al., 2000). Il rischio di questo tipo di complicanze è maggiore nei pazienti sotto regime dietetico e quelli con sovrappeso o obesità.

Il *Binge eating disorder*, diffuso soprattutto tra le persone più giovani (Linder, Fradkin, Rodgers, 2013; Allison et al., 2007), interessa circa un quarto (25,6%) dei soggetti con diabete di tipo 2 (Crow et al., 2001; Allison et al., 2007). A sua volta la diagnosi di BED è associata con obesità maggiore (Herpertz et al., 2000) e con importanti implicazioni per la gestione del diabete di tipo 2. La presenza di abbuffate in giovani con diabete di tipo 2 è particolarmente preoccupante data l'associazione delle abbuffate con l'aumento di peso accelerato in coloro che sono già in sovrappeso.

La *Night Eating Syndrome* è stata segnalata più frequentemente del *Binge Eating Disorder*; entrambe le diagnosi sono correlate a livelli più alti di umore depresso (Allison et al., 2007).

Anche nel diabete di tipo 2 sono le donne ad essere più preoccupate per il loro aspetto e il loro peso rispetto agli uomini: gli sforzi di controllo del peso delle donne sono generalmente più intensi, ciò porta ad una maggiore insoddisfazione e ad uno stato d'animo depressivo in caso di fallimenti ripetuti.

Nei pazienti diabetici di tipo 2 in sovrappeso e con disordine alimentare si rintraccia più frequentemente una sintomatologia psicopatologica rispetto ai pazienti senza disordine alimentare. Oltre ai problemi legati al peso, al corpo ed all'alimentazione, essi mostrano più bassi livelli di autostima e sintomi psicopatologici considerevolmente più depressivi (Herpertz et al., 2000).

Nelle PCD di tipo 1 e 2, soprattutto se donne e di giovane età, uno screening precoce per l'insorgenza dei DCA è fortemente consigliato
Nelle PCD di tipo 2 in sovrappeso o obese uno screening precoce per sintomatologia psicopatologica è consigliato
Lo screening sul funzionamento familiare, in particolare in presenza di diagnosi di diabete di tipo 1 in soggetti adolescenti, è consigliato
Monitorare periodicamente lo status emotivo del paziente ed l'efficacia supportiva della rete familiare, soprattutto in donne giovani con diabete di tipo 1, è consigliato
Fornire interventi psicologici, individuali, di gruppo, familiari, è consigliato

La documentata e forte relazione tra DCA e diabete 1 e 2 ha motivato uno specifico ed esteso interesse per la gestione di questo esito della patologia orientato particolarmente verso il cambiamento degli stili di vita che verrà trattato dettagliatamente in un capitolo dedicato, nella sezione Interventi

Depressione e ansia come fattori di rischio per l'insorgenza delle complicanze della malattia diabetica

Sintomi depressivi ed ansiosi sono tra le complicanze più comuni nei pazienti diabetici (Collins e al., 2009; Lloyd et al., 2000); entrambi interferiscono con i comportamenti di l'auto-cura e compromettono le capacità di controllo glicemico (Mueser & McGurk, 2004; Katon et al., 2010).

Depressione: prevalenza e screening

Studi cross-sectional e meta-analisi indicano una prevalenza di depressione del 21.3% per gli adulti con diabete di tipo 1, dal 27% al 38% in adulti con diabete di tipo 2 (Anderson, Freedland, Clouse, and Lustman, 2001; Nouwen et al., 2010; Rotella & Mannucci, 2013; Thomas et al., 2003; Fisher et al., 2008; Bădescu et al., 2016; Johnson et al., 2013; Hood et al., 2006; de Groot, Golden, & Wagner, 2016). Anche nei bambini la prevalenza di ansia e depressione raddoppia mentre negli adolescenti è fino a tre volte maggiore, rispetto ai giovani senza diabete (Grey et al., 2002; Khan et al., 2013). Questa differenza tra fasce d'età è probabilmente causata dalla crescente maturità fisica, cognitiva ed emotiva che può seriamente complicare il trattamento del diabete.

Rispetto al genere, gli uomini hanno più probabilità di avere sintomi depressivi, mentre le donne riferiscono più frequentemente sintomi di ansia (Lloyd et al., 2000; Collins e al., 2009). Lo status socioeconomico superiore e l'età avanzata sono invece fattori protettivi per ansia e depressione.

Nelle PCD di tipo 2 la quota di depressione è più alta tra coloro che fanno uso di insulina rispetto ai pazienti che usano soltanto un regime alimentare o un intervento sugli stili di vita (Hermanns, Kulzer, Krichbaum, Kubiak, & Haak, 2005). Anche l'uso dell'insulina e le ipoglicemie ricorrenti causano un maggior disagio al paziente esponendolo ad un maggior rischio di burden (Holt, de Groot, & Golden, 2014).

La depressione è un fattore importante di rischio perché favorisce, a sua volta, numerose altre condizioni negative. In pazienti diabetici di tipo 1 è associata con un controllo glicemico inadeguato (Melin, 2013) e, quindi, a complicanze a lungo termine.

Complessivamente, le PCD, sia in età adulta (Johnson et al., 2013) che giovanile (Buchberger, 2016; Baucom, 2015; McGrady and Hood, 2010; Hood et al., 2006), con livelli di depressione più elevati mostrano un maggiore livello di HbA1c, un monitoraggio meno frequente della glicemia, un maggiore stress quotidiano, una adherence più bassa e un aumento del rischio di ospedalizzazione. Basso livello di qualità della vita (Goldney et al., 2004), bassa autostima, disturbi alimentari e suicidio/ideazione suicidaria, scarsa coesione familiare, difficoltà psico-sociali sono altre condizioni spesso rintracciate tra le PCD depresse rispetto a quelle non depresse (Grey et al., 2002).

Ansia: prevalenza e screening

Sia gli adulti con diabete di tipo 1 che di tipo 2 hanno una prevalenza di disturbi d'ansia maggiore del 20% rispetto a quelli senza diabete (Smith et al., 2013), e tassi di disturbo d'ansia generalizzato più alti. Sono a più alto rischio di patologia ansiosa le donne, gli individui più giovani, quelli con storia di malattia più lunga e quelli con comorbidità. (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse, e Lustman, 2002). L'evidenza suggerisce che i disturbi d'ansia sono altamente persistenti nelle persone con il diabete (Fisher et al., 2008).

Alcune forme di ansia sono specifiche del diabete come la paura di complicanze, ipoglicemia, e procedure invasive. Preoccuparsi della possibilità di gravi complicanze a lungo termine

è spesso valutato come l'aspetto più doloroso sia da PCD di

T1D e T2D (Snoek, Pouwer, Welch, e Polonsky, 2000). Allo stesso modo, anche episodi di ipoglicemia possono essere imprevedibili o inspiegabili per la PCD di

T1D e T2D e possono essere vissuti con avversione e/o imbarazzo. La paura del potenziale pericolo di vita e la natura di questa complicazione acuta e ricorrente può portare a cambiamenti nei comportamenti di auto-cura (Shepard, Vajda, Nyer, Clarke, e Gondar-Frederick, 2014). Una fobia specifica che è particolarmente problematica per pazienti con T1D e T2D è il timore di specifici comportamenti invasivi di autocura come la paura delle iniezioni, l'auto-monitoraggio del glucosio nel sangue e l'inserimento del dispositivo per l'infusione di insulina per via sottocutanea. Sebbene la prevalenza di questa fobia specifica non sia più molto comune, questo disturbo, o sintomi subclinici di esso, possono compromettere la cura del diabete in adulti e bambini (Cemeroglu et al., 2015), essere un ostacolo per la transizione dalla **terapia orale a quella iniettiva** in adulti più anziani con T2D (Bahrmann et al., 2014) o ostacolare la rotazione del sito iniettivo (Patton, Eder, Schwab, & Sisson, 2010).

I sintomi d'ansia e quelli di ipoglicemia, inoltre, possono risultare molto simili. I pazienti andrebbero incoraggiati a discriminare quale sia l'evenienza che ha determinat quei sintomi e ad a effettuare il monitoraggio del glucosio durante i sintomi ansiosi.

Grazie alla mancanza di effetti collaterali, le terapie non farmacologiche sono preferibili come terapia iniziale per l'ansia nel diabete; la maggior parte degli studi mostrano effetti piccoli ma statisticamente significativi. Piccoli studi controllati di terapia cognitiva mindfulness-based (van Son et al., 2013), così come la formazione e la psicoeducazione sembrano migliorare i sintomi d'ansia nei pazienti con diabete di tipo 1 (Hopkins et al., 2012) e T2D (Penckofer et al., 2012).

Nelle PCD di tipo 1 e 2, soprattutto se uomini, di giovane età, con status socioeconomico basso, uno screening precoce e un monitoraggio periodico per l'insorgenza dei sintomi depressivi è fortemente consigliato

Pazienti con particolari situazioni di criticità (ipoglicemie ricorrenti e uso di insulina) vanno attenzionati per un maggiore rischio di depressione.

Nelle PCD di tipo 1 e 2, soprattutto se donne, di giovane età, con storia di malattia lunga e comorbidità, uno screening precoce e un monitoraggio periodico per l'insorgenza dei sintomi ansiosi è fortemente consigliato

Il monitoraggio del glucosio durante i sintomi ansiosi è suggerito

Essendo la depressione la più diffusa complicanza psicologica della malattia diabetica verranno presentati gli interventi psico-sociali sperimentati per la gestione della depressione dei pazienti diabetici, in un capitolo dedicato, nella sezione Interventi.

I rapporti familiari come fattori di rischio per l'insorgenza delle complicanze della malattia diabetica

I rapporti familiari sono aspetti di vita del paziente diabetico che riscuotono una attenzione crescente nella letteratura poiché si è sempre più consapevoli che, a seconda della loro qualità e configurazione, essi possono costituire una risorsa o rappresentare un importante fattore di rischio per l'insorgenza delle complicanze della malattia diabetica.

Sia aspetti di struttura familiare (ad es.: coabitazione dei genitori, stato di occupazione paterna, ecc) sia dinamiche familiari e di comunicazione (ad es.: coinvolgimento dei genitori nella gestione della patologia, accordo tra genitore-adolescente sulla cura del diabete) hanno un rilevante impatto sui livelli di HbA1c negli anni dell'adolescenza. In particolare le dinamiche familiari e di comunicazione sembrano essere importanti determinanti degli esiti metabolici negli adolescenti con diabete, indipendentemente dal contesto culturale (Cameron et al., 2008).

I fattori familiari, in particolare la percezione di calore e di cura da parte dei genitori, svolgono un ruolo significativo anche nella presenza o assenza di episodi di chetoacidosi diabetica (DKA) (Geffken, 2008).

Il coinvolgimento dei genitori nel diabete degli adolescenti è considerato composto da tre distinti, ma correlati, fattori latenti: la qualità della relazione, il coinvolgimento comportamentale e il controllo. Tutti e tre i fattori influenzano singolarmente l'aderence e il controllo glicemico degli adolescenti (Anderson, 2002; Shorer, 2011; Cameron et al., 2008; Palmer et al., 2011) mentre il conflitto familiare e il conflitto legato al tema del diabete in particolare è significativamente correlato ad un minore controllo glicemico (HbA1c) (Anderson, 2009).

Uno stile di parenting autorevole è positivamente correlato con un migliore controllo metabolico e migliore cura di sé; infatti genitori autorevoli possono impegnarsi in comportamenti che promuovono la cura di sé e il controllo metabolico, come dare feedback positivi regolari, fornire rinforzi per promuovere la compliance e pianificare attività di auto-cura con l'adolescente (Greene et al., 2010). Al contrario, un eccessivo coinvolgimento genitoriale è associato a sintomi depressivi nei bambini/ragazzi (Gruhn, 2016).

Sia nel diabete di tipo 1 che 2, lo stile di parenting autorevole materno favorisce un miglior controllo metabolico e una migliore cura di sé nel diabete, mentre un parenting autorevole paterno favorisce comportamenti di auto-cura (ad esempio, iniezioni di insulina al momento opportuno, test del glucosio nel sangue, non saltare i pasti). Al contrario un parenting permissivo sia di madri/padri è associato ad esiti metabolici più bassi e ad una più bassa adherence (Saletsky, 2014; Shorer et al., 2011).

Complessivamente, stili genitoriali orientati al sostegno dell'autonomia ed un maggiore coinvolgimento dei genitori inteso come responsabilità per le attività riguardanti il diabete sono associati ad una migliore adherence (Landers, 2016).

La giusta implicazione nella gestione della patologia diabetica di un familiare, soprattutto se minore, è un equilibrio complesso da raggiungere e difficile da mantenere; la condizione più favorevole sembra quella in cui un caregiver primario (solitamente la madre) è percepito come supportivo ed è affiancato da un caregiver secondario (solitamente il padre) disponibile e di sostegno a quello primario (Wysocki et al., 2009; Hansen, 2012).

Uno screening precoce delle risorse e criticità presenti nel sistema familiare di appartenenza del paziente è fortemente raccomandato.

Una valutazione regolare nella evoluzione e adattamento del sistema famiglia alla patologia diabetica è raccomandato.

In sintesi, l'interazione tra fattori psicosociali e diabete è complessa e lo screening per i fattori di rischio psicosociali dalla diagnosi di diabete è fortemente raccomandato.

L'analisi della letteratura ha confermato un'elevata prevalenza di sintomi di depressione, ansia, disturbi del comportamento alimentare e particolari stili familiari e parentali nei soggetti con diabete che potenzialmente predicono l'insorgenza di diabete (Fattori Pre-Diagnosi), o che potenzialmente compromettono la gestione del diabete e il controllo glicemico, o al contrario ne prevengono le complicanze (Fattori Post-Diagnosi).

Bibliografia

Akker, M., Schuurman, A., Metsemakers, J., & Buntinx, F. (2004). Is depression related to subsequent diabetes mellitus?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 178-183.

Al-Goblan, A. S., Al-Alfi, M. A., & Khan, M. Z. (2014). Mechanism linking diabetes mellitus and obesity. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 7, 587-591. <http://dx.doi.org/10.2147/DMSO.S67400>

Allison, K. C., Crow, S. J., Reeves, R. R., West, D. S., Foreyt, J. P., DiLillo, V. G., ... & Stunkard, A. J. (2007). Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity*, 15(5), 1287-1293. DOI: 10.1038/oby.2007.150

Anderson, B. J., Holmbeck, G., Iannotti, R. J., McKay, S. V., Lochrie, A., Volkening, L. K., & Laffel, L. (2009). Dyadic measures of the parent-child relationship during the transition to adolescence and glycemic control in children with type 1 diabetes. *Families, Systems, & Health*, 27(2), 141. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015759>

Anderson, B. J., Vangsness, L., Connell, A., Butler, D., Goebel-Fabbri, A., Laffel, L. M. (2002). Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 19(8), 635-642. DOI: 10.1046/j.1464-5491.2002.00752.x

Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.6.1069>

Atlantis, E., Vogelzangs, N., Cashman, K., & Penninx, B. J. (2012). Common mental disorders associated with 2-year diabetes incidence: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 142, S30-S35. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(12\)70006-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(12)70006-X)

Bădescu, S. V., Tătaru, C., Kobylinska, L., Georgescu, E. L., Zahiu, D. M., Zăgrean, A. M., & Zăgrean, L. (2016). The association between Diabetes mellitus and Depression. *Journal of Medicine and Life*, 9(2), 120.

Bahrman, A., Abel, A., Zeyfang, A., Petrak, F., Kubiak, T., Hummel, J., ... & Bahrman, P. (2014). Psychological insulin resistance in geriatric patients with diabetes mellitus. *Patient education and counseling*, 94(3), 417-422. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.11.010>

Baucom, K. J., Queen, T. L., Wiebe, D. J., Turner, S. L., Wolfe, K. L., Godbey, E. I., ... & Berg, C. A. (2015). Depressive symptoms, daily stress, and adherence in late adolescents with type 1 diabetes. *Health Psychology*, 34(5), 522. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000219>

- Brown, L. C., Majumdar, S. R., Newman, S. C., & Johnson, J. A. (2005). History of depression increases risk of type 2 diabetes in younger adults. *Diabetes care*, 28(5), 1063-1067. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.5.1063>
- Buchberger, B., Huppertz, H., Krabbe, L., Lux, B., Mattivi, J. T., & Siafarikas, A. (2016). Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 70, 70-84. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.04.019>
- Cameron, F. J., Skinner, T. C., De Beaufort, C. E., Hoey, H., Swift, P. G., Aanstoot, H., ... & Danne, T. (2008). Are family factors universally related to metabolic outcomes in adolescents with Type 1 diabetes?. *Diabetic Medicine*, 25(4), 463-468. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02399.x
- Cheng, H., Treglown, L., Montgomery, S., & Furnham, A. (2015). Associations between familial factor, trait conscientiousness, gender and the occurrence of type 2 diabetes in adulthood: Evidence from a British cohort. *PLoS ONE*, 10(5). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0122701>
- Cemeroglu, A. P., Can, A., Davis, A. T., Cemeroglu, O., Kleis, L., Daniel, M. S., . . . Koehler, T. J. (2015). Fear of needles in children with T1D mellitus on multiple daily injections (MDI) and continuous subcutaneous insulin infusion (CSII). *Endocrine Practice*, 21, 46–53.
- Collins, M. M., Corcoran, P., & Perry, I. J. (2009). Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*, 26(2), 153-161. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02648.x
- Colton, P. A., Olmsted, M. P., Daneman, D., Farquhar, J. C., Wong, H., Muskat, S., & Rodin, G. M. (2015). Eating disorders in girls and women with type 1 diabetes: a longitudinal study of prevalence, onset, remission, and recurrence. *Diabetes Care*, 38(7), 1212-1217. <https://doi.org/10.2337/dc14-2646>
- Colton, P. A., Olmsted, M. P., Daneman, D., Rydall, A. C., & Rodin, G. M. (2007). Natural history and predictors of disturbed eating behaviour in girls with type 1 diabetes. *Diabetic medicine*, 24(4), 424-429. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2007.02099.x
- Cox, D. J., Gonder-Frederick, L., Polonsky, W., Schlundt, D., Kovatchev, B., & Clarke, W. (2001). Blood glucose awareness training (BGAT-2): Long-term benefits. *Diabetes Care*, 24, 637–642. <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.24.4.637>
- Crow, S., Kendall, D., Praus, B., & Thuras, P. (2001). Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 222-226. DOI: 10.1002/eat.1077
- Čukić, I., & Weiss, A. (2014). Personality and diabetes mellitus incidence in a national sample. *Journal of psychosomatic research*, 77(3), 163-168. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.004>
- de Groot, M., Golden, S. H., & Wagner, J. (2016). Psychological conditions in adults with diabetes. *American Psychologist*, 71(7), 552. <http://dx.doi.org/10.1037/a0040408>
- Deschênes, S. S., Burns, R. J., Graham, E., & Schmitz, N. (2016). Prediabetes, depressive and anxiety symptoms, and risk of type 2 diabetes: A community-based cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 85-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.08.011>
- Engum, A. (2007). The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. *Journal of psychosomatic research*, 62(1), 31-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.009>
- Fisher, L., Skaff, M. M., Mullan, J. T., Arean, P., Glasgow, R., & Masharani, U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 25(9), 1096-1101. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02533.x
- Gagnon, C., Aimé, A., & Bélanger, C. (2017). Predictors of Comorbid Eating Disorders and Diabetes in People with Type 1 and Type 2 Diabetes. *Canadian journal of diabetes*, 41(1), 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2016.06.005>
- García-Mayor, R. V., & García-Soidán, F. J. (2016). Eating disorders in type 2 diabetic people: Brief review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2016.08.004>

- Geffken, G. R., Lehmkuhl, H., Walker, K. N., Storch, E. A., Heidgerken, A. D., Lewin, A., ... & Silverstein, J. (2008). Family functioning processes and diabetic ketoacidosis in youths with type I diabetes. *Rehabilitation Psychology*, 53(2), 231. <http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.53.2.231>
- Goebel-Fabbri, A. E., Fikkan, J., Franko, D. L., Pearson, K., Anderson, B. J., & Weinger, K. (2008). Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 31(3), 415-419. <https://doi.org/10.2337/dc07-2026>
- Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes care*, 27(5), 1066-1070. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1066>
- Gonçalves, S., Barros, V., & Gomes, A. R. (2016). Eating-disordered behaviour in adolescents with type 1 diabetes. *Canadian journal of diabetes*, 40(2), 152-157. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.09.011>
- Goodwin, R. D., & Friedman, H.S. (2006). Health status and the five-factor personality traits in a nationally representative sample. *Journal of Health Psychology*, 11, 643-654. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105306066610>
- Goodwin, R.D., Cox, B.J., & Clara, I. (2006). Neuroticism and physical disorders among adults in the community: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 229-238. DOI: 10.1007/s10865-006-9048-5
- Graham, E., Au, B., & Schmitz, N. (2016). Depressive symptoms, prediabetes, and incident diabetes in older English adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. DOI: 10.1002/gps.4634
- Greene, M. S., Mandleco, B., Roper, S. O., Marshall, E. S., & Dyches, T. (2010). Metabolic control, self-care behaviors, and parenting in adolescents with type 1 diabetes a correlational study. *The Diabetes Educator*, 36(2), 326-336. DOI: 10.1177/0145721710361270
- Grey, M., Whittemore, R., & Tamborlane, W. (2002). Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. *Journal of psychosomatic research*, 53(4), 907-911. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00312-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00312-4)
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 53(6), 1053-1060. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00417-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00417-8)
- Gruhn, M. A., Lord, J. H., & Jaser, S. S. (2016). Collaborative and overinvolved parenting differentially predict outcomes in adolescents with Type 1 diabetes. *Health Psychology*, 35(7), 652. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000349>
- Hansen, J. A., Weissbrod, C., Schwartz, D. D., & Taylor, W. P. (2012). Paternal involvement in pediatric Type 1 diabetes: fathers' and mothers' psychological functioning and disease management. *Families, Systems, & Health*, 30(1), 47. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027519>
- Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T., & Haak, T. (2006). How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia*, 49(3), 469-477. doi:10.1007/s00125-005-0094-2
- Herpertz, S., Albus, C., Lichtblau, K., Köhle, K., Mann, K., & Senf, W. (2000). Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: a multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 68-77. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<68::AID-EAT8>3.0.CO;2-R
- Holt, R. I., De Groot, M., & Golden, S. H. (2014). Diabetes and depression. *Current diabetes reports*, 14(6), 1-9. DOI: 10.1007/s11892-014-0491-3
- Hood, K. K., Huestis, S., Maher, A., Butler, D., Volkening, L., & Laffel, L. M. (2006). Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 29(6), 1389-1389. <https://doi.org/10.2337/dc06-0087>

- Hopkins, D., Lawrence, I., Mansell, P., Thompson, G., Amiel, S., Campbell, M., & Heller, S. (2012). Improved biomedical and psychological outcomes 1 year after structured education in flexible insulin therapy for people with type 1 diabetes: The U. K. DAFNE experience. *Diabetes Care*, 35, 1638–1642. <http://dx.doi.org/10.2337/dc11-1579>
- Johnson, B., Eiser, C., Young, V., Brierley, S., & Heller, S. (2013). Prevalence of depression among young people with Type 1 diabetes: a systematic review. *Diabetic Medicine*, 30(2), 199-208. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2012.03721.x
- Jokela, M., Elovainio, M., Nyberg, S. T., Tabák, A. G., Hintsa, T., Batty, G. D., & Kivimäki, M. (2014). Personality and risk of diabetes in adults: Pooled analysis of 5 cohort studies. *Health Psychology*, 33(12), 1618-1621. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000003>
- Jones, J. M., Lawson, M. L., Daneman, D., Olmsted, M. P., & Rodin, G. (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *Bmj*, 320(7249), 1563-1566. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7249.1563>
- Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., . . . McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *The New England Journal of Medicine*, 363, 2611–2620. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1003955>
- Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., ... & McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2611-2620. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1003955>
- Khan, W. I., Rabbani, M. W., Afzal, E., & Adnan, M. (2013). Psychological screening in children with diabetes mellitus type-I at the children's hospital and the Institute of Child Health, Multan. *J Pak Med Assoc*, 63(12), 1520-2.
- Knol, M. J., Twisk, J. W. R., Beekman, A. T. F., Heine, R. J., Snoek, F. J., & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5), 837. <https://doi.org/10.1007/s00125-006-0159-x>
- Landers, S. E., Friedrich, E. A., Jawad, A. F., & Miller, V. A. (2016). Examining the interaction of parental involvement and parenting style in predicting adherence in youth with type 1 diabetes. *Families, Systems, & Health*, 34(1), 41. <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000183>
- Linder, B. L., Fradkin, J. E., & Rodgers, G. P. (2013). The TODAY study: an NIH perspective on its implications for research. *Diabetes Care*, 36(6), 1775-1776. <https://doi.org/10.2337/dc13-0707>
- Lloyd, C. E., Dyer, P. H., & Barnett, A. H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*, 17(3), 198-202. DOI: 10.1046/j.1464-5491.2000.00260.x
- Mannucci, E., Rotella, F., Ricca, V., Moretti, S., Placidi, G. F., & Rotella, C. M. (2005). Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. *Journal of endocrinological investigation*, 28(7), 417-419. doi:10.1007/BF03347221
- McGrady, M. E., & Hood, K. K. (2010). Depressive symptoms in adolescents with type 1 diabetes: associations with longitudinal outcomes. *Diabetes research and clinical practice*, 88(3), e35-e37. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.03.025>
- Melin, E. O., Thunander, M., Svensson, R., Landin-Olsson, M., & Thulesius, H. O. (2013). Depression, obesity, and smoking were independently associated with inadequate glycemic control in patients with type 1 diabetes. *European journal of endocrinology*, 168(6), 861-869. doi: 10.1530/EJE-13-0137
- Mezuk, B., Eaton, W. W., Albrecht, S., & Golden, S. H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan. *Diabetes care*, 31(12), 2383-2390. <https://doi.org/10.2337/dc08-0985>
- Miller-Archie, S. A., Jordan, H. T., Ruff, R. R., Chamany, S., Cone, J. E., Brackbill, R. M., . . . Stellman, S. D. (2014). Posttraumatic stress disorder and new-onset diabetes among adult survivors of the World Trade Center disaster. *Preventive Medicine*, 66, 34–38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.05.016>
- Möttus, R., Luciano, M., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2013A). Diabetes and life-long cognitive ability. *Journal of psychosomatic research*, 75(3), 275-278. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.032>

- Mottus, R., McNeill, G., Jia, X., Craig, L. C., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2013B). The associations between personality, diet and body mass index in older people. *Health Psychology*, 32(4), 353. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025537>
- Möttus, R., Realo, A., Allik, J., Deary, I. J., Esko, T., & Metspalu, A. (2012). Personality traits and eating habits in a large sample of Estonians. *Health Psychology*, 31(6), 806. doi: 10.1037/a0027041
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363, 2063–2072. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16458-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16458-1)
- Neumark-Sztainer, D., Patterson, J., Mellin, A., Ackard, D. M., Utter, J., Story, M., & Sockalosky, J. (2002). Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 25(8), 1289-1296. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.8.1289>
- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K., ... & European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. DOI: 10.1007/s00125-010-1874-x
- Palmer, D. L., Osborn, P., King, P. S., Berg, C. A., Butler, J., Butner, J., ... & Wiebe, D. J. (2011). The structure of parental involvement and relations to disease management for youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(5), 596-605. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq019>
- Patton, S. R., Eder, S., Schwab, J., & Sisson, C. M. (2010). Survey of insulin site rotation in youth with Type 1 diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 24, 365–371. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.11.002>
- Penckofer, S. M., Ferrans, C., Mumby, P., Byrn, M., Emanuele, M. A., Harrison, P. R., & Lustman, P. (2012). A psychoeducational intervention (SWEEP) for depressed women with diabetes. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 44, 192–206.
- Peyrot, M., & van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, P. F., . . . Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA(1c) in outpatients with diabetes (DiaMind): A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 36, 823–830. <http://dx.doi.org/10.2337/dc12-1477>
- Phillips, A. C., Batty, G. D., Weiss, A., Deary, I., Gale, C. R., Thomas, G. N., & Carroll, D. (2010). Neuroticism, cognitive ability, and the metabolic syndrome: The Vietnam Experience Study. *Journal of psychosomatic research*, 69(2), 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.016>
- Powers, A. D., & Oltmanns, T. F. (2013). Borderline personality pathology and chronic health problems in later adulthood: the mediating role of obesity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 152. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028709>
- Pulkki-Råback, L., Elovainio, M., Kivimäki, M., Mattsson, N., Raitakari, O. T., Puttonen, S., ... & Keltikangas-Järvinen, L. (2009). Depressive symptoms and the metabolic syndrome in childhood and adulthood: a prospective cohort study. *Health Psychology*, 28(1), 108. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012646>
- Rhodes, R. E., & Smith, N. E. I. (2006). Personality correlates of physical activity: a review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 40(12), 958-965. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsm.2006.028860>
- Rodin, G., Olmsted, M. P., Rydall, A. C., Maharaj, S. I., Colton, P. A., Jones, J. M., ... & Daneman, D. (2002). Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *Journal of psychosomatic research*, 53(4), 943-949. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00305-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00305-7)
- Rotella, F., & Mannucci, E. (2013A). Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies. DOI: 10.4088/JCP.12r07922

- Rotella, F., & Mannucci, E. (2013B). Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes research and clinical practice*, 99(2), 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2012.11.022>
- Saletsky, R. D., Trief, P. M., Anderson, B. J., Rosenbaum, P., & Weinstock, R. S. (2014). Parenting style, parent- youth conflict, and medication adherence in youth with type 2 diabetes participating in an intensive lifestyle change intervention. *Families, Systems, & Health*, 32(2), 176. <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000008>
- Schmitz, N., Deschenes, S. S., Burns, R. J., Smith, K. J., Lesage, A., Strychar, I., ... & Wang, J. (2016). Depression and risk of type 2 diabetes: the potential role of metabolic factors. <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2016.7>
- Shepard, J. A., Vajda, K., Nyer, M., Clarke, W., & Gonder-Frederick, L. (2014). Understanding the construct of fear of hypoglycemia in pediatric type 1 diabetes. *Journal of pediatric psychology*, jsu068. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu068>
- Shorer, M., David, R., Schoenberg-Taz, M., Levavi-Lavi, I., Phillip, M., & Meyerovitch, J. (2011). Role of parenting style in achieving metabolic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 34(8), 1735-1737. <https://doi.org/10.2337/dc10-1602>
- Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G., ... & Schmitz, N. (2013). Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 74(2), 89-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.11.013>
- Snoek, F. J., Pouwer, F. R. A. N. Ç. O. I. S., Welch, G. W., & Polonsky, W. H. (2000). Diabetes-related emotional distress in Dutch and US diabetic patients: cross-cultural validity of the problem areas in diabetes scale. *Diabetes care*, 23(9), 1305-1309. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.9.1305>
- Thomas, J., Jones, G., Scarinci, I., & Brantley, P. (2003). A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes care*, 26(8), 2311-2317. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.8.2311>
- Tsenkova, V. K., & Karlamangla, A. (2016). Depression Amplifies the Influence of Central Obesity on 10-Year Incidence of Diabetes: Findings from MIDUS. *PloS one*, 11(10), e0164802. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164802>
- Vainik, U., Möttus, R., Allik, J., Esko, T., & Realo, A. (2015). Are trait-outcome associations caused by scales or particular items? Example analysis of personality facets and BMI. *European Journal of Personality*, 29(6), 622-634. DOI: 10.1002/per.2009
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, P. F., ... & Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind). *Diabetes care*, 36(4), 823-830. <https://doi.org/10.2337/dc12-1477>
- Wirth, M. D., Blake, C. E., Hébert, J. R., Sui, X., & Blair, S. N. (2014). Chronic weight dissatisfaction predicts type 2 diabetes risk: Aerobic center longitudinal study. *Health Psychology*, 33(8), 912. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000058>
- Wysocki, T., Nansel, T. R., Holmbeck, G. N., Chen, R., Laffel, L., Anderson, B. J., & Weissberg-Benchell, J. (2009). Collaborative involvement of primary and secondary caregivers: associations with youths' diabetes outcomes. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(8), 869-881. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn136>
- Young-Hyman, D. L., & Davis, C. L. (2010). Disordered eating behaviour in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 33(3), 683-689. <https://doi.org/10.2337/dc08-1077>

SECONDA PARTE

Gli interventi psicologici in diabetologia

Introduzione

La malattia diabetica comporta sempre e irreversibilmente cambiamenti nello stile di vita e costanti adattamenti psicologici e comportamentali. Le persone con diabete hanno livelli significativamente più elevati di disagio psicologico rispetto alle popolazioni non-cliniche (Pouwer, 2009).

L'American Psychological Association (APA) ribadisce l'importanza della competenza psicologica nella cura del paziente diabetico come discusso dal lavoro di Hunter (2016), pubblicato in *American Psychologist*, che identifica specifiche aree di ricerca ma, soprattutto, di pratica psicologica quali: il cambiamento degli stili di vita, l'aderenza al trattamento, l'uso di nuove tecnologie, interventi di tailoring psicosociali, interventi comportamentali (con focalizzazione precisa sulla health literacy), la cura dello stato mentale del paziente con eventuali comorbidità e il lavoro di training sul team di lavoro. Una tale impostazione favorirebbe lo sviluppo di un modello di cura bio-psico-sociale.

Come anche Diabetes UK, una delle associazioni europee più attive ed autorevoli in campo scientifico, riconosce, nonostante il ruolo chiave che ricoprono nel management del paziente diabetico, i fattori psicosociali continuano a venire trascurati nella ricerca; solo l'8% dei fondi destinati alla ricerca in questo campo, ha, infatti, avuto come focus di studio dei fattori psicosociali del paziente diabetico (Jones et al., 2016). Il rapporto stimato tra fondi destinati alla ricerca psicosociale e a quella biomedica è di 1:17. Nel loro contributo, gli autori denunciano il preponderante utilizzo del modello medico riduzionista nella cura del paziente diabetico a scapito di un modello maggiormente comprensivo, dinamico e olistico della persona, che tenga conto dei diversi fattori psicosociali tra i quali vanno considerate: variabili cognitive (la percezione, l'attribuzione, i bias); interpersonali (le differenze individuali, l'ambiente sociale, le relazioni); affettive (generale e affetti negativi specifici del diabete, salute mentale, stress) e comportamentali (formazione delle abitudini, evitamento, aderenza al trattamento, capacità di cambiamento).

Alla crescente importanza scientifica del ruolo delle variabili psicosociali nella insorgenza, decorso e gestione della patologia diabetica non si rilevano cambiamenti nell'offerta dei servizi di cura primaria, né nella valutazione né nell'intervento psicologico ai pazienti diabetici. Ciò è testimoniato da documenti di rilevanza scientifica internazionale tra quali il Report del 2010 pubblicato dall'associazione Diabetes UK e lo Short Report di Nicholson et al. (2009) che, dopo aver studiato i servizi offerti in territorio britannico, invitano i professionisti ed i servizi di cura del diabete a cambiare modalità d'erogazione delle prestazioni a favore di questa categoria di pazienti, riconoscendo ed integrando gli aspetti e bisogni emotivi e psicologici della persona.

Tra le barriere che si interpongono ad un'adeguata offerta di supporto psicologico ai pazienti diabetici, alcuni autori (Jones, Vallis, & Pouwer, 2015) indicano una sorta di subordinazione del benessere psicologico ad indici di benessere fisico, come i livelli di emoglobina glicata: "If it does not significantly change HbA1c levels why should we waste time on it?" (Jones, Vallis, & Pouwer, 2015, pag 3). Tale convinzione ha come conseguenza quella di considerare efficace o meno uno studio sul trattamento psicologico del paziente diabetico quasi unicamente sulla base dei livelli ematici di emoglobina glicata. Un tale atteggiamento contraddice anche a quanto sostenuto dagli standards stabiliti dal US Food and Drug Administration che valorizzano la prospettiva del paziente stabilendo l'uso dei ProS (patient-reported outcomes) come indici per la valutazione dell'efficacia (Miyashita, 2014).

Obiettivo di questa sezione del volume è l'esplorazione della letteratura scientifica internazionale riguardo l'efficacia degli interventi psicologici nelle PCD.

La seguente analisi ha avuto come focus gli interventi realizzati in diabetologia e nello specifico l'obiettivo è stato quello di individuarne e descriverne i principali modelli teorici, le metodologie e le tecniche utilizzate, nonché i professionisti coinvolti e gli outcomes misurati.

In particolare sono stati presi in considerazione:

- gli interventi educativi, limitatamente a quelli che prevedono il contributo da parte di psicologi o si propongono di misurare outcomes di natura psicologica;
- gli interventi psicologici e psicoterapici.
- ove possibile, gli interventi con follow-up di controllo ad almeno 12 mesi

Bibliografia

Diabetes, N. H. S. (2010). Emotional and Psychological Support and Care in Diabetes: Report from the emotional and psychological support working group of NHS Diabetes and Diabetes UK.

Hunter C.M. (2016). Understanding diabetes and the role of psychology in its prevention and treatment. *Am Psychol.* 71(7):515-525. DOI:10.1037/a0040344

Jones, A., Vallis, M., & Pouwer, F. (2015). If it does not significantly change HbA1c levels why should we waste time on it? A plea for the prioritization of psychological well-being in people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 32(2), 155-163.

Jones, A., Vallis, M., Cooke, D., & Pouwer, F. (2016). Review of research grant allocation to psychosocial studies in diabetes research. *Diabetic Medicine*, 33(12), 1673-1676.

Miyashita, M., Wada, M., Morita, T., Ishida, M., Onishi, H., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2014). Care Evaluation Scale—Patient version: Measuring the quality of the structure and process of palliative care from the patient's perspective. *Journal of pain and symptom management*, 48(1), 110-118. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.019.

Nicholson, T. R. J., Taylor, J. P., Gosden, C., Trigwell, P., & Ismail, K. (2009). National guidelines for psychological care in diabetes: how mindful have we been?. *Diabetic Medicine*, 26(4), 447-450.

Pouwer, F. (2009). Should we screen for emotional distress in type 2 diabetes mellitus? *Nature Reviews Endocrinology*, 5(12), 665-671.

CAPITOLO 3

Interventi a favore degli stili di vita

Introduzione

Nel lavoro con la persona affetta da diabete appare sempre più evidente l'esigenza di identificare interventi che possono avere un maggiore successo, anche a lungo termine e che possano favorire l'aderenza del paziente.

Diversi autori sottolineano l'importanza di specifici interventi mirati a determinare un cambiamento sugli stili di vita ossia sostenere cambiamenti che possano contribuire ad una più efficace gestione del diabete, prevenendo le complicanze e favorendo un impatto importante sulla qualità della vita e sul miglioramento della salute (Marrero et al., 2014; The Look AHEAD Research Group, 2014).

La ricerca, infatti, mostra che i programmi di lifestyle portano un relativo miglioramento della gestione della malattia anche se si evidenzia la totale assenza di studio del processo di cambiamento negli stili di vita. L'orientamento attuale della ricerca si occupa dello studio dei processi psicologici che sembrano essere determinanti sugli stili di vita perché impattano sia su aspetti come la dieta e l'esercizio fisico che su variabili psicologiche come l'umore e i fattori cognitivi quali: la conoscenza, la motivazione al cambiamento, le credenze di auto-efficacia, le capacità di adottare e mantenere stili di vita sani (Critchley et al., 2012).

Dare spazio interventi che integrino aspetti medici, comportamentali e psicologici può ridurre fattori di rischio e promuovere la qualità della vita
Ciò va considerato di importanza strategica soprattutto nelle condizioni di obesità e binge eating.

Intervenire sugli stili di vita

Numerosi studi sugli interventi legati agli stili di vita hanno indagato cambiamenti inerenti il problema dell'obesità. La maggior parte degli interventi hanno avuto come obiettivo sia un cambiamento legato alla dieta, con conseguente perdita di peso, sia un miglioramento del controllo glicemico.

Rispetto a quanto emerge dalla letteratura, numerosi studi seguono le modalità d'intervento proposte dal gruppo di ricerca The Look AHEAD e le linee guida del Diabetes Prevention Program lifestyle intervention. Tali modelli di intervento risultano essere di matrice cognitivo comportamentale, organizzati in sessioni individuali che variano da 20-60 minuti e includono il controllo del peso, la revisione degli obiettivi di auto-monitoraggio, l'identificazione delle

barriere personali per la perdita di peso, lo sviluppo di piani d'azione e/o identificazione di obiettivi per la sessione successiva. Al gruppo di controllo, invece, vengono solitamente fornite informazioni di base sul diabete, una dieta per una alimentazione corretta e un programma di attività fisica. Numerosi interventi attuati con questa modalità per la presa in carico dell'obesità e del binge eating con TD2 hanno seguito queste linee di intervento (Gorin, et al., 2008; The Look AHEAD Research Group, 2010; Wade et al., 2015; Williamson et al., 2009; Rubin et al., 2014; Dutton, Lewis, 2015) ottenendo esiti significativi sia rispetto alla perdita di peso che alla riduzione della condotta alimentare compulsiva; tali effetti sono risultati stabili anche a follow-up a 12 mesi (Gorin, et al., 2008).

Svariati studi (Wade et al., 2015; Williamson et al., 2009; Rubin et al., 2014), inoltre, si sono occupati della valutazione delle variabili psicosociali, evidenziando miglioramenti nella qualità della vita e nei sintomi depressivi con follow up da 1 (Wade et al., 2015) a 8 anni (Rubin et al., 2014; Dutton, Lewis, 2015).

È possibile notare come svariati tipi di interventi (Bhopal, et al., 2013, 2014; Hamman et al., 2006; Diabetes Prevention Program Research Group, 2002; Wolf, et al. 2004; Marrero et al., 2014; Florez et al., 2012) si sono avvalsi di un team multidisciplinare. Allo stesso tempo sono stati inseriti all'interno del percorso programmi che promuovessero non solo l'attività fisica ma anche sessioni di visite familiari e lavori di gruppo come ad es.: shopping tour alimentare, passeggiate veloci in gruppo. Il gruppo di controllo aveva a disposizione esclusivamente materiale scritto e consigli verbali.

L'intervento nel gruppo sperimentale, in questa modalità multidisciplinare e con una attenta pianificazione delle attività ha mostrato risultati significativi sia nella riduzione del peso che, conseguentemente, del BMI; i risultati come testimoniato da follow up valutati fino a 3.

Ad esempio lo studio di Hamman e colleghi (2006) ha valutato un programma preventivo volto a ridurre il peso, aumentare l'attività fisica, e ridurre il grasso alimentare ha utilizzato dei counselor che incontravano i pazienti per 16 incontri. L'intervento ha riportato un aumento significativo della attività fisica e una perdita di peso e dell'incidenza di diabete; gli esiti sono rimasti costanti ad oltre tre anni di distanza.

Gli interventi sugli stili di vita che seguono le linee guida della Look AHEAD risultano essere significativi nel produrre cambiamenti in particolare rispetto alle variabili peso, qualità della vita (soprattutto rispetto ai sintomi fisici) e sintomi depressivi; risultati, a volte osservabili anche a distanza di 8 anni dall'intervento.

Spesso sono attuati interventi, sia sulla condizione conclamata sia su aspetti preventivi, utilizzando anche strumenti psicologici senza però utilizzare professionisti psicologi e prediligendo figure altre (dietisti, counselor, case manager) specificamente addestrati alla gestione del gruppo e/o della relazione con la PCD.

Al fine di modificare gli stili di vita di PCD, alcuni studi sostengono l'importanza e la necessità di realizzare interventi in team multidisciplinari nei quali il trattamento psicologico abbia ruolo centrale ed intensivo insieme al trattamento medico e nutrizionale. Ciò si rende necessario soprattutto quando sono presenti disturbi del comportamento alimentare. A tal proposito, in uno studio longitudinale con pazienti diabetici con co-occorrenti disturbi alimentari (Herpertz et al., 2001) per i quali l'intervento psicologico non era previsto, il 73% delle persone non ha riportato

miglioramenti significativi nell'alimentazione e nei comportamenti compulsivi, ad un follow-up di due anni.

Nello studio di Masato et al. (2001) la consulenza psicologica è inizialmente limitata a una singola sessione mirata a ridurre lo stress associato all'autocura. Solo in caso di protratto insuccesso glicemico, alla PCD viene proposto un intervento psicologico, in regime di ricovero e in collaborazione con altri professionisti al fine di affrontare, con consulenze individuale e di gruppo, aspetti come la fatica mentale e fisica e la depressione, la qualità delle relazioni familiari il miglioramento del comportamento alimentare, l'educazione alimentare, l'auto-misurazione della glicemia, auto-iniezione. In follow-up a 3 anni, sono stati registrati miglioramenti nei livelli di HbA1c, nei disordini psicopatologici dell'alimentazione, nei livelli di depressione e ansia, nella frequenza dei comportamenti compulsivi.

Nell'intervento multidisciplinare di Dickens et al (2015) il team era composto da psicoterapeuti, dietisti, psichiatri, medici, infermieri, psicologi, nutrizionisti. L'obiettivo primario del trattamento è stato quello di trasmettere alle PCD abilità cognitive ed emotive della gestione del cibo. I pazienti hanno ricevuto due o tre sedute di terapia individuale a settimana e sessioni di terapia familiare una volta o due al mese, hanno incontrato un nutrizionista e psichiatra una volta alla settimana e hanno partecipato fino a tre differenti gruppi terapeutici, compreso un gruppo di gestione del diabete.

Il trattamento ha esitato in un miglioramento significativo di HbA1c e fruttosamina, riduzione del disturbo dell'alimentazione, dei sintomi psicologici e miglioramento dell'adattamento alla malattia. La durata del trattamento è variata da 21 a 86 giorni. Una maggiore durata del trattamento residenziale è risultata associata con maggiori miglioramenti nei disturbi alimentari e in altri sintomi psicologici.

Il recente studio (Dickens et al., 2015) si limita ad un modello di ricerca prima-dopo, ed è quindi debole rispetto alla forza delle indicazioni che se ne può dedurre ma molto interessante rispetto alla complessità dell'intervento e valido esempio di equipe multidisciplinare integrata.

In sintesi, gli interventi sugli stili di vita tenuti da gruppi multidisciplinari (Bhopal, et al., 2013; Wolf, et al. 2004, Florez et al., 2012) mostrano una maggiore efficacia anche nel follow up rispetto a trattamenti informativi o con uso esclusivo del farmaco sia con Metformina che con farmaci placebo nella qualità della vita (Florez et al., 2012).

L'intervento multidisciplinare risulta fortemente indicato con persone diabetiche che soffrono anche di un co-occorrente disturbo del comportamento alimentare
Quando previsto all'interno di un team multidisciplinare, il ruolo dello psicologo risulta decisamente più centrale

DSM (diabetes self management)

I programmi di diabetes self management sono modalità d'intervento che non differiscono dalle precedenti ma hanno la particolarità di integrare una fase educativa con una fase di supporto alla gestione del diabete, anche in presenza di altre condizioni come le problematiche alimentari.

Il diabetes self management prevede di programma educazionale di autogestione del diabete (DSME) attuato da figure che vanno dall'educatore al peer leader (PLS) (Tang, Funnell, Sinco, Spencer, Heisler, 2015) all'operatore sanitario della comunità (CHW) psicologi, dietisti (Tang, Funnell, Sinco, Piatt, Palmisano... et al., 2014). Gli interventi condotti da PL sembrano avere un ulteriore vantaggio nel sostenere miglioramenti clinici oltre i 12 mesi (Tang et al., 2014)

Risultano fondamentali due tipi di studi che si occupano di self management attraverso programmi educazionali.

Il primo studio (Tang, et al., 2015) si è concentrato su un programma di self management che prevedeva 3 mesi di programma educazionale di autogestione del diabete (DSME). Entrambi i gruppi di intervento e di controllo (composti da soggetti obesi) hanno partecipato ad un programma di 3 mesi di DSME, attuato da un educatore del diabete e 2 peer leader (PLS); per 12 settimane hanno partecipato a sessioni di gruppo di 90 minuti dove sono state esplorate la motivazione al cambiamento, l'identificazione di un obiettivo di auto-gestione e lo sviluppo di un piano d'azione. In aggiunta a ciò è stato fornito un corso di supporto dell'autogestione del diabete (DSMS) della durata di 12 mesi progettato per fornire un continuo supporto emotivo e comportamentale attraverso i PLS in gruppi settimanali. Il gruppo di intervento ha mostrato miglioramenti significativi in HDL-C a 3, 9 e 15 mesi mentre il gruppo di controllo solo a 9 e 15 mesi. Il gruppo di controllo ha sperimentato un progressivo aumento della pressione sistolica BP nel corso del periodo di studio di 15 mesi. Il gruppo d'intervento ha ottenuto significatività nella pressione diastolica diminuita a 3 mesi mantenendo questo declino a 15 mesi così come per il BMI, circonferenza vita, livelli di sostegno sociale. Il disagio verso il diabete è risultato significativo in entrambi i gruppi solo al follow-up a 3 mesi.

Il secondo studio prevedeva un programma DSME (Tang et al., 2014) con persone obese volto a confrontare il lavoro con un peer leader (PL) rispetto all'intervento di un operatore sanitario della comunità (CHW). Questo intervento prevedeva diverse figure professionali tra le quali troviamo educatori per il diabete, psicologi, dietisti, coordinatori di cure, medici, educatori della salute e peer educators. PL e CHW hanno partecipato ad una formazione di 6 mesi basata sull'approccio empowerment e colloqui motivazionali. I PL (DSMS) è stato progettato per fornire ai pazienti contatto emotivo e supporto comportamentale attraverso sessioni di gruppo settimanali e contatti telefonici. Questi spazio sono stati offerti per discutere aspetti di autocura, preoccupazioni verso l'autogestione della malattia, questioni inerenti la vita con il diabete, modalità di problem solving, e per fornire supporto ai partecipanti, discutere dei problemi psicosociali, identificare i facilitatori e gli ostacoli alla modifica del comportamento.

Il CHW ha un approccio simile al PL ma punta maggiormente sulla responsabilizzazione e sensibilizzazione della PCD. Dai risultati emerge riduzione significativa del controllo glicemico a 6 mesi in tutti i partecipanti mantenuti in entrambi i gruppi a 12 mesi e solo per il gruppo PL a 18 mesi; tali risultati sono stati osservati in egual misura anche per fattori di rischio cardiovascolare, circonferenza della vita e pressione sanguigna all'interno del solo gruppo PL anche a 18 mesi. Non ci sono stati significativi cambiamenti a lungo termine per il BMI. Per i risultati psicosociali, il Diabetes distress è risultato significativo solo a 6 mesi in ogni gruppo, mentre più stabile, in entrambi i gruppi, è risultata la percezione di sostegno sociale nel tempo.

The Lifelong Management (LM) intervention

Gli interventi di Lifelong Management basano il proprio approccio sui principi dell'empowerment anche se in alcune circostanze questi vengono integrati con altri approcci (Tang, Funnell, Noorulla, Oh, Brown, 2012). Gli interventi di Lifelong Management, condotti su soggetti obesi con diabete, prevedono un intervento di 24 mesi durante i quali le questioni legate alla gestione della patologia sono discusse in gruppi condotti da educatori, infermieri e psicologi clinici (Tang, Funnell, Oh, 2012; Tang, Funnell, Brown, Kurlander, 2010). Durante ogni sessione i conduttori favoriscono la condivisione delle sfide richieste dal self-management e dalle cure, discutono il raggiungimento degli obiettivi e le emozioni associate, individuano piani di azione (Tang, Funnell, Oh, 2012; Tang, et al., 2010; Tang et al., 2012) e, solo in uno studio (Tang et al., 2012), questo programma viene integrato con 6 mesi di DSME.

Miglioramenti significativi sono documentati, in follow-up di sei mesi (Tang, et al., 2010), nei comportamenti di cura di sé, nella dieta sana, nella distribuzione dei carboidrati in modo uniforme durante il giorno, nell'uso di insulina (Tang, Funnell, Oh, 2012), nel livello di colesterolo sierico e nella pressione sanguigna (Tang, et al., 2010, Tang, et al., 2012). Miglioramenti nel controllo glicemico a 6 mesi (Tang, et al., 2010) e 12 mesi (Tang, Funnell, Oh, 2012). Peso e BMI hanno riportato modifiche significative solo in uno studio (Tang, et al., 2010). Sono attestati, inoltre, miglioramenti per i comportamenti di autocura e qualità della vita (Tang et al., 2012) e per l'attività fisica, farmaci e / o l'uso di insulina (Tang et al., 2012) ma non per l'empowerment (Tang, Funnell, Oh, 2012; Tang, et al., 2010; Tang et al., 2012).

Gli interventi di Lifelong Management sembrano essere decisivi per la gestione del diabete e in alcune circostanze per i cambiamenti fisici legati al diabete ma tali cambiamenti sono valutati per lo più con follow-up brevi e non sempre i risultati vengono mantenuti nel tempo. Inoltre, spesso le variabili psicosociali non raggiungono gli esiti attesi, soprattutto rispetto alla dimensione dell'empowerment

Intervista emozionale

L'intervista motivazionale è un approccio centrato sul cliente per promuovere il cambiamento comportamentale esplorando l'ambivalenza delle abitudini. Elementi chiave di colloqui motivazionali sono la natura del cambiamento centrato sul cliente per favorire la riflessione e l'esplorazione dell'ambivalenza che il paziente sperimenta circa i cambiamenti comportamentali richiesti. Le tecniche utilizzate sono prevalentemente l'empatia, la discussione e l'ascolto riflessivo. L'ascolto riflessivo è una componente essenziale del colloquio motivazionale che permette di chiarire gli obiettivi, le preoccupazioni e le ragioni che favoriscono il cambiamento, rafforzano la scelta personale e l'auto-efficacia nella capacità di cambiare.

Sono interventi piuttosto lunghi (12-18 mesi) (West, DiLillo, Bursac, Gore, Greene, 2007; Welch, Zagarins, Feinberg, Garb, 2011; Clark, Hampson, Avery, Simpson, 2004), per lo più condotti da psicologi o social workers, a volte all'interno di team multidisciplinari (West et al., 2007). Il programma di gruppo comportamentale si focalizza sulla raggiungibilità e sostenibilità di cambiamenti nell'attività fisica e abitudini alimentari, con un forte accento sulla definizione degli obiettivi e la soluzione dei problemi per raggiungere il successo del cambiamento comportamentale. A volte vengono tenuti diari di autocontrollo,

importanti per la registrazione dell'assunzione di cibo e dell'attività fisica svolta (West et al., 2007). I follow-up sono a 12 mesi e riportano esiti positivi (rispetto ai gruppi di controllo) nella perdita di peso e nel mantenimento del peso una volta terminato l'intervento, nella diminuzione di HbA1c (West et al., 2007; Welch et al., 2011; Clark et al., 2004). Gli interventi sembrano, inoltre, efficaci nel migliorare la cura di sé, la capacità di eliminare/sostituire alimenti grassi con altri più salutari ma non nell'implementazione della attività fisica. La cura di sé, invece, aumenta significativamente nel gruppo sperimentale (West et al., 2007; Welch et al., 2011; Clark et al., 2004). Nessuna variazione significativa è stata trovata per la depressione e la soddisfazione per il trattamento (Clark et al., 2004).

Gli interventi su base motivazionale sembrano efficaci nel produrre cambiamenti.

Il contributo dello psicologo appare sostanziale

Conclusioni

Gli interventi sugli stili di vita sembrano efficaci soprattutto nel determinare cambiamenti nella componente fisica della qualità della vita, mentre falliscono nella componente cognitiva e sociale.

L'assenza sostanziale del contributo dello psicologo in questi programmi potrebbe fornire una giustificazione a questi risultati

Gli approcci residenziali, ambulatoriali e domiciliare nel loro insieme indicano una buona efficacia nella gestione delle situazioni diabetiche, anch'essi producendo effetti positivi soprattutto nella gestione delle componenti fisiche legate a questa condizione in comorbidità con problematiche alimentari.

In conclusione si può affermare che interventi di gruppo comportano cambiamenti sia fisici che psicologici ma là dove la figura dello psicologo o approcci psicologici sono maggiormente presenti questi miglioramenti risultano più determinanti. Inoltre, l'integrazione di interventi individuali e di gruppo portano con sé maggiori esiti positivi anche a distanza di tempo,

Ciò è osservabile anche negli interventi che utilizzano colloqui motivazionali, per lo più attuati da psicologi, nel programma di azione. Tali programmi risultano efficaci sia nel cambiamento degli aspetti legati al diabete sia nella modifica di variabili psicologiche in grado di sostenere i cambiamenti ottenuti nel tempo. Tali variabili diventano così fattori di protezione anche per la condizione di comorbidità con i disordini alimentari.

Bibliografia

Bhopal, R. S., Douglas, A., Clark, M., Hampson, S. E., Avery, L., Simpson, R. (2004). Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with type 2 diabetes *Br J Health Psychol.* 9(Pt 3):365-79.

Critchley, C. R., Hardie, E. A., & Moore, S. M. (2012). Examining the psychological pathways to behavior change in a group-based lifestyle program to prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(4), 699-705.

Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin *Diabetes prevention program research group, Engl J Med*; 346:393-403. DOI: 10.1056/NEJMoa012512

- Dutton, G.R., Lewis, C.E. (2015). The Look AHEAD Trial: Implications for Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes Mellitus, *Progress in Cardiovascular Diseases* Volume 58(1), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2015.04.002>
- Florez, H., Pan, Q., Ackermann, R. T., Marrero, D. G., Barrett-Connor, E., Delahanty, L., ... for the Diabetes Prevention Program Research Group. (2012). Impact of Lifestyle Intervention and Metformin on Health-Related Quality of Life: the Diabetes Prevention Program Randomized Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 27(12), 1594–1601. <http://doi.org/10.1007/s11606-012-2122-5>
- Gorin, A. A., Niemeier, H. M., Hogan, P., Coday, M., Davis, C., DiLillo, V. G., Gluck, M. E., Wadden, T. A., West, D. S., Williamson, D., Yanovski, S. Z., Look AHEAD Research Group. (2008) Binge Eating and Weight Loss Outcomes in Overweight and Obese Individuals With Type 2 Diabetes-Results From the Look AHEAD Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 65(12):1447–1455. doi:10.1001/archpsyc.65.12.1447
- Hamman, R. F., Wing, R. R., Edelstein, S. L., Lachin, J. M., Bray, G. A., Delahanty, L., ... Wylie-Rosett, J. (2006). Effect of Weight Loss With Lifestyle Intervention on Risk of Diabetes. *Diabetes Care*, 29(9), 2102–2107. <http://doi.org/10.2337/dc06-0560>
- Marrero, D., Pan, Q., Barrett-Connor, E., de Groot, M., Zhang, P., Percy, C., Florez, H., Ackermann, R., Montez, M., Rubin, R. R.; DPPOS Research Group. (2014) Impact of diagnosis of diabetes on health-related quality of life among high risk individuals: the Diabetes Prevention Program outcomes study. *Qual Life Res*, 23(1):75-88. doi: 10.1007/s11136-013-0436-3.
- McCaffery J.M., Papandonatos G.D., Faulconbridge L.F., Erar B., Peter I., Wagenknecht L.E., Pajewski N. M., Anderson A., Wadden T.A., Wing R.R., (2015) Genetic predictors of depressive symptoms in the Look AHEAD Trial. *Psychosom Med*. 77(9): 982–992;
- Rubin, R. R., Wadden, T. A., Bahnson, J. L., Blackburn, G. L., Brancati, F. L., Bray, G. A., et. AL. (2014) Impact of intensive lifestyle intervention on depression and health-related quality of life in type 2 diabetes: the Look AHEAD Trial. *Diabetes Care*. 37(6):1544-53. doi: 10.2337/dc13-1928.
- Tang, T. S., Funnell, M. M., & Oh, M. (2012). Lasting Effects of a 2-Year Diabetes Self-Management Support Intervention: Outcomes at 1-Year Follow-Up. *Preventing Chronic Disease*, 9, E109. <http://doi.org/10.5888/pcd9.110313>
- Tang, T. S., Funnell, M. M., Brown, M. B., Kurlander, J. E.(2010). Self-management support in “real-world” settings: An empowerment-based intervention. *Patient Educ Couns*. 79(2):178-84. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.029.
- Tang, T. S., Funnell, M. M., Noorulla, S., Oh, M., Brown, M. B. (2012).Sustaining short-term improvements over the long-term: results from a 2-year diabetes self-management support (DSMS) intervention. *Diabetes Res Clin Pract*.95(1):85-92. doi: 10.1016/j.diabres.2011.04.003..
- Tang, T. S., Funnell, M., Sinco, B., Piatt, G., Palmisano, G., Spencer, M. S., ... Heisler, M. (2014). Comparative Effectiveness of Peer Leaders and Community Health Workers in Diabetes Self-management Support: Results of a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*, 37(6), 1525–1534. <http://doi.org/10.2337/dc13-2161>
- Tang, T. S., Funnell, M.M., Sinco, B., Spencer, M. S., Heisler, M. (2015). Peer-Led, Empowerment-Based Approach to Self-Management Efforts in Diabetes (PLEASED): A Randomized Controlled Trial in an African American Community. *Ann Fam Med*, 13 Suppl 1:S27-35. doi: 10.1370/afm.1819.
- The Look AHEAD Research Group, Impact of Intensive Lifestyle Intervention on Depression and Health-Related Quality of Life in Type 2Diabetes: The LookAHEAD Trial, *Diabetes Care* 2014, 37:1544–1553
- The Look AHEAD Research Group. (2010). Long Term Effects of a Lifestyle Intervention on Weight and Cardiovascular Risk Factors in Individuals with Type 2 Diabetes: Four Year Results of the Look AHEAD Trial. *Archives of Internal Medicine*, 170(17), 1566–1575. <http://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.334>
- Wade, T. W., Oberhelman, S. S., Angstman, K. B., Sawchuk, C. N., Meunier, M. R., Angstman, G. L., Rohrer, J. E. (2015). Diabetes and obesity not associated with 6-month remission rates for primary care patients with depression. *Psychosomatics*. 56(4):354-61. doi: 10.1016/j.psych.2014.05.012.

Wallia, S., Forbes, J. S., Lean, M. E. J., et al. (2013). Effect of a lifestyle intervention on weight change in south Asian individuals in the UK at high risk of type 2 diabetes: a family-cluster randomised controlled trial, *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, Volume 2, Issue 3, 218 - 227 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70204-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70204-3)

Welch, G., Zagarins, S. E., Feinberg, R. G., & Garb, J. L. (2011). Motivational Interviewing Delivered by Diabetes Educators: Does It Improve Blood Glucose Control Among Poorly Controlled Type 2 Diabetes Patients? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 91(1), 54–60. <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.09.03635>

West, D. S., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 30(5):1081-7. <https://doi.org/10.2337/dc06-1966>

Williamson, D. A., Rejeski, J., Lang, W., Van Dorsten, B., Fabricatore, A. N., Toledo, K.; Look AHEAD Research Group.(2009). Impact of a weight management program on health-related quality of life in overweight adults with type 2 diabetes. *Arch Intern Med*. 26;169(2):163-71. doi: 10.1001/archinternmed.2008.544.

Wolf A., Conaway M.R., Crowther J.Q., Hazen K.Y., Nadler J.L., Oneida B., Bovbjerg V.E., Translating Lifestyle Intervention to Practice in Obese Patients With Type 2 Diabetes Improving Control with Activity and Nutrition (ICAN) study, (2004) *Diabetes Care*. 27 (7) 1570-1576; DOI: 10.2337/diacare.27.7.1570

CAPITOLO 4

Interventi psicoeducativi, psicologici e psicoterapeutici per promuovere la gestione del diabete in bambini, adolescenti e famiglia

Introduzione

Il diabete è una condizione a lungo termine che può avere un impatto importante sulla vita di un bambino o di un giovane, nonché della loro famiglia o dei loro assistenti. Oltre alla terapia con insulina, la gestione del diabete dovrebbe comprendere l'istruzione, il supporto e l'accesso ai servizi psicologici

Come dichiarato recentemente anche dalle linee guida NICE (2015), la cura ottimale del diabete in età giovanile richiede un'adeguata attenzione nell'affrontare tematiche a carattere psicologico e psicosociali, che influenzano la gestione della patologia nei bambini e nei giovani.

I bambini e i giovani con diabete mellito di tipo 1 sviluppano maggiormente, rispetto alla popolazione non clinica, condizioni psicologiche critiche (ad esempio ansia, depressione, disturbi del comportamento) e fattori sociali complessi (ad esempio conflitti familiari) che possono influenzare la loro gestione del benessere e del diabete (raccomandazione n.162). Per questo i team diabetologici devono assicurarsi che i bambini e i giovani con diabete e i loro familiari o caregivers abbiano accesso tempestivo e continuo ai servizi di salute mentale (raccomandazione n.169). Riconoscendo lo stretto legame tra sintomi organici e status emotivo, il documento raccomanda screening per l'ansia e la depressione e valutazioni del benessere emotivo e psicologico dei bambini e giovani con diabete che hanno un controllo inadeguato del glucosio nel sangue e/o che presentano frequenti episodi di ketoacidosi diabetica (DKA) (raccomandazioni n. 104, 112, 167).

Tra le 5 raccomandazioni indicate come priorità ritroviamo la seguente:

“Offrire ai bambini e ai giovani con diabete di tipo 1 e tipo 2 e loro familiari o caregiver un accesso tempestivo e continuo a professionisti della salute mentale perché potrebbero verificarsi problemi psicologici (ad esempio ansia, depressione, disturbi del comportamento, conflitto familiare) o difficoltà psicosociali che possono influenzare la gestione del diabete e del benessere”.

Nonostante il recente incremento della prevalenza del diabete di tipo 2 tra i giovani, la maggior parte degli interventi psicoeducativi, psicologici e psicoterapeutici attualmente presenti in letteratura, sono indirizzati a bambini e adolescenti con diabete di tipo 1 (Grey et al., 2011; Ambrosino et al., 2010; Murphy et al., 2012; Nansel et al., 2015; Nansel et al., 2011; Holmes et al., 2014; Wysocki et al., 2007; Laffel et al., 2003; Katz et al., 2014; Jaser et al., 2014; Monaghan et al., 2009; Stanger et al., 2013; Christie et al., 2016; Ellis et al., 2008). Soltanto un esiguo numero di essi considera entrambe le tipologie di diabete (Grey et al., 2000; Harris et al. 2005; Ellis et al. 2012).

Dall'analisi della letteratura, si evince che tutti i tipi di intervento si collocano all'interno di una prospettiva teorica comportamentale, che si fonda sull'acquisizione di "Skills", intese come abilità/competenze che permettano una maggiore autogestione della malattia. Essi, prevedono la formazione all'utilizzo di strategie di coping (Ambrosino et al. 2010; Grey et al. 2000; 2011; Murphy et al., 2012), di competenze di problem solving (Nansel et al., 2011; 2015) e di programmi di autogestione su internet (Mulvaney et al 2010). Sempre all'interno della stessa cornice teorica, si rintracciano altre tipologie di interventi che mirano ad aumentare la motivazione dei pazienti, al fine di cambiare quei comportamenti di cattiva gestione della propria malattia e questo sembra essere possibile grazie all'Intervista Motivazionale, un approccio centrato sulla persona, volto ad esplorare le ambivalenze e ad attivare la motivazione al cambiamento. Questo approccio utilizza una guida nello stile di comunicazione, invitando le persone a considerare la propria condizione e a trovare le proprie soluzioni a situazioni che identificano come problematiche e che impediscono il cambiamento (Rubak S et al., 2005; Nansel et al., 2009; Robling et al., 2012; Wang et al., 2010).

Altri modelli di intervento lavorano sulle relazioni e fanno del gruppo uno strumento indispensabile; si ritiene infatti che il gruppo possa essere funzionale nello stimolare le interazioni tra i partecipanti, aumentando così l'efficacia della formazione (Mannucci et al., 2005). Questa tipologia di interventi mira ad una più strutturata educazione circa il diabete e alla sua gestione e, in particolare, ad aumentare la percezione di supporto sociale da parte dei pari (Greco et al., 2001), di coloro che condividono la stessa malattia (Graue et al., 2004; Mannucci et al., 2005; Sullivan-Bolyai et al., 2010) e della propria famiglia (Ellis et al., 2005).

La patologia diabetica, in particolare in età evolutiva, interessa l'intero sistema familiare. Per ottenere degli outcomes efficaci, risulta prioritario valorizzare e coinvolgere le risorse presenti all'interno del sistema in cui il bambino/adolescente è inserito che possano fungere da supporto psicosociale alla gestione della patologia. L'impatto dell'ambiente familiare sulla gestione della patologia diabetica è stato messo a fuoco già da diversi anni dimostrando che famiglie meno aperte ed espressive o più conflittuali favoriscono un deterioramento del controllo glicemico (Jacobson, 1994) e la comparsa di sintomi depressivi (Blankfeld & Holahan, 1996) nei figli.

Tra i diversi modelli di intervento sperimentati, molti sono gli interventi che invece includono anche la famiglia o addirittura, programmi che sono pianificati esclusivamente per la genitorialità.

Tipologie di interventi

Nello specifico, è possibile classificare gli interventi attualmente presenti in letteratura in:

- Programmi di Skills Training
- Interventi Familiari
- Interventi Multisistemici
- Interventi di E-Health o che prevedono l'utilizzo della tecnologia

Programmi di Skills Training

All'interno di questa categoria, rientrano gli interventi che si propongono di formare i bambini e gli adolescenti all'acquisizione di abilità/competenze che consentono una più efficace gestione del diabete di tipo 1. Nello specifico,

competenze di coping, problem solving, e di gestione dello stress legato al diabete, che possono essere realizzati attraverso sedute individuali o di gruppo.

Il modello più utilizzato è il **Coping Skills Trainig** (CST) che, collocandosi all'interno della cornice della teoria socio-cognitiva (Bandura, 1998), si focalizza sull'acquisizione di modelli comportamentali e strategie di coping adeguate alla gestione del diabete nelle situazioni sociali stressanti, al fine di facilitare l'aderenza alle cure senza, tuttavia, compromettere le relazioni con i pari (Grey et al., 2000). L'intervento, che si articola in 4-6 sessioni in piccolo gruppo in cui vengono realizzati role-plays e attività di coaching, risulta essere molto efficace negli adolescenti con diabete di tipo 1, nel migliorare la qualità di vita, competenze di coping e controllo glicemico ad un anno dall'intervento rispetto al gruppo di controllo.

Gli stessi risultati sono stati riscontrati attraverso l'applicazione del modello su bambini in età scolare, sebbene in questo caso, i risultati risultino essere simili a quelli ottenuti con l'intervento educativo (Ambrosino et al., 2010).

Recentemente questo stesso modello è stato adattato ai genitori di bambini affetti da diabete di tipo1 (Grey et al., 2011) e ne è stata, inoltre, proposta una versione via internet (Grey et al., 2013). Entrambe le versioni mostrano miglioramenti nel coping e qualità di vita, tuttavia, nessuna differenza significativa è stata riscontrata rispetto al controllo glicemico, comparando l'intervento CST con l'intervento educativo condotto da un infermiere certificato "educatore per il diabete".

Questo modello è usato anche in programmi, basati sulle terapie cognitive comportamentali, in combinazione con gli approcci di problem-solving e di ristrutturazione cognitiva, per avviare cambiamenti sia cognitivi che comportamentali (Frydenberg e Brandon, 2007). Il programma, con l'obiettivo di migliorare il controllo glicemico e il benessere psicosociale, è stato sperimentato su piccoli gruppi di adolescenti in 5 sessioni settimanali di 2 ore, condotte da psicologi. Al termine dell'intervento a ciascun ragazzo è stato dato un CD, sviluppato come uno strumento per mantenere gli effetti del trattamento. Il programma, rispetto al gruppo di controllo, è risultato essere efficace nel controllo glicemico, nel miglioramento significativo nel benessere psicosociale, del senso di autoefficacia e della qualità di vita, nella riduzione e prevenzione dei sintomi depressivi (Serlachius et al., 2014).

Gli adolescenti con diabete di tipo1 potrebbero beneficiare dell'educazione così come di un intervento sulle strategie di coping per la gestione degli stressor legati al diabete.

Miglioramenti nel coping, nella qualità di vita e prevenzione dei sintomi depressivi si ottengono quando il CST è condotto da un professionista della salute mentale (psicologo clinico o terapeuta familiare).

Interventi familiari

La gestione del diabete in età pediatrica implica necessariamente il coinvolgimento dei genitori e più in generale dell'intero sistema familiare (Jaser, 2011). Gli interventi familiari, attualmente presenti in letteratura, pertanto, si fondano sulla comunicazione e collaborazione familiare e spesso includono componenti di skill training.

I modelli di intervento che hanno riportato i risultati più consistenti sono l'approccio sul gruppo familiare, l'approccio multicomponente.

Approccio sul gruppo familiare

- Il “Family Teamwork” (Anderson et al., 1999), collocandosi all'interno della cornice della teoria sistemico-familiare, si fonda sull'importanza della responsabilità familiare genitore-bambino per una buona gestione del diabete. Pertanto, viene incoraggiata la discussione attiva in famiglia, il lavoro di gruppo, la prevenzione e risoluzione del conflitto, per offrire un maggior sostegno emotivo al bambino/adolescente con diabete. Il programma si articola in 4 moduli. I risultati chiave includono la diminuzione del conflitto familiare, l'incremento del coinvolgimento familiare ed il miglioramento del controllo glicemico a due anni dalla fine dell'intervento comparato con il gruppo di controllo e con le cure standard (Anderson et al 1999; Laffel et al 2003). In anni più recenti, è stato proposto un adattamento dell'intervento di Family Teamwork: il modello Care Ambassador (CE). Questo approccio risulta essere utile nel ridurre le ospedalizzazioni e complicanze diabetiche, prevenire il deterioramento nel controllo glicemico soprattutto nei giovani ad alto rischio per scarso controllo metabolico (Katz, et al. 2014). Recentemente, altri gruppi di ricerca hanno integrato la teoria socio-cognitiva con la teoria sistemico-familiare proponendo un modello di intervento integrato di “Family Teamwork e componenti di Coping Skill Training” in un formato di gruppo multifamiliare (Murphy et al., 2007, 2012) o in sessioni familiari individuali (Holmes et al., 2014). Sebbene i risultati evidenziano miglioramenti sia psicologici che comportamentali e la prevenzione del deterioramento nel controllo glicemico, sarebbe auspicabile replicare questi studi attraverso l'inserimento di un gruppo di controllo e prevedere follow-up a lungo termine.
- La “Behavioral Family Systems Therapy (BFST)” è un intervento di terapia familiare che presenta incoraggianti risultati nel facilitare la gestione della patologia diabetica nel sistema familiare. Esso è basato sulla teoria sistemico-familiare, in cui un terapeuta familiare, nel corso di 10 sessioni, trasmette competenze legate alla comunicazione, problem solving e risoluzione dei conflitti. Le prime applicazioni del BFST sui giovani con diabete di tipo 1 mostrano incoraggianti miglioramenti nella comunicazione familiare e competenze di problem solving ma i cambiamenti nell'aderenza alle terapie sono inconsistenti e non sembra emergere un sostanziale miglioramento glicemico rispetto alle cure standard o alle condizioni di controllo, supporto o educazionali. Inoltre i risultati sembrano essere incoraggianti subito dopo la conclusione dell'intervento, rispetto alla riduzione del conflitto familiare, del conflitto legato al diabete e dei problemi comportamentali seppur questi risultati sembrano non essere mantenuti nel follow-up a 6 mesi dall'intervento (Harris et al., 2005). Per tale ragione, in seguito, questo modello è stato adattato alle specifiche interazioni familiari che riguardano la gestione del diabete di tipo1, ed è stato formulato il BFST- per il diabete (BFST-D). Questa rivisitazione, prevedendo un incremento della durata dell'intervento ed una simulazione dell'autogestione del diabete, evidenzia un significativo miglioramento nell'aderenza al trattamento e nel controllo glicemico fino a 18 mesi dalla fine dell'intervento, rispetto al gruppo di controllo (Wysocki et al., 2007, 2008). Recentemente, inoltre, per ridurre i costi dell'intervento è stato proposto un modello di BFST-D via web basato sulla video chat con risultati promettenti (Freeman et al., 2013).

Questa tipologia di interventi, sia BFST che BFST-D, vengono condotti da un esperto della salute mentale (psicologo clinico, terapeuta familiare)

Approccio multicomponente

E' un approccio integrato che affronta sia la sfera emotiva che sociale e familiare, risulta essere molto efficace, i risultati relativi al valore di HgbA1c infatti sono robusti e si mantengono nel tempo (Hood, Rohan, Peterson, e Drotar, 2010). Tra questi risulta importante citare:

- L'Intervento multicomponente motivazionale: che prevede l'unione tra l'intervista motivazionale, la terapia cognitivo-comportamentale (MI/CBP) e la gestione contingente della famiglia (CM). La combinazione dell'intervista motivazionale con la terapia cognitivo-comportamentali si è dimostrata essere molto più efficace della sola intervista motivazionale negli adulti con diabete, pertanto si è pensato di adattarla anche al target adolescenti. L'intervento, strutturato in 14 sessioni settimanali e condotto da un terapeuta specializzato, prevede: l'intervista motivazionale per valutare costi e benefici del cambiamento, scegliere le diverse alternative comportamentali ed impostare nuovi obiettivi, effettuare l'analisi funzionale del comportamento (identificare antecedenti/conseguenze dei comportamenti disfunzionali per la salute o), incrementare il supporto sociale, la comunicazione efficace, il problem solving, la gestione efficace dell'umore e della paura (Stanger et al., 2012).
- Intervento multicomponente in contesto ospedaliero (clinica endocrinologica): l'intervento segue un'impostazione interdisciplinare realizzata con un team di lavoro nel quale lo psicologo ha la funzione di migliorare la comunicazione tra pazienti e medici e aumentare l'utilizzo dei servizi. L'intervento psicologico lavora parallelamente su obiettivi perseguiti singolarmente: la comunicazione e il conflitto familiare (Cohen, 1999; raso et al., 1989), gli aspetti comportamentali delle cure mediche (Ellis et al., 2005; Wysocki et al., 2006) e i processi di adattamento emozionale del paziente e della famiglia (Thompson et al., 2011). L'intervento ha portato a riduzioni significative del valore di HgbA1c e ad una riduzione a lungo termine del rischio di complicazioni micro-vascolari (Bitsko et al., 2013).

Un modello di assistenza integrata facilita l'utilizzo di interventi psicologici, migliorando l'accesso alle cure e prevenendo il deterioramento della gestione del diabete durante l'adolescenza (Wysocki, 2006). La formazione specifica dei professionisti coinvolti e il lavoro interdisciplinare, risultano essere delle prerogative indispensabili per il successo e l'efficacia degli interventi, garantendo risultati sostenibili a lungo termine (Bitsko et al., 2013). Nei casi in cui questi elementi non sono presenti, gli interventi, per quanto ben strutturati e con una formazione del personale implicato, non ottengono i risultati che ci si aspetterebbe (Thompson, 2014).

Diverse sono le testimonianze in tal senso. A titolo esemplificativo riportiamo:

Programma di educazione strutturata in gruppo, clinic-based (CASCADE study). L'intervento, basato su solution focused e approcci motivazionali, è stato diretto a gruppi di famiglie (3-4 per gruppo) e si è articolato in 4 riunioni a cadenza mensile con l'obiettivo di sviluppare fiducia nella gestione di diversi aspetti del diabete (dosaggio dell'insulina, alimentazione ...) di aumentare il coinvolgimento dei pazienti nel processo di cura, di migliorare il controllo glicemico a lungo termine, la qualità della vita e il funzionamento psicosociale nei bambini e adolescenti. I gruppi sono stati condotti da infermieri e dietisti appositamente formati. L'intervento non si è rivelato efficace per questa popolazione (Thompson, 2014).

WE-CAN manage diabetes. Intervento radicato nella teoria cognitiva sociale e nella teoria del self-regulation, sviluppato da non professionisti appositamente addestrati (healts advisors) per circa 21 mesi e progettato per migliorare la collaborazione tra

genitori e figli e le capacità di problem-solving a livello familiare e individuale. L'intervento non si è rivelato efficace per questa popolazione (Gee et al., 2016).

Gli interventi comportamentali che prevedono il coinvolgimento della famiglia nell'acquisizione di strategie di problem solving sociale, risultano essere efficaci nella gestione del diabete di tipo 1 e nel prevenire il deterioramento glicemico in adolescenza (Nansel, 2011) indipendentemente dai diversi livelli di reddito delle famiglie (Nansel et al., 2015).

Gli interventi comportamentali che prevedono il coinvolgimento della famiglia sono efficaci nella gestione del diabete di tipo 1 indipendentemente dai fattori socioeconomici

La formazione specifica dei professionisti coinvolti è fortemente indicata
Il lavoro interdisciplinare favorisce l'efficacia e la sostenibilità dei risultati a lungo termine

Interventi multisistemici

All'interno di questa categoria, rientrano gli interventi che, integrando la teoria sistemico-familiare (Brown, 2002; Wiebe et al 2016) con il modello socio-ecologico (Bronfenbrenner, 1979) si propongono di lavorare sui diversi sistemi con cui l'adolescente con diabete entra in rapporto (famiglia, scuola, comunità). L'intervento, erogato da un terapeuta familiare a singole famiglie per diversi mesi ed in diversi setting (casa, scuola, sistema di cure), viene declinato in funzione di specifici bisogni e barriere legate alla gestione del diabete tipo 1, nell'ottica di migliorare il controllo metabolico. Questo modello ha dimostrato un miglioramento nell'aderenza ai compiti di gestione del diabete, minori ospedalizzazioni, minori costi del sistema sanitario e miglioramento del controllo glicemico a 24 mesi dall'intervento comparato alle cure standard o al supporto telefonico (Ellis et al., 2012; Ellis et al., 2000; Ellis et al., 2005).

Il modello è risultato essere efficace anche per quanto riguarda le relazioni familiari, dimostrando un miglioramento nei rapporti caregiver-adolescenti; il programma sembra far aumentare, negli adolescenti, la percezione del supporto nella cura, da parte di entrambi i genitori (Ellis et al., 2007).

Gli studi in merito al supporto sociale e alla sua possibile funzione nel trattamento del diabete infantile, a nostra conoscenza, non sono molti, di cui diversi sono gli studi pilota e quelli esplorativi, mentre in un numero inferiore quelli randomizzati e controllati.

Gli adolescenti con diabete, spesso riferiscono che il sostegno tra pari è una di quelle aree che vorrebbero migliorare (Nabors et al., 2003); esso costituisce per i ragazzi che presentano una malattia cronica un'importante risorsa emotiva e sociale (LaGreca et al., 1995). Numerosi studi evidenziano il ruolo del supporto dei pari nel promuovere migliori risultati nelle malattie croniche e potenziare l'aderenza alle raccomandazioni mediche (LaGreca et al., 2002).

Intervenire attivamente sul gruppo dei pari rende questo più informato circa le problematiche connesse con la patologia diabetica e più in grado di essere di supporto. Contemporaneamente facilita l'inserimento nel gruppo del

ragazzo diabetico e la sua percezione di maggior sostegno (Greco et al., 2001). Per i coetanei infatti risulta necessario acquisire maggiori informazioni sul diabete e sulle responsabilità mediche ad esso legate. I giovani con diabete, d'altro canto, avrebbero difficoltà nel raccontare ad altri della loro malattia e questo evidenzia come sia necessario lavorare sulle capacità comunicative più efficaci (Lehmkuhl et al., 2010). Questi studi utilizzano gruppi di discussione condotti da psicologi.

Altre esperienze associano ai gruppi di discussione l'uso del web, attraverso il quale vengono condotte consultazioni individuali. I programmi si focalizzano su tre aspetti principali: l'esperienza di supporto dei pari del paziente; l'esperienza dei genitori e il funzionamento della famiglia; la conoscenza del diabete. Il programma prevede la partecipazione attiva dell'adolescente e il coinvolgimento dei genitori e si articola in gruppi (da 4 a 9 adolescenti per gruppo) di discussione della durata di 3 ore, guidati da differenti figure professionali (medici, infermieri specializzati nella cura del diabete, psicologi clinici, dietisti e assistenti sociali), a seconda della parte del programma affrontata. Il programma educativo di gruppo e di consulenza per adolescenti con diabete di tipo 1, ha portato dei miglioramenti nella qualità di vita di tutto il campione sperimentale e una diminuzione di HbA1c negli adolescenti più "anziani" (Graue et al. 2004).

Risultati soddisfacenti sono stati ottenuti anche in altri programmi di educazione di gruppo, che hanno integrato le caratteristiche dei gruppi di auto-aiuto e dei programmi educativi più tradizionali. I professionisti della salute che hanno partecipato alle discussioni, hanno avuto il ruolo di osservatori e non di formatori, in quanto i gruppi erano condotti dagli stessi partecipanti (precedentemente formati dai professionisti). In questo caso il campione coinvolto comprendeva una fascia d'età più ampia (da 14 ai 45 anni) (Mannucci et al., 2005).

Negli interventi destinati ad adolescenti e giovani una matrice socio –ecologica e una attenzione ai sistemi di appartenenza, in particolare al gruppo dei pari, sono raccomandate

Per la maggior parte degli interventi qui citati, gli psicologi risultano essere professionisti "in prima linea" e laddove presenti si ottengono risultati più soddisfacenti

L'Intervista Motivazionale

Nell'ultimo decennio, l'Intervista Motivazionale, è diventata un approccio molto popolare, sviluppato da Rollnick e colleghi (2008) con l'obiettivo di suscitare la motivazione nel paziente, al fine di cambiare il proprio comportamento. Il consulente ha il compito di motivare il paziente, attivando il processo di cambiamento, attraverso la discussione dei loro valori, obiettivi e aspirazioni. Il processo si muove attraverso delle fasi così come indicato dal *transtheoretical model of behavior change* (Prochaska et al., 1983). Nel complesso, questo modello ha mostrato dei miglioramenti sul peso (indice di massa corporea), sul colesterolo, sulla pressione sanguigna e sul consumo di alcol, ma non sull'uso di sigarette o sui livelli di emoglobina glicosilata (HbA1c) (Rubak S et al., 2005).

In uno studio della durata di un anno, le sessioni, condotte da due psicologhe della salute, hanno mirato all'acquisizione di una maggiore consapevolezza dei costi e dei benefici dei propri comportamenti legati alla gestione del diabete, e a stimolare la riflessione sulle possibili alternative e sull'effettiva applicabilità, discutendo delle preoccupazioni circa il raggiungimento degli obiettivi. Il programma è risultato essere efficace, dimostrando dei miglioramenti a lungo termine (24 mesi) nel controllo glicemico, nel benessere psicologico e nella qualità della vita (Channon et al., 2007).

Altri studi presi in considerazione, hanno ottenuto risultati inferiori o mediocri (vedi ad es: Robling et al., 2012; Wang et al., 2010...)

Questa metodologia sembra ottenere risultati diversi nelle diverse fasce d'età (Channon, 2007), in particolare risultano più efficaci con gli adolescenti, più autonomi nella gestione della propria malattia, che nelle fasce d'età più piccole (Nansel et al., 2007).

Ad esempio, in uno studio ispirato ai principi dell'intervista motivazionale, dell'analisi del comportamento applicato e del problem solving, un personal trainer ha condotto 5 colloqui con adolescenti tra gli 11 e i 16 anni. I risultati, misurati con follow up fino a 24 mesi hanno riportato migliori livelli di A1C solo per la fascia d'età più grande implicata nello studio (Nansel et al., 2009).

L'analisi della letteratura evidenzia come le interviste condotte da psicologi e medici risultano essere più efficaci di quelle condotte da altri operatori (Rubak et al., 2005).

Far condurre interviste motivazionali a professionisti che non siano psicologi rischia di depotenziare e/o compromettere l'efficacia di un modello di intervento psicologico e di disconoscere la specificità del contributo della disciplina.

Ciononostante, sembra esserci, per l'esecuzione dell'intervista motivazionale, un costante tentativo di cercare "altre figure professionali" cui affidare il compito di condurre le interviste, magari dopo un breve periodo di formazione

L'intervista motivazionale risulta particolarmente efficace con gli adolescenti

L'efficacia dell'intervista motivazionale dipende dalla professione dell'intervistatore.

La formazione e l'esperienza dei metodi di intervista motivazionale ne influenzano l'efficacia
fattibilità

Interventi E-Health o che prevedono l'utilizzo della tecnologia

Recentemente, molti interventi comportamentali, pensati per migliorare la gestione del diabete di tipo 1 negli adolescenti, sono stati adattati al web, mantenendo, tuttavia, la loro efficacia rispetto ai risultati in follow-up di 12 e anche 18 mesi (Freeman et al., 2013; Grey et al., 2013; Mulvaney 2010). Lo strumento di internet permette di

utilizzare la piattaforma online per agevolare il confronto tra i giovani su tematiche di interesse comune (cibo salutare, l'attività fisica, controllo del glucosio). I programmi online risultano efficaci se intervengono contemporaneamente su più obiettivi (strategie di coping, tecniche di problem-solving, gestione dello stress, risoluzione dei conflitti, decision making) migliorando i livelli di HbA1c, la qualità della vita, accettazione sociale, self-efficacy, lo stress percepito e il conflitto legato al diabete.

Esiste, inoltre, una nuova tipologia di interventi che integrano gli E-Health (electronic health) e le tecnologie M-health molto utilizzati nel diabete di tipo 1. Ad esempio uno studio pilota include l'invio di messaggi di promemoria per i compiti connessi alla malattia diabetica o l'invio di messaggi educazionali o motivazionali (Herbert et al 2015; Markowitz 2014), l'utilizzo di applicazioni smartphone per monitorare i compiti connessi al diabete (Carroll et al., 2011) e giochi elettronici motivazionali (Klingensmith et al., 2013). In un altro studio si è voluto determinare se le telefonate programmate da un educatore pediatrico del diabete possano migliorare i livelli di HbA1c, i ricoveri ospedalieri, la conoscenza del diabete, l'aderenza e il benessere psicologico (Nunn et al., 2006). Al momento i miglioramenti glicemici non sono molto evidenti; questi primi risultati mostrano come i giovani si divertano a partecipare a questi interventi che prevedono l'uso della tecnologia, pertanto si ipotizzano benefici legati alla motivazione, self-efficacy e aderenza alle cure, che tuttavia è necessario valutare attraverso ricerche future (Herbert et al., 2015; Klingensmith et al., 2013).

Sembrerebbe quindi che lo sviluppo degli interventi comportamentali e-Health ed m-Health, potrebbe facilitare l'integrazione e la gestione della malattia diabetica nella vita quotidiana dei giovani adolescenti. Tuttavia, alcuni studi evidenziano come l'accesso ad essi, l'interesse e la possibilità di entrare in rapporto con questa tipologia di interventi possa risultare un fattore limitante per alcuni. I dati indicano che i giovani neri, ispanici, di razza mista e a basso reddito hanno meno probabilità di iscriversi ai programmi di gestione del diabete via internet. Tuttavia, una volta iscritti, i giovani di diversa razza, etnia e a basso reddito con diabete di tipo 1 sono molto soddisfatti dei programmi e-Health, esattamente come i bianchi con reddito più elevato. Pertanto, in futuro, sarà necessario pensare a nuove modalità di reclutamento e ad interventi psicologici che integrino l'utilizzo della tecnologia. I risultati suggeriscono che i programmi di sanità elettronica potenzialmente riescono a raggiungere diversi giovani ed essere maggiormente attraenti rispetto ad altre forme di interventi (Herbert et al., 2013; Whittemore et al., 2013).

Lo sviluppo degli interventi comportamentali e-Health ed m-Health, facilita l'integrazione e la gestione della malattia diabetica nella vita quotidiana dei giovani adolescenti, nei termini di incrementare la motivazione, self-efficacy e aderenza alle cure.

Gli effetti sui risultati psicosociali e comportamentali (qualità di vita, adattamento alla malattia ecc) sono maggiori rispetto ai risultati glicemici.

Complessivamente

- Gli interventi psicologici per migliorare la gestione del diabete in bambini, adolescenti e famiglie risultano efficaci
- Le terapie familiari risultano essere quelle più efficaci per gli adolescenti

Il passaggio dalla clinica pediatrica alla clinica per adulti

Il passaggio dalla fanciullezza all'età adulta può essere difficile per i giovani e le loro famiglie. Tra le difficoltà legate a questa transizione si rintracciano ad esempio, i cambiamenti nei bisogni di salute dei giovani e nei sistemi di erogazione di assistenza sanitaria. Questo passaggio infatti dovrebbe tener conto della vulnerabilità e della criticità di questo periodo di vita per i giovani adulti, avviati verso una maggiore indipendenza nella gestione della propria malattia. Questo elemento di maggiore autonomia potrebbe indurre comportamenti negligenti e mancanza di partecipazione all'assistenza sanitaria, con inevitabili complicanze nella salute (David et al., 2001). Nonostante la riconosciuta importanza di un efficace trasferimento, troppo poco ancora è stato fatto in merito (Vidal et al., 2004). Molti modelli sono risultati inefficaci nel sostenere i giovani adulti in questo passaggio (Bryden et al., 2003; Frank et al., 2006; Kipps et al., 2002; Pacaud et al., 1996; Pacaud et al., 2005; Reiss et al., 2002; Saunders et al., 2004; Whittaker et al., 2004). In virtù di questo, diversi sono i progetti che contemplano come possibilità quella di creare una clinica specializzata che faccia da ponte in questo passaggio, che possa rispondere ai bisogni di autonomia, di educazione e di sostegno che si presentano in questa fase di vita (Court et al., 1993; Sullivan et al., 2006; Steinkamp et al., 2001; Miles et al., 2004; Watson et al., 2005).

A titolo esemplificativo si riporta una esperienza di lavoro congiunto tra i due servizi di cura che ha prodotto risultati ottimali, dimostrando a 3 anni dalla transizione, risultati soddisfacenti nei livelli di HbA1c e nella qualità di vita. Il team multidisciplinare era composto da medici, endocrinologi, psicologi ed infermieri specializzati. Ogni anno un gruppo di giovani adulti in procinto di trasferirsi al nuovo servizio di cura, ha avuto la possibilità di partecipare a focus group nei quali discutere le aspettative verso il futuro servizio di cura. Sono stati individuate alcune richieste basilari e ricorrenti da parte dei giovani: servizio clinico serale; team multidisciplinare di facilitatori costituiti dagli stessi membri del personale di ogni clinica; nessuna visita aggiuntiva per scopi didattici; discussioni informali di gruppo durante le visite cliniche; appuntamenti quadrimestrali. Il gruppo di giovani ha potuto scegliere con quale professionista svolgere l'incontro (Logan et al., 2008).

La letteratura relativa a questo topic presenta diverse criticità: la maggior parte degli studi non hanno follow-up lunghi o, al contrario, sono semplicemente studi descrittivi del passaggio da una clinica pediatrica per il diabete ad una clinica per adulti. Quasi inesistenti i programmi psicologici finalizzati a sostenere i giovani in questo passaggio; laddove presenti, risultano essere puramente descrittivi, non rispondendo quindi ai canoni di scientificità.

Lavorare con i giovani può essere impegnativo, per questo motivo a tutti i membri del team di diabete sono richieste capacità comunicative spiccate ma soprattutto efficaci. È fondamentale, quando ci si confronta con i giovani, stringere rapporti buoni e onesti in modo tale da metterli a proprio agio, affinché possano sentirsi liberi di discutere di ogni questione per loro importante e di contattare il servizio per il supporto ad ogni necessità. Un'altra competenza fondamentale per lavorare con questo gruppo di giovani è il saper gestire il paziente che non vuole ascoltare o che non si sente pronto ad assumersi la responsabilità per la sua malattia, il che comporta una grande responsabilità per ogni professionista del team (Logan et al., 2008).

La partecipazione dello psicologo nel team, così come la presenza di competenze psicologiche, non sono menzionate neanche in programmi di stampo educativo e/o socializzante. Il "Progetto Maestro", che riportiamo a titolo esemplificativo, ha utilizzato diverse modalità di erogazione dei servizi, tra cui un sito web completo, una newsletter bimestrale, una mensile, gruppo informale serale di drop-in ed eventi educativi per facilitare e rendere più accessibile questo passaggio. Attraverso le telefonate e l'e-mail, "Il Maestro" (di cui non è specificata la professionalità) tiene il contatto con i giovani adulti per fornire, sostenere e aiutare a identificare le barriere nell'accesso ai servizi di assistenza sanitaria. In questo programma, tra i giovani "più anziani" si registra un alto tasso di drop out e una serie di complicanze anche di una certa importanza; tassi di abbandono inferiori e minori complicanze mediche si registrano nel gruppo dei più giovani (Vanwalleghem et al., 2008).

Anche in altri due studi, le uniche figure professionali menzionate sono gli infermieri, i medici e i diabetologi. In uno (TEP, programma di educazione terapeutica), di carattere più educativo, si sono evidenziati risultati (medici e di gestione del diabete) discreti; il programma relativo a questo studio prevedeva visite individuali, di gruppo e l'uso di diari (Vidal et al., 2004). Nel secondo studio, invece, la transizione gestita con una assistenza individuale continuativa durante l'intero processo, da parte del pediatra e dell'endocrinologo. Al giovane era permesso tornare ad essere seguito dal servizio di provenienza in caso di disaccordo con la clinica per adulti. La valutazione puramente descrittiva, ha visto una maggiore soddisfazione nel gruppo di pazienti inseriti in questo iter di transizione; questi, nel follow up ad 1 e a 3 anni, presentavano migliori livelli di HbA1c (Cadario et al., 2009).

Da un'analisi generale, sembra esserci poca attenzione e programmazione rispetto a questa fase di vita, quasi come se questo passaggio dall'adolescenza all'età adulta fosse priva di barriere e complicazioni, legate anche e soprattutto ai cambiamenti sociali e non, che si presentano, a prescindere dal diabete; per quanto importante, i livelli di HbA1c risultano essere l'unica variabile degna di nota, senza considerare quanto possano incidere ed influenzare anche altri aspetti di vita, nella salute nei giovani.

Commenti/considerazioni conclusive

La maggior parte degli interventi sono condotti da professionisti della salute mentale (psicologi clinici, psicoterapeuti). In rari casi, di intervento psicoeducativo, è possibile individuare come conduttori anche infermieri che hanno seguito un training specifico per il diabete. Un caso a parte è costituito dagli interventi e-Health che vengono realizzati quasi sempre da trainer esperti di diabete di cui spesso non viene specificato il ruolo professionale (Mulvaney 2010; Grey et al., 2013; Klingensmith et al., 2013; Herbert et al., 2015). In tal senso, sembra prioritario, laddove l'intervento si collochi in una prospettiva teorica prettamente psicologica/psicoterapeutica e richieda dunque questa specifica funzione professionale, che siano dei professionisti esperti di salute psicosociale ad erogarlo.

Maggiormente efficaci risultano essere gli interventi integrati multicomponenti rispetto a quelli strettamente educazionali, quelli preventivi rispetto a quelli realizzati dopo la diagnosi e quelli che includono una formazione alle strategie di problem solving. Sebbene gli interventi comportamentali guidati da un'esplicita teoria di riferimento hanno mostrato maggiori effetti rispetto a quelli senza teoria esplicita, pochi tra gli studi rintracciati in letteratura esplicitano un framework teorico di riferimento (Hampson et al. 2000; Savage et al. 2010).

Tutti gli interventi esaminati si collocano all'interno di una prospettiva teorica cognitivo-comportamentale. Non ci sono studi, a nostra conoscenza, che facciano riferimento a modelli psicomodinamici e che prevedano un intervento sull'identificazione, riconoscimento ed elaborazione delle emozioni connesse alla patologia diabetica, nell'ottica di migliorare l'adattamento e l'accettazione della patologia all'interno del proprio contesto di vita.

E' auspicabile in futuro:

- Realizzare degli studi che esplicitino la prospettiva teorica-metodologica di riferimento e propongano dei follow up più a lungo termine,
- Intervenire adeguatamente e con maggiore competenza psicologica nella fase di passaggio dall'età adolescenziale all'età adulta.

Bibliografia

- Ambrosino, J. M., Fennie K., Whittemore, R., Jaser, S., Dowd, M. F., Grey, M., Goodrich, A., (2010). Short-term effects of coping skills training in school age children with type 1 diabetes, *Pediatr Diabetes*, 9(3 Pt 2), 74–82. DOI:10.1111/j.1399-5448.2007.00356.x.
- Anderson, B. J., Brackett, J., Ho, J., & Laffel, L. M. (1999). An officebased intervention to maintain parent-adolescent teamwork in diabetes management. Impact on parent involvement, family conflict, and subsequent glycemic control. *Diabetes Care*, 22, 713–721. <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.22.5.713>.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13, 623– 649. <http://dx.doi.org/10.1080/08870449808407422>.
- Bitsko, M.J., Bean, M.K., Bart, S., Foster, R.H., Thacker, L., Francis, G.L. (2013). Psychological treatment improves hemoglobin a1c outcomes in adolescents with type 1 diabetes mellitus, *J Clin Psychol Med Settings*. DOI: 10.1007/s10880-012-9350-z.
- Blankfeld, D.F., Holahan, C.J. (1996). Family support, coping strategies, and depressive symptoms among mothers of children with diabetes. *Journal of Family Psychology*, 10, 173–9.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, R. T. (2002). Society of pediatric psychology presidential address: Toward a social ecology of pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 191–201. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/27.2.191>.
- Bryden, K.S., Peveler, R.C., Stein, A. et al. (2001). Clinical and psychological course of diabetes from adolescence to young adulthood: a longitudinal cohort study. *Diabetes Care*, 24, 1536–1540.
- Cadario, F., Prodam, F., Bellone, S., Trada, M., Binotti, M., Trada, M., Allochis, G., Baldelli, R., Esposito, S., Bona, G., Aimaretti G. (2009). Transition process of patients with type 1 diabetes (T1DM) from paediatric to the adult health care service: a hospital-based approach, *Clinical Endocrinology*, 71, 346–350. DOI: 10.1111/j.1365-2265.2008.03467.X
- Carroll, A. E., DiMeglio, L. A., Stein, S., & Marrero, D. G. (2011). Using a cell phone-based glucose monitoring system for adolescent diabetes management. *The Diabetes Educator*, 37, 59 – 66. <http://dx.doi.org/10.1177/0145721710387163>.
- Channon, S. J., Huws-Thomas M.V., Rollnick S., Hood, K., Cannings-John, R.L., Rogers, C., Gregory, J.W. (2007). A multicenter randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes, *Diabetes Care* 30, 1390–1395. DOI: 10.2337/dc06-2260.
- Channon, S.J., Huws-Thomas, M.V., Rollnick, S., Hood, K., Cannings-John, R.L., Rogers, C., et al. (2007). A multicenter randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. *Diabetes Care*, 30, 1390-1395.
- Christie, D., Thompson, R., Sawtell, M., Allen, E., Cairns, J., Smith, F., Jamieson, E., Hargreaves, K., Ingold, A., Brooks, L., Wiggins, M., Oliver, S., Jones, R., Elbourne, D., Santos, A., Wong, I.C.K., O'Neil, S., Strange, V., Hindmarsh, P., Annan, F., Vine, R.M. (2014). Effectiveness of a structured educational intervention using psychological delivery methods in children and adolescents with poorly controlled type 1 diabetes: a cluster-randomized controlled trial of the CASCADE intervention, *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 4, e000165. DOI:10.1136/bmjdr-2015-000165.
- Christie, D., Thompson, R., Sawtell, M., Allen, E., Cairns, J., Smith, F., Jamieson, E., Hargreaves, K., Ingold, A., Brooks, L., Wiggins, M., Oliver, S., Jones, R., Elbourne, D., Santos, A., Wong, I.C K, O'Neil S., Strange, V., Hindmarsh, P., Annan, F., Vine, R. M. (2014). Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled trial with integral process and economic evaluation – the CASCADE study, *Health Technology Assessment*, 18(20), 1366-5278. DOI: 10.3310/hta18200.
- Cohen, M. S. (1999). Families coping with childhood chronic illness: A research review. *Families, Systems and Health*, 17(2), 149.

- Court, J. (1993), Issues of transition to adult care, *J. Paediatr, Child Health*, 29 (Suppl. 51), S53–S55
- David, T. J. (2001), Transition from the paediatric clinic to the adult service, *J Roy Soc Med*, 94, 373–374.
- Ellis, D.A. Yopp, J., Templin, T., Naar-King, S., Frey, M.A., Cunningham, P., Idalski, Larissa, A., Niec, N. (2007). Family mediators and moderators of treatment outcomes among youths with poorly controlled type 1 diabetes: results from a randomized controlled trial, *Journal of Pediatric Psychology*, 32(2), 194–205. DOI:10.1093/jpepsy/jsj116.
- Ellis, D.A., Chen, X., Moltz, K., Cunningham, P.B., Idalski-Carcone, A. (2012). Multisystemic Therapy Compared to telephone support for youth with poorly controlled diabetes: findings from a randomized controlled trial, *Ann Behav Med*. 44(2), 207–215. DOI:10.1007/s12160-012-9378-1.
- Ellis, D.A., Frey, M.A., Naar-King, S., Templin, T., Cunningham, P., Cakan, N. (2005). The effects of Multisystemic Therapy on diabetes stress among adolescents with chronically poorly controlled type 1 diabetes: findings from a randomized, controlled trial, *Pediatrics*, 116 (6), e826–e832. DOI: 10.1542/peds.2005-0638.
- Ellis, D.A., Frey, M.A., Naar-King, S., Templin, T., Cunningham, P., Cakan, N. (2005). Use of Multisystemic Therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in chronic poor metabolic control, *Diabetes Care*, 28(7), 1604–1610. Disponibile da doi.org/10.2337/diacare.28.7.1604.
- Ellis, D.A., Naar-King, S., Templin, T., Frey, M.A., Cunningham, P., Sheidow, A., Cakan, N., Idalski, A. (2008). Multisystemic Therapy for adolescents with poorly controlled type 1 diabetes reduced diabetic ketoacidosis admissions and related costs over 24 months, *Diabetes Care*, 31(9), 1746–1747. Disponibile da <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>
- Frank, M. (1996). Factors associated with noncompliance with a medical follow-up regimen after discharge from a pediatric clinic. *Can J Diabetes*, 20, 13–20.
- Freeman, K. A., Duke, D. C., & Harris, M. A. (2013). Behavioral health care for adolescents with poorly controlled diabetes via Skype: Does working alliance remain intact? *Journal of Diabetes Science and Technology*, 7, 727–735. <http://dx.doi.org/10.1177/193229681300700318>.
- Frydenberg, E., Brandon, C.M. (2007). *The Best of Coping: Instructors Manual*. Melbourne: Oz Child.
- Gee, B.T., Nansel, T.R., Liu, A. (2016). Reduction of hypoglycaemic events with a behavioural intervention: a randomized clinical trial for paediatric patients with Type 1 diabetes mellitus, *Diabet Med*. Author manuscript; available in PMC 2016 September 12.
- Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Hanestad, B. R., Søvik, O. (2004). Evaluation of a programme of group visits and computer-assisted consultations in the treatment of adolescents with Type 1 diabetes, *Diabetes UK. Diabetic Medicine*, 22, 1522–1529. Disponibile da https://www.researchgate.net/profile/Berit_Rokne/publication/7524492
- Greco, P., Pendley, J. S., McDonnell, K., Reeves, G. (2001). A peer group intervention for adolescents with type 1 diabetes and their best friends, *J Pediatr Psychol*, 26(8), 485–90. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/26.8.485>
- Grey, M., Boland, E. A., Davidson, M., Li, J., Tamborlane, W.V. (2000). Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life, *The Journal Of Pediatrics*, 137(1), 107–113. DOI:10.1067/mpd.2000.106568.
- Grey, M., Jaser, S., Whittemore, R., Jeon, S., Lindemann, E. (2011). Coping Skills Training for parents of children with type 1 diabetes: 12-Month outcomes, *Nurs Res*. 2011, 60(3), 173–181. DOI:10.1097/NNR.0b013e3182159c8f.
- Grey, M., Whittemore, R., Jaser, S., Ambrosino, J. , Lindemann, E., Liberti, L., Northrup, V., Dziura, J. (2009). Effects of Coping Skills Training in School-age Children with Type 1 Diabetes, *Res Nurs Health*, 32(4), 405–418. doi:10.1002/nur.20336.
- Grey, M., Whittemore, R., Jeon, S., Murphy, K., Faulkner, M.S., Delamater, A. (2013). Internet psycho-education programs improve outcomes in youth with type 1 diabetes, *Diabetes Care* 36:2475–2482. DOI: 10.2337/dc12-2199.

- Hampson, S. E., Skinner, T. C., Hart, J., Storey, L., Gage, H., Foxcroft, D., . . . McEvilly, E. A. (2000). Behavioral interventions for adolescents with type 1 diabetes: How effective are they? *Diabetes Care*, 23, 1416 –1422.
- Harris, S., B., Ekoe, J., M., Zdanowicz, Y., Webster-Bogaert, S. (2005). Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the diabetes in Canada evaluation study). *Diabetes Res Clin Pract*, 70 (1), 90-7.
- Herbert, L. J., Collier, S., Stern, A., Monaghan, M., & Streisand, R. (2015). A pilot test of the self-management and research technology project: A text message-based diabetes self-management program for adolescents. *Journal of Child Health Care*. Advance online publication.
- Holmes, C. S., Chen, R., Mackey, E., Grey M., Streisand, R. (2014), Randomized clinical trial of clinic-integrated, low-intensity treatment to prevent deterioration of disease care in adolescents with type 1 diabetes, *Diabetes Care*, 37:1535–1543. DOI: 10.2337/dc13-1053.
- Hood, K. K., Rohan, J. M., Peterson, C. M., & Drotar, D. (2010). Interventions with adherence-promoting components in pediatric type 1 diabetes: Meta-analysis of their impact on glycemic control. *Diabetes Care*, 33, 1658 –1664. <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-2268>.
- Jacobson, A.M., Hauser, S.T., Lavori, P., Willett, J.B., Cole, C.F., Wolfsdorf, J.I., et al. (1994). Family environment and glycemic control: a four-year prospective study of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 56, 401–9.
- Jaser, S. S. (2011). Family interaction in pediatric diabetes. *Current Diabetes Reports*, 11, 480 – 485. <http://dx.doi.org/10.1007/s11892-011-0222-y>.
- Jaser, S. S., Patel, N., Linsky, R., & Whittemore, R. (2014). Development of a positive psychology intervention to improve adherence in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Health Care*, 28, 478 – 485. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.02.008>.
- Jaser, S.S., Whittemore, R., Chao, A., Jeon, S., Faulkner, M.S., Grey, M. (2014). Mediators of 12-month outcomes of two internet interventions for youth with type 1 diabetes, *Journal of Pediatric Psychology*, 39(3), pp. 306–315, 2014, DOI:10.1093/jpepsy/jst081.
- Katz, M. L., Volkening, L. K., Butler, D.A., Anderson, B.J., Laffel, L.M. (2014). Family-based psychoeducation and care ambassador intervention to improve glycemic control in youth with type 1 diabetes: a randomized trial, *Pediatr Diabetes*. 15(2): 142–150. DOI:10.1111/pedi.12065.
- Kipps, S., Bahu, T., Ong, (2002). Current methods of transfer of young people with Type 1 diabetes to adult service, *Diabetic Medicine*, 19, 649–654.
- Klingensmith, G. J., Aisenberg, J., Kaufman, F., Halvorson, M., Cruz, E., Riordan, M. E.,... Bailey, T. (2013). Evaluation of a combined blood glucose monitoring and gaming system (Didget®) for motivation in children, adolescents, and young adults with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 14, 350 –357. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5448.2011.00791.x>.
- Laffel, L.M.B., Vangsness, L., Connell A., Fabbri G., Butler D., Anderson, B.J. (2003). Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes, *Journal of Pediatrics*, 142, 409-416. DOI: 10.1067/mpd.2003.138
- LaGreca, A. M., Bearman, K. J., Moore, H. (2002). Peer relations of youth with pediatric conditions and health risks: Promoting social support and healthy lifestyles, *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 271–280.
- LaGreca, A. M., Swales, T., Klemp, S., Madigan, S., Skyler, J. (1995). Adolescents with diabetes: Gender differences in psychosocial functioning and glycemic control, *Children's Health Care*, 24, 61–78.
- Lane, J.T., Ferguson, A., Hall, J., McElligott, M., Miller, M., Lane P.H., Pfeiffer E. (2007). Glycemic control over 3 years in a young adult clinic for patients with type 1 diabetes, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 78, 385–391. DOI:10.1016/j.diabres.2007.04.014
- Lehmkuhl, H. D., Merlo, L.J., Devine, K., Gaines, J., Storch, E. A., Silverstein, J. H., Geffken, G. R. (2010). Perceptions of type 1 diabetes among affected youth and their peers, *J Clin Psychol Med Settings*, 16(3), 209–215. DOI:10.1007/s10880-009-9164-9.
- Logan, J., Peralta, E., Brown, K., Moffett, M., Advani, A., Leech, N., (2008). Smoothing the transition from paediatric to adult services in type 1 diabetes, *Journal of Diabetes Nursing*, 12(9), 328-338.

- Mannucci, E., Pala, L., Rotella, C.M. (2005). Long-term interactive group education for type 1 diabetic patients, *Acta Diabetol*, 42:1–6. DOI 10.1007/s00592-005-0167-1.
- Markowitz, J. T., Cousineau, T., Franko, D. L., Schultz, A. T., Trant, M., Rodgers, R., & Laffel, L. M. (2014). Text messaging intervention for teens and young adults with diabetes. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 8, 1029 –1034. <http://dx.doi.org/10.1177/1932296814540130>.
- Miles, K., Edwards, S., Clapson, M. (2004). Transition from paediatric to adult services: experiences of HIV-positive adolescents, *AIDS Care*. 16, 305–314.
- Monaghan, M., C., Hilliard, M., E., Cogen, F., R., Streisand, R. (2009). Nighttime caregiving behaviors among parents of young children with Type 1 diabetes: associations with illness characteristics and parent functioning. *Fam Sist Health*, 27(1):28-38. DOI: 10.1037/a0014770.
- Mulvaney, S. A., Rothman, R. L., Wallston, K. A., Lybarger, C., & Dietrich, M. S. (2010). An internet-based program to improve selfmanagement in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 33, 602– 604. <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-188>.
- Murphy, H.R., Wadham, C., Rayman, G., Skinner, C., (2007). Approaches to integrating paediatric diabetes care and structured education: experiences from the Families, Adolescents, and Children's Teamwork Study (FACTS), *Diabet. Med.* 24, 1261–1268. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2007.02229.x
- Murphy, H.R., Wadham, C., Rayman, G., Skinner, C., (2012). Randomized trial of a diabetes self-management education and family teamwork intervention in adolescents with Type 1 diabetes, *Diabet. Med.* 29, e249–e254. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2012.03683.x
- Nabors, L., Lehmkuhl, H., Christos, N., Andreone, T. L. (2003). Children with diabetes: Perceptions of supports for self-management at school, *Journal of School Health*, 73, 216–221.
- Nansel, T.R., Iannotti, R. J., Simons-Morton, B.G., Cox, C., Plotnick, L.P., Clark, L.M., Zeitzoff, L. (2009). Long-term maintenance of treatment outcomes: diabetes personal trainer intervention for youth with type 1 diabetes, *Diabetes Care* 32, 807–809. DOI: 10.2337/dc08-1968.
- Nansel, T.R., Iannotti, R.J., Liu, A. (2012). Clinic-integrated behavioral intervention for families of youth with type 1 diabetes: randomized clinical trial. *Pediatrics*, 129, (4), 866-873. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2858>.
- Nansel, T.R., Iannotti, R.J., Simons –Morton, B.G., Cox, C., Plotnik, L.P., Clark, L.M., Zeitzoff L.M. (2007). Diabetes personal trainer outcomes: short-term and 1-year outcomes of a diabetes personal trainer intervention among youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30(10):2471-7.
- Nansel, T.R., Thomas, D.M., Liu, A. (2015). Efficacy of a Behavioral Intervention for Pediatric Type 1 Diabetes Across Income. *Am J Prev Med*, 49 (6), 930-4.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2015). Diabetes (Type 1 and Type 2) in Children and Young People: Diagnosis and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). (NICE Guideline, No. 18.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315806/>
- Nunn E., King B., Smart C., Anderson D. (2006) A randomized controlled trial of telephone calls to young patients with poorly controlled type 1 diabetes, *Pediatric Diabetes*, 7, 254–259.
- Pacaud, D., McConnell, B., Huot, C., Aebi, C., Yale, J. F. (1996), Transition from pediatric care to adult care for insulin-dependent diabetes patients, *Can J Diabetes*, 20, 14 –20
- Pacaud, D., Yale, J. F., Stephure, D., Trussell, R., Davies, D. (2005). Problems in transition from pediatric care to adult care for individuals with diabetes, *Can J Diabetes*, 29, 13–18.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3):390–5.
- Reiss, J., Gibson, R, (2002), Health care transition: destinations unknown, *Pediatrics* 110, 1307– 1314

- Robling, M., McNamara, R., Bennert, K., Butler, C.C., Channon, S., Cohen, D., Crowne, E., Hambly, H., Hawthorne, K., Hood, K., Longo, M., Lowes, L., Pickles, T., Playle, R., Rollnick, S., Thomas-Jones, E., Gregory J. (2012) The effect of the Talking Diabetes consulting skills intervention on glycaemic control and quality of life in children with type 1 diabetes: cluster randomised controlled trial (DEPICTED study), *BMJ*, 344,e2359. DOI:10.1136/bmj.e2359.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 55 (213).
- Saßmann, H., de Hair, M., Danne, T., Lange, K. (2012). Reducing stress and supporting positive relations in families of young children with type 1 diabetes: A randomized controlled study for evaluating the effects of the DELFIN parenting program, *BMC Pediatrics*, 12:152. Disponibile da <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/152>.
- Satin, W., La Greca, A. M., Zigo, M. A., & Skyler, J. S. (1989). Diabetes in adolescence: Effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(2), 259–275.
- Saunders S. A., Wallymahmed, M., MacFarlane, I. A. (2004), Glycemic control in a type 1 diabetes clinic for younger adults, *QJM*, 97, 575–580.
- Savage, E., Farrell, D., McManus, V., & Grey, M. (2010). The science of intervention development for type 1 diabetes in childhood: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2604 –2619. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05423.x>.
- Serlachius, A.S., Scratch, S.E., Northam, E.A., Frydenberg, E., Lee, K.J., Cameron F.J. (2014). A randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy to improve glycaemic control and psychosocial wellbeing in adolescents with type 1 diabetes, *J Health Psychol*, 1-13. DOI: 10.1177/1359105314547940.
- Stanger, C., Ryan, S. R., Delhey, L. M., Thrailkill, K., Li, Z., Li, Z., & Budney, A. J. (2013). A multicomponent motivational intervention to improve adherence among adolescents with poorly controlled type 1 diabetes: A pilot study. *Journal of Pediatric Psychology*, 38, 629 – 637. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jst032>.
- Steinkamp, G., Ullrich, G., Muller, C., Fabel, H., von der Hardt, H. (2001). Transition of adult patients with cystic fibrosis from paediatric to adult care—the patients' perspective before and after start-up of an adult clinic, *Eur. J. Med. Res.* 6, 85–92.
- Sullivan P., Burnett, C., Juszczak, E., (2006). Parent satisfaction in a nurse led clinic compared with a paediatric gastroenterology clinic for the management of intractable, functional constipation, *Arch. Dis. Child*, 91, 499–501.
- Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., Leung, K., Trudeau, A., Lee, M., Gruppuso, P. (2010). Social support to empower parents (STEP) An intervention for parents of young children newly diagnosed with type 1 diabetes, *The Diabetes EDUCATOR*, Volume 36, Number 1, 88-97. Disponibile da <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>.
- Vanwalleghe, N., Macdonald, C.A., Dean, H.J. (2008). Evaluation of a systems navigator model for transition from pediatric to adult care for young adults with type 1 diabetes, *Diabetes Care* 31,1529–1530. DOI: 10.2337/dc07-2247
- Vidal, M., Jansa, M., Anguita, C., Torres, M., Giménez, M., Esmatjes, E., Levy, I., Conge I. (2004). Impact of a special therapeutic education programme in patients transferred from a paediatric to an adult diabetes unit, *Eur Diabetes Nursing*,1(1), 23–27.
- Wang, Y.C., Stewart, S. M., Mackenzie, M., Nakonezny, P. A., Edwards, D., White, P.C. (2010). A randomized controlled trial comparing motivational interviewing in education to structured diabetes education in teens with type 1 diabetes, *Diabetes Care* 33,1741–1743. DOI: 10.2337/dc10-0019.
- Watson, A. (2005). Problems and pitfalls of transition from paediatric to adult renal care, *Pediatr. Nephrol.* 20, 113–117.
- Whittaker, C. (2004). Transfer of young adults with type 1 diabetes from pediatric to adult diabetes care, *Diabetes Quarterly*, 10–14

Whittemore, R., Jaser, S., Faulkner, M. S., Murphy, K., Delamater, A., & Grey, M. (2013). Type 1 diabetes eHealth psychoeducation: Youth recruitment, participation, and satisfaction. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e15. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2170>.

Wiebe, D. J., Helgeson, V., & Berg, C. A. (2016). The social context of managing diabetes across the life span. *American Psychologist*, 71, 526 – 538. <http://dx.doi.org/10.1037/a0040355>.

Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Mauras, N., & White, N. H. (2007). Randomized trial of behavioral family systems therapy for diabetes: Maintenance of effects on diabetes outcomes in adolescents. *Diabetes Care*, 30, 555–560. <http://dx.doi.org/10.2337/dc06-1613>.

Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Taylor, A.,... White, N. H. (2008). Randomized, controlled trial of behavioral family systems therapy for diabetes: Maintenance and generalization of effects on parent-adolescent communication. *Behavior Therapy*, 39, 33– 46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2007.04.0>.

Wysocki, T., Harris, M.A., Buckloh, L.M., Mertlich D., Lochrie, A.S., Taylor A., Sadler M., Mauras, N., White, N. H. (2006). Effects of Behavioral Family Systems Therapy for diabetes on adolescents' family relationships, treatment adherence, and metabolic control, *Journal of Pediatric Psychology* 31(9) pp. 928–938. DOI:10.1093/jpepsy/jsj098

CAPITOLO 5

Interventi educativi e psicologici per adulti con diabete di tipo 1 e 2

Introduzione

I partecipanti agli interventi considerati sono pazienti adulti, sia di genere maschile che femminile, con un'età compresa tra i 18 e i 75 anni. Alcuni studi sono stati realizzati includendo solo pazienti affetti da diabete di tipo 1 o 2, altri invece sono misti. Nessuna caratteristica socio-demografica dei partecipanti sembra essere predittore dell'efficacia o meno dell'intervento.

La maggioranza degli studi è un RCT (randomized controlled trial), in cui il gruppo di controllo è solitamente composto da pazienti assegnati a cure standard, o a lista d'attesa. Pochissimi sono gli studi pilota.

Gli studi selezionati per questo capitolo sono stati esposti distinguendo: obiettivi, framework teorico, outcomes valutati, risultati ottenuti e professionisti impiegati in ciascuna delle due tipologie di intervento (educativo e psicologico).

Obiettivo

Interventi educativi

Dall'analisi della letteratura risulta che gli interventi di educazione terapeutica con pazienti adulti affetti da diabete di tipo 1 e 2 più diffusi sono quelli volti a potenziare conoscenze e abilità al fine di attuare azioni di "self-management" e "self-care". Accanto ad essi si collocano alcuni interventi definiti di "basic education" che intendono l'educazione come semplice trasmissione di informazioni e che sono stati esclusi dalla seguente analisi in quanto o non sono condotti da psicologi o non valutano outcomes psicologici.

Obiettivo principale degli interventi educativi è la modifica di comportamenti.

Obiettivi specifici sono:

- l'aumento di conoscenze correlate alla malattia
- l'implementazione di attività di self-care (dieta, attività fisica, cura delle parti del corpo che potrebbero essere colpite da complicanze della malattia, come piedi, pelle e occhi) e self-management (monitoraggio della glicemia, riconoscimento e gestione degli episodi di ipoglicemia, adherence ai trattamenti medici)

Interventi psicologici

Gli interventi psicologici con pazienti affetti da diabete di tipo 1 e 2 rientrano in psicoterapia, psicoeducazione, interviste motivazionali e interventi supportivi

I principali obiettivi degli interventi psicologici realizzati con pazienti diabetici risultano essere:

- la promozione del benessere psicologico
- l'incremento dell'aderenza ai trattamenti
- la modifica di comportamenti e stili di vita

Principali teorie e metodologie

Dagli studi passati in rassegna emerge come non sia ancora chiaro se e quale approccio teorico risulti più efficace.

Una recente review (Zaho, Suhonen, Kiskinen & Leino-Kilpi, 2016) ha evidenziato come i principali modelli utilizzati negli interventi educativi siano le teorie dell'empowerment, la teoria della social cognition con il costrutto dell'auto-efficacia (Bandura), le teorie cognitive della Psicologia della Salute (Comportamento pianificato ed Health Belief Model) e il Chronic Care Model. I diversi studi presi in esame tendono a confermare questi risultati.

Negli interventi psicologici, dall'analisi degli studi considerati, si evidenzia invece come il modello teorico d'elezione sia quello di matrice cognitivo-comportamentale, sia negli interventi psicoterapeutici che in quelli psicoeducativi. Negli interventi di counseling sono invece utilizzati soprattutto approcci supportivi e motivazionali. Non sembrano esserci differenze nei modelli utilizzati tra pazienti affetti da diabete di tipo 1 e 2, mentre si riscontrano tra pazienti adulti e in età evolutiva, dove viene preferito un approccio sistemico nella maggior parte dei casi (vedi cap. IV)

In una review (Ismail, Winkley, Rabe-Hesketh, 2004) che passa in rassegna gli interventi psicologici realizzati con pazienti affetti da diabete di tipo 2, su 25 studi considerati, 21 utilizzano un modello di terapia cognitivo-comportamentale e 4 di counseling motivazionale. Nessun intervento utilizza un modello psicodinamico o interpersonale. Questi dati sono confermati anche da una meta-analisi di Winkley, Landau, Eisler, & Ismail del 2006, in cui emerge che su 13 studi relativi ad interventi psicologici con pazienti affetti da diabete di tipo 1, 9 utilizzano la terapia cognitivo-comportamentale, 2 psicoanalitica, 2 il counseling.

Approcci comunitari e sistemici sono invece implementati in quegli studi che mostrano un'attenzione specifica agli aspetti culturali, mettendo a punto interventi destinati a specifiche popolazioni e/o minoranze etniche (Mohamed et al., 2013; Spencer et al. del 2011). Tali studi procedono nella direzione della review di Clark del 2008 in cui si afferma che gli interventi adattati alle diverse culture danno risultati migliori.

Nella maggior parte degli studi che pur utilizzano modelli teorici differenti, si riscontra comunque nel complesso un approccio patient-centered con il coinvolgimento attivo della persona, la valutazione dei bisogni educativi e l'utilizzo di strategie personalizzate.

La maggioranza degli interventi considerati avviene in un setting gruppale (piccolo gruppo di 5-10 pazienti in media).

Le metodologie e le tecniche utilizzate negli interventi di gruppo risultano essere:

- l'informazione, che può avvenire in presenza in un setting d'aula oppure attraverso la consegna al paziente di kit educativi scritti;
- lo skills training e il potenziamento dell'empowerment, attuato attraverso l'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali quali il problem solving, il decision making, il goal setting, la ristrutturazione cognitiva, e l'utilizzo di tecniche esperienziali quali il role playing.
- lo scambio reciproco di esperienze e il supporto sociale attuato attraverso le discussioni di gruppo.

Diversi interventi utilizzano anche le tecniche di rilassamento. Spesso, in affiancamento alla fase in aula, vengono assegnati ai pazienti degli esercizi pratici da svolgere a casa.

Negli interventi individuali l'approccio più diffuso risulta essere quello del *motivational interview*.

Alcuni interventi poi, utilizzano con successo la *mindfulness*. In uno studio di Keyworth, Knopp, Roughley, Dickens, Bold, & Coventry del 2014 ad esempio, è stata valutata l'efficacia sulla riduzione della preoccupazione e l'incremento del benessere soggettivo di un intervento di meditazione e *mindfulness* (variante del protocollo MBSR) in gruppo in pazienti con diabete, riscontrando una buona accettazione e un incremento significativo del benessere percepito. In un'altra ricerca di Haenen, Nyklíček, van Son, Pop, & Pouwer del 2016, 139 pazienti adulti con diabete di tipo 1 e 2 e bassi livelli di benessere emotivo hanno seguito una terapia cognitivo-comportamentale basata sulla mindfulness (MBCT) con effetti positivi significativi su sintomi depressivi, ansia, stress percepito e qualità della vita.

Il contatto telefonico risulta essere in genere uno strumento efficace.

Qualora non sia possibile un intervento di visu, soprattutto nelle fasi di monitoraggio e mantenimento, alcune esperienze propongono l'uso del contatto telefonico. Pochi studi valutano l'efficacia a 12 mesi. Tra questi l'RCT di Trief et al. (2016) che valutata l'efficacia di un intervento telefonico in coppia (*couples call*) in cui oltre all'intervento educativo viene affrontato con il paziente il tema della collaborazione, della relazione e della comunicazione. E rispetto agli altri due gruppi di controllo in cui avvenivano delle telefonate individuali e la routinaria educazione al diabete, il gruppo sperimentale ha riportato una maggiore diminuzione del livello ematico di glucosio a distanza di 12 mesi.

Per quanto riguarda la durata della *motivational interview*, essa varia in media dalle 3 alle 8 sessioni della durata di 1 ora e 30/ 2 ore circa ciascuna. In media le sessioni avvengono settimanalmente. Ci sono però alcuni interventi che le hanno diluite nel tempo, altri infine ripetono lo stesso ciclo più volte, prolungando l'intervento.

Tra le caratteristiche proprie dell'intervento, la durata si è rivelata un predittore del successo dell'intervento. In una recente review di Chřvala, Sherr, & Lipman (2016), il 70% degli interventi con durata superiore alle 10 ore ha prodotto effetti significativi rispetto al 56% degli interventi con durata inferiore.

Qui di seguito sono riportati degli approfondimenti specifici in merito agli approcci più studiati ed utilizzati nella presa in carico psicologica del paziente con diabete di tipo 1 adulto e di tipo 2, negli interventi educativi e in quelli psicologici.

Interventi educativi

Self-management education

The National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support definisce il Self-management come un processo continuo e collaborativo di acquisizione di conoscenze, abilità e skills necessarie per la gestione della patologia diabetica.

L'American Diabetes Association definisce i criteri e modalità d'intervento per l'educazione del paziente diabetico al self-management identificando quattro periodi critici con i relativi interventi per farvi fronte: si tratta del modello-algoritmo d'intervento definito da Powers et al (2015) in *Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes a joint position statement*. Valido per tutti i tipi di diabete, ma con focus verso il tipo 2 di diabete. Per i pazienti con diabete di tipo 1, George et al. (2008) hanno invece progettato un programma di intervento integrato psicoeducazionale nel self-management, denominato BITES, nel quale si rintracciano le teorie psicologiche di autoregolamentazione e apprendimento sociale. La sottostante filosofia del programma è quella dell'empowerment del paziente e la promozione di comportamenti di auto-gestione del diabete. All'interno del programma sono state inoltre inserite anche alcune tecniche cognitivo-comportamentali, cercando così di dare ai partecipanti quei principi motivazionali applicabili.

Interventi psicologici

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

In realtà questo termine risulta essere utilizzato come ombrello (Harvey, 2015) sotto la quale ritroviamo diverse tecniche e metodologie d'intervento. Tra queste, la *Mindfulness*, tecnica di training autogeno utilizzata per produrre accettazione e consapevolezza di sé allo scopo di ridurre lo stress, anche relativo ad una patologia fisica (Hartmann et. al 2012; Keyworth et al. 2014, Van Son et al. 2013); le tecniche psicoterapiche tradizionali che ritroviamo revisionate validamente da Uchendu & Blake (2016) sui pazienti con entrambe le tipologie di diabete (1 e 2) di maggiore età. Per pazienti adulti con diabete di tipo 1, Snoek et al., (2008) hanno progettato una terapia centrata sulla ristrutturazione cognitiva (l'identificazione e la riformulazione disfunzionale delle cognizioni), la capacità di programmare le attività, le strategie di cambiamento del comportamento e le tecniche di gestione dello stress.

Motivational Interview

Si tratta un metodo direttivo centrato sul cliente, utilizzato per aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza, vicino alla psicologia umanistica rogersoniana, definita da Rollnick negli anni 80. Alcuni autori la definiscono tecnica del modello della social-cognition. Può essere condotta da più figure professionali oltre che dagli psicologi. Per quanto riguarda gli interventi rivolti ai pazienti con diabete di tipo 2 o ad entrambe le tipologie di diabete, troviamo sia studi condotti da psicologi che da altre figure professionali sanitarie. Per quanto riguarda invece gli interventi rivolti esclusivamente ai pazienti con diabete di tipo 1, questo lavoro è risultato essere più arduo. Nei pochi studi esaminati, con questo target di pazienti, questo modello di intervento si trova spesso associato ad altri modelli, come nello studio di Heisler et al., (2010), dove i principi dell'intervista motivazionale, insieme al modello dell'empowerment sono risultati essere alla base del loro intervento; nello studio di Ismail et al., (2008),

invece, partendo dei principi del modello descritto, si è arrivati alla pianificazione di un programma di potenziamento motivazionale per il diabete.

Empowerment

Con questo termine, nella letteratura presa in rassegna si riferisce al processo di padronanza e controllo sulla propria vita da parte del paziente, come definito originariamente da Rappaport. Secondo Funnel et al (1991), nell'ambito diabetologico, l'Empowerment è più di un intervento o di una strategia per aiutare le persone a fare dei cambiamenti di comportamento per aderire a un piano di trattamento. L'empowerment può essere considerato sia un mezzo che un risultato. I pazienti acquisiscono potere se conquistano conoscenza, abilità, attitudini, e auto-consapevolezza d'influenzare il proprio comportamento.

Outcomes valutati

Si rileva una forte eterogeneità tra gli outcomes valutati. In una revisione e metanalisi sugli interventi psicosociali nel diabete di tipo 1 sono stati identificati ben 40 diversi tipi outcomes studiati (Winkley et al. 2006). Si possono distinguere outcomes di tipo biologico e outcomes di tipo psicologico. Tra gli indici di laboratorio, il più diffuso risulta essere il dosaggio ematico di glucosio.

Il controllo glicemico (Chrvala, Sherr, & Lipman, 2016; Davazdahemamy et al. 2013; Ismail et al., 2008; Heisler et al., 2010; Mannucci et al., 2005; Trief et al.2016) e l'emoglobina glicata (HbA1c) risultano essere i maggiori indici utilizzati. Il livello di HbA1c è proporzionale alla concentrazione media del glucosio durante le quattro settimane – tre mesi precedenti. Alcuni ricercatori del *Michigan Diabetes Research & Training Center* affermano che la porzione più grande del suo valore sia da attribuire a un periodo di tempo relativamente più breve, da due a quattro settimane. Motivo per cui diventa un indicatore prezioso per valutare il grado di controllo glicemico del paziente diabetico.

È valutato negli studi di revisione e metanalisi di Ismail et al (2004); Alam et al., (2008); Uchendu & Blake (2016); da Baldoni et al.(2016); Harvey (2015).

Negli RTC di Pibernik-Okanovic et al. (20046); Ekong e Kavookjian (2015); Osborn et al. (2010); Heinrich et al.(2010); Ebrahimi et al al (2015); Piatt et al.(2010); Kang et al (2010); Hopkins et al., 2012; Snoek et al., (2008); George et al., (2008), Khunti et al. (2012);

Meno frequentemente ritroviamo tra gli outcomes i fattori di rischio cardio-vascolare come colesterolo e trigliceridi (Juula et al., 2016; Moriyama et al., 2009; Trento et al., 2001, 2004);

pressione sanguigna in Gabbay et al. (2013) Clark et al., (2006), Hopkins et al., (2012) Moriyama et al., (2012), Ismail et al., (2008) e Heisler et al. (2010); peso corporeo, nella review e metanalisi di Ekong e Kavookjian (2015) ; West at al. (2007); Smith et al.(1997); Heinrich et al.(2010).

Alcuni studi, pochi e specifici rispetto alla gestione di questa particolare problematica, includono tra gli outcomes clinici gli episodi di ipoglicemia (Rondags et al., 2015; Ismail et al., 2008; George et al., 2008; Snoek et al., 2008).

Rispetto agli outcomes psicologici, considerando che sono stati inclusi nell'analisi solo gli studi che li considerassero, negli interventi educativi sono valutati:

- il distress correlato alla malattia (Trento, et al., 2004; Rygg, et al., 2012; Rosenbek et al., 2011; Khunti et al. 2012; Rondags, et al., 2015)
- l'auto-efficacia e l'empowerment (Thors Adolfsson, et al., 2006;Ghafoor, et al., 2015; Rondags, et al., 2015)

- la qualità della vita (Trento, et al. 2001; Weinger, et al., 2011; Rygg, et al., 2012; Shu Ming Chen, et al. 2012; Rondags, et al., 2015)

In generale, poi, negli interventi psicologici troviamo lo studio dello status psicologico come outcome nella metanalisi sull'efficacia degli interventi, condotti da psicologi e non, in Alam et al.(2008). Lo status psicologico in questo caso è investigato con una serie di strumenti self-report misuranti lo stato d'ansia, depressione, la qualità di vita, i problemi nell'area diabetica, l'adattamento alla patologia diabetica e lo stato di benessere.

Il livello di depressione in Gabbay et al. (2013) e Safren et al.(2014), Hartmann et al (2012), Snoek et al. (2008), Heisler et al. (2010); ansia e depressione nella metanalisi di Uchendu and Blake(2016); Van Son et al.(2014); benessere psicologico e sociale in Pibernik-Okanovic et al. (2004) e Davazdahemamy et al 2013, Hartmann et al (2012), Heisler et al. (2010), Ismail et al., (2008), Heinrich et al.(2010), Hopkins et al., (2012), Snoek et al., (2008), Mannucci et al., (2005), i quali studiano anche la qualità di vita.

Sempre in Heinrich et al.(2010) e in George et al. (2008), tra gli outcomes rilevati troviamo il senso di auto-efficacia. Lavoro specifico su Distress diabetes correlated è quello di Karlsen et al (2004). Si tratta di misurazioni con strumenti self-report. Emotional stress come outcome primario nel lavoro di van Son et al. (2014).

Per quanto riguarda gli outcomes comportamentali invece, negli studi presi in esame si valutano azioni di self-care e self-management e comportamenti salutari (dieta, esercizio fisico, consumo di alcool e tabacco).

La valutazione degli outcomes comportamentali e/o psicologici avviene principalmente attraverso misure quantitative (scale self-report). Gli strumenti più utilizzati sono il Summary of diabetes self-care activities per le attività di self-care e i comportamenti salutari, il PAID (Problem Areas In Diabetes) per il distress correlato alla malattia, il PCDS (Perceived Competence for Diabetes Scale) per l'auto-efficacia e l'empowerment.

In molti studi sono poi utilizzate invece scale di valutazione dell'ansia e della depressione (Montgomery-Asberg Depression14-item; Hospital Anxiety and Depression Scale, Beck Depression Inventory (BDI) 10-question Short Zung Symptoms of Depression Rating Scale), e delle strategie di coping (COPE Scale; Diabetes Coping Measure).

Più raro, l'utilizzo di metodologie qualitative come interviste e focus group. (Esbitt, Batchelder, Tanenbaum, Shreck, & Gonzalez, 2015; Keyworth, Knopp, Roughley, Dickens, Bold, & Coventry, 2014). Laddove utilizzate, esse suggeriscono come gli interventi psicologici siano in generale apprezzati dai pazienti diabetici, in particolare rispetto alla possibilità di poter raccontare e condividere esperienze simili (sostegno sociale), e al poter trattare la propria patologia da un punto di vista che non sia esclusivamente biomedico.

Professionisti impiegati

Dalla revisione sistematica e metanalisi di Ismail et al (2004) sui lavori pubblicati dal 1966 a gennaio del 2003 risulta che nel trattamento psicologico in pazienti con diabete di tipo 2 insulino e non insulino dipendente ritroviamo n.1 lavoro svolto da un'equipe multidisciplinare, n.1 in cui non viene specificata la figura professionale conduttrice dell'intervento, n.2 da infermieri addestrati, n.4 da psicologi, n.2 da educatori diabetici, n.2 da dottori.

I due studi che presentano indici più alti di efficacia sono quelli condotti da infermieri e da uno psichiatra in collegamento web (due lavori con qualità giudicata di livello C quindi con più alto rischio di bias).

Ekong e Kavookjian nel novembre del 2015 pubblicano una review sull'efficacia delle Motivational Interview (MI) sui pazienti con diabete di tipo 2. Risultano 14 studi inclusi nella ricerca di cui solo in 3 ritroviamo come trainer gli psicologi. In questo

lavoro viene sollevata la questione del training seguito dagli specialisti che usano questa tecnica, solo otto lavori riportano informazioni sulla durata della formazione del personale che conduce gli interventi di MI ed uno solamente descrive i dettagli del training.

Questo pregiudica la fedeltà alla tecnica utilizzata, rendendo anche non generalizzabili i risultati.

Inoltre le diverse sessioni d'intervento sono state condotte da diverse figure professionali (in prevalenza infermieri) da soli o in collaborazione tra loro: general practitioner physicians, psicologi (negli studi di Osborn et al., 2010; West et al., 2007; Smith et al., 1997), assistenti dei dottori, infermieri, educatori diabetici, dietista. Tra questi studi risultano aver avuto un impatto significativo sul comportamento target gli interventi di MI condotti dai sei infermieri addestrati, da tre psicologi clinici, da un educatore diabetico, da un dietista e infine dall'assistente del medico.

E' presente lo psicologo nei lavori di Pibernik-Okanovic et al. (2004) e Safren e collaboratori (2014) che hanno registrato effetti positivi nella aderenza, depressione e controllo glicemico.

Mentre, infermieri, medici o nutrizionisti conducono l'intervento di RCT di Ebrahimi et al (2015), ottenendo miglioramenti nel controllo glicemico, della pressione sanguigna e nelle condizioni di benessere. I risultati del CCM sono sostenuti da un follow-up di 3 anni

Non viene specificata la figura professionale che conduce gli interventi nel lavoro di revisione sull'intervento di Self-management di Chryala, Sherr, & Lipman (2016). Risultano, comunque, più efficaci le sessioni di gruppo abbinati ad interventi individuali e ugualmente efficaci i trattamenti condotti da un singolo professionista o in team.

Approfondendo ulteriormente la questione della figura professionale conduttrice degli interventi psicologici nei pazienti diabetici, risulta particolarmente interessante l'update e metanalisi di Alam et al.(2008) che valuta l'efficacia degli interventi condotti da "psychologist" (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri e consellers) e "clinicians" (infermieri, diabetologi, dottori di medicina generale, dietisti e terapisti occupazionali) in generale sul controllo glicemico e lo status psicologico nel paziente con diabete di tipo 2.

La revisione ha riguardato studi pubblicati dal 2003 al 2007. Gli autori dichiarano di avere incluso solo studi in cui fosse stato dettagliatamente descritto l'intervento psicologico.

Dalla metanalisi dei 19 RTC inclusi risulta che l'intervento psicologico in generale permette la riduzione dello 0,54% l'emoglobina glicata, nello specifico: gli interventi condotti dagli psychologist risultano portare ad una percentuale maggiore di successo (riduzione dello 0,57%) rispetto agli interventi condotti dai clinicians (riduzione dello 0,51%)

Nella maggior parte degli interventi studiati sono state utilizzate tecniche cognitivo-comportamentali e non sono stati trovati associazioni significative tra l'emoglobina glicata e la durata dei follow-up o la durata della terapia.

Nel complesso, i risultati di questi studi sembrano indicare come l'assistenza psicologica possa essere fornita con una buona efficacia anche da personale non specializzato. Tuttavia trarre considerazioni conclusive sull'efficacia comparata dei trattamenti condotti da professionisti psicologi e altre professioni sanitarie, risulta piuttosto difficile, soprattutto a causa della forte eterogeneità degli studi, diversi per campione, tecniche d'intervento, durata e outcomes e, soprattutto, durata del follow-up. Inoltre, come già scritto nella review di Chryala, Sherr, & Lipman (2016), esiste una forte eterogeneità circa i tipi d'intervento ed i providers coinvolti.

Come gli stessi autori commentano, è indispensabile che i professionisti non psicologi ricevano una adeguata formazione in ambito psicologico. Al contrario, un limite importante degli studi presi in considerazione è l'assenza di qualsiasi informazione (obiettivi, tempi, contenuti, spese..) riguardo il training fornito al personale implicato nell'assistenza psicologica. Vengono utilizzati frequentemente i termini "addestramento/addestrato", ma con scarsissime specificazioni a riguardo. Uno dei lavori (Ismail et al., 2010) che delinea meglio la formazione erogata ai professionisti non psicologi (infermieri) descrive un training di "addestramento" a diverse abilità, tra le quali anche "capacità di psicoterapia di base". Tale operazione, oltre ad essere deontologicamente scorretta e, almeno in Italia, legalmente perseguibile perché configurabile come abuso di professione, non dà sicurezza di efficacia sostenibile ed è economicamente dispendiosa.

A fronte di risultati di ricerca incerti e non definitivi si rintracciano pareri accreditati a sostegno della specificità della preparazione psicologica, che giudicano un errore ritenere che tale competenza possa essere alla portata di qualunque professionista ed essere affidata a basso costo a persone con poca formazione (Johnson, & Marrero, 2016); le competenze di medici, infermieri e nutrizionisti non sono in grado di soddisfare i bisogni di regolazione ed orientamento nella cura allo stesso modo degli specialisti della salute mentale appositamente formati (Bialo, White, & Rapaport, 2016).

A sostegno della necessità di una alta e specifica formazione dei professionisti che si occupano della salute mentale, anche i documenti prodotti da società di rilevanza internazionale quali il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e l'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). Il primo, nelle guidelines del 2015, afferma che la formazione e l'esperienza del provider impattano significativamente l'efficacia dell'intervento e che gli interventi psicologici dovrebbero essere erogati da personale opportunamente qualificato; similmente l' International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD), nelle sue guidelines del 2000, sostiene che i disturbi psicologici dovrebbero ricevere sostegno non solo dal team di cura del diabete, ma anche da professionista di salute mentale, specificamente formati.

La conclusione cui, perciò, si può giungere con buona sicurezza è che gli interventi psicologici sono efficaci nel migliorare la sofferenza psicologica e il controllo glicemico e che i risultati sono tendenzialmente migliori quando forniti da psicologi professionisti.

Fonti autorevoli (Johnson, & Marrero, 2016; American Diabetes Association, 2015; McDaniel et al., 2014; Khalili, Hall, , & DeLuca, 2014) e studi recenti sostengono che gli sforzi dei professionisti dovrebbero essere diretti più ad integrarsi che a sostituirsi, a sviluppare competenze collaborative per poter efficacemente rispondere ai nuovi modelli integrati di cura segnalati come appropriati per le PCD (Chronic Care, Social, Ecological, Patient Empowerment, and Patient-Centered Medical Homes) (Johnson, & Marrero, 2016). Una recente review (Chrvala, Sherr, & Lipman, 2016), che ha valutato gli effetti di interventi di self-management education sul controllo glicemico in pazienti adulti con diabete di tipo 2, ha mostrato come gli interventi condotti da un team multidisciplinare risultino più efficaci di quelli condotti da un singolo professionista (il 70% dei primi ha prodotto effetti significativi rispetto al 56% dei secondi).

Risultati ed efficacia

Dalla revisione sistematica e metanalisi di Ismail et al (2004) sui lavori pubblicati dal 1966 a gennaio del 2003 risulta che il trattamento psicologico in pazienti con diabete di tipo 2 insulino e non insulino dipendente risulta migliorare il controllo glicemico a lungo termine (emoglobina glicata) e lo stress psicologico, ma non il controllo del peso e la concentrazione ematica di glucosio. Nello specifico, dalla meta-analisi risulta che in 12 dei RTC selezionati, le terapie psicologiche hanno determinato un migliore controllo glicemico con una differenza assoluta di 0.76% in emoglobina glicata. Gli autori, non si soffermano sulla tecnica o sul tipo di trattamento utilizzato e sui risultati associati, ma annotano che se dalle analisi vengono esclusi gli interventi psicologici meno intensivi si registra un miglioramento del 1% dell'emoglobina glicata, anche se dalle analisi statistiche di regressione lineare si registra una mancanza di associazione tra la durata del trattamento o numero di sessioni e la percentuale di emoglobina glicata. Gli autori attribuiscono questo effetto limitato dell'intervento psicologico al breve tempo di trattamento adottato nei vari studi (durata media 6 mesi circa), e alla altrettanto breve durata dei follow-up. Un'altra considerazione degli autori riguarda la provenienza della maggior parte degli studi dagli USA, dove la presenza delle assicurazioni sulla salute influenzano l'allocazione delle risorse motivo per cui, un trattamento di ridotta durata temporale è svolto quasi esclusivamente in gruppo, un setting non sempre appropriato per determinati problemi psicologici. Sempre alla scarsa durata dell'intervento è attribuita la mancata influenza sul peso corporeo; la terapia psicologica mira ad un cambiamento delle abitudini di vita che danno risultati anche sul peso corporeo nel lungo termine e non nell'immediato.

Gli autori concludono scrivendo che sicuramente il trattamento psicologico nei pazienti diabetici può essere efficace nel controllo glicemico ma sul quale tipo di terapia e su quale tipo di subpopolazione può essere più efficace non è chiaro.

Anche Snoek and Skinner, in una review del 2002 ritengono difficilmente dimostrabile l'efficacia del trattamento psicologico sul paziente diabetico, data la scarsa qualità degli RCT per la ridotta numerosità dei campioni di studio. I risultati indicano che la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è efficace nel trattamento dei pazienti con diabete di tipo 2, sia nel ridurre i sintomi depressivi che l'HbA1c.

Una review più recente (Adili, Larijani, & Haghighatpanah, 2006) indica come utile la terapia cognitivo comportamentale (CBT), la terapia familiare, gli interventi volti a migliorare la comunicazione in famiglia, le capacità di problem solving e la motivazione per i pazienti diabetici.

Rispetto al tipo di outcome, gli interventi psicosociali sono più efficaci sugli outcomes clinici quando prevedono metodologie educative e di skills training, mentre risultano più efficaci su outcomes psicologici quando includono specifiche terapie psicologiche. In generale comunque, gli interventi di tipo psicosociale hanno effetti maggiormente positivi (sia su parametri biologici che psicologici) quando utilizzano metodologie miste (skills training, lifestyle education e terapia psicologica), piuttosto che quando sono focalizzati sull'uno o l'altro aspetto (Harkness et al. del 2010).

Infine è da segnalare come gli effetti sul benessere psicologico e sulla qualità della vita si mantengano più a lungo termine rispetto a quelli sul controllo glicemico (Steed, Cook & Newman, 2003).

:

Gli interventi di self-management sono meno efficaci degli interventi psicologici su outcomes come ansia e depressione.

La formazione e il supporto interattivo di gruppo, nel quale sono combinati le caratteristiche dei gruppi di auto-aiuto e dei programmi educativi più tradizionali, può essere considerato un programma flessibile, in grado di migliorare il controllo metabolico, nel medio termine, e la qualità di vita nei pazienti con diabete di tipo 1. Questo programma potrebbe essere considerato come un utile e proficuo complemento delle cure ambulatoriali standard.

Risultano più efficaci le sessioni di gruppo abbinati ad interventi individuali e i trattamenti condotti dal team anziché dal singolo providers.

Nei pazienti con scarso controllo glicemico, in programma educativo di self-management risulta essere efficace. (Chrvala et al., 2016)

Nello specifico per i vari tipi di modelli d'intervento utilizzati:

Self management education

Per quanto riguarda gli effetti sugli outcomes, gli studi esaminati evidenziano che gli interventi educativi risultano efficaci soprattutto per quanto riguarda il controllo glicemico (valori di HbA1c) e la qualità della vita. La recente review di Chrvala, Sherr, & Lipman, 2016, ha mostrato effetti significativi sul controllo glicemico in 73 dei 118 studi analizzati. Si tratta tuttavia di effetti soprattutto a breve termine, che si registrano al termine dell'intervento, e ai follow-up di 3 o 6 mesi. Già a 12 mesi gli effetti diminuiscono. (Thors Adolfsson, Walker-Engstro, Smide, & Wikblad, 2006; Cooper, Booth, & Gill, 2008; Rosenbek, Minet, Wagner, Lønvig, Hjelmborg, Henriksen, 2011; Rygg, Rise, Grønning, & Steinsbekk, 2012). Risultati meno soddisfacenti sono riportati dalla mini-review di Zapaleta, & Forbes (2004) che ha esaminato l'efficacia di 3 interventi di educazione terapeutica strutturata con pazienti affetti da diabete di tipo 2 sul controllo glicemico nelle cure primarie; solo 1 dei 3 studi considerati ha mostrato effetti positivi, ma non significativi, sul controllo glicemico a 12 mesi dall'intervento.

Più raramente si riscontrano effetti su outcomes psicologici. E' interessante notare come quegli interventi che misuravano anche variabili psicologiche, abbiano ottenuto effetti positivi in alcuni casi su empowerment e auto-efficacia, ma non su ansia e depressione (Rosenbek Minet, Wagner, Lønvig, Hjelmborg, Henriksen, 2011; Rygg, Rise, Grønning, & Steinsbekk, 2012; Ming Chen, Creedy, Lin, & Wollin, 2012; Thors Adolfsson, Walker-Engstro, Smide, & Wikblad, 2006; Khunti, Gray, Skinner, Carey, Realf, Dallosso, 2012).

Un'altra review (Steed, Cooke, & Newman, 2003) ha indagato invece gli effetti di interventi di self-management e psicologici realizzati con pazienti diabetici, su outcomes psicologici, in particolare ansia, depressione, adattamento

emotivo e qualità della vita, mostrando come gli interventi di self-management siano meno efficaci degli interventi psicologici su outcomes come ansia e depressione.

Nello specifico degli interventi rivolti ai pazienti con diabete di tipo 1 riportano come, nel follow up ad un anno, si siano evidenziati migliori livelli di HbA1c (Hopkins et al., 2012; Mannucci et al., 2005; Chrvala, Sherr, & Lipman, 2016, una diminuzione degli episodi ipoglicemici, una riduzione del distress psicologico ed una aumentata percezione di benessere (Hopkins et al., 2012). Non sono riscontrate modifiche, invece, nella QoL (Mannucci et al., 2005). Il prolungamento del tempo di follow-up permette di registrare maggiori cambiamenti. A due anni di distanza dal programma, i livelli di HbA1c si mantengono costanti ed emerge un cambiamento positivo nella QoL.

Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

Uchendu and Blake nel luglio 2016 pubblicano una metanalisi e systematic review sull'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale sui pazienti diabetici. Gli studi analizzati da questo lavoro sono tutti quelli pubblicati e presenti nei maggiori database fino al 2014. La qualità del lavoro è garantita dall'uso dei criteri dal Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool. Vengono revisionati studi su pazienti diabetici di tipo 1 e 2. Le due categorie di pazienti vengono studiati insieme perché le sfide psicologiche che devono affrontare vengono definite come simili. Tutti gli studi esaminati intervengono con terapia di gruppo condotti da psicologi, infermieri o dietisti pre addestrati.

Insieme a questo studio sono stati considerati i risultati riportati dalle ricerche con follow up fino a 12 mesi (van Son et al., 2014; Hartman et al. 2012; Snoek et al., 2008)

Gli outcomes considerati sono diversi:

- l'emoglobina glicata risulta meglio controllata nel breve e medio termine, ma non vi sono risultati significativi nel lungo termine (Uchendu & Blakevan, 2016);
- l'ansia risulta meglio controllata nel breve e medio termine (Uchendu & Blakevan, 2016; van Son et al., 2014) ma non nel lungo termine (Uchendu & Blakevan, 2016);
- la depressione riporta risultati significativi nel miglioramento sia nel breve (Uchendu & Blakevan, 2016; van Son et al., 2014) che nel lungo termine (Hartman 2012; Uchendu & Blakevan, 2016).
- Non ci sono risultati chiari per quanto riguarda l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nei confronti dello stress diabetico correlato e della qualità di vita (Snoek et al., 2008; Uchendu & Blakevan, 2016).

La terapia cognitivo-comportamentale risulta particolarmente efficace nel controllo della depressione

Motivational interview

Ekong e Kavookjian nel novembre del 2015 pubblicano una review sull'efficacia delle Motivational Interview (MI) sui pazienti con diabete di tipo 2, la qualità della ricerca è garantita dall'uso della Cochrane method for assessing methodological quality che ha ridotto al minimo il rischio di bias selezionando i RTCs. Risultano 14 studi inclusi nella ricerca. Nei risultati generali del lavoro di review le MI risultano avere efficacia maggiore sul controllo del peso corporeo. La forte eterogeneità degli interventi di MI e degli outcomes misurati impedisce di definire un "gold standards" d'intervento utilizzando questo modello. La durata dei vari trattamenti varia da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 24 mesi.

Tra gli studi con follow-up di maggior durata troviamo quello condotto da Gabbay et al. (2013) che ha previsto un follow-up a 24 mesi; l'intervento è condotto da infermieri case management addestrati e i risultati sono significativi sul controllo della pressione arteriosa e sui sintomi depressivi.

L'altro lavoro con controllo a 2 anni è di Heinrich et al.(2010), sempre condotto da infermieri con scarsi risultati su diversi outcomes come l'emoglobina glicata, la qualità di vita, il peso e il senso di auto-efficacia.

Non sembra sia la durata del trattamento ad avere maggior peso sull'efficacia di questo tipo di intervento quanto, piuttosto, la frequenza degli incontri di MI e la capacità di lavorare su goal-setting specifici, cercando di migliorare in modo incrementale un comportamento; il cambiamento è previsto avvenire per step aumentando la self-efficacy del paziente (per esempio si chiede di diminuire giorno per giorno il consumo di sigarette e non di smettere immediatamente). Ciò spiegherebbe la scarsa evidenza di efficacia sugli altri outcomes target identificati nella review.

Le MI sembrano avere un ruolo di mediatore sul grado di aderenza alle prescrizioni mediche quando usate in combinazione con programma d'intervento (della durata di 18 mesi) sulla perdita di peso corporeo, aumentando la perdita di peso (a 6 e 18 mesi) nel gruppo sperimentale (West et al., 2007)

I programmi motivazionali (Motivational Enhancement Therapy - MET) risultano più efficaci quando integrati con cure tradizionali o con terapia cognitivo-comportamentale (CBT), come testimoniato dallo studio di Ismail et al., (2008) condotto su 344 adulti con diabete di tipo 1, nei quali si è osservato un continuo miglioramento dei livelli di HA1c in follow up a 3, 6 e 12 mesi.

I programmi motivazionali risultano più efficaci quando lavorano su goal setting specifici

I programmi motivazionali risultano più efficaci ed efficaci più a lungo quando integrati con cure tradizionali o con terapia cognitivo-comportamentale

Empowerment

Si rintracciano diversi studi (Pibernik-Okanovic et al., 2004; Ebrahimi et al., 2015) con follow-up piuttosto brevi che inficiano la solidità delle evidenze. Tuttavia i benefici del trattamento basato sull'empowerment risultano presenti anche in studi con

follow-up molto lunghi, come rilevato dal lavoro di Piatt et al. (2010) che ha registrato diminuzioni dell'emoglobina glicata (-0,5%) nel gruppo sperimentale a tre anni di distanza dal trattamento.

La metanalisi più recente del trattamento basato sull'empowerment nei pazienti con DM è quella di Baldoni e coll. di aprile 2017. Tra i nove studi che gli autori selezionano, 6 sono stati condotti con pazienti diagnosticati con DM2 e 3 con pazienti DM1. I diversi articoli hanno utilizzato strategie di empowerment simili. In tutti i lavori l'emoglobina glicata (HbA1c) è stato un indicatore considerato per la valutazione dell'efficacia dell'intervento ed è risultata in diminuzione nel 66,7% dei casi

Gli autori concludono che i programmi basati sulle strategie d'empowerment in DM promuovono miglioramenti clinici, psicosociali e la self-care.

Le strategie d'empowerment portano a miglioramenti nei parametri clinici, nel comportamento e nella cura di sé.

Le strategie d'empowerment possono generare risultati positivi in una prospettiva a lungo termine

Limiti

- follow-up a breve termine e necessità di attuare studi longitudinali
- interventi troppo brevi per avere un cambiamento a lungo termine su comportamenti e outcomes clinici, quindi si auspica per il futuro la possibilità di evitare interventi spot, garantendo una maggiore continuità e un supporto continuo;
- campione ridotto;
- mancata valutazione di variabili che possano aver influenzato gli esiti dell'intervento RCT o studio pilota. I primi risultano troppo distanti dai contesti reali, nei quali difficilmente potrebbero essere attuati, mentre i secondi producono risultati scarsamente generalizzabili.
- difficoltà nella classificazione degli approcci a causa della diversità di tecniche o modelli utilizzati negli studi l'intervento e della non descrizione degli stessi.

Commenti conclusivi

In conclusione, sembra essere confermato da più parti che laddove siano realizzate modalità di cura che prevedano la possibilità di lavorare su dimensioni psico-sociali esse diano nel complesso maggiori benefici rispetto a modalità di cura routinarie, che prevedono esclusivamente un intervento di tipo biomedico.

Dato per assodato questo aspetto, dalla letteratura internazionale, sembrano emergere alcune questioni rilevanti in merito all'efficacia degli interventi psico-educativi e psicologici.

Una prima questione riguarda lo sforzo di identificare come efficace un trattamento piuttosto che un altro. Tale domanda di ricerca risulta contestabile considerando come l'evidenza supporti alcuni approcci più che altri in determinate sub-popolazioni di

pazienti, come alcuni modelli di intervento psicologico (CBT) siano più facilmente misurabili con strumenti quantitativi e quindi più spendibili per le pubblicazioni su riviste scientifiche ad alto impatto

L'unico orientamento chiaro che viene dalla letteratura riguarda l'indicazione della terapia familiare per i pazienti giovani (Thorpe et al., 2013).

La sfida sembra allora essere non quale approccio ma come renderlo applicativo nella cura routinaria dei pazienti ed il tempo/priorità d'intervento (Bialo et al. 2016) e quando inserire la valutazione e la regolazione dei cambiamenti, sia in termini di gestione autoefficace che intorno al benessere psicologico del paziente (Jones, Vallis, & Pouwer, 2015).

Una seconda questione è invece inerente i fattori che sembrano rendere maggiormente efficace un intervento. Le ricerche analizzate evidenziano come, in sintesi, ciò che sembra discriminare i diversi interventi non sia tanto l'approccio o il modello teorico utilizzato (diverse review sostengono come non si sia giunti ad una conclusione a riguardo), quanto le metodologie utilizzate. Gli interventi più efficaci sembrano essere quelli che prediligono un approccio grupale e soprattutto interdisciplinare, ovvero quelli in cui l'intervento medico, quello psicologico e talvolta quello prettamente sociale/educativo si integrano.

D'altronde, nei rari casi in cui sono utilizzate metodologie qualitative per indagare quali siano i fattori che rendono efficace l'intervento attraverso le rappresentazioni dei pazienti, emergono la possibilità di condividere la propria esperienza di malattia, nonché quella di poter trattare la patologia da un punto di vista che non sia esclusivamente quello biomedico.

La possibilità di inserire lo psicologo nel team di cura, integrando il suo intervento con quello degli altri professionisti, ed evitando interventi spot, risponderebbe ad un modello di presa in carico della patologia diabetica di tipo biopsicosociale.

Come la letteratura più recente e accreditata indica, la direzione della prevenzione e della cura delle patologie croniche e diabetiche passa attraverso la multidisciplinarietà e l'integrazione delle competenze tra le quali quella psicologica ha il suo ruolo definito.

Se interventi psicologici sembrano essere efficaci nel migliorare la sofferenza psicologica e il controllo glicemico, la carenza di specialisti psicologi all'interno del Sistema Sanitario Nazionale non riteniamo possa essere colmata fornendo ad altri professionisti "una formazione aggiuntiva" di cui non sia possibile, valutare l'ampiezza, la durata, la complessità e, non da ultimo, i costi. Tale operazione, frequentemente perseguita e anche giustificata (Alam et al., 2008), oltre ad essere deontologicamente scorretta e, almeno in Italia, legalmente perseguibile, rischia di essere altamente dispendiosa. Se il possesso di competenze psicologiche e relazionali favorisce e rende più efficace il lavoro di qualunque professionista che svolge attività di cura alle persone (dal medico, all'infermiere, all'insegnante...), ciò non implica che possederle renda qualunque di questi professionisti in grado di svolgere una professione diversa dalla propria. Perché questo accada la formazione deve essere necessariamente lunga e approfondita.

Ma, a questo punto, perché investire risorse economiche per ampliare le competenze di "non psicologi" invece di usare professionisti psicologi già adeguatamente formati?

Bibliografia

- Adili, F., Larijani, B., & Haghighatpanah, M. (2006). Diabetic Patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1084(1), 329-349.
- Alam, R., Sturt, J., Lall, R., & Winkley, K. (2009). An updated meta-analysis to assess the effectiveness of psychological interventions delivered by psychological specialists and generalist clinicians on glycaemic control and on psychological status. *Patient education and counseling*, 75(1), 25-36.
- American Diabetes Association. (2015). (4) Foundations of care: Education, nutrition, physical activity, smoking cessation, psychosocial care, and immunization. *Diabetes Care*, 38(Suppl. 1), S20–S30. <http://dx.doi.org/10.2337/dc15-S007>
- Baldoni, N. R., Aquino, J. A., Sanches-Giraud, C., Oliveira, C. D. L., de Figueiredo, R. C., Cardoso, C. S., ... & Baldoni, A. O. (2016). Collective empowerment strategies for patients with Diabetes Mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Primary Care Diabetes Volume 11*, Issue 2, 201 - 211
- Bialo, S. R., White, J., & Rapaport, W. S. (2016). Comment on Powers et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care* 2015; 38: 1372–1382. *Diabetes care*, 39(1), e15-e16.
- Chen, S.C., Creedy, D., Lin, H.S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing studies*, 49, 637-644. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.11.011.
- Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient education and counseling*, 99(6), 926-943.
- Clark, M., Hampson, S.E., Avery, L. & Simpson, R. (2004). Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with Type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 9, 365-379.
- Cooper, H., Booth K., & Gill, G. (2008). A trial of empowerment-based education in type 2 diabetes. Global rather than glycaemic benefits. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 82, 165-171. doi:10.1016/j.diabres.2008.07.013
- Davazdahemamy, M. H., Mehrabi, A., Attari, A., & Roshan, R. (2013). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Glycemic Control, Psychological Distress and Quality of Life in Patients with Type2 Diabetes. *Practice in Clinical Psychology*, 1(1), 49-54.
- Ebrahimi, H., Sadeghi, M., Amanpour, F., & Vahedi, H. (2016). Evaluation of empowerment model on indicators of metabolic control in patients with type 2 diabetes, a randomized clinical trial study. *Primary care diabetes*, 10(2), 129-135.
- Ekong, G., & Kavookjian, J. (2015). Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient education and counseling*.
- Esbit, S.A, Batchelder, A.W., Tanenbaum, M.L, Shreck, E. & Gonzalez, J.S. (2015). "Knowing That You're Not the Only One": Perspectives on Group-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in Adults With Type 1 Diabetes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, 393-406.
- Funnell, M. M., Anderson, R. M., Arnold, M. S., Barr, P. A., Donnelly, M., Johnson, P. D., ... & White, N. H. (1991). Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *The diabetes educator*, 17(1), 37-41.
- Gabbay, R. A., Añel-Tiangco, R. M., Dellasega, C., Mauger, D. T., Adelman, A., & Van Horn, D. H. (2013). Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial. *Journal of diabetes*, 5(3), 349-357.
- Gallegos, E.C., Ovalle-Berumen, F., & Gomez-Meza, M.V. (2006). Metabolic Control of Adults With Type 2 Diabetes Mellitus through Education and Counseling. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (4), 344-351

- George, J. T., Valdovinos, A. P., Russell, I., Dromgoole, P., Lomax, S., Torgerson, D. J., Wells, T., Thow J. C. (2008) Clinical effectiveness of a brief educational intervention in type 1 diabetes: results from the BITES (Brief intervention in type 1 diabetes, education for self-efficacy) trial, *Diabetic Medicine*, 25, 1447–1453 DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02607.x
- Ghafoor, E., Riaz, M., Eichorst, B., Fawwad, A. & Basit, A. (2015). Evaluation of Diabetes Conversation Map™ Education Tools for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Spectrum*, 28 (4), 231-235. doi: 10.2337/diaspect.28.4.230.
- Haenen, S., Nyklíček, I., van Son, J., Pop, V. & Pouwer, F. (2016). Mindfulness facets as differential mediators of short and long-term effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in diabetes outpatients: Findings from the DiaMind randomized trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 85, 44-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.04.006>.
- Harkness, E., Macdonald, W., Valderas, J., Coventry, P., Gask, L. & Bower, P. (2010). Identifying psychosocial interventions that improve both physical and mental health in patients with diabetes. A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 33, 926-930. doi: 10.2337/dc09-1519
- Hartmann, M., Kopf, S., Kircher, C., Faude-Lang, V., Djuric, Z., Augstein, F., ... & Herzog, W. (2012). Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients. *Diabetes care*, 35(5), 945-947.
- Harvey, J. N. (2015). Psychosocial interventions for the diabetic patient. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 8, 29.
- Heinrich, E., Candel, M. J., Schaper, N. C., & de Vries, N. K. (2010). Effect evaluation of a Motivational Interviewing based counselling strategy in diabetes care. *Diabetes research and clinical practice*, 90(3), 270-278
- Heisler, M., Vijan, S., Makki, F., Piette, J.D. (2010), Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management: A randomized trial, *Ann Intern Med.*, 19, 153(8), 507–515. DOI:10.7326/0003-4819-153-8-201010190-00007.
- Hopkins, D., Lawrence, I., Mansell, P., Thompson, G., Amiel, S., Campbell, M., Heller, S. (2012) Improved biomedical and psychological outcomes 1 year after structured education in flexible insulin therapy for people with type1diabetes, The U.K. Dafne experience, *Diabetes Care*, 35, 1638–1642. DOI: 10.2337/dc11-1579
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). Consensus guidelines 2000, ISPAD consensus guidelines for the management of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents, Zeist: Medical Forum International,
- Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *The Lancet*, 363(9421), 1589-1597.
- Ismail, K., Thomas, S. M., Maissi, E., Chalder, T., Schmidt, U., Bartlett, J., Patel, A., Dickens, C. M., Creed, F., Treasure, J. (2008) Motivational Enhancement Therapy with and without Cognitive Behavior Therapy to Treat Type 1 Diabetes. A Randomized Trial, *Annals of Internal Medicine*, 149 (10), 708-719.
- Ismail, K., Maissi, E., Thomas, S.M., Chalder, T., Schmidt, U., Bartlett, J., Patel, A., Dickens, C.M., Creed, F., Treasure J. (2010), A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy and motivational interviewing for people with type 1 diabetes mellitus with persistent sub-optimal glycaemic control: A Diabetes and Psychological Therapies (ADaPT) study, *Health Technology Assessment*, 14(22), DOI: 10.3310/hta14220
- Johnson, S. B., & Marrero, D. (2016). Innovations in healthcare delivery and policy: Implications for the role of the psychologist in preventing and treating diabetes. *American Psychologist*, 71(7), 628.
- Jones, A., Vallis, M., & Pouwer, F. (2015). If it does not significantly change HbA1c levels why should we waste time on it? A plea for the prioritization of psychological well-being in people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 32(2), 155-163.
- Jones, A., Vallis, M., Cooke, D., & Pouwer, F. (2016). Review of research grant allocation to psychosocial studies in diabetes research. *Diabetic Medicine*, 33(12), 1673-1676.

- Kang, C. M., Chang, S. C., Chen, P. L., Liu, P. F., Liu, W. C., Chang, C. C., & Chang, W. Y. (2010). Comparison of family partnership intervention care vs. conventional care in adult patients with poorly controlled type 2 diabetes in a community hospital: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 47(11), 1363-1373.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Hanestad, B. R., & Bru, E. (2004). Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient education and counseling*, 53(3), 299-308.
- Keyworth, C., Knopp, J., Roughley, K., Dickens, C., Bold, S. & Coventry, P. (2014). A Mixed-Methods Pilot Study of the Acceptability and Effectiveness of a Brief Meditation and Mindfulness Intervention for People with Diabetes and Coronary Heart Disease. *Behavioral Medicine*, 40, 53-64. doi: 10.1080/08964289.2013.834865.
- Keyworth, C., Knopp, J., Roughley, K., Dickens, C., Bold, S., & Coventry, P. (2014). A mixed-methods pilot study of the acceptability and effectiveness of a brief meditation and mindfulness intervention for people with diabetes and coronary heart disease. *Behavioral Medicine*, 40(2), 53-64.
- Khalili, H., Hall, J., & DeLuca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 92-97. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2013.869197>
- Khunti, K., Gray, L.J., Skinner, T., Carey, M.E., Realf, K., Dallosso, H. et al. (2012). Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: Three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care. *British medical Journal*, 344, 1-12.
- Mannucci, E., Pala, L., Rotella, C.M. (2005), Long-term interactive group education for type 1 diabetic patients, *Acta Diabetol*, 42:1–6. DOI 10.1007/s00592-005-0167-1
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., Hunter, C. L., Kearney, L. K., Schuman, C. C., ... & Miller, B. F. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 409.
- Miyashita, M., Wada, M., Morita, T., Ishida, M., Onishi, H., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2014). Care Evaluation Scale—Patient version: Measuring the quality of the structure and process of palliative care from the patient's perspective. *Journal of pain and symptom management*, 48(1), 110-118. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.019.
- Mohamed, H., Al-Lenjawi, B., Amuna, P., Zotor, F. & Elmahdi, H. (2013). Culturally sensitive patient-centred educational programme for self management of type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes Primary Care*, 3, 199-206. doi: 10.1016/j.pcd.2013.05.002.
- Moriyama, M., Nakano, M., Kuroe, Y., Nin, K., Niitani, M., & Nakaya T. (2009). Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 6, 51-63. doi:10.1111/j.1742-7924.2009.00120.x.
- Osborn, C. Y., & Egede, L. E. (2010). Validation of an Information–Motivation–Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient education and counseling*, 79(1), 49-54.
- Piatt, G. A., Anderson, R. M., Brooks, M. M., Songer, T., Siminerio, L. M., Korytkowski, M. M., & Zgibor, J. C. (2010). 3-year follow-up of clinical and behavioral improvements following a multifaceted diabetes care intervention results of a randomized controlled trial. *The Diabetes Educator*, 36(2), 301-309.
- Pibernik-Okanovic, M., Prasek, M., Poljicanin-Filipovic, T., Pavlic-Renar, I., & Metelko, Z. (2004). Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient education and counseling*, 52(2), 193-199.
- Popa-Velea, O., Bubulac, L., Petrescu, L., & Purcarea, R. M. (2016). Psychopathology and psychotherapeutic intervention in diabetes: particularities, challenges, and limits. *Journal of Medicine and Life*, 9(4), 328.
- Pouwer, F. (2009). Should we screen for emotional distress in type 2 diabetes mellitus?. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(12), 665-671.

- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., ... & Vivian, E. (2015). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *The Diabetes Educator*, 41(4), 417-430.
- Rondags, S. M., de Wit, M., Twisk, J. W., & Snoek, F. J. (2016). Effectiveness of HypoAware, a Brief Partly Web-Based Psychoeducational Intervention for Adults With Type 1 and Insulin-Treated Type 2 Diabetes and Problematic Hypoglycemia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*, 39(12), 2190-2196.
- Rosenbek Minet, L.K., Wagner, L., Lønvig, E.M., Hjelmberg, J., & Henriksen, J.E. (2011). The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial. *Diabetologia*, 54, 1620-1629. doi:10.1007/s00125-011-2120-x.
- Rygg, L., By Rise, M., Grønning, K., & Steinsbekk, A. (2012). Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counselling*, 86, 98-105. doi:10.1016/j.pec.2011.04.008.
- Safren, S. A., Gonzalez, J. S., Wexler, D. J., Psaros, C., Delahanty, L. M., Blashill, A. J., ... & Cagliero, E. (2013). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Care*, DC_130816.
- Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: a pilot study. *Diabetes care*, 20(1), 52-54.
- Snoek, F. J., & Skinner, T. C. (2002). Psychological counselling in problematic diabetes: does it help?. *Diabetic Medicine*, 19(4), 265-273.
- Snoek, F. J., van der Ven, N.C.W., Twisk, J. W. R., Hogenelst, M. H. E., Tromp-Wever, A. M. E., van der Ploeg, H. M., Heine, R. J. (2008). Cognitive behavioural therapy (CBT) compared with blood glucose awareness training (BGAT) in poorly controlled Type 1 diabetic patients: long-term effects on HbA1c moderated by depression. A randomized controlled trial, *Diabetic Medicine*, 25, 1337-1342. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02595.x
- Spencer, M.S., Rosland, A.M., Kieffer, E.C., Sinco, B.R., Valerio, M., Palmisano, G. et. AL. (2011). Effectiveness of a Community Health Worker Intervention among African American and Latino Adults with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Research and Practice*, 101, 2253-2260. doi:10.2105/AJPH.2010.300106.
- Steed, L., Cooke, D. & Newman, S. (2003). A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 51, 5-15.
- Thorpe, C. T., Fahey, L. E., Johnson, H., Deshpande, M., Thorpe, J. M., & Fisher, E. B. (2013). Facilitating healthy coping in patients with diabetes: a systematic review. *The Diabetes Educator*, 39(1), 33-52.
- Thors Adolfsson, E., Walker-Engström M.L., Smide, B. & Wikblad, K. (2007). Patient education in type 2 diabetes. A randomized controlled 1-year follow-up study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 76, 341-350. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2006.09.018
- Trento, M., Passera, P., Borgo, E., Tomalino, M., Bajardi, M., Cavallo, F. et al. (2004). A 5-Year Randomized Controlled Study of Learning, Problem Solving Ability, and Quality of Life Modifications in People With Type 2 Diabetes Managed by Group Care. *Diabetes Care*, 27, 660-675.
- Trento, M., Passera, P., Tomalino, M., Bajardi, M., Pomero, F., Allione, A., ... & Porta, M. (2001). Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes. *Diabetes care*, 24(6), 995-1000.
- Trief, P. M., Fisher, L., Sandberg, J., Cibula, D. A., Dimmock, J., Hessler, D. M., ... & Weinstock, R. S. (2016). Health and psychosocial outcomes of a telephonic couples behavior change intervention in patients with poorly controlled type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Diabetes Care*, 39(12), 2165-2173.

- Uchendu, C., & Blake, H. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy on glycaemic control and psychological outcomes in adults with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetic Medicine*, 34(3), 328-339.
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., & Pouwer, F. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 77(1), 81-84.
- Weinger, K., Beverly, E.A., Lee, Y., Sitnikov, L., Ganda, O.P. & Caballero, A.E. (2011). The effect of a structured behavioral intervention on poorly controlled diabetes: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 171(22), 1990-1999. doi: 10.1001/archinternmed.2011.502.
- Weinger, K., Beverly, E.A., Lee, Y., Sitnikov, L., Ganda, O.P. & Caballero, A.E. (2011). The effect of a structured behavioral intervention on poorly controlled diabetes: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 22, 1990-1999. doi: 10.1001/archinternmed.2011.502.
- West, D. S., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., & Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 30(5), 1081-1087.
- Winkley, K., Landau, S., Eisler, I., & Ismail, K. (2006). Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Bmj*, 333(7558), 65.
- Zabaleta, A.M. & Forbes, A. (2004). Structured group-based education for type 2 diabetes in primary care. *British Journal of Community Nursing*, 12(4), 158-162.
- Zaho, F., Suhonen, R., Koskinen, S. & Leino-Kilpi, H. (2016). Theory-based self-management educational interventions on patients with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing*, 00(0), 000-000. doi: 10.1111/jan.13163.

CAPITOLO 6

Interventi psicologici nei pazienti diabetici con depressione

Introduzione

La depressione rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio post diagnosi per l'insorgenza delle complicanze della malattia diabetica. La gravità dei sintomi depressivi ha degli impatti sulle cure primarie dei pazienti diabetici (vedi cap. 2 sui fattori di rischio) e risulta associata a bassa aderenza medica farmacologica, ad una cattiva dieta, ad un danneggiamento funzionale ed ad un conseguente elevato costo di assistenza sanitaria (Ciechanowski, Katon, Russo, 2016). La depressione è tra gli outcomes più misurati negli studi di efficacia degli interventi con gli adulti con diabete.

Per questo motivo abbiamo ritenuto opportuno approfondire l'indagine relativamente agli interventi psicologici specificamente diretti al controllo dei sintomi depressivi nella PCD.

Gli interventi psico-sociali nella gestione della depressione

La letteratura inerente il ruolo degli interventi psico-sociali specificamente diretti alla gestione della depressione nella PCD è esigua. Si rintracciano, tuttavia, alcuni RCT che hanno tentato di valutare sistematicamente l'efficacia di tali interventi (Balhara & Verma, 2013).

E' stata valutata l'efficacia di interventi di CBT, web-based CBT, gruppo CBT, SP (trattamento psicoterapia e sostegno), intervento psicologico con somministrazione di MPI combinato a CBT, e la formazione al self management. Sono stati inoltre studiati interventi psico-sociali come parte del modello di cura collaborativo in combinazione con farmacoterapia. La maggior parte degli studi sono concentrati sulle popolazioni adulte mentre limitati sono gli interventi destinati a bambini/ adolescenti anziani. Gli strumenti usati per valutare il livello di depressione sono diversi nelle varie ricerche.

Un recente lavoro di revisione (Markowitz, Gonzalez, Wilkinson, Safren, 2011) su 17 studi (8 interventi farmacologici, 6 interventi CBT e 3 interventi di collaborative care) ha identificato trattamenti efficaci per la depressione nei pazienti diabetici.

Gli interventi CBT con pazienti diabete di tipo 2 con diagnosi di disturbo depressivo risultano complessivamente efficaci anche se raramente i loro follow-up raggiungono i 12 mesi, indebolendo in questo modo i risultati. Interventi di CBT individuale svolti per periodi di 8-10 settimane riportano effetti positivi rispetto alla remissione di sintomi depressivi e un miglioramento significativo delle condizioni cliniche, ma non dei livelli di glucosio nel sangue. La valutazione d'esito sono registrate ad un solo tempo con follow-up ad intervalli brevi, 3 (vedi ad es: Tovote, Fleer,

Snippe, Peeters, Emmelkamp, Sanderman, Link, Schroevers, 2014) o 6 mesi (vedi ad es: Lustman, Griffith, Freedland, Kissel, Clouse, 1998).

La depressione negli adulti con diabete di tipo 1 o 2 sembra poter essere trattata efficacemente anche con la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) effettuata online (Van Bastelaar, Pouwer, Cuijpers, Pouwer, Cuijpers, Riper, Snoek, 2011), un metodo nuovo e attraente per effettuare CBT su larga scala a costi relativamente bassi.

Diverse revisioni e meta-analisi supportano l'efficacia dei trattamenti psicologici per la depressione basati su computer, in ambienti diversi e con diverse popolazioni (Richards & Richardson, 2012). Complessivamente, la Web-based CBT risulta efficace nel ridurre i sintomi depressivi e lo stress emotivo correlato al diabete negli adulti con diabete di tipo 1 e di tipo 2, ma non nel migliorare il controllo glicemico.

Anche questi studi, tuttavia, si riscontra il limite dell'esiguo tempo destinato al follow-up, mediamente più breve rispetto al CBT tradizionale: da 1 (vedi ad es.: Van Bastelaar, Pouwer, Cuijpers, Riper, Snoek, 2011) a 3 mesi (vedi ad es.: Robins, et al., 2015).

La necessità di valutare il mantenimento degli esiti nel post-trattamento è un limite collettivamente riconosciuto (Richards & Richardson, 2012) che ha portato di recente a sviluppare programmi specifici d'intervento cognitivo comportamentale la cui efficacia è stata testata su periodi più lunghi. Tra questi DIAMOS (DIAbetes MOTivation Strengthening), un programma di gruppo auto-oriented efficace nel ridurre i sintomi depressivi e il disagio legato al diabete e nel prevenire la depressione maggiore. Il follow-up è stato condotto a 6 mesi e a 12 mesi (Hermanns, 2015)

Gli interventi farmacologici per diabete e depressione hanno invece avuto esiti contrastanti: nortriptilina (un TCA) ha portato ad un peggioramento degli indici di controllo del glucosio, mentre la fluoxetina e sertralina (sia SSRI) ha prodotto risultati coerenti con le riduzioni di glucosio levels.⁶¹ⁿ. Il farmaco bupropione si è dimostrato un efficace antidepressivo con effetti favorevoli sul controllo del glucosio.

Infine, un altro approccio dimostratosi efficace per la cura della depressione nei pazienti diabetici o con malattie croniche è stato quello del collaborative care. Il Collaborative care consiste in un team di infermiere e professionisti (non meglio specificati) che effettuano una assistenza centrata sul paziente proponendo strategie di problem solving per la terapia e istruzioni di auto-monitoraggio e offrendo un coordinamento delle cure e dei servizi specifici per la depressione. Può prevedere, inoltre, monitoraggi telefonici mensili per la prevenzione delle ricadute.

Gli interventi di collaborative care, rispetto alle cure abituali, hanno riportato una diminuzione significativa della depressione nell'arco di 12 mesi (Katon, Korff, Lin, 2004; Markowitz, e coll. 2011; Huang, Wei, Wu, Chen, & Guo, 2013; Evan Atlantis, Paul Fahey, Jann Foster, 2014), la remissione della depressione (Huang, Wei, Wu, Chen, & Guo, 2013), un miglioramento globale del paziente e maggiore soddisfazione per la cura (Katon, Korff, Lin, 2004), tassi più elevati di adesione al farmaco antidepressivo e ipoglicemizzante orale (Huang, Wei, Wu, Chen, & Guo, 2013). L'intervento di Collaborative care sembra mantenere gli effetti ottenuti in follow-up fino a 12 mesi (Katon, Korff, Lin, 2004; Markowitz, e coll. 2011; Huang, Wei, Wu, Chen, & Guo, 2013; Evan Atlantis, Paul Fahey, Jann Foster, 2014).

I dati disponibili indicano che gli interventi psico-sociali, in particolare quelli di CBT, sono efficaci nel migliorare la depressione nei pazienti con diabete. Inoltre, questi si sono dimostrati efficaci anche quando usati in combinazione

con farmacoterapia. Tuttavia, questi interventi non sono costantemente associati ad un miglioramento dei markers del controllo della glicemia (livelli di HbA1c) (Balhara, & Verma, 2013).

Trattamento farmacologico vs trattamento psicologico

Alcuni studi affrontano la questione del confronto tra intervento farmacologico e psicologico/psicoterapeutico della depressione

Uno studio di revisione che ha preso in considerazione 19 trials (8 inerenti interventi psicologici) con 1592 partecipanti (Baumeister, Hutter, & Bengel, 2012). Gli interventi psicologici, rispetto alle cure tradizionali, hanno prodotto tassi di remissione della depressione a breve (6 mesi) e a medio termine più alti (12 mesi). Al contrario, il loro impatto sul controllo glicemico è risultato complessivamente eterogeneo e inconcludente.

La qualità di vita è stata indagata solo in 3 studi e non è migliorata in modo significativo rispetto alla cura abituale. I costi sanitari e l'adesione alla terapia, le complicazioni del diabete e la morte sono outcomes poco (un solo studio) o per nulla esaminati non è perciò possibile trarre conclusioni affidabili.

Gli interventi farmacologici hanno ottenuto un effetto benefico moderato sulla depressione e sul controllo glicemico a breve termine (6 mesi). Anche negli studi di intervento farmacologico, outcomes come la qualità di vita, l'adesione alla depressione a medio e lungo termine, i costi sanitari, le complicanze del diabete e la mortalità non vengono esaminati

Nel complesso, l'evidenza è scarsissima e inconcludente a causa della bassa qualità di numerosi studi e al rischio sostanziale di bias per l'eterogeneità delle popolazioni e degli interventi.

I risultati di uno studio sostiene la capacità degli interventi psicologici di ridurre il rischio di mortalità nei pazienti diabetici depressi (Bogner, Morales, Post, Bruce, 2007). Le evidenze sostenute dalla ricerca appaiono molto forti perché sostenute a un follow-up a 52 mesi.

L'intervento ha avuto l'obiettivo di favorire l'aderenza dei pazienti al trattamento mediante intervento psicoterapeutico. A distanza di 5 anni, i pazienti diabetici con depressione, inseriti nel programma d'intervento e di psicoterapia interpersonale hanno riportato una minore probabilità di morire durante l'intervallo di follow-up rispetto a quelli sottoposti a normale cura (Bogner, Morales, Post, Bruce, 2007).

Gli interventi psico-sociali, in particolare quelli di CBT con pazienti diabete di tipo 2 con diagnosi di disturbo depressivo risultano complessivamente efficaci anche se raramente i loro follow-up raggiungono i 12 mesi.

I dati disponibili indicano che gli interventi psico-sociali, in particolare quelli di CBT, sono efficaci nel migliorare la depressione nei pazienti con diabete ma non i markers del controllo della glicemia.

La Web-based CBT risulta efficace nel ridurre i sintomi depressivi e lo stress emotivo correlato al diabete negli adulti con diabete di tipo 1 e di tipo 2, ma non nel migliorare il controllo glicemico.

Bibliografia

- Balhara, Y. P. S., & Verma, R. (2013). Management of depression in diabetes: A review of psycho-social interventions, *Journal of social Health and Diabetes*, 1(1), 22.
- Baumeister, H., Hutter, N., & Bengel, J. (2012). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression, *The Cochrane Library*, 31 (7), 773-86. doi: 10.1111/dme.12452.
- Bogner, H.R., Morales, K. H., Post, E. P., Bruce, M. L., (2007), Diabetes, Depression, and Death A randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT), *Diabetes Care*, 30 (12), 3005-3010. doi: 10.2337/dc07-0974
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., (2000), Depression and Diabetes Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs, *JAMA Internal Medicine*, 160(21), 3278-3285. doi:10.1001/archinte.160.21.3278
- Cox, D. J., Gonder-Frederick, L., Polonsky, W., Schlundt, D., Kovatchev, B., & Clarke, W. (2001). Blood glucose awareness training (BGAT-2): Long-term benefits. *Diabetes Care*, 24, 637-642. <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.24.4.637>
- Evan, A., Fahey, P., Foster, J., (2014) Collaborative care for comorbid depression and diabetes: a systematic review and meta-analysis, *BMJ Open*, 4(4). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004706
- Hermanns, N., Schmitt, A., Gahr, A., Herder, C., Nowotny, B., Roden, M., Ohmann, C., Kruse, J., Haak, T., Kulze, B., (2015), The Effect of a Diabetes-Specific Cognitive Behavioral Treatment Program (DIAMOS) for Patients With Diabetes and Subclinical Depression: Results of a Randomized Controlled Trial, *Diabetes Care*, 38(4), 551-560. <https://doi.org/10.2337/dc14-1416>
- Huang, Y., Wei, X., Wu, T., Chen, R., & Guo, A. (2013). Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis, *BMC Psychiatry*, 13, 260. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-260>
- Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E. H. B., (2004), The Pathways Study. A Randomized Trial of Collaborative Care in Patients With Diabetes and Depression, *Arch Gen Psychiatry*, 61(10), 1042-1049. DOI:10.1001/archpsyc.61.10.1042
- Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., . . . McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *The New England Journal of Medicine*, 363, 2611-2620. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1003955>
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland K.E., Kissel S.S., Clouse, R.E., (1998), Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial, *Ann Intern Med*, 129(8), 613-621.
- Markowitz, S., Gonzalez, J. S., Wilkinson, J. L., Safren, S. A., (2011), Treating Depression in Diabetes: Emerging findings, *Psychosomatics*, 52(1), 1-18. doi: 10.1016/j.psych.2010.11.007
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis, *Clinical psychology review*, 32(4), 329-342. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.004.
- Robins, L., Newby, J., Wilhelm, K., Smith, J., Fletcher, T., Ma, T., ... & Andrews, G. (2015). Internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression in people with diabetes: study protocol for a randomised controlled trial, *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 3(1). doi: 10.1136/bmjdr-2015-000144
- Tovote, KA, Fleer, J, Snippe, E, Peeters, AC, Emmelkamp, PM, Sanderman, R, Links, TP, Schroevers, MJ. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial, *Diabetes Care*, 37(9), 2427-34. doi: 10.2337/dc13-2918.
- Van Bastelaar, K. M., Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H., & Snoek, F. J. (2011). Web-based depression treatment for type 1 and type 2 diabetic patients. *Diabetes care*, 34(2), 320-325. doi: 10.2337/dc10-1248

CAPITOLO 7

Interventi nel diabete gestazionale

Il diabete mellito gestazionale (GDM), comunemente definito come intolleranza al glucosio, riconosciuta durante la gravidanza, sembra essere in crescente aumento. Tra le principali cause dell'aumento dell'incidenza di questa condizione patologica, oltre alla modifica dei criteri diagnostici, sono indicati l'avanzare dell'età della prima gravidanza e l'aumento del tasso di popolazione obesa (Kim, 2010).

Nonostante questi rischi, dalla letteratura emerge come gli studi e gli interventi rivolti a questo target di popolazione siano carenti, e come, nonostante la diagnosi di GDM sia spesso associata a un maggior rischio di sviluppare depressione, ansia e fobie nella donna, con ripercussioni che possono avere influenza su aspettative e rappresentazioni del futuro bambino (Berg 2005), l'intervento psicologico faccia fatica a collocarsi in quadro che sembra riservare alla patologia trattamenti prettamente medici. Ricevere una diagnosi di GDM al contrario sembra avere ripercussioni psico-sociali che necessitano di un supporto psicologico che crei una rete di sostegno, affinché la donna viva in uno stato di accettazione della sua patologia

Barriere e i facilitatori nella modifica stile di vita in donne con pregressa storia di GDM e in donne a rischio di diabete gestazionale

Le donne a rischio di diabete gestazionale, nonché le donne con pregressa storia di GDM, sono una popolazione a cui è rivolta poca attenzione non solo da un punto di vista psicologico, ma spesso anche medico. A rendere più critico il quadro, e ad aumentare la probabilità che queste donne sviluppino nella fase post parto diabete di tipo 2, sono anche la mancanza di strategie messe in atto da queste donne per cambiare il loro stile di vita.

In uno studio (Nicklas, Zera, Seely, Abdul-Rahim, Rudloff, & Levkoff, 2011) sono state infatti identificate:

- le barriere e i facilitatori per cambiare stile di vita dopo il parto, intraprendendone uno sano;
- strategie di intervento specifiche che facilitano la partecipazione a programmi di intervento post-partum per facilitare uno stile di vita sano.

Attraverso l'uso di focus Group ed interviste, sono stati analizzati i dati di 25 donne con età media di 35 anni con storia di GDM. I focus Group hanno indagato la preoccupazione per lo sviluppo di diabete di tipo 2, gli ostacoli al cambiamento di dieta e le barriere per aumentare l'attività fisica. Dai risultati è emerso come le barriere per cambiare lo stile di vita erano attribuite al tempo e ai vincoli finanziari, ai doveri di assistenza all'infanzia, alla mancanza di motivazione, alla stanchezza e agli ostacoli connessi al lavoro. Tra questi, tuttavia, il tempo risultava essere il principale vincolo d'impedimento. Rispetto a queste criticità i programmi d'intervento effettuati tramite internet, con un tutor/allenatore virtuale e personale, potrebbero costituire una risorsa importante per la prevenzione del diabete di tipo 2 nelle donne post-partum con storia di diabete gestazionale.

Tra i fattori di ostacolo, alcuni autori (Danyliv et al., 2015; Halkoaho, Kavilo, Pietilä, Huopio, Sintonen, & Heinonen, 2010) annoverano anche dimensioni quali la percezione della qualità della vita. Lo studio di Halkoaho e coll., 2010, ha indagato gli effetti del diabete gestazionale sulla salute connessi alla qualità di vita delle donne (HRQoL) dopo il parto. Tale studio si è servito di un gruppo di controllo di donne prive di GDM e di un gruppo sperimentale composto da 100 donne con GDM. Dai risultati non sono emerse differenze significative nei due gruppi che portano gli autori a concludere che l'avere una percezione buona della qualità della vita rende difficile trovare la motivazione a cambiare le proprie life-style. La percezione di benessere, cioè, ostacolerebbe le donne con storia di GDM a cambiare stile di vita dopo il parto e/o a mettere in atto strategie che possano prevenire lo sviluppo di diabete futuro.

Interventi rivolti a donne con pregressa storia di diabete

Gli interventi descritti in letteratura sono per lo più rivolti alla popolazione di donne con pregressa storia di diabete che inevitabilmente svilupperanno GDM, e alla popolazione obesa, che come sappiamo rappresenta uno dei maggiori fattori predittivi per lo sviluppo di GDM.

Per quel che riguarda le donne affette da diabete pre-gestazionale di tipo 1 o 2, gli interventi più efficaci risultano essere quelli di tipo preventivo basati su attività di counseling pre-gravidanza. L'evidenza che le donne con diabete che ricevono consulenza pre-concezionale (PPC) riportano tassi significativamente più bassi di complicanze materne e neonatali, ha portato l'American Diabetes Association a raccomandare l'inclusione della PPC nella cura clinica di tutte le donne con potenziale diabete a partire dall'età fertile della pubertà, per permettere agli adolescenti di conoscere le complicanze riproduttive dovute al diabete.

Il programma Ready girls si colloca proprio in questo spazio, poiché consiste in un programma di consulenza pre-concezionale specifico per ragazze adolescenti con diabete. Nello specifico l'intervento, svolto da psicologi, prevede sessioni in cui alle ragazze vengono mostrati DVD, della durata circa di 35 minuti relativi ad argomenti sulla sessualità, a cui poi seguono discussioni di gruppo in plenaria su tale argomento, con l'obiettivo di sviluppare non solo conoscenza sull'argomento ma anche una comunicazione sana e un'abilità decisionale positiva, che possa portare a scelte sane. Uno studio di valutazione dell'efficacia del programma Ready girls (Charron-Prochownik et al., 2013), al follow-up dopo 12 mesi, ha riscontrato nel gruppo sperimentale (ragazze tra il 13 e i 19 anni) una maggiore propensione all'uso di contraccezione, maggiore conoscenza degli argomenti relativi al sesso e un maggiore interesse a discuterne e a richiedere la consulenza

I programmi di counseling pre-gravidanza, risultano essere svolti anche dal personale sanitario con esiti positivi su variabili mediche. In uno studio comprendente i dati di un sondaggio regionale multicentrico su 588 donne dell'Inghilterra del nord con diabete pre-gestazionale, è emerso come questa sia associata ad un migliore controllo glicemico 3 mesi prima del concepimento e nel primo trimestre, ad una superiore assunzione di acido folico e ad una riduzione del rischio di esito negativo di gravidanza (Tripathi, Rankin, Aarvold, Chandler, Bell, 2009). In un altro studio (Anwar et al., 2011) è stato valutato l'impatto del counseling pre-gravidanza (PPC) sulla salute iniziale nelle donne diabetiche in gravidanza, confrontandola con la salute iniziale al momento della loro prima PPC. Lo studio ha coinvolto 57 donne rimaste incinte dopo la PPC ed ha evidenziato un'ottimizzazione del controllo diabetico con una riduzione significativa dei livelli di hb A1c rispetto al momento della prenotazione della PPC.

Interventi rivolti a donne obese in età fertile

In questa popolazione, gli interventi più utilizzati risultano essere quelli relativi alla modificazione di life-style e condotte alimentari. Questi si sono infatti dimostrati essere efficaci per attenuare la disregolazione metabolica associata a questa patologia e nell'evitare una terapia medica con metformina o insulina, riducendo l'incidenza di GDM (Kennelly, McAuliffe, 2016). Nello specifico questi interventi, condotti dal personale sanitario, si basano su una dieta unita ad attività fisica, che porta a modificazioni nei comportamenti alimentari. Questi si sono dimostrati efficaci soprattutto nel primo trimestre di gravidanza, un periodo molto sensibile per la previsione di GDM.

In questa area tuttavia la figura dello psicologo risulta essere marginale e sostituita da quelle mediche, nonostante sia documentato come il sostegno psico-sociale e la promozione di auto-efficacia risultino fortemente associati ad attività fisica e a condotte alimentari sane (Kim, McEwen, Kieffer, Herman, Piette, 2008).

I team multidisciplinari

Il diabete preesistente è uno dei più complessi problemi medici in gravidanza che le linee guida internazionali suggeriscono di gestire mediante teams multidisciplinari; ciononostante solo pochissimi studi si interessano della struttura e alle prassi lavorative dei teams che si occupano di donne con diabete. Le ricerche che validino modelli di cura in team multidisciplinari (MDT) per la gestione di patologia diabetiche e cardiache durante e dopo la gravidanza risultano quasi del tutto assenti nella letteratura internazionale.

In uno studio di revisione (Bick, Beake, Chappell, Ismail, Cance, Green, and Taylor, 2014), dove è stata vagliata la letteratura pubblicata dal gennaio 2002 al gennaio 2014, sono state esaminate prove internazionali che determinassero modelli di cura clinica attraverso team multidisciplinari (MDT) per gestire condizioni durante e dopo la gravidanza, con un focus specifico sul diabete e malattie cardiache, nei paesi ad alto reddito. Sono stati analizzati elenchi di controllo sviluppati dal Joanna Briggs Institute, riguardanti il Regno Unito, Canada, Stati Uniti, Olanda e Singapore. Dai risultati è emerso come non ci siano studi che riguardino l'utilizzo di modelli di MDT post parto per donne con diabete e malattie cardiache, eccetto due piccoli studi retrospettivi i quali riportano risultati migliori nelle donne quando viene utilizzato un approccio MDT. Tuttavia in questi due studi la figura dello psicologo non risulta presente all'interno del team multidisciplinare, costituito invece da infermieri specializzati, medici, dietisti e ostetriche, che oltre a monitorare i parametri medici si occupano di fornire e pianificare consulenze e stili di vita consoni alla patologia.

Una equipe multidisciplinare includente lo psicologo è stata utilizzata presso l'ambulatorio diabetologico dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma, in collaborazione con l'Università la Sapienza. In questa esperienza l'equipe (composta da Diabetologo, psicologo, ginecologo, infermiere e dietista) ha effettuato un monitoraggio costante dello stato di salute della donna e dell'andamento della gravidanza attraverso interventi di screening volti a valutare gli eventuali aspetti di rischio. In particolare l'obiettivo dello psicologo è quello di individuare possibili situazioni di stress, di depressione o di ansia nelle donne e di fornire loro una consulenza psicologica e/o di fornirle un sostegno per il processo di accettazione e di adattamento alla patologia (Visalli et al., 2012).

Lo stesso team del Pertini ha valutato, inoltre, l'efficacia di un intervento destinato a donne con storia di GDM, mirato ad acquisire e mantenere un corretto stile di vita e a prevenire e/o gestire la depressione postpartum attraverso strategie di narrazione, empowerment e potenziamento del locus of control interno. Piccoli gruppi di donne (5-6 partecipanti) hanno frequentato un corso postparto di educazione terapeutica e counseling suddiviso in 5 incontri di 1 ora con frequenza

trisettimanale. Al termine dell'intervento, le donne avevano migliorato l'adesione al trattamento (dieta ed esercizio fisico), avevano meno sintomi ansiosi e depressivi, migliore autostima e migliore capacità di compliance. La mancanza di follow-up limita la validità degli esiti ottenuti.

Complessivamente, prove a sostegno di cosa e quando questi servizi dovrebbero da offrire o come i rischi legati alla gravidanza dovrebbero essere comunicati alle donne e alle loro famiglie sono sostanzialmente carenti.

Non è possibile dalle attuali evidenze raccomandare cosa un modello organizzativo ottimale di assistenza alla donna con GDM dovrebbe includere

Bibliografia

- Anwar, A., Masson, A. S., Allen, B., Wilkinson, L., Lindow, S. W., (2011) The effect of pre-pregnancy counselling for women with pre-gestational diabetes on maternal health status, *European Journal of Obstetrics & Gynecology Reproductive biology*, 155 (2), 137-139. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.12.017>
- Berg, M., (2005) Pregnancy and Diabetes: How Women Handle the Challenges, *Journal Perinatal Education*, 14 (3), 23- 32. <https://doi.org/10.1624/105812405X57552>
- Bick, D., Beake, S., Chappell, L., Ismail, K. M., McCance, D. R., Green, J. S. A., Taylor, C., (2014) Management of pregnant and postnatal women with pre-existing diabetes or cardiac disease using multi-disciplinary team models of care: a systematic review, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14. 10.1186/s12884-014-0428-5
- Charron-Prochownik, D., Sereika, S. M., Becker, D., White, N. H., Schmitt, P., Powell, A. B., Diaz, A. M., Jones, J., Herman, W. H., Fischl, A. F. R., McEwen, L., DiNardo, M., Guo, F., Downs, J., (2013) Long-Term Effects of the Booster-Enhanced READY-Girls Preconception Counseling Program on Intentions and Behaviors for Family Planning in Teens With Diabetes, *Diabetes Care*, 36 (12), 3870-3874. 10.2337/dc13-0355
- Danyliv, A., Gillespie, P., O'Neill, C., Noctor, E., O'Dea, A., Tierney, M., Dunne, F. P. (2015) Health related quality of life two to five years after gestational diabetes mellitus: cross-sectional comparative study in the ATLANTIC DIP cohort, *BMC pregnancy and childbirth*, 15(1), 274. 10.1186/s12884-015-0705-y
- Halkoaho, A., Kavilo, M., Pietilä, A. M., Huopio, H., Sintonen, H., & Heinonen, S. (2010), Does gestational diabetes affect women's health-related quality of life after delivery?, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 148(1), 40-43. 10.1016/j.ejogrb.2009.09.025.
- Kennelly, M.A., McAuliffe, F. M., (2016) Prediction and prevention of Gestational Diabetes: an update of recent literature, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 202, 92-98. 10.1016/j.ejogrb.2016.03.032
- Kim, C., (2010) Gestational diabetes: risks, management, and treatment options, *International Journal of Women's Health*, 2, 339-351. 10.2147/IJWH.S13333

Kim, C., McEwen, L. N., Kieffer, E. C., Herman, W. H., Piette, J. D., (2008) Self-efficacy, social support, and associations with physical activity and body mass index among women with histories of gestational diabetes mellitus, *Diabetes Educ.*, 34 (4), 719-728. 10.1177/0145721708321005

Tripathi, A., Rankin, J., Aarvold, J., Chandler, C., Bell, R., (2009) Preconception Counseling in Women With Diabetes. A population-based study in the North of England, *Diabetes Care*, 32. <https://doi.org/10.2337/dc09-1585>

Visalli N., Leotta S., Gentili P., Mancone M., Abbruzzese S., Lastretti M., Passarello A., Giovannini M., Tambelli R. (2012). Proposta di un modello di intervento medico-psicologico per donne con GDM. *Il Giornale di AMD*, 15:84-88

CAPITOLO 8

Interventi di e-health in pazienti adulti

Introduzione

Negli ultimi anni lo sviluppo sempre più accelerato delle tecnologie ha aperto nuovi scenari d'intervento nell'ambito della salute, in particolare nella possibilità di creare nuove modalità di cura e di gestione soprattutto delle patologie croniche, le quali, richiedendo un supporto continuativo nel tempo, possono trovare giovamento dall'utilizzo di dispositivi elettronici a distanza. In questa cornice si collocano gli interventi di e-health per il diabete. Il progressivo aumento delle diagnosi sta portando sempre più spesso a progettare modalità d'intervento sostenibili nel tempo e con rapporti costi-efficacia positivi. L'analisi della letteratura sul tema mostra che, rispetto al diabete, l'utilizzo di dispositivi elettronici viene previsto sostanzialmente per due ordini di motivi:

- la possibilità di poter rendere accessibili gli interventi a chi è impossibilitato (persone che vivono in aree difficilmente raggiungibili o rurali, che hanno impedimenti fisici agli spostamenti o impegni lavorativi e familiari gravosi)
- progettare devices che supportino il pz nel self-management della malattia, facilitando l'auto-monitoraggio e incrementando, di conseguenza, l'aderence ai trattamenti, la motivazione, l'empowerment.

I dispositivi elettronici più frequentemente utilizzati risultano essere portali web, community on-line (social network) e applicazioni per telefoni cellulari. In tal caso si parla di m-health (mobile-health).

Gli studi selezionati per questo capitolo sono stati esposti distinguendo: obiettivi, framework teorico, outcomes valutati, risultati ottenuti.

Obiettivi

Gli interventi di e-health e m-health per pazienti diabetici si pongono come obiettivi principali:

- il sostegno al self-management (incremento delle azioni di self-care e self-monitoring, miglioramento dell'aderence, adozione di comportamenti salutari);
- il supporto sociale (tra pari e da parte del personale sanitario)
- la promozione del benessere psicologico (decremento di distress, ansia, depressione, incremento di auto-efficacia ed empowerment).

Principali teorie e metodologie

Laddove esplicitato, sulla scia degli interventi in presenza, gli approcci teorici più utilizzati sono il Chronic Care Model, la teoria dell'auto-efficacia, social-cognitiva, del supporto sociale, il modello transteoretico e delle credenze sui comportamenti di salute, il modello cognitivo-comportamentale (Pal et al 2014; Ramadas et al. 2011).

Gli interventi possono essere divulgati in tempo reale (video-conferenza, chat on-line) oppure in remoto (e-mail, sms).

Ad esempio, la versione olandese del programma on-line di terapia cognitivo-comportamentale "Coping e Depressione" (CWD) per pazienti diabetici, è composto da 8 sessioni on-line, accompagnate da homework e feedback in remoto (Van Baastelar et al del 2011).

Numerosi degli interventi esaminati, invece, sono più simili ad interventi educativi nei quali il paziente ha la possibilità di creare un proprio profilo che lo supporta nelle azioni di auto-monitoraggio. Accedendo al profilo infatti si ha la possibilità di registrare una serie di dati, come i livelli di glucosio giornalieri, oppure il dosaggio dell'insulina. Tali dati vengono poi spesso analizzati tramite specifici algoritmi e restituiscono al paziente un quadro dell'andamento della malattia e possibili aggiustamenti (Mulaney et al 2011; Ronda et al 2014)

Trief e colleghi nel 2008 hanno condotto un intervento che prevedeva un programma di monitoraggio della glicemia e della pressione arteriosa; videoconferenze ogni 4-6 settimane con un infermiere e un nutrizionista; accesso a materiale didattico ed educativo sul self-management su portale web. Gli autori hanno poi effettuato una valutazione qualitativa dell'intervento, proponendo ai partecipanti un'intervista al termine del programma e dopo 12 mesi. Per quanto riguarda gli interessi e gli ostacoli nell'utilizzo del programma i pazienti hanno segnalato la possibilità di interagire con professionisti, il supporto e l'incoraggiamento, il focus del programma su obiettivi di self-management, la difficoltà con l'utilizzo del software (va segnalato che nell'intervista a 12 mesi la maggior parte dei pz dichiara di aver risolte queste problematiche grazie al supporto dei professionisti), difficoltà in alcuni cambiamenti comportamentali (dieta). Riguardo ai cambiamenti nella salute fisica riportano miglioramenti nelle abitudini alimentari e nel peso, nel monitoraggio della glicemia, nella pressione arteriosa, nella salute in generale. Infine riguardo ai cambiamenti nella salute emotiva e nelle relazioni familiari i pz hanno dichiarato di sentirsi più informati sulla malattia, meno depressi e preoccupati, più rilassati, di avere familiari più tranquilli sapendo che il proprio caro partecipa al programma. Una parte ha anche dichiarato di non aver registrato nessun cambiamento significativo rispetto a queste dimensioni. Il limite di questo studio è una valutazione dell'efficacia che si avvale solo di dati qualitativi di tipo self-report.

La review di Mulvaney e colleghi del 2011 sostiene che la maggior parte degli studi non dedichi abbastanza attenzione a fattori quali la motivazione del paziente, o agli ostacoli nell'utilizzo di un dispositivo elettronico. In nessun caso, tra quelli esaminati dagli autori, è prevista una progettazione partecipata del dispositivo, che tenga conto dei bisogni e delle aspettative dei pazienti e degli operatori; spesso indicatori di soddisfazione o problemi nell'utilizzo sono rimandati al termine dello studio. Sebbene esistano numerosi studi che si occupano di indagini qualitative circa le percezioni dei pazienti destinatari del dispositivo, nella maggior parte dei casi riguardano appunto una valutazione dell'intervento piuttosto che una partecipazione alla sua realizzazione. Tra gli elementi più apprezzati dai pazienti che usufruiscono di interventi di e-health (e m-health) ci sono la possibilità di interagire con il personale sanitario o con altre persone affette da diabete, e la flessibilità di utilizzo. Tra gli indici di insoddisfazione più ricorrenti rientrano invece il senso di colpa quando non utilizzano il programma (soprattutto di fronte alle e-mail e chiamate degli operatori che glielo ricordano), le difficoltà nell'utilizzo del dispositivo elettronico, la sensazione di inutilità rispetto ad informazioni già note. Rispetto a quest'ultima criticità la tendenza è quella di progettare dispositivi elettronici sempre più intelligenti, in grado di avere cioè, anche se automatizzati, un'interazione sempre più personalizzata con l'utente. (Weymann et al 2015).

Un interessante studio di Ronda e colleghi del 2014 evidenzia poi quali differenze ci siano tra gli utenti di dispositivi elettronici rivolti a pz diabetici (in tal caso un portale on-line) e coloro che non li utilizzano. I risultati mostrano che gli utenti

sono spesso più giovani e istruiti, fanno un maggior uso di internet e tecnologia nella vita quotidiana, sono affetti da diabete di tipo 1 e con una gravità più elevata della patologia.

Outcomes valutati, risultati ed efficacia

Rispetto all'efficacia degli interventi di e-health (e m-health) per il diabete invece, la letteratura mostra risultati eterogenei.

E' interessante ciò che si osserva rispetto all'efficacia sul controllo glicemico. Le rassegne e le meta-analisi sembrano dimostrare in generale una discreta efficacia degli interventi di e-health su quest'outcome clinico. La criticità degli studi di efficacia su questi topic è scarsa durata del follow, che raramente raggiunge i 12 mesi.

In una review di Van Vungt et al. del 2013, su 13 studi considerati solo una minoranza hanno un follow-up pari o superiore a 12 mesi. La ricerca valuta l'efficacia degli interventi di self-management education web-based nel diabete di tipo 2, indicando un decremento significativo nei livelli di HbA1c, del colesterolo e dei triglicerici in 9 studi. Nella rassegna di Pal e colleghi del 2014, i follow-up dei singoli studi inclusi non sono specificati; tutti gli studi di self-management education nel diabete di tipo 2 esaminati risultano essere efficaci sul controllo glicemico ma gli studi con follow-up inferiore a 6 mesi riportano esiti migliori e maggiormente significativi rispetto a quelli con follow-up superiore. In accordo con questi dati, Toma e colleghi in un lavoro del 2016 hanno evidenziato l'efficacia di servizi di social network on-line per la comunicazione tra pazienti e operatori sanitari su HbA1c, pressione arteriosa e colesterolo. Sebbene l'efficacia sul controllo glicemico sia ridotta, pur essendo significativa, gli autori concordano nel valutare questo risultato come positivo visti i bassi costi degli interventi a distanza.

Analizzando i singoli studi si nota invece come gli effetti significativi sugli outcomes clinici, in particolare sul controllo glicemico, riguardino soprattutto gli interventi con follow-up inferiore a 12 mesi, mostrando una discreta efficacia, mentre in quelli con follow-up pari o superiore a 12 mesi, anche quando un decremento nei livelli di HbA1c è presente, quasi mai risulta significativo (Glasgow et al. 2005; Glasgow et al. 2011; Glasgow et al. 2012; Tang et al. 2012). Questi dati sembrano essere confermati anche dalla review di Pal e colleghi del 2014 in cui gli autori effettuano un'ulteriore analisi confrontando i risultati ottenuti dagli studi con follow-up inferiore a 6 mesi e quelli con follow-up pari o superiore. Ciò che ne è emerso è che la significatività degli effetti sui livelli di HbA1c si riduce drasticamente in questi ultimi. Alla stessa conclusione sono giunti Liang e colleghi nel 2011 affermando che il risultato ottenuto riflette la difficoltà di questi interventi nel mantenere gli effetti sul controllo glicemico nel tempo. Solo 1 tra gli studi considerati in questo report ha mostrato un decremento significativo nei livelli di HbA1c a 12 mesi. Si tratta dello studio di Quinn e colleghi del 2011 che valuta l'efficacia di un programma di coaching tramite un'app per cellulare. I risultati di questo studio sembrano confermare quanto riscontrato sempre nella review di Pal secondo cui gli interventi effettuati tramite cellulare risultano comunque più efficaci di quelli erogati tramite computer, probabilmente, concludono gli autori, per via dei feedback alla performance e dei suggerimenti immediati. Per tali ragioni la maggior parte degli autori concorda nell'auspicare la realizzazione di follow-up più a lungo termine per valutare la reale efficacia degli interventi di e-health.

Un punto di vista interessante sugli interventi che hanno come obiettivo la modifica degli stili di vita arriva dalla review di Ramadas e colleghi del 2011, effettuata su 13 studi di cui solo alcuni hanno un follow-up pari o superiore a 12 mesi. Questa review mostra come, indipendentemente dai tempi di follow-up, solo gli interventi relativamente lunghi (almeno 12 settimane) mostrino risultati significativi sui comportamenti salutari (attività fisica, abitudini alimentari), evidenziando come i cambiamenti dei comportamenti necessitino di tempi maggiori rispetto a quelli nel self-monitoring. Gli autori sottolineano

che in questo tipo di interventi, la criticità principale sembra essere la sostenibilità nel tempo dell'utilizzo del dispositivo e dei cambiamenti comportamentali.

Riguardo agli outcomes psicologici invece (distress correlato alla malattia, ansia, depressione, auto-efficacia), gli interventi di e-health sembrano invece mostrare una più scarsa efficacia. A tal proposito, uno studio di Quinn et al. del 2011 ha valutato l'efficacia di un programma di coaching tramite un'app per cellulare per pz adulti con diabete di tipo 2. L'app permetteva a ciascun pz di creare un proprio profilo inserendo di volta in volta dei parametri da monitorare (come la glicemia ad esempio) e di ricevere in tempo reale delle indicazioni dal provider da un punto di vista comportamentale, educativo e motivazionale. Ogni utente aveva poi accesso ad un portale di messaggistica con i provider (educatori diabetici) e a fonti informative sul diabete. Al follow-up a 12 mesi gli autori hanno evidenziato un decremento significativo dei livelli di HbA1c nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo (1.9% vs 0.7%), ma nessuna differenza significativa tra i due gruppi per quanto riguarda distress, depressione, pressione arteriosa e lipidi nel sangue. Uno studio di Glasgow et al. del 2012 ha valutato invece l'efficacia di 2 interventi di self-management education per pazienti diabetici (di tipo 1 e 2) erogati via web. Entrambi i programmi prevedevano la possibilità per gli utenti di utilizzare un sito internet in cui creare piani d'azione personalizzati e obiettivi specifici rispetto a 3 aree: adherence ai trattamenti, alimentazione e attività fisica. Ai pazienti era concesso inoltre di accedere ad un forum moderato, ad una community on-line, nonché ad alcune tecniche di problem solving utili a superare gli ostacoli nel raggiungimento degli obiettivi prefissati. Oltre a ciò erano previsti degli interventi motivazionali al telefono.

Il secondo programma (CASM+) differiva dal primo (CASM) per la presenza di 2 interventi motivazionali in più e per la possibilità di partecipare a 3 incontri faccia a faccia in gruppo sugli stessi temi trattati via internet. Ai follow-up di 4 e 12 mesi i due gruppi sperimentali (senza differenze significative tra essi) hanno mostrato un miglioramento significativo nelle abitudini alimentari e nell'attività fisica, ma non nell'adherence ai trattamenti. Inoltre i 2 gruppi non hanno mostrato un decremento significativo rispetto al gruppo di controllo né negli outcomes biologici (HbA1c, colesterolo e pressione arteriosa), né in quelli psicosociali (qualità della vita, supporto sociale e auto-efficacia) con la sola eccezione del distress, dove il programma CASM+ è risultato essere più efficace.

Un altro studio di Lorig et al. del 2010 ha valutato l'efficacia di un programma di self-management education via internet per pazienti con diabete di tipo 2. Il programma consisteva nella possibilità di accedere per 6 settimane sia a contenuti asincroni, sia di partecipare a discussioni moderate da facilitatori opportunamente formati su questioni quali problem solving, gestione delle emozioni, pianificazione delle azioni. Inoltre i pazienti potevano contattare gli amministratori tramite mail o telefonate. Come nello studio precedente, anche in questo caso ciascun paziente poteva creare il proprio piano d'azione rispetto a degli obiettivi, e monitorare alcuni parametri quali la glicemia. Ad un primo follow up a 6 mesi l'intervento si è dimostrato efficace su HbA1c, auto-efficacia e attivazione del paziente, ma non su outcomes quali depressione o frequenza delle visite mediche. Ad un secondo follow-up a 18 mesi si evidenziano gli stessi risultati per attivazione del paziente e auto-efficacia, mentre l'HbA1c non è stata misurata. Tale tendenza sembra essere confermata da un lavoro di Hadjiconstantinou et al. del 2016. Gli autori effettuano una review sistematica (16 studi inclusi) e una meta-analisi (9 studi inclusi) con l'obiettivo di valutare l'efficacia di interventi condotti tramite web e destinati a pazienti con diabete di tipo 1 e 2, su una serie di fattori determinanti del benessere (distress, depressione, auto-efficacia, qualità della vita, supporto sociale). Le principali caratteristiche degli studi considerati sono: la durata compresa tra i 2 e i 6 mesi, le modalità comunicative sia sincrone che asincrone, le tecniche utilizzate che vanno dall'informazione, al problem solving, al training sulle emozioni, i provider degli interventi che sono medici, infermieri, psicologi, educatori, assistenti sociali. Tenendo in considerazione esclusivamente gli studi che prevedono un follow-up a 12 mesi, l'analisi qualitativa della review mostra come 2 interventi risultino efficaci sul

distress, nessuno sulla depressione, 3 sull'auto-efficacia, 1 sulla qualità della vita. La meta-analisi invece non mostra alcun risultato significativo per nessuno degli studi considerati. La review e meta-analisi di Pal et al. del 2014, che aveva mostrato l'efficacia degli interventi di self-management via web sui livelli di HbA1c, evidenzia invece come 6 studi su 6 che misuravano outcomes di natura emozionale (depressione), non registrino risultati significativi e non ci siano differenze nei risultati ottenuti tra interventi con follow up inferiore o pari/superiore a 12 mesi.

In generale l'efficacia degli interventi di e-health (e m-health) sugli outcomes di salute dei pazienti diabetici (clinici, comportamentali e psicologici), sembra essere associata al fattore del supporto sociale, sia formale, ovvero da parte degli operatori sanitari, che informale, da parte di altre persone diabetiche. Nello specifico infatti, maggiore efficacia sugli outcomes e soddisfazione più alta da parte degli utenti si registra in relazione alla frequenza e la qualità (personalizzazione) delle interazioni pz-operatore sanitario e alla presenza di gruppi di discussione on-line (Pereira et al. 2015; Harrison et al. 2014; Mulvaney et al. 2011; Ramadas et al. 2011; Trief et al. 2008). In particolare, queste caratteristiche si rivelano essere un fattore chiave nell'incremento dell'adherence alle azioni di self-care.

- Gli interventi di e-health e m-health per il diabete sono più efficaci negli outcomes clinici che in quelli psicologici
- L'efficacia decresce nel corso dei 12 mesi
- Le dimensioni "soft" (supporto sociale, percezione di continuità di cura, interazione e comunicazione efficaci) sono mediatori dell'efficacia degli interventi di e-health e m-health su outcomes clinici e comportamentali
- Negli interventi di e-health e m-health i cambiamenti dei comportamenti necessitano di tempi maggiori (superiori alle 12 settimane) rispetto a quelli nel self-monitoring

Commenti conclusivi

In conclusione, i diversi autori sembrano concordare nel fatto che gli interventi di e-health (e m-health) possano rappresentare una valida alternativa agli interventi in presenza nella misura in cui, sebbene gli effetti siano di bassa entità, essi rispondono ad alcuni interrogativi che la cura delle patologie croniche pone al sistema sanitario, come il rapporto costi-efficacia, la sostenibilità nel tempo, la garanzia di continuità di cura.

Da quanto emerso nella letteratura internazionale poi, sembra aprirsi uno scenario estremamente interessante per gli psicologi nel mondo degli interventi di e-health per il diabete (Gronder-Frederick et al. 2016). E' stato visto infatti come principali mediatori dell'efficacia su outcomes clinici e comportamentali siano dimensioni che potremmo definire "soft", come il supporto sociale, la percezione di continuità di cura, un'esperienza di interazione e comunicazione efficaci. In altre parole la maggior parte degli studi mostra come i cosiddetti patient related outcomes (PROs) siano aspetti fondamentali da tenere in considerazione rispetto all'efficacia degli interventi di e-health. Diversi autori sottolineano come le rappresentazioni, le percezioni, i bisogni soggettivi dei pazienti debbano diventare degli elementi-chiave non solo nella valutazione, ma nella stessa progettazione dei devices elettronici. Fattori come l'età, il grado d'istruzione, l'estrazione socio-demografica, il tipo di diabete e il livello di gravità, le relazioni familiari e sociali, rendono estremamente eterogenei i bisogni dei pazienti diabetici che influenzano il loro utilizzo di eventuali dispositivi. Ecco perché l'efficacia degli interventi di e-health passa inevitabilmente per la creazione di dispositivi che tengano conto delle caratteristiche e dei bisogni psicosociali dei loro potenziali utenti.

Bibliografia

- Glasgow, R.E., Christiansen, S.M., Kurz, D., Woolley, T., Faber, A.J., Estabrooks, P.A. et al. (2011). Engagement in a diabetes self-management website: usage patterns and generalizability of program use. *Journal of Medical Internet Research*, 13(1). doi: 10.2196/jmir.1391.
- Glasgow, R.E., Kurz, D., King, D., Dickmann, D.M., Faber, A.J., Halterman, E. et al. (2012). Twelve-month outcomes of an Internet-based diabetes self-management support program. *Patient Education and Counseling*, 87, 81-92.
- Glasgow, R.E., Nutting, P.A., Kings, D.K., Nelson, C.C., Gutter, C., Gaglio, B. et al. (2005). Randomized effectiveness trial of a Computer-assisted Intervention to Improve Diabetes Care. *Diabetes Care*, 28, 33-39.
- Gonder-Frederick, L.A., Shepard, J.A., Grabman, J.H. & Ritterband, L.M. (2016). Psychology, Technology, and Diabetes Management. *American Psychologist*, 71(7), 577-589.
- Hadjiconstantinou, M., Byrne, J., Bodicoat, D. H., Robertson, N., Eborall, H., Khunti, K. Et al. (2016). Do Web-Based Interventions Improve Well-Being in Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10).
- Harrison, S. Stadler, M., Ismail, K., Amiel, S. & Herrmann-Werner, A. (2014). Are Patients with Diabetes Mellitus Satisfied with Technologies Used to Assist with Diabetes Management and Coping?: A Structured Review. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 16(11), 1-13. doi: 10.1089/dia.2014.0062.
- Liang, X., Wang, Q., Yang, X., Cao, J., Chen, J., Mo, X. et al. (2011). Effect of mobile phone intervention for diabetes on glycaemic control: a meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 28, 455-463. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.03180.x.
- Lorig, K., Ritter, P.L., Laurent, D.D., Plant, K., Green, M., Jernigan, V.B.B. et al. (2010). On-line Diabetes Self-management Program. A randomized study. *Diabetes Care*, 33, 1275-1281.
- Mulvaney, S.A. & Ritterband, L.M. (2011). Mobile Intervention Design in Diabetes: Review and Recommendations. *Current Diabetes Report*, 11, 486, 493. DOI 10.1007/s11892-011-0230-y.
- Pal, K., Eastwood, S.V., Michie, S., Farmer, A., Barnard, M.L., Peacock, R. et al. (2014). Computer-Based Interventions to Improve Self-management in Adults With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Care*, 37, 1759-1766. doi: 10.2337/dc13-1386.
- Pereira, K., Phillips, B., Johnson, C. & Vorderstrasse, A. (2015). Internet Delivered Diabetes Self-Management Education: A Review. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 17(1), 1-9.
- Quinn, C.C., Shardell, M.D., Terrin, M.L., Barr, E.A., Ballew, S.H. & Gruber-Baldini A.R. (2011). Cluster-randomized trial of a mobile phone personalized behavioral intervention for blood glucose control. *Diabetes Care*, 34, 1934-1942.
- Ramadas, A., Quek, K.F., Chana, C.K.Y., & Oldenburg, B. (2011). Web-based interventions for the management of type 2 diabetes mellitus: A systematic review of recent evidence. *International Journal of Medical Informatics*, 80, 389-405. doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.02.002.
- Ronda, M.C.M., Dijkhorst-Oei, L.T. & Rutten, G. (2014). Reasons and Barriers for Using a Patient Portal: Survey Among Patients With Diabetes Mellitus. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11), 1-12. doi:10.2196/jmir.3457.
- Tang, P.C., Overhage, J.M., Chan, A.S., Brown, N.L., Aghighi, B., Entwistle, M.P. et al. (2012). Online disease management of diabetes: engaging and motivating online with enhanced resources diabetes (EMPOWER-D), a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Informatics Association*, 20(3), 526-534.
- Toma, T., Athanasiou, T., Harling, L., Darzi, A. & Ashrafian, H. (2016). Online social networking services in the management of patients with diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 106, 200-211. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2014.06.008>.

Trief, M. P., Sandberg, J., Izquierdo, R., Morin, P.C., Shea, S., Brittain, R. et al. (2008). Diabetes Management Assisted by Telemedicine: Patient Perspectives. *Tele-medicine and E-health*, 14(7), 647-655. doi: 10.1089/tmj.2007.0107.

van Bastelaar, K., Cuijpers, P., Pouwer, F., Riper, H. & Snoek, F.J. (2011). Development and reach of a web-based cognitive behavioural therapy programme to reduce symptoms of depression and diabetes-specific distress. *Patient Education and Counseling*, 84, 49-55. doi:10.1016/j.pec.2010.06.013.

van Vugt, M., de Wit, M., Cleijne, W. & Snoek, F.J. (2013). Use of Behavioral Change Techniques in Web-Based Self-Management Programs for Type 2 Diabetes Patients: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2), 1-15. doi:10.2196/jmir.2800.

Weymann, N., Dirmaier, J., von Wolff, A., Kriston, L., & Härter, M. (2015). Effectiveness of a Web-Based Tailored Interactive Health Communication Application for Patients With Type 2 Diabetes or Chronic Low Back Pain: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), 1-21.

TERZA PARTE

La normativa

CAPITOLO 9

Il ruolo dello psicologo nel team diabetologico la normativa italiana

Le domande guida della ricerca

Il focus di questa parte della ricerca ha riguardato il quadro normativo a livello regionale e nazionale sul diabete e i sistemi di presa in carico. In base alle indicazioni delle società scientifiche tra cui l'Associazione Medici Diabetologi (AMD), la Società Italiana di Diabetologia (SID) e la Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP), l'intervento psicologico è parte integrante del modello multidisciplinare di risposta ai bisogni di salute delle persone con diabete. La normativa di riferimento è stata analizzata con l'obiettivo di descrivere se e come l'intervento psicologico in diabetologia compare nei testi di legge e negli atti d'indirizzo istituzionali che costituiscono le cornici in base alle quali il Sistema Sanitario Nazionale e i Sistemi Sanitari Regionali organizzano la risposta ai bisogni di salute delle persone con diabete.

Per cercare di comprendere se e quanto effettivamente l'intervento psicologico trova una sua "collocazione istituzionale" si è scelto di utilizzare come criteri di analisi dei testi normativi il richiamo esplicito alla presenza della figura professionale dello psicologo nel team diabetologico, al tipo d'intervento e all'area di riferimento (ad esempio "diabetologia pediatrica e transizione", "valutazione psicologica", "percorso di accesso alle tecnologie e device", "Tipologia di Diabete" ecc.).

Partendo dall'approfondimento della situazione nella Regione Lazio che nel dicembre 2015 ha decretato un articolato Piano regionale per la malattia diabetica per gli anni 2016-18, alla cui elaborazione l'Ordine degli Psicologi del Lazio ha contribuito fattivamente, il report presenta i risultati del confronto tra le regioni italiane, il quadro nazionale e una panoramica del contesto internazionale che ovviamente non ha la pretesa di essere esaustiva poiché i testi analizzati sono per lo più atti d'indirizzo per il diabete a livello nazionale nei quali raramente si trovano riferimenti espliciti al ruolo professionale dello psicologo e alla tipologia d'intervento.

Il ruolo dello psicologo nel Piano della malattia diabetica 2016-18 della Regione Lazio

La Regione Lazio è stata la prima regione italiana a recepire il Piano nazionale sulla malattia con il D.C.A. n. U000121/2013 e il 14 dicembre 2015 con il D.C.A n. U00581/15 "Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-18" si è dotata di uno strumento d'indirizzo completo per la riorganizzazione della rete dei servizi, per la risposta ai bisogni di salute delle persone con diabete e alla loro presa in carico globale attraverso lo strumento dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali dedicati e un modello d'intervento centrato sulla gestione integrata e la personalizzazione del percorso. Il Piano regionale del Lazio per la malattia diabetica istituisce la presenza della figura dello psicologo nel team multidisciplinare diabetologico. Se per le Strutture Specialistiche di Diabetologia Pediatrica la presenza dello psicologo nel team diabetologico costituisce un requisito minimo per l'attribuzione del secondo livello funzionale, per quanto riguarda gli altri livelli della rete assistenziale dedicata alla diabetologia ed in

particolare per quelli che si occupano della presa in carico delle persone adulte con diabete di tipo 2, tale presenza non costituisce un requisito minimo, ad eccezione di quelle Strutture Specialistiche di Diabetologia dell'Adulto verso le quali sono indirizzati i giovani per i percorsi di transizione.

Per la figura professionale dello psicologo si delinea un profilo d'intervento declinabile in tre ambiti principali:

- valutazione psicologica e psicosociale (ansia, stress, situazioni di disagio, depressione, disturbo del comportamento alimentare con invio ai centri di riferimento),
- intervento psicologico clinico sul singolo e/o sulla famiglia
- facilitazione del percorso di empowerment del paziente.

In quest'ultimo ambito il ruolo dello psicologo è riconosciuto come funzionale all'espressione di quei fattori psicologici correlati alla gestione del diabete da parte del paziente e dei suoi familiari, all'impostazione di una relazione d'aiuto specifica per la gestione psicologica del paziente con patologia cronica e dei suoi familiari ed infine al ruolo di osservatore partecipe della continuità della gestione terapeutica dei pazienti dall'esordio.

Questo aspetto, nella prospettiva di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale al diabete come patologia cronica, rappresenta un fattore importante che contribuisce anche alla qualità del funzionamento del team stesso. Detto in altri termini,

Particolarmente innovativa nella prospettiva di un approccio multidisciplinare e multiprofessionale al diabete come patologia cronica, appare la considerazione dello psicologo come risorsa non solo per il paziente e il nucleo familiare ma anche per tutto il team. La conoscenza diretta e approfondita dei vissuti della PCD, delle sue risorse personali, familiari e socio-ambientali sono lo sfondo sul quale si gioca la possibilità concreta di attivare percorsi personalizzati di presa in carico centrati sull'engagement e l'empowerment del paziente.

La Regione Calabria, in merito fa un riferimento specifico nel DCA n. 13 del 2 Aprile 2015 "Approvazione Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale per la malattia diabetica nell'adulto e nell'età pediatrica", precisando che nelle SSD pediatriche territoriali lo psicologo è una figura importante per il sostegno del team e per la sua formazione negli ambiti di gestione della comunicazione/relazione e della programmazione.

Riprendendo quanto riportato nel documento "Lo psicologo nel team diabetologico" (Appendice 3.B del Piano regionale ed al quale si rimanda per tutti i dettagli bibliografici) nel Piano regionale è individuata una funzione psicologica dedicata per le seguenti aree:

- la diabetologia pediatrica, qui il ruolo dello psicologo è considerato particolarmente centrale in quanto oltre agli aspetti connessi alla valutazione psicologica e psicosociale e ai percorsi strutturati per l'accesso alle tecnologie e ai device, contribuisce a favorire la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva e le famiglie (facilitazione dell'inserimento scolastico, presenza professionale nel team dei campi scuola). la transizione dalla diabetologia pediatrica alla diabetologia dell'adulto, qui il ruolo dello psicologo è di favorire il passaggio dall'equipe pediatrica a quella dell'adulto tenuto conto delle indicazioni contenute nel Documento di Consenso Gruppo di studio SIEDP – AMD- SID;
- i percorsi di accesso alle tecnologie e ai device per il monitoraggio continuo della glicemia, il Piano regionale prevede l'assistenza psicologica dedicata per tutte le fasce d'età, come caratteristica necessaria ai centri

per l'abilitazione alla prescrizione e gestione di pazienti in terapia con microinfusore (punto "E" paragrafo 7.5.4 del Piano per la malattia diabetica del Lazio 2016-18);

- la diabetologia dell'adulto, il ruolo dello psicologo è di favorire la compliance del paziente e laddove necessario di attivare percorsi di sostegno psicologico al paziente, al caregiver, al contesto familiare e socio relazionale. Lo psicologo inoltre dovrebbe garantire l'assistenza nel territorio sia a livello ambulatoriale, nella gestione del Piano Assistenziale Individuale: sia a livello ospedaliero per quanto riguarda gli esordi ed i ricoveri per diabete scompensato e/o con complicanze;
- il diabete in gravidanza, l'obiettivo generale è favorire l'integrazione delle diverse professionalità che intervengono nel percorso delle donne con diabete;
- il diabete gestazionale, l'intervento psicologico è prevalentemente di sostegno alla donna nell'apprendimento e cambiamento dello stile di vita personale;
- l'educazione terapeutica, qui la finalità del contributo professionale dello psicologo riguarda l'aderenza e la possibilità di sostenere le persone con diabete a sviluppare una percezione degli obiettivi della terapia in termini di benefici desiderabili per la propria qualità di vita;
- i percorsi strutturati con il paziente straniero, la funzione dello psicologo è di facilitare l'assistenza alle persone straniere attraverso percorsi specifici di ascolto.

L'Ordine degli Psicologi del Lazio partecipa attivamente ai lavori della Commissione diabete della Regione Lazio. Attraverso il lavoro della Dott.ssa Barbara Longo, prima, e della dott.ssa Mara Lastretti, ora, referenti dell'OpL ai tavoli tecnici, ha contribuito all'elaborazione del Piano regionale, creando i presupposti normativi che declinano a livello organizzativo e funzionale la valorizzazione e il ruolo dello psicologo in diabetologia. A tal proposito un risultato importante è stato l'inserimento nella "check list" (strumento creato per verificare l'adeguatezza del team nei centri diabetologici regionali) di criteri specifici per censire in quali strutture e con quali modalità lavora lo psicologo nell'ambito del diabete.

Ovviamente il Piano regionale del Lazio, per la sua caratteristica di essere una cornice d'indirizzo per la riorganizzazione dei servizi e dei modelli di risposta ai bisogni di salute e di presa in carico delle persone con diabete, presenta dei limiti e delle criticità in termini di chiarezza e completezza rispetto al ruolo e alle funzioni dello psicologo. Ad esempio una parte che andrebbe definita meglio riguarda le modalità organizzative e operative della funzione psicologica e del ruolo degli psicologi nelle Case delle Salute, uno dei nodi importanti della rete territoriale dei servizi dedicati alla diabetologia e in particolare al PDTA del diabete così come nei Distretti sanitari territoriali più in generale.

Come in tutti i Piani d'indirizzo, da un punto di vista professionale, resta aperta la domanda della sostenibilità nell'implementazione. Nel Sistema Sanitario Regionale laziale nel 2016, secondo i dati provvisori riportati dalla mappatura della "Commissione regionale Diabete" effettuata precedentemente alla ridefinizione della rete, su 83 centri diabetologici adulti, gli psicologi complessivamente operativi erano 22, di cui solo 7 strutturati mentre su 4 centri di diabetologia pediatrica risultavano presenti 3 psicologi. Una successiva ridefinizione della rete assistenziale ha ridotto il numero dei centri per la diabetologia adulti, tuttavia, le ASL e le Aziende ospedaliere sono state chiamate ad un adeguamento dei team

Ciononostante, Piano regionale del Lazio rappresenta, per gli psicologi del Lazio, il primo risultato importantissimo al quale fare riferimento per quanto concerne la valorizzazione concreta della funzione psicologica e del ruolo specifico che gli psicologi sono chiamati a svolgere in ambito diabetologico.

Proprio perché si tratta di un percorso in divenire che troverà riscontro solo nel suo processo d'implementazione, nel quale l'Ordine degli Psicologi del Lazio continua ad avere un ruolo attivo, è utile sottolineare che una parte del Piano regionale del Lazio è dedicata proprio agli strumenti di monitoraggio dell'implementazione del Piano. Tra gli indicatori per il monitoraggio del Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione integrata della persona con diabete mellito di tipo 2, ad esempio, è stato inserito anche un indicatore specifico che considera il numero delle ore erogate dagli psicologi sulla popolazione, tra quelli individuati per valutare e monitorare l'offerta assistenziale.

Un ruolo importante, sempre per il monitoraggio dell'implementazione del Piano, è ricoperto poi dallo strumento della valutazione partecipata sviluppato dalle associazioni (FederDiabeteLazio), da sempre impegnate nel dare voce a quello che è il punto di vista delle persone con diabete, i loro bisogni di assistenza tra i quali, quello dell'assistenza psicologica, rappresenta un aspetto importante e al quale spesso rispondono le Associazioni stesse attivando autonomamente percorsi di sostegno psicologico.

Nel percorso condiviso nella Commissione regionale diabete, le Associazioni di persone con diabete hanno assunto una posizione di sostegno attivo all'inserimento della funzione psicologica nel Piano così come del resto lo hanno fatto le società scientifiche, nazionali e internazionali, di riferimento della diabetologia che da tempo nelle loro linee guida riconoscono l'importanza e l'appropriatezza della funzione psicologica e del ruolo dello psicologo nel team diabetologico e nella presa in carico complessiva della persona con diabete.

La funzione psicologica nel puzzle delle normative regionali italiane sul diabete

Su 20 Regioni, 16 hanno almeno una norma relativa al diabete nella quale compare un riferimento esplicito alla funzione psicologica e/o al ruolo dello psicologo in diabetologia. Il tipo di norme considerate sono Leggi regionali, Decreti del Commissario ad Acta, Delibere di Giunta Regionale, Determinazioni di Direzioni Aziendali e in un caso Linee guida regionali.

Sulla base dell'analisi delle normative regionali considerate (vedi tabella n.1) in 13 Regioni c'è un richiamo esplicito alla presenza della figura dello psicologo nel team diabetologico. La presenza dello psicologo è un aspetto caratterizzante per le SSDP di secondo livello, rappresenta un requisito per i centri di diabetologia pediatrica autorizzati alla prescrizione e gestione dei percorsi per la terapia con microinfusore (Lazio e Sardegna) e viene richiamata come componente dello staff sanitario assistenziale dei campi scuola (Calabria, Emilia Romagna e Lazio). Questa presenza professionale dello psicologo nel team per DMT1 in età evolutiva, nelle norme considerate, assume connotazioni differenti che vanno dall'essere implementata da figure dedicate (ad es. Lazio e Toscana) all'essere subordinata alla "disponibilità" delle strutture, e in un caso all'essere in alternativa con lo psicopedagogista (Sicilia¹).

Nel team per il Diabete Mellito di Tipo 2 (DMT2), la presenza dello psicologo è prevalentemente indicata nelle norme come "possibilità in base alle disponibilità" piuttosto che come requisito minimo (solo per le Marche, la Toscana e il Lazio le norme specificano che si tratta di una risorsa dedicata). La Lombardia ad esempio, che individua l'assistenza psicologica come una

prestazione minima garantita dalle Unità Operative di diabetologia e dalle Strutture Specialistiche di Diabetologia, specifica che tali prestazioni possono essere erogate sia in maniera diretta che indiretta.

Lo psicologo, nella maggior parte dei casi è indicato tra le figure chiamate alla Gestione Integrata del PDTA.

Tabella n.1 “La presenza dello psicologo nel team diabetologico nelle normative delle Regioni d'Italia”

Regione	Psicologo nel Team DMT1 età evolutiva	Psicologo nel Team DMT2
Abruzzo²	Si	Si, ma non è un requisito vincolante, il team è composto dai medici specialisti, dagli infermieri e dal dietista.
Basilicata³	Si, inoltre il Team prevede tra le figure possibili anche quella dell'assistente sociale.	
Calabria⁴	Si, inoltre presenza dello psicologo nel team dei campi scuola	Si, lo psicologo partecipa alla gestione integrata del percorso della persona con diabete. ⁵
Campania⁶	Si	Si, solo come consulente del team dei centri diabetologici territoriali per pz. Con DM T2 con complicanze.
Emilia Romagna	Si, come figura ospedaliera se disponibile per l'assistenza ai bambini con DMT1. ⁷ Si, nel team dei campi scuola e come staff sanitario assistenziale. ⁸	Si ⁹
Friuli-Venezia Giulia	Si, lo psicologo partecipa alla gestione integrata del PDTA ¹⁰	Si, lo psicologo partecipa alla gestione integrata del PDTA

¹ Regione Sicilia DGR 30 aprile 2002 n. 33: “Linee guida generali per la prevenzione delle complicanze acute e croniche legate alla malattia diabetica e organizzazione delle strutture di diabetologia siciliane”.

² DCA n. 45 del 5 luglio 2016 "Approvazione documento tecnico PDTA diabete”.

³ DGR 136/2013 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente diabetico.

⁴ DCA n. 13 del 2 Aprile 2015 Approvazione Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale per la malattia diabetica nell'adulto e nell'età pediatrica.

⁵ DGR 624 del 27/06/ 2005 Allegato "Prevenzione delle complicanze del diabete”.

⁶ Legge Regionale della Campania n. 9 del 22/07/2009. Art. 8, riferimento allo psicologo nel team della diabetologia pediatrica. Art. 9, riferimento allo psicologo come consulente del team dei centri di diabetologia territoriali. Tali centri privati o accreditati hanno come obiettivo la cura dei diabetici di Tipo 1, delle gravidanze diabetiche e dei diabetici di tipo 2 con complicanze.

⁷ Circolare della Direzione generale sanità e politiche sociali per l'integrazione della Regione Emilia Romagna n.13 del 9/10/2015 Linee d'indirizzo regionali per un uso appropriato dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autogestione nel Diabete mellito”.

⁸ DGR 1663 del 2 novembre 2015 "Approvazione delle indicazioni operative per l'organizzazione e la realizzazione di soggiorni educativo-terapeutici per bambini e ragazzi con diabete mellito di tipo 1”.

⁹ Linee guida regionali per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2” del Sistema Sanitario Regionale del l'Emilia Romagna, 2009.

¹⁰ DGR n. 1676 del 28 agosto 2015 oggetto "Recepimento del Piano nazionale della malattia diabetica” della Regione Friuli-Venezia Giulia, All. 2 “Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza Integrata alla Persona con Diabete”. Lo psicologo è menzionato tra gli operatori con i

Lazio	Si, è un requisito per le Strutture Specialistiche di Diabetologia Pediatrica con funzioni di secondo livello. ¹¹	Si, lo psicologo partecipa alla gestione integrata del PDTA laddove disponibile, è un requisito per le Strutture Specialistiche di Diabetologia adulta con funzione di transizione. ¹²
Liguria¹³	Si, nelle SSDP con funzioni di secondo livello	Si, nelle SSDA con funzioni di secondo livello ¹⁴
Lombardia¹⁵	Non c'è un riferimento specifico ma le Unità Operative di diabetologia e le Sezioni Specialistiche di Diabetologia devono garantire l'assistenza psicologica in maniera diretta o indiretta. L'assistenza psicologica rientra tra le prestazioni minime e viene erogata in regime ambulatoriale o di day hospital.	Non c'è un riferimento specifico ma le Unità Operative di diabetologia e le Sezioni Specialistiche di Diabetologia devono garantire l'assistenza psicologica in maniera diretta o indiretta.
Marche¹⁶	Si	Si ¹⁷
Sardegna	Si, è un requisito per le SSDP con percorso micro ¹⁸	
Sicilia	Si, in alternativa allo psicologo è prevista la figura dello psicopedagogo. ¹⁹	

quali deve essere condiviso il Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale. La gestione integrata prevede l'adozione di un protocollo diagnostico-assistenziale condiviso da tutti i soggetti interessati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti del settore, specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, farmacisti, dietisti, podologi, psicologi, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, persone con diabete o rappresentanti delle associazioni di pazienti). Il protocollo di cura concordato dovrebbe essere adattato alle singole realtà, attraverso l'individuazione dei compiti e dei ruoli che ciascun operatore svolgerà per competenza nell'ambito del percorso di cura stabilito.

¹¹ D.C.A. U00581 del 14/12/2015 Piano per la Malattia diabetica nella Regione Lazio 2016/18.

¹² D.C.A. U00581 del 14/12/2015 Piano per la Malattia diabetica nella Regione Lazio 2016/18.

¹³ Legge regionale 27 agosto 2013, n. 27 Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito. (Bollettino Ufficiale n. 14, del 14.08.2013).

¹⁴ Da notare che nella Determinazione Direzione generale ARS Liguria n. 41 del 11 mag 2015 PDTA Adulto DM2, il riferimento specifico allo psicologo nel team è sparito, si parla in generale di gestione integrata.

¹⁵ LR n. 33 del 30 dicembre 2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" Regione Lombardia.

¹⁶ LEGGE REGIONALE 24 marzo 2015, n. 9, Regione Marche.

¹⁷ LEGGE REGIONALE 24 marzo 2015, n. 9, Regione Marche. Art. 5 (*Assistenza specialistica per adulti*)

6. I Centri sono costituiti da un'équipe multidisciplinare formata da medici specialisti assegnati ai servizi di diabetologia che, fatta salva l'urgenza per l'erogazione di servizi assistenziali essenziali, non possono essere utilizzati per altri servizi aziendali, nonché da personale infermieristico, psicologi, podologi e dietisti. La dotazione del personale tiene conto delle dimensioni del bacino d'utenza, delle caratteristiche del territorio e della eventuale struttura ospedaliera in cui sono inseriti, assicurando continuità di intervento.

¹⁸ Allegato 1 "Linee di indirizzo regionali per la prescrizione e la gestione della terapia con sistema CSII (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion), sistema integrato CSII-CGM (Continuous Glucose Monitoring) e monitoraggio continuo della glicemia con sistema CGM stand-alone nei pazienti diabetici adulti (≥ 18 anni) e pediatrici (<18 anni) della Regione Sardegna" DELIBERAZIONE N. 46/13 DEL 10.8.2016 Linee di indirizzo regionali per la prescrizione e la gestione della terapia insulinica con microinfusori e con sistemi di monitoraggio continuo in età pediatrica ed in età adulta e per la prescrizione di dispositivi medici per l'autocontrollo della glicemia a domicilio.

Toscana	Si, è una figura dedicata del team diabetologico. ²⁰	Si, è una figura dedicata del team diabetologico
Veneto²¹	Si	Si

Gli ambiti d'intervento dello psicologo citati nelle normative regionali

L'assistenza psicologica, la valutazione psico-sociale, sia iniziale che attitudinale nei percorsi per l'accesso alle tecnologie e device, l'educazione terapeutica in team con altri professionisti e l'intervento psico-educativo nei campi scuola sono gli ambiti principali d'intervento psicologico richiamati nelle normative esaminate. Nella maggior parte dei casi questo tipo di attività riguarda i soggetti in età evolutiva (DMT1) e le loro famiglie.

L'ambito della **pediatria e della transizione** è sicuramente quello in cui i riferimenti all'intervento psicologico sono più corposi. *L'assistenza psicologica* è individuata come una funzione specifica delle SSDP in Abruzzo²², Basilicata²³, Calabria, Campania²⁴, Marche, Lazio, Lombardia, Toscana²⁵ Sardegna (è l'unico caso in cui è specificato lo standard della disponibilità di una stanza dedicata all'assistenza psicologica)²⁶.

L'assistenza psicologica, nelle norme, riguarda prevalentemente il sostegno al soggetto in età evolutiva e alla sua famiglia rispetto all'elaborazione della (Calabria e Sardegna, in quest'ultima è auspicata la presenza dello psicologo al momento della comunicazione della diagnosi²⁷), il supporto psico-sociale all'adolescente e famiglia (Campania²⁸, Marche²⁹, Lombardia³⁰), alla transizione dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto (Marche, Lazio, Toscana³¹).

La Basilicata ha inoltre inserito nel Pacchetto Ambulatoriale Complesso delle prestazioni per neo-diagnosi DMT1 il codice "Prestazione anamnesi e valutazione: consulenza psicologica". La Lombardia, invece ha esplicitato che l'assistenza psicologica viene erogata in regime ambulatoriale e/o di Day Hospital. Da un punto di vista della sostenibilità, queste scelte normative rappresentano un punto chiave fondamentale a garanzia della concreta implementazione della funzione psicologica in diabetologia in quanto rendono possibile la prescrizione ed erogazione della prestazione psicologica all'interno del set delle prestazioni previste per la persona con diabete.

¹⁹ DGR 30 aprile 2002 n. 33: "Linee guida generali per la prevenzione delle complicanze acute e croniche legate alla malattia diabetica e organizzazione delle strutture di diabetologia siciliane". Regione Sicilia.

²⁰ 2016 Documento Azienda USL "PDTA Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del Diabete Mellito di tipo 1 e 2 nell'area pratese".

²¹ Legge Veneto regionale 11 novembre 2011, n. 24.

²² LR 14 maggio 1999 n. 28: "Modifica delle Leggi Regionali 15 giugno 1988, n. 48 e 16 settembre 1998, n. 85 concernenti le norme per l'attuazione della Legge 16 marzo 1987, n. 115, recante disposizioni per la prevenzione e cura del diabete mellito".

²³ Regione Basilicata DGR 136/2013 PDTA diabete.

²⁴ Regione Campania LR 9 del 22/07/2009.

²⁵ 2016 Documento Azienda USL Toscana Centro "PDTA Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del Diabete Mellito di tipo 1 e 2 nell'area pratese".

²⁶ Regione Sardegna Deliberazione N. 10/44 DEL11.2.2009 Linee di Indirizzo sull'organizzazione ed il funzionamento della rete integrata per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito.

²⁷ Id.

²⁸ Regione Campania DGR 16 gennaio 2004 n. 37: "Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica".

²⁹ Regione Marche L. R. del 24 marzo 2015, n. 9.

³⁰ Regione Lombardia LR n. 33 del 30 dicembre 2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".

³¹

La valutazione psicologica e/o psico-sociale, Calabria³² (valutazione psicologica anche in caso di ricovero ospedaliero),), Lazio, Toscana³³ (vedi focus di approfondimento)

L'educazione terapeutica strutturata, è un ambito d'intervento nel quale lo psicologo interviene in team con gli altri professionisti. Alcune Regioni come la Calabria³⁴ e il Lazio (incontri motivazionali per adolescenti in team con infermiere e medico) hanno nelle loro norme un richiamo specifico alla partecipazione dello psicologo, tendenzialmente però, tra le figure deputate all'educazione terapeutica quella dello psicologo compare poco.

Quello dei *campi scuola* per i bambini e gli adolescenti con DMT1 è l'ambito in cui l'intervento psicologico in chiave educativo-terapeutica trova un ampio riscontro nelle differenti regioni (Lazio, Calabria, Emilia Romagna³⁵). Il Piemonte³⁶ fa eccezione a questa tendenza generale in quanto si limita ad indicare la presenza di obiettivi psicopedagogici per i campi scuola, senza però prevedere in staff la figura dello psicologo.

Rispetto all'intervento dello psicologo nell'ambito delle *azioni d'intersectorialità*, oltre al Lazio, anche la Campania fa un riferimento specifico al ruolo di supporto dello psicologo nell'area dell'educazione sanitaria, e più specificatamente negli interventi formativi per docenti e personale non docente per la gestione del bambino con diabete (ART. 17 LR 9 del 22/07/2009). La Sicilia invece, pur riconoscendo i bisogni e gli aspetti psicologici come elementi importanti da attenzionare per l'intervento e la gestione integrata del bambino con DMT1, prevede in alternativa la figura dello psicologo con quella dello psicopedagoga.

Indicatori e monitoraggio dei PDTA, oltre il Lazio, tra gli indicatori di monitoraggio ha inserito un riferimento alle dimensioni psicologiche anche la Calabria³⁷.

Nell'accesso alle **tecnologie e device**, l'intervento psicologico è di valutazione dei requisiti psicosociali e di supporto al minore e alla sua famiglia o al giovane adulto con DMT1 nel percorso per la terapia con microinfusore. Oltre al Lazio Sardegna³⁸ ha individuato nella disponibilità di uno psicologo formato un requisito minimo del team. L'Umbria³⁹, nonostante

³² Regione Calabria, DCA n. 13 del 2 Aprile 2015 Approvazione Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale per la malattia diabetica nell'adulto e nell'età pediatrica.

³³ 2016 Documento Azienda USL Toscana Centro "PDTA Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del Diabete Mellito di tipo 1 e 2 nell'area pratese"

³⁴ Regione Calabria, DCA n. 13 del 2 Aprile 2015 Approvazione Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale per la malattia diabetica nell'adulto e nell'età pediatrica.

³⁵ Regione Emilia Romagna, DGR 1663 del 2 novembre 2015 "Approvazione delle indicazioni operative per l'organizzazione e la realizzazione di soggiorni educativo-terapeutici per bambini e ragazzi con diabete mellito di tipo 1". Nel provvedimento si fa riferimento esplicito ad obiettivi psicopedagogici per l'ottimizzazione dell'autogestione e accettazione della patologia ((pag. 8) e l'adattamento psicologico alla diagnosi.

³⁶ Regione Piemonte DGR 1 marzo 2010 n. 21-13415: "LR 7 aprile 2000, n. 34, art. 5. approvazione Linee guida per l'attuazione dei campi scuola rivolti a bambini e adolescenti diabetici".

³⁷ Nel monitoraggio del PDTA per DMT1 viene considerata anche la Percezione del benessere psico-sociale da parte dei giovani e delle loro famiglie mediante studi specifici.

³⁸ Allegato 1 "Linee di indirizzo regionali per la prescrizione e la gestione della terapia con sistema CSII (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion), sistema integrato CSII-CGM (Continuous Glucose Monitoring) e monitoraggio continuo della glicemia con sistema CGM stand-alone nei pazienti diabetici adulti (≥ 18 anni) e pediatrici (<18 anni) della Regione Sardegna" DELIBERAZIONE N. 46/13 DEL 10.8.2016 Linee di indirizzo regionali per la prescrizione e la gestione della terapia insulinica con microinfusori e con sistemi di monitoraggio continuo in età pediatrica ed in età adulta e per la prescrizione di dispositivi medici per l'autocontrollo della glicemia a domicilio.

³⁹ Regione Umbria, DGR 3 novembre 2008 n. 1486: «Modifica DGR 23 dicembre 2002 n. 1872 recante: "Legge 16 marzo 1987 n. 115: utilizzazione in regime SSR dei microinfusori per il trattamento del diabete di tipo I".

l'assenza di riferimenti alla presenza dello psicologo nel team diabetologico, prevede la "formazione psicologica del paziente all'uso dei microinfusori" e nel 2010 ha previsto la valutazione psicoattitudinale per l'impiego del microinfusore⁴⁰.

L'assistenza psicologica all'adulto con DMT2, viene citata solo nella normativa di Marche⁴¹, Lombardia⁴² e Toscana⁴³ (vedi focus pag. su valutazione psicosociale nella terapia, inoltre, profilo psicologico in chirurgia bariatrica per pazienti con DMT2 e valutazione psicologica per eleggibilità al trapianto di pancreas).

Non potendo procedere ad un confronto puntuale, di seguito si propone un focus sulla Regione Toscana e sulle Marche che presentano degli spunti interessanti.

Ogni Regione declina l'intervento psicologico in modo diverso sia in termini di contenuti che di livello di approfondimento.

La valutazione psicosociale e l'intervento psicologico nella terapia delle persone con diabete Mellito Tipo 1 e Tipo 2: focus sulla Toscana

L'Azienda USL Toscana centro, nel 2016, con l'emanazione del Documento "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del Diabete Mellito di tipo 1 e 2 nell'area pratese" ha reso operativi, alcuni concetti chiave che qualificano e mettono in evidenza l'appropriatezza dell'intervento psicologico in diabetologia che è "...da inserire nelle cure abituali per non attendere l'identificazione di uno specifico problema o il deterioramento del quadro psichico". Conseguenzialmente, l'intervento psicologico è parte integrante del PDTA sia per il DMT1 che per il DMT2 e in entrambi i casi si prevede che la figura dello psicologo sia una risorsa dedicata.

La sezione 6.9 "Valutazione psicosociale nella terapia (Diabetologo)" del documento, offre una descrizione delle caratteristiche della valutazione psicosociale in diabetologia e di cosa, quando e come si caratterizza l'intervento dello psicologo, aspetti questi, generalmente poco approfonditi o del tutto assenti nelle altre normative. Di seguito si riporta integralmente la sezione del documento.

⁴⁰ Regione Umbria, DGR 26 Luglio 2010 N. 1093 2010 Modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei materiali e presidi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale ai cittadini affetti da diabete mellito ai sensi della legge 115/87.

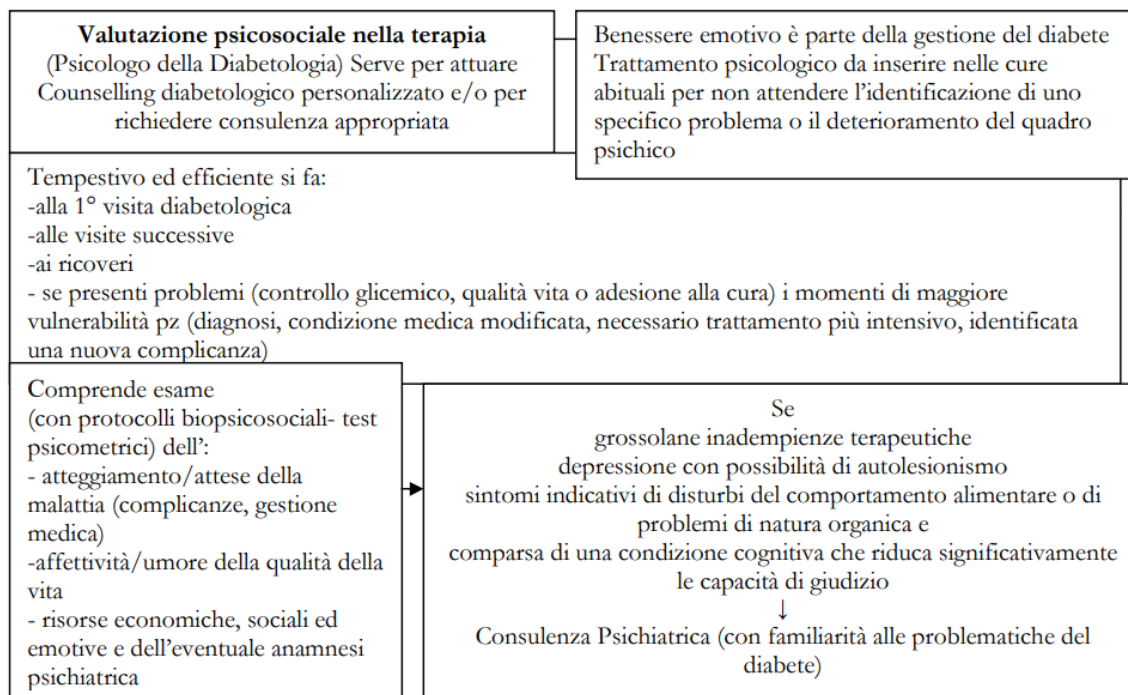
⁴¹ Regione Marche L. R. 24 marzo 2015, n. 9.

⁴² Regione Lombardia, LR n. 33 del 30 dicembre 2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".

⁴³ 2016 Documento Azienda USL Toscana Centro "PDTA Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del Diabete Mellito di tipo 1 e 2 nell'area pratese"

	UOSD Governo clinico e liste d'attesa	cod. az.	GCLAPDTA03
	PDTA	Revisione	0
	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del Diabete Mellito di tipo 1 e 2 nell'area pratese	Pagina	27 di 68

6.9. VALUTAZIONE PSICOSOCIALE NELLA TERAPIA (DIABETOLOGO)



Un Sistema reticolare multicentrico per la gestione del diabete dove lo psicologo è una risorsa dedicata: focus sulle Marche

La Legge Regionale del 24 marzo 2015, n. 9 "Disposizioni in materia di prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito" individua in maniera pragmatica ed efficace una serie di aspetti che concorrono a delineare un sistema di presa in carico e di risposta ai bisogni delle persone con diabete coerente con un approccio olistico alla persona, multidisciplinare rispetto alla presa in carico e partecipato da tutti gli stakeholder. Di seguito si riportano alcuni degli stralci dell'articolato.

All' art. 2 "Sistema reticolare multicentrico" il comma 2 recita che "Il sistema presuppone un patto di cura con il paziente ed un efficace coordinamento tra assistenza primaria territoriale e specialistica..." e tra gli obiettivi, al punto g) prevede il coinvolgimento delle associazioni di persone con diabete.

All' art. 3 è istituito il "Dipartimento regionale di diabetologia" che tra le sue competenze al punto "a) *promuove un'omogenea allocazione delle risorse umane e strumentali secondo criteri di efficienza ed efficacia, provvedendo periodicamente alla ricognizione dei Centri di diabetologia dell'ASUR dal punto di vista strutturale ed organizzativo*". Nelle Marche c'è da considerare che c'è un'unica Azienda Sanitaria Regionale.

All'art. 5 "Assistenza specialistica per adulti" il comma 6 recita *"I Centri sono costituiti da un'équipe multidisciplinare formata da medici specialisti assegnati ai servizi di diabetologia che, fatta salva l'urgenza per l'erogazione di servizi assistenziali essenziali,*

non possono essere utilizzati per altri servizi aziendali, nonché da personale infermieristico, psicologi, podologi e dietisti. La dotazione del personale tiene conto delle dimensioni del bacino d'utenza, delle caratteristiche del territorio e della eventuale struttura ospedaliera in cui sono inseriti, assicurando continuità di intervento”.

All'art. 7 “Assistenza specialistica per minori” il comma 3 tra le competenze del Centro indica al punto g) *“la partecipazione al piano di formazione regionale di prevenzione per la realizzazione, presso le scuole di ogni ordine e grado del territorio regionale ove è inserito il minore con diabete, di iniziative di informazione e formazione sulle problematiche riguardanti il diabete in età pediatrica ed adolescenziale e sulla gestione del diabete dei minori in ambiente scolastico”.* Questo è l'ambito delle politiche dell'intersettorialità dove lo psicologo, in particolare se formato sugli interventi di Comunità, può svolgere un ruolo chiave sia nella progettazione che realizzazione degli interventi.

Il comma 5, inoltre, specifica che *“Il Centro è costituito da un'équipe multidisciplinare formata da medici specialisti assegnati ai servizi di diabetologia pediatrica che, fatta salva l'urgenza per l'erogazione di servizi assistenziali essenziali, non possono essere utilizzati per altri servizi aziendali, nonché da personale infermieristico, psicologi e dietisti. La dotazione del personale è determinata in modo da garantire l'espletamento delle attività indicate al comma 3, assicurando la continuità degli interventi sul territorio regionale”.*

All'Art. 9 “Compiti della Regione” al comma 2 punto d) viene specificato che la Giunta regionale *“determina i criteri per il finanziamento delle attività residenziali di educazione terapeutica rivolte alle persone con diabete e alle rispettive famiglie, nonché delle iniziative di informazione ed educazione rivolte alla popolazione generale e a rischio, finalizzate a diffondere e migliorare la conoscenza della malattia diabetica, dei corretti stili di vita ed alimentari, nonché a sensibilizzare l'opinione pubblica all'integrazione sociale dei minori con diabete, promosse ed organizzate dalle associazioni rappresentative a livello regionale”.*

All'art. 10 “Funzioni delle associazioni di volontariato” il comma 2 recita che: *“La Regione riconosce, inoltre, il ruolo sussidiario delle associazioni indicate al comma 1 nella costruzione di percorsi di socializzazione e di integrazione finalizzati al miglioramento della vita delle persone con diabete e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle azioni di:*

a) informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla realtà del diabete al fine di superare le difficoltà dovute alla condizione in ambito sociale, scolastico, sportivo e lavorativo;

b) promozione ed organizzazione di iniziative di educazione terapeutica e di sostegno psicologico rivolte ai minori, giovani ed adulti con diabete e alle loro famiglie”.

Nell'ottica della sostenibilità, è interessante notare la chiarezza con la quale la Regione Marche attribuisce alle associazioni anche il sostegno psicologico. Questo modello potrebbe essere particolarmente utile per garantire l'accesso al sostegno psicologico e la continuità della presa in carico nel territorio, sulla base del criterio della prossimità alle persone con diabete e la garanzia di una qualità della rete dei professionisti psicologi, accreditati all'Ordine regionale.

Il quadro nazionale della normativa per il diabete e le malattie croniche

Il Piano nazionale per la malattia diabetica approvato dall'Accordo della Conferenza Stato, Regioni e Provincie autonome di Trento e Bolzano il 6 dicembre del 2012⁴⁴ rappresenta la norma di riferimento per le Regioni italiane. Il Piano ha risposto

⁴⁴ “Piano sulla malattia diabetica”, Commissione Nazionale Diabete, Ministero della Salute italiano, allegato all'Accordo della Conferenza Stato Regioni e Provincie autonome di Trento e Bolzano del 6 dicembre 2012. Rep. Atti N. 233/CSR del 6 dicembre 2012.

all'esigenza e all'urgenza di avere un quadro condiviso di obiettivi e strategie generali per rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico e la risposta ai bisogni di salute della persona con diabete. Il Piano è articolato in dieci obiettivi generali rispetto ai quali indica le linee di indirizzo prioritarie, definisce gli indirizzi strategici per specifici interventi, descrive i modelli per ottimizzare la disponibilità e l'efficacia dell'assistenza e mette in evidenza le aree dell'assistenza che richiedono uno sviluppo ulteriore.

Gli obiettivi generali del Piano (pag. 25 del Piano nazionale sulla malattia diabetica)

RIQUADRO 9 – DIECI OBIETTIVI GENERALI

- 1. "Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate"*
- 2. "Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersectorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete"*
- 3. "Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura"*
- 4. "Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete"*
- 5. "Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale"*
- 6. "Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare"*
- 7. "Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia"*
- 8. "Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona"*
- 9. "Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"*
- 10. "Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità"*

Il modello d'intervento che emerge trasversalmente è fortemente ispirato a quello del Chronic Care Model in un'ottica bio-psico-sociale centrata sulla persona. Da un punto di vista organizzativo dell'assistenza l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale con team specialistico dedicato e la costruzione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali funzionali alla personalizzazione delle cure e all'empowerment della persona con diabete costituiscono i pilastri dell'impalcatura di un sistema organizzativo reticolare e integrato dove in base alle esigenze della persona con diabete si attivano vari nodi della rete. L'integrazione tra la medicina e la pediatria di base con quella specialistica ambulatoriale e ospedaliera è alla base del modello organizzativo, nel quale hanno un ruolo fondamentale anche le associazioni delle persone con diabete, in particolare per quanto concerne alcuni aspetti connessi alla prevenzione, all'educazione terapeutica, all'*empowerment* della persona con diabete e alle politiche d'intersectorialità.

Per quanto riguarda la specificità della funzione psicologica, il Piano indica la presenza dello psicologo come figura professionale del "Team specialistico dedicato" in particolare nell'ambito del diabete in età evolutiva e della transizione dall'età pediatrica a quella adulta. Oltre all'età pediatrica l'intervento psicologico è previsto nell'ambito del diabete in gravidanza e gestazionale.

Allo stesso tempo, tra le aree di miglioramento dell'assistenza diabetologica compare anche quella legata alla gestione dell'impatto psicosociale della malattia. In particolare nel Piano si fa riferimento a "*...barriere di comunicazione tra operatori sanitari e tra operatori e paziente, gap nella continuità assistenziale, scarsa aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica, ricadute su molteplici aspetti della vita personale e familiare della persona con diabete*" in questo senso, nel documento la figura dello psicologo è ritenuta importante anche per le sue competenze specifiche per il sostegno del team e per la sua formazione negli ambiti di gestione della comunicazione/relazione, della programmazione e gestione dei programmi di educazione strutturata.

In Italia, così come in altri Paesi europei, sul piano della programmazione delle politiche per la salute, la gestione efficace ed efficiente delle malattie croniche rappresenta una priorità sia per la crescita dell'incidenza tra la popolazione sia per l'impatto economico che genera. Il 21 luglio del 2016, la Conferenza Stato Regioni ha sancito l'Accordo sul Piano Nazionale della cronicità predisposto dal Ministero della Salute. Tale norma quadro, rappresenta un ulteriore passaggio verso la definizione e condivisione di criteri generali d'intervento per la salute delle persone con patologie croniche decisamente orientati all'approccio bio-psico-sociale e a modelli d'intervento nei quali l'attenzione alla dimensione psicologica dei bisogni di salute della persona è declinata trasversalmente nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

L'Ordine degli psicologi del Lazio partecipa attivamente ai lavori del tavolo ministeriale per le cronicità.

CAPITOLO 10

Il ruolo dello psicologo nel team diabetologico la normativa internazionale

I Paesi Europei

In Europa 29 Paesi più l'Inghilterra hanno un Piano nazionale per il diabete⁴⁵. Questo dato appare estremamente positivo in quanto crea i presupposti normativi affinché si possano sviluppare dei modelli di risposta ai bisogni di salute delle persone con diabete efficaci ed efficienti. Tuttavia esso, da solo non è in grado di produrre automaticamente dei risultati poiché nel passaggio all'implementazione e al monitoraggio degli stessi si riscontrano notevoli criticità.

Ad esempio nella maggior parte di questi Piani viene data un'enfasi importante sulle politiche della prevenzione, ma di fatto solo per 9 paesi (Croazia, Repubblica Ceca, Israele, Lettonia, Lituania, Norvegia, Portogallo, Svizzera, Macedonia), secondo quanto riportato nel documento citato in nota, è stato possibile rintracciare il budget di risorse economiche dedicate alle politiche e alle campagne di prevenzione per i target a rischio obesità, fumo, e per la promozione di stili di vita salutari.

L'Inghilterra e la Finlandia sono i Paesi nei quali l'adozione di un Piano nazionale per il diabete ha prodotto i risultati migliori nella qualità della cura del diabete, mentre per quanto riguarda le procedure di screening e le politiche di prevenzione i migliori effetti si sono riscontrati in Finlandia, Francia, Irlanda e Portogallo.

Il coinvolgimento e la partecipazione dei diversi stakeholders, tra cui le associazioni delle persone con diabete, l'assunzione di impegni politici chiari e la destinazione di risorse economiche nonché dei sistemi di valutazione e monitoraggio dell'implementazione dei Piani stessi rappresentano sicuramente alcuni aspetti chiave affinché si possa passare dalla teoria dei modelli alla pratica dei miglioramenti della qualità di vita delle persone con diabete. Sempre a titolo esemplificativo, un dato critico è rappresentato dall'educazione terapeutica strutturata che, nonostante sia raccomandata da più di un terzo dei Paesi europei, spesso presenta delle mancanze in termini di continuità e di estensione del target, le motivazioni di ciò riguardano i costi, la mancanza di tempo e di adeguata formazione da parte degli operatori.

Tendenzialmente in questi Piani nazionali c'è una certa convergenza verso l'adozione di approcci olistici e modelli integrati e multidisciplinari di gestione delle patologie croniche e del diabete. Rispetto alla **funzione psicologica e al ruolo specifico dello psicologo**, sulla base della ricerca effettuata, che come già

⁴⁵ "Diabetes in Europe policy the State we are in", European Coalition Diabetes, 2014. I Paesi che hanno un Piano nazionale sono: l'Armenia, l'Austria, l'Azerbaijan, la Bulgaria, la Croazia, la Repubblica Ceca, la Danimarca, le isole Faroe, la Finlandia, la Grecia, l'Irlanda, l'Italia, il Kazakistan, il Kirgizstan, l'Olanda, la Norvegia, la Polonia, il Portogallo, la Moldavia, la Romania, la Russia, la Serbia, la Slovacchia, la Slovenia, la Spagna, la Svezia,, la ex Repubblica di Jugoslavia di Macedonia, la Turchia, l'Ucraina.

sottolineato ha il limite di aver considerato solo i documenti accessibili on line, solo in cinque casi ci sono dei riferimenti espliciti.

La **Finlandia** nel suo “Programme for the Prevention of Type 2 Diabetes in Finland 2003-10”⁴⁶ delinea un intervento psicologico sulla base dei bisogni specifici della persona con diabete di Tipo 2 per quanto concerne il supporto alla modificazione degli stili di vita.

Il **Portogallo**, nel suo documento di buone pratiche nel campo della promozione della salute e la prevenzione delle malattie croniche⁴⁷, propone un modello bio-psico-sociale di risposta ai bisogni di salute della persona con diabete, dove l'attenzione agli aspetti psicologici riveste una rilevanza trasversale nel processo di cura. Una particolare attenzione è data alla funzione psicologica nel diabete dell'età evolutiva così come altrettanto centrali sono considerate le politiche d'intersectorialità con le scuole per la piena integrazione dei bambini e dei giovani con Diabete di Tipo 1 e 2. Un ruolo importante è svolto dalla Portoghese Diabetes Association (Associação Protetora dos diabetici de Portugal - APDP), un'organizzazione no-profit di difesa dei pazienti, la più antica associazione di diabetici in tutto il mondo. Essa fornisce servizi sanitari integrati diretti a circa 50.000 persone con diabete (la metà dei quali hanno più di 65 anni) presso il suo ambulatorio. APDP amministra anche, attraverso la Scuola di diabete, corsi per i pazienti, le loro famiglie e gli operatori sanitari.

La **Spagna** ha un Piano nazionale per il Diabete dal 2007 nel quale compare il riferimento al ruolo dello psicologo come figura professionale presente nel team ospedaliero e nella diabetologia pediatrica. L'attenzione ai fattori psicosociali così come l'adattamento psicosociale della persona con diabete e la valutazione delle difficoltà psicologiche, di comportamento familiari e sociali è considerata una componente importante nei casi di scompenso dell'equilibrio metabolico e il supporto psicologico è indicato tra gli interventi prioritari per le donne con diabete mellito in quanto quest'ultimo, rappresenta un fattore di rischio per l'anticipazione della menopausa. Il Piano però è attuato solo parzialmente, la formazione al self-management è poco diffusa e in generale c'è una disomogeneità nei livelli della qualità delle cure nelle diverse aree del territorio spagnolo.

La **Comunità autonoma di Aragona** dal 2014 ha un suo “Programa de atención integral diabetes mellitus”⁴⁸ che si richiama all'approccio bio-psico-sociale e alla definizione di educazione terapeutica strutturata indicata dal NICE (National Institute for Health and Care Excellence dell'Inghilterra). Le raccomandazioni della Società Spagnola di Diabete per la formazione dei familiari della persona con diabete e dei caregiver si basano sul riconoscimento delle priorità del paziente e l'impatto emozionale che causa la malattia diabetica nei familiari/caregiver in un'ottica bio-psico-sociale. Nella prima visita motivazionale ai fini dell'educazione terapeutica, gli obiettivi vengono concordati anche in relazione alla valutazione degli aspetti psicosociali. Il miglioramento del benessere psicologico è considerato un indicatore dell'accettazione dello stato di salute e nei casi in cui risultasse deficitario sono indicati interventi espliciti. L'autostima ad esempio è considerato un indicatore da attenzionare nei casi di deterioramento delle relazioni sociali, in particolare le dimensioni considerate riguardano l'accettazione delle proprie limitazioni, il livello di fiducia, i sentimenti sulla propria persona e gli interventi previsti consistono nell'aiutare la persona a stabilire degli obiettivi realistici per aumentare il livello di autostima, aiutare il paziente ad accettare la dipendenza dagli altri, se possibile, incoraggiare ad una maggiore responsabilità personale e sostenere il paziente nel valutare la propria condotta.

Rimandiamo l'approfondimento del Piano inglese nel prossimo paragrafo.

⁴⁶ DEHKO – Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes in Finland 2000–2010 Programme for the Prevention of Type 2 Diabetes in Finland 2003–2010 – Finnish Diabetes Association.

⁴⁷ “Good Practice in the Field of Health Promotion and Chronic Disease Prevention. Portugal Country Review” Prepared by the Directorate-General of health and the national Health Institute Doutor Ricardo Jorge, IP Portugal. www.chrodis.eu.

⁴⁸ **Gobierno de Aragon, Departamento de Sanidad Bienestar Social y Familia, Maggio 2014.**

Oltre i confini europei

Andando oltre i confini europei, l'**Australia** è il Paese che oltre ad avere un suo Piano nazionale per il Diabete adotta un approccio coerente con quello inglese anche per quanto riguarda la funzione psicologica.

Gli **Stati Uniti d'America** hanno un loro Programma nazionale per la Prevenzione del Diabete⁴⁹ che fornisce una cornice agli interventi di prevenzione del Diabete di Tipo 2. La particolarità di questo programma è che si basa su un partenariato pubblico/privato molto ampio: agenzie federali, dipartimenti sanitari statali e locali, organizzazioni nazionali e comunitarie, datori di lavoro, gli assicuratori pubblici e privati, operatori sanitari, programmi educativi comunità universitaria e aziende che si concentrano sul benessere.

Rispetto alla funzione psicologica e al ruolo dello psicologo in diabetologia, gli Standard della Cura medica in diabetologia⁵⁰ dell'American Diabetes Association del 2017 sono coerenti con quelli delle linee guida del NICE. Anche per l'ADA è preferibile che la valutazione psicosociale e il trattamento siano parti integranti della routine del percorso di cura piuttosto che essere attivati solo in relazione all'emergere di problemi specifici nell'ambito del controllo metabolico e delle condizioni psicologiche (22,130). Rispetto ad altri documenti, l'ADA con un atteggiamento molto pragmatico dichiara che idealmente la gestione degli aspetti psicosociali dovrebbe far parte del setting di cura però non sempre i medici sono qualificati al trattamento dei problemi psicologici (137) pertanto diventa fondamentale ottimizzare la relazione con il paziente in modo da poter favorire l'accettazione da parte di quest'ultimo di un eventuale invio ad altri servizi tra cui quelli della salute mentale. Per quanto riguarda i bambini e i giovani sia con Diabete di Tipo 1 che di Tipo 2, nel team multidisciplinare è prevista anche la figura dello psicologo. L'ADA ha prodotto un position statement "Psychosocial Care for People with Diabetes" nel quale ha indicato una lista di strumenti operativi per l'assessment e dettagli aggiuntivi al quale rimandiamo per un approfondimento.

Da questa panoramica delle norme e degli atti di indirizzo internazionali rispetto al ruolo dello psicologo e l'intervento psicologico in diabetologia emerge un quadro abbastanza variegato rispetto al livello di elaborazione e approfondimento. Colpisce ad esempio come, tra i Paesi che hanno sviluppato il tema, nonostante ci sia una certa convergenza rispetto al riconoscimento dell'importanza dei fattori psicosociali e psicologici, all'opportunità di una loro valutazione e integrazione dell'intervento nel percorso di cura della persona con diabete, allo stesso tempo, la figura dello psicologo non venga sempre indicata esplicitamente come parte integrante/requisito del team diabetologico. L'unico ambito in cui è considerato uno standard abbastanza diffuso è quello della diabetologia pediatrica.

In questo senso la normativa Italiana ed in particolare quella Toscana e Laziale hanno dei punti di forza che vale la pena sottolineare.

L'Azienda USL Toscana centro con il documento "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del Diabete Mellito di tipo 1 e 2 nell'area pratese" del 2016, in maniera molto pragmatica e chiara ha definito con chiarezza il ruolo dello **psicologo della diabetologia** che è parte integrante del team sia per il Diabete di Tipo 1 che di Tipo 2 e che ha come funzione principale quella di garantire un **counselling diabetologico personalizzato** e/o di richiedere una eventuale consulenza specialistica (Psichiatrica) ad esempio, a seguito di una **valutazione psicosociale e psicologica**.

Lo psicologo poi nel PDTA toscano è chiamato a svolgere una funzione chiave di **valutazione del profilo psicologico della persona con diabete ai fini dell'idoneità** rispetto alla chirurgia bariatrica e **l'educazione terapeutica strutturata** prevede un focus anche sugli **aspetti psicosociali**. Rispetto alla normativa internazionale, il Piano per la malattia diabetica del Lazio, oltre ad avere un'articolazione complessiva che declina un'idea di PDTA fortemente improntata al modello bio-psico-sociale, ha ad esempio il valore aggiunto di aver stabilito come **requisito per i centri prescrittori di tecnologie** e device per il monitoraggio continuo glicemico e i microinfusori la **presenza nel team dello psicologo per la valutazione all'idoneità all'uso delle**

⁴⁹ <https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/index.html>

⁵⁰ "Standards of medical care in Diabetes" by American Diabetes Association, 2017.

tecnologie. In questo senso la Regione Lazio si pone sicuramente in una posizione di valorizzazione concreta della **valutazione psicosociale come componente del processo decisionale del team orientato all'appropriatezza e alla sostenibilità.** Un'appropriatezza che riguarda la dimensione clinica e quella soggettiva (il potenziale beneficio di una tecnologia deve essere considerato anche in relazione alla situazione specifica della persona in quel momento particolare della sua vita).

L' "Action for Diabetes" del National Health System England

Il Piano nazionale per il diabete dell'Inghilterra⁵¹ del 2014 è uno degli esempi di strumenti normativi internazionali al quale guardare se si vuole adottare una strategia di programmazione e organizzazione delle politiche per la salute delle persone con diabete coerente con il modello bio-psico-sociale. Nel documento si sottolinea che una finalità è di garantire che le persone abbiano un'esperienza positiva del percorso di cura e che uno degli obiettivi è il coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver nelle decisioni che riguardano la propria cura.

L'approccio specifico denominato "House of Care" è centrato sulla persona ed è caratterizzato tra tre livelli di azione: nazionale, locale e personale.

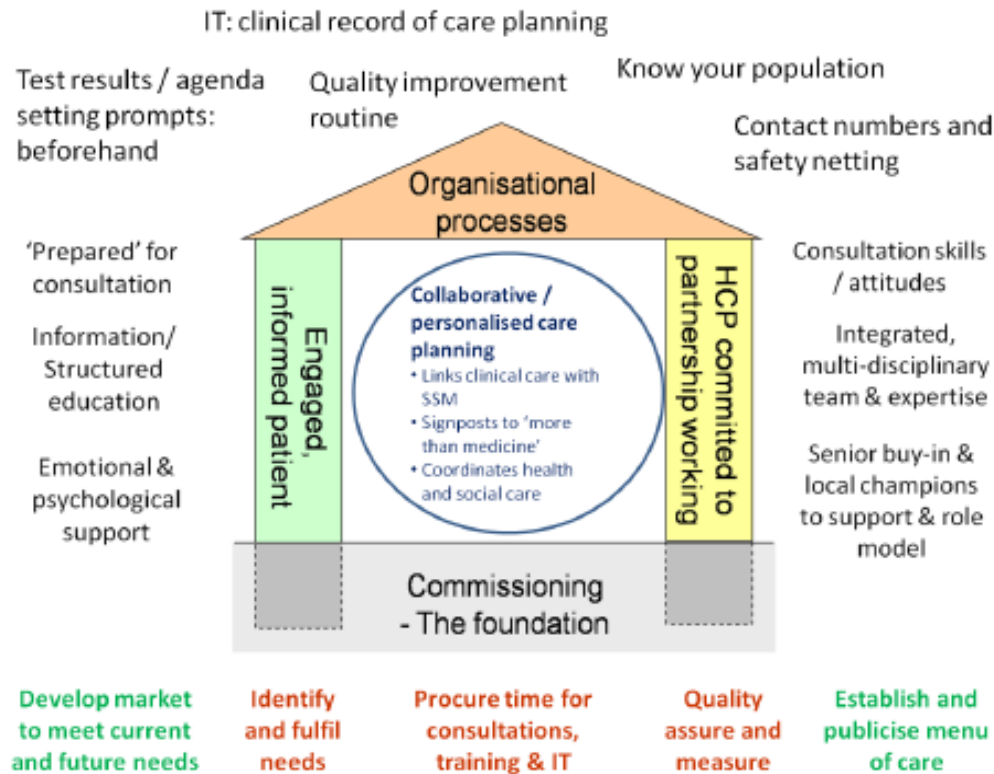
Il livello della persona può essere assimilato a quello del PDTA italiano, ossia della pianificazione del percorso clinico di cura. A questo livello, tra gli aspetti/risorse che giocano un ruolo strategico, si collocano il supporto emozionale e psicologico, l'informazione, l'educazione strutturata e l'integrazione tra il team multidisciplinare e il "team & expertise". Di seguito la rappresentazione schematica riportata nel documento del livello "Personal"⁵².

⁵¹ "Action for Diabetes", NHS England, Gennaio 2014.

⁵² Pag. 28 "Action for Diabetes", NHS England, Gennaio 2014.

Personal:

How the House of Care gives professionals on the front line a framework for what they need to do for patients and ask local commissioners to secure for them.



Il Piano recepisce e crea i presupposti normativi e organizzati per l'attuazione delle linee guida del NICE sulla gestione del Diabete di Tipo 1 e 2 che a loro volta rappresentano un punto di riferimento scientifico internazionale per tutti gli operatori del settore.

Il documento del 2014 ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza agli adulti con e a rischio di diabete, in particolare attraverso lo sviluppo di azioni orientate:

- al rafforzamento della prevenzione del Diabete di Tipo 2 e la diagnosi precoce di tutte le forme di diabete
- al miglioramento della gestione del diabete a livello delle cure primarie.

Tra gli standard di qualità indicati vi sono:

- la garanzia di un'educazione terapeutica strutturata, che è distinta dall'intervento psicologico e considerata di pari importanza;
- la valutazione e la gestione appropriata dei problemi psicologici delle persone con diabete durante tutto il percorso di cura;
- l'adozione di un approccio multi professionale attraverso un team multidisciplinare dedicato.

Nell'approccio inglese la funzione e il ruolo dello psicologo è integrata e trasversale alla presa in carico della persona con diabete, in particolare le linee guida del NICE del 2015⁵³ raccomandano interventi psicologici per l'aumento dell'adherence. Tra le priorità per l'implementazione è specificata l'offerta ai bambini e ai giovani con Diabete di tipo 1 e tipo 2 e alle loro famiglie/caregiver di un accesso appropriato e tempestivo ai professionisti della salute mentale con un'esperienza specifica nel diabete perché potrebbero sperimentare problemi psicologici (come ad esempio ansia, depressione, disordini nella condotta e conflitti familiari) o difficoltà psicosociali che possono impattare sulla gestione del diabete e del benessere⁵⁴.

Particolarmente interessanti sono inoltre le raccomandazioni di sviluppo della ricerca, tra le quali quella di approfondire il tema del rapporto costo efficacia degli interventi psicologici per i bambini e i giovani con diabete di tipo 2⁵⁵ e l'indicazione tra le priorità dei risultati da misurare per i bambini e i giovani con diabete, anche quelli relativi ai fattori psicologici (benessere psicologico con incluse livello di autostima, disturbi alimentari, qualità di vita e conoscenze sul diabete) fattori psicosociali (partecipazione/assenze scolastiche, presenza clinica) e educazione (livello delle conoscenze).

Riuscire a tracciare l'impatto effettivo degli interventi psicologici in diabetologia, sia in termini di miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete che di risparmio per la spesa sanitaria rappresenta sicuramente una sfida e una priorità che ad esempio l'ordine degli Psicologi del Lazio ha fatto propria da tempo, attraverso progetti di ricerca specifici.

Conclusioni

Con la consapevolezza che l'avere una normativa buona non genera automaticamente un miglioramento concreto e percepito dalle persone con Diabete, l'Italia rispetto agli altri Paesi è in una posizione abbastanza avanzata, nel senso che a livello nazionale la normativa quadro accoglie i principi generali che ricorrono nei modelli internazionali più accreditati come quello inglese, anche rispetto all'importanza della valutazione degli aspetti psicosociali e dell'intervento psicologico in diabetologia.

A livello regionale, sicuramente il piano per la malattia diabetica del Lazio così come la normativa della AUSL Toscana centro sono un buon esempio di definizione dei presupposti normativi che riconoscono e declinano l'importanza e gli ambiti dell'intervento psicologico in diabetologia nonché il ruolo dello psicologo nel team multidisciplinare.

La sfida oggi si concentra prevalentemente a livello dell'implementazione locale e dei singoli percorsi di cura. Si tratta per gli psicologi di proseguire, assieme a tutti gli altri professionisti e alle associazioni dei pazienti, il lavoro di partecipazione alle fasi di attuazione e monitoraggio delle norme. E' fondamentale ora riuscire a costruire i presupposti operativi per rendere concretamente accessibile la funzione psicologica a tutte le persone con diabete, attraverso anche lo sviluppo di linee di ricerca in grado di rendere fruibili ai decisori politici e agli altri stakeholders le evidenze della validità dell'intervento psicologico sia per il miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete, sia come generatore di risparmio economico per i Sistemi sanitari.

⁵³ "Diabetes in type 1 and type2 in children and young people: diagnosis and management" NICE Guideline 18
Methods, evidence and recommendations, Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence, August 2015

⁵⁴ Raccomandazione NICE 2015 n. 106 e 164.

⁵⁵ Raccomandazione NICE 2015 n. 18.

QUARTA PARTE

Le buone prassi nella diabetologia laziale

Intervento psicologico per le persone con diagnosi di diabete UOC Diabetologia e Dietologia nella RM/1

Mara Lastretti

Descrizione nel contesto di riferimento

Ambito ospedaliero, UOC Diabetologia e Dietologia nella Roma1, il lavoro è svolto in equipe multidisciplinare, due volte a settimana interagisco con l'equipe e con i pazienti.

Con gli operatori sanitari il lavoro è di consulenza e di strategia per il loro lavoro in interazione con il paziente.

Con gli utenti del centro il lavoro è di supporto psicologico o di prevenzione, talvolta vengono effettuati colloqui con la famiglia del paziente.

-Studio privato lavoro in equipe multidisciplinare

-Associazione Medici Diabetologi formazione operatori sanitari sulla buona comunicazione agli operatori sanitari, prevenzione burn out e work engagement,lavoro

-Ordine Psicologi Lazio: piano Diabete Regione Lazio, disegno di studio per persone con diabete di tipo

Target

Ospedaliero: Pazienti con diabete di tipo 1, diabete di tipo 2, diabete gestazionale, LADA (dai 18 anni-80 anni), diabetità

Studio Privato: Pazienti con diabete di tipo 1 (14-70 anni), diabete di tipo 2 (40-70 anni)

Equipe

Ospedaliera: Psicologo, Diabetologo, Dietista, Infermiere

Studio Privato: Psicologo, Diabetologo, Dietista e Fisioterapista

Modello di intervento

Umanistico esistenziale in entrambi i contesti lavorativi.

Il lavoro si articola in ospedale con percorsi di supporto psicologico di otto incontri in individuale, e gruppi di educazione e terapeutica (diabete di tipo 1, diabete di tipo 2, obesità e prevenzione) basati su una costruzione multidisciplinare che contempli 3 differenti modelli formativi: sapere, saper fare e saper essere.

La modalità di attività è cucita sul paziente rispetto al suo momento di vita che sta attraversando, che sia di diagnosi recente, o di supporto o motivazionale alla terapia medica.

Il lavoro è incentrato nello spazio che il paziente ha tra una visita di controllo e un'altra nel rispetto sia dei bisogni affettivi ed emotivi che di quelli clinici.

Studio privato: percorsi di supporto psicologico e/o di psicoterapia, individuale e di gruppo.

La modalità di lavoro è cucita sul paziente rispetto al suo momento di vita che sta attraversando, che sia di diagnosi recente, o di supporto o motivazionale alla terapia medica.

Vi è un particolare ascolto dei bisogni, dei vissuti legati al concetto di vita con anche la malattia, evidenziando una nuova visione di Sé.

Gruppi di educazione terapeutica basati sulla promozione della Salute sia con pazienti affetti da patologia diabetica (diabete di tipo 1, diabete di tipo 2, obesità e prevenzione) in un'ottica di multidisciplinarietà.

Valutazioni Psicodiagnostiche

Utilizzo della cartella educativa informatizzata che valuta l'adattamento alla malattia, la qualità di vita del paziente, ansia, depressione e locus of control.

A questi strumenti affianco una valutazione personalizzata che contempi un approfondimento dello studio di personalità, test sul patient engagement che mi aiutino a comprendere il livello di accettazione della malattia.

Queste valutazioni le effettuo sia in ambito ospedaliero che nell'attività libero professionale.

Per quanto riguarda la valutazione dell'operatore sanitario, effettuo una valutazione dei costrutti ansia e depressione, burn out, work engagement e engagement.

Percorso psicologico per le persone con diagnosi di diabete – Ospedale Fatebenefratelli – Isola Tiberina - Roma

Daniela De Berardinis

Il nostro lavoro origina dal seguente interrogativo:

“È possibile promuovere salute in persone affette da una patologia cronica?”

Se, come sostenuto dall'OMS, la salute non è intesa come assenza di malattia bensì come il maggior grado di benessere bio-psico-sociale raggiungibile dall'individuo, promuovere salute significa intervenire su ciò che permette ad una persona di stare bene attraverso la promozione di un adattamento personale alla malattia. In quest'ottica si colloca la collaborazione tra l'Unità Operativa di Psicologia Clinica, l'Unità Operativa Complessa di Diabetologia e Endocrinologia dell'Ospedale Fatebenefratelli, che ha portato alla costruzione di un intervento psicologico per la promozione della salute con persone diabetiche. La letteratura scientifica ci dice che ci sono alcune tematiche psicologiche legate al diabete: la regolazione delle emozioni (Taylor 1987; Stingl et al, 2007; Porcelli, Todarello, 2008; Solano, 2017), le relazioni (passate ed attuali), le dinamiche familiari (Taylor, Bagby & Parker, 1997), l'attenzione al comportamento alimentare, l'elaborazione degli eventi difficili (passati e presenti) (Choen, Willis, 1985; Topsever, 2006), la gestione dello stress (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983). L'intervento prevede l'accoglienza della persona diabetica da parte del medico e dello psicologo insieme successivamente la costruzione di un percorso individuale e di gruppo in cui un livello informativo è integrato da un lavoro sulle emozioni.

L'intervento è attualmente modulato nel seguente percorso:

-Visita congiunta medico/psicologo in regime PAC, (incontro multiprofessionale in cui viene condiviso il percorso di cura)

Per lo psicologo:

- Colloqui psicoterapeutici individuali o di coppia e somministrazione di test
- Costruzione di gruppi psicoterapeutici (con persone malate di diabete, oppure con le persone malate e i familiari)

Criteri di costruzione del gruppo con persone malate di diabete sono: l'età, il sesso, alcune caratteristiche risultate dall'intervista su alexitimia e valutazione del sostegno familiare. Il coinvolgimento della famiglia è rivolto alle persone che lo richiedono e che presentano dinamiche familiari che possono agevolare/ostacolare il cambiamento nello stile di vita.

-Incontri di équipe multidisciplinare così da favorire la cura integrata dei pazienti e la presa in carico delle differenti dimensioni che, in maniera complessa, concorrono a definire la salute del soggetto. Operativamente, tale spazio è dedicato anche alla discussione dei casi, all'individuazione congiunta dei nuclei familiari maggiormente bisognosi di un accompagnamento integrato e all'implementazione di percorsi condivisi di presa in carico. Il lavoro di integrazione dello psicologo si pone come obiettivo quello di rendere i vissuti psicologici dei pazienti e delle loro famiglie, oltre che quelli dell'équipe curante, elaborabili e trasformabili in un'ottica di promozione della salute in senso globale. In collaborazione con

l'Ente Formativo dell'Ospedale (Fondazione Fatebenefratelli) vengono realizzate iniziative di sensibilizzazione e promozione della salute rivolte alla popolazione sulle sindromi metaboliche e lo stile di vita.

Alcune brevi considerazioni sul gruppo

Il gruppo ha la durata dai 3 ai 6 mesi con frequenza settimanale, si articola in incontri della durata di 2 ore ciascuno ed è condotto da figure professionali diverse: medico, psicologo, dietista. La scelta del gruppo, quale strumento di promozione di benessere, si basa sull'idea che il coinvolgimento diretto dei partecipanti attraverso il racconto e la condivisione della propria storia clinica, l'espressione ed il contenimento delle emozioni relative alle difficoltà di gestione del diabete, favoriscano l'individuazione di strategie per fronteggiare la malattia e l'apprendimento di nuovi comportamenti adattivi. Il confronto con chi attraversa un percorso di malattia simile al proprio è un'opportunità unica di condivisione e rispecchiamento dal momento che l'esperienza dell'altro (di vita, oltre la malattia) offre una possibilità di riflessione anche sulla propria storia. Il lavoro di gruppo amplifica l'esperienza emotiva, nel gruppo si stabiliscono relazioni che possono essere osservate dall'interno, il lavoro di gruppo permette l'integrazione di diverse figure (nella conduzione e non) e si integra in maniera più dinamica alle esigenze dell'attività ospedaliera. Al gruppo partecipano persone con diabete, familiari, personale infermieristico, psicologi.

Le fasi dell'esperienza del lavoro in gruppo

1. La vita prima e dopo la diagnosi di malattia diabetica: ripercorrere la propria storia di vita dall'insorgenza della malattia, creare nuove connessioni tra l'esperienza e malattia e gli eventi della propria vita, attribuire nuovi significati all'esperienza di malattia, confrontarsi sulle diverse modalità di reazione alla malattia.

2. Saper contattare le emozioni e pensare gli affetti, identificare le emozioni e saperle descrivere, utilizzare un pensiero orientato agli aspetti soggettivi, individuali dell'esperienza, attivare processi immaginativi legati alle emozioni.

3. Nuove strategie di reazione agli eventi di vita: gestire lo stress attraverso la consapevolezza sulle proprie modalità di reazione agli eventi, riflettendo sulla possibilità di utilizzare strategie più efficaci per fronteggiare gli eventi difficili.

4. Le relazioni e la famiglia. Ritrovare le proprie radici: l'albero genealogico della propria famiglia riflettere su modalità relazionali esterne ed interne al gruppo; il rapporto con l'esperienza di malattia, l'ospedale, il personale

Il modello di lavoro di gruppo proposto è applicabile trasversalmente ad ogni tipo di patologia e viene di frequente utilizzato nel nostro lavoro nei reparti di degenza.

Il gruppo diviene un contenitore di spazio e tempo in cui creare nuovi significati ed aumentare le proprie competenze, il gruppo è una risorsa per il paziente ma anche per la struttura che lo ospita (Beresnevaite, 2000).

La multidisciplinarietà favorisce la possibilità di promuovere il benessere della persona diabetica intervenendo su più livelli: il lavoro sulla consapevolezza degli aspetti emotivi e relazionali che entrano in gioco nell'adattamento alla malattia insieme alla comunicazione di informazioni riguardanti quest'ultima (maggiore conoscenza della patologia diabetica, delle terapie e di uno stile di vita ad esso adeguato), sollecitano un ruolo attivo e competente del paziente nella gestione del suo diabete.

Target

L'intervento psicologico è rivolto alle persone con malattia diabetica di tipo 1 e 2 e ai loro familiari

Equipe

L'equipe di lavoro è multidisciplinare: medico diabetologo, psicologo, nutrizionista.

Modello teorico di riferimento

Modello teorico di riferimento del nostro lavoro è quello della regolazione psicobiologica e dell'interiorizzazione psichica della regolazione psicobiologica (Taylor 1987, Fonagy 2002, Solano 2017). In sintesi il modello ci dice che la regolazione fisiologica è esposta alle stesse vicissitudini delle rappresentazioni interne della relazione (modelli operativi interni), e che esiste una interdipendenza della regolazione psicobiologica dalle relazioni del momento (Bucci, 1997).

Il diabete alla luce del modello della regolazione psicobiologica (ipotesi psicoanalitica) è inteso come una condizione in cui la regolazione glicemica svolta dal pancreas venga inconsapevolmente rifiutata a livello corporeo in quanto legata ad una rappresentazione interna delle relazioni primarie vissuta come pericolosa, ed anche che la regolazione glicemica svolta dal pancreas venga meno a seguito della perdita di una figura o di una situazione (lavoro) che aveva un forte valore regolativo.

Nelle persone con patologia diabetica un vissuto della regolazione psicobiologica come legata ad una rappresentazione interna delle relazioni sentite come pericolose, può portare alla non osservanza del trattamento nelle varie direzioni (eccessi alimentari, assunzione di insulina inferiore o superiore alle prescrizioni, o in momenti inadeguati), alla resistenza all'insulina sul piano biologico, alla ipersecrezione di ormoni iperglicemizzanti (Solano 2017).

Valutazioni Psicodiagnostiche

Durante il percorso vengono somministrati i seguenti test:

A - Strumenti quantitativi somministrati durante il percorso è per la costruzione dei gruppi di psicoterapia

- Intervista sull'alessitimia
- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
- Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)
- Symptom Checklist -90- Revised (SCL-90-R)
- Health Locus of control Scale (HLC)
- Questionario sulla sessualità

B - Strumento utilizzato ai fini di ricerca

MMS Mini Mental State (valutazione funzioni cognitive)

C - Strumenti qualitativi

- Resoconto clinico
- Colloqui clinici

Si effettua una valutazione del processo terapeutico, attraverso la valutazione dell'Attività Referenziale (Bucci, 1997) relativa

ai trascritti delle sedute psicoterapeutiche di gruppo. L'entusiasmo nella partecipazione ed i feedback positivi che otteniamo da parte dei pazienti ci incoraggiano a continuare il lavoro intrapreso con l'obiettivo di utilizzare i loro contributi al fine di rendere tale intervento sempre più funzionale e "pensato" per le loro esigenze.

Bibliografia

Beresnevaite M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, pp. 117-122.

Bucci W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science. A Multiple Code Theory*. New York: Guilford Press Trad.it. Psicoanalisi e scienza cognitiva. Roma: Fioriti, 2000.

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385-96.

Choen S., Willis A.T., (1985) Stress, social support and buffering hypothesis. In *Psychological Bulletin*, 109,1, pp. 5-24.

Fonagy, P., Target, M. (2002) *Attaccamento e funzione riflessiva* Raffaello Cortina, Milano

Porcelli P., Todarello O. (2008). Alexithymia and treatment outcome: Review on the role of alexithymia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 42, pp. 179-198.

Solano L., Costantini M.V., Di Trani M., Ferrara S., Pepe L. (2009). Italian Application of the Toronto Structured Interview for Alexithymia. 20th World Congress on Psychosomatic Medicine. Torino, 23-26 settembre.

Solano L., (2017) *Tra mente e Corpo*. Raffaello Cortina, Roma

Taylor, G.J. (1987), *Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi contemporanea*, Asrtolabio Roma 1993

Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press. Trad. it. *Disturbi della regolazione affettiva*. Roma: Fioriti, 2000.

Topsever P, Filiz TM, Salman S, Sengul A, Sarac E, Topalli R et al. Alexithymia in diabetes mellitus. *Scottish Medical Journal* 2006;51(3):15-20.

La valutazione psicologica ai device per il controllo della glicemia

ASL/Viterbo

Barbara Longo

Descrizione del contesto di riferimento

La tecnologia al servizio della persona e del miglioramento della sua salute e della gestione della sua malattia

Le tecnologie CSII, CGM e SAP hanno un impatto altamente positivo sia in termini di controllo metabolico che di miglioramento della qualità di vita della persona con diabete. (Rif. "Il diabete in Italia" Società Italiana di Diabetologia, 2015).

l'autocontrollo e la gestione del proprio diabete risulta sicuramente facilitato dall'uso delle tecnologie, un'area importante riguarda l'idoneità psicologica nella valutazione globale del paziente.

Obiettivo di questo documento di buone prassi è quello di mettere una lente di ingrandimento su quegli strumenti clinici che dobbiamo avere quando lavoriamo mettendo il paziente in contatto con la tecnologia.

Obiettivo interno del team di cura nel percorso per il microinfusore è arrivare ad una **decisione condivisa** circa l'idoneità o meno della persona al CSII in base ad un **processo di confronto professionale in itinere** sulle diverse dimensioni oggetto della valutazione

Favorire **l'empowerment della persona** con diabete attraverso l'accompagnamento e il sostegno **all'uso consapevole e appropriato di tecnologie** CSII, SAP e CGM valorizzando e riconoscendo alla persona con diabete la **responsabilità della propria salute** richiamandola quindi ad **un patto di cura**

La presentazione di questo percorso ci permette infatti di approcciarci ad un uso di metodologie e di strumenti per la promozione del Patient Engagement.

Target

La **selezione dei pazienti eleggibili al micro** è un aspetto fondamentale e delicato in quanto deve portare il team di cura a fare la scelta di proporre ad ogni paziente la migliore opzione terapeutica sostenibile integrando quelli che sono i criteri dell'appropriatezza clinica e prescrittiva con quelli della personalizzazione delle cure.

il percorso all'idoneità del micro a chi è rivolto?

A persone che hanno diverse fasce d'età:

- minori sotto età scolare
- minori in età evolutiva / teen agers
- giovani adulti
- adulti
- donne in gravidanza (programmazione o già lo sono)
- adulti per necessità lavorative (tipologia lavoro /orari ecc.)

Equipe

Il team dedicato

Relativamente ad esso è fondamentale tenere conto di quei fattori che lo caratterizzano:

- I. Requisiti funzionali
- II. Specificità dei ruoli e competenze professionali
- III. Tipologia di formazione

I servizi di diabetologia deputati all'applicazione della tecnologia dovranno essere individuati infatti sulla base del rispetto di **requisiti funzionali**:

- team diabetologico multidisciplinare (diabetologo, infermiere, dietista, psicologo*) dedicato e specializzato nell'insegnamento e nell'uso della terapia con CGM/CSII/SAP e dei suoi correlati (ad es. conteggio dei carboidrati)

*riguardo allo psicologo in particolare vedi P.R.M.D. 7.5.4. Caratteristiche necessarie ai centri per l'abilitazione alla prescrizione e modalità prescrittiva, al punto E: "assistenza psicologica dedicata (per tutte le fasce d'età, con particolare attenzione agli utenti in età evolutiva)

- possibilità di reperibilità telefonica 24/24 h
- disponibilità e collaborazione con le strutture che potrebbero essere coinvolte nella gestione del
- paziente portatore di tecnologia avanzata (DEA, reparti di degenza, medico di famiglia)
- disponibilità di cartella clinica informatizzata e di strumentazione per il download
- presenza di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) dedicato
- evidenza di piano di aggiornamento per il personale (ECM)
- presenza di procedure specifiche documentate nel Manuale della Qualità/accreditamento
- presenza di percorsi educativi strutturati dedicati al diabete tipo 1 e alla gestione della tecnologia
- casistica di almeno 20 pazienti in carico con CGM, CSII e/o SAP.

Tenuto conto che molti centri dedicati all'assistenza alla persona con diabete non hanno ancora nei loro team **lo psicologo** che per sua competenza professionali possiede le competenze e gli strumenti per effettuare la valutazione psicologica, cercherò di **delineare in sintesi quei concetti** di cui **far tesoro tutti i professionisti che si occupano di educazione terapeutica** con pazienti portatori di una malattia cronica come il diabete.

il successo nell'impostazione di un percorso di qualità dipende da un fattore prioritario: **il lavoro del team multidisciplinare con la persona e il suo sistema familiare**,

ne consegue che si deve spostare l'angolazione dell'obiettivo, che appunto non sarà quello di raggiungere l'intento di applicare il dispositivo quanto l'armonia che si crea tra queste dimensioni interagenti:

1. La persona con diabete
2. La famiglia/contesto della persona con diabete
3. Il team dedicato

Modello di intervento

IL PERCORSO DI VALUTAZIONE /ADDESTRAMENTO: TEMPI E STEP

La nostra esperienza si confronta con il P.R.M.D. e tiene conto di alcuni MACRO indicatori fondamentali per un'idoneità al percorso

- *tempo da dedicare alla terapia*
- *costanza nella cura*
- *aderenza al trattamento.*

Questi tre indicatori devono tenere conto di questi contenuti:

- *in quale punto del percorso si trova la persona nel momento considerato*
- *Quali sono le strategie comportamentali e cognitive che la persona sta utilizzando e se sono efficaci*
- *Quali risorse e capacità ha attivato e quali potrebbe attivare*
- *Quali sono le caratteristiche psicologiche individuali, in particolare self-efficacy e locus of control*

I cosiddetti "prerequisiti" che , in quanto tali, permettono di iniziare in modo adeguato il percorso di IDONEITA' :

- Il livello di motivazione del paziente/famiglia
- L'accettazione e l'autogestione della malattia
- La partecipazione attiva e senso di responsabilità
- Le aspettative realistiche
- La stabilità emotiva
- L'educazione alla terapia e all'autocontrollo
- L'accettazione dello strumento
- La presenza di adeguate capacità cognitive ed abilità tecniche del paziente/famiglia
- La possibilità per il paziente di avere il sostegno della famiglia/contesto socio-relazionale

1.La persona con diabete Relativamente alla persona con diabete vanno osservate 2 tipologie di fattori:

Fattore A

1. Adattamento alla malattia
2. Partecipazione attiva alla cura
3. Capacità di autogestione
4. Attese realistiche
5. Motivazione

Fattore B

1. Fattore TEMPO (di apprendimento, di impegno mentale ad apprendere)
2. La TIPOLOGIA del trattamento terapeutico più IDONEO
3. Le caratteristiche di PERSONALITA' e di CONTESTO PSICOSOCIALE

2.La famiglia/contesto della persona con diabete

Relativamente alla famiglia della persona con diabete va osservato il ruolo che essa ha avuto e ha nella gestione della persona con diabete, e, contestualmente:

1. Il livello di compliance
2. I suoi punti di forza
3. I suoi punti di debolezza

Va inoltre puntualizzato che il ruolo della famiglia è diverso a seconda che la persona con diabete è

1. Minore età prescolare
2. Minore età scolare/teen ager
3. Giovane adulto
4. adulto

3. Il team dedicato

Relativamente ad esso è fondamentale tenere conto di quei fattori che lo caratterizzano:

1. Requisiti funzionali
2. Specificità dei ruoli e competenze professionali
3. Tipologia di formazione

Il percorso si declina secondo i seguenti passaggi condivisi dal team diabetologico, che vengono presentati al pz in fase di sua decisione di intraprendere tale percorso:

Presentazione percorso al paziente (da parte del team diabetologico)

Prima fase: Motivazione al Cambiamento

Il cambiamento è un processo dinamico e circolare che si realizza nel tempo ed evolve assieme all'individuo nella sua relazione con se stesso e con il suo ambiente.

⇒ consente di valutare il livello di motivazione ad affrontare il percorso verso il microinfusore

al paziente: "Questa fase ti permette di individuare il tuo livello di **motivazione** ad affrontare questo tipo di percorso. Consiste in un incontro con il team, di circa due ore, in cui riceverai informazioni, potrai confrontarti con chi ha già messo il micro e potrai chiarire qualsiasi dubbio e fare qualsiasi tipo di domanda. Se insieme al team capirai di essere pronto, potrai accedere al **secondo step**.)

Seconda fase: Verso il Cambiamento

⇒ E' il tempo dell'apprendimento delle conoscenze specifiche e il momento della verifica della reale disponibilità al cambiamento

Al paziente : "Questa fase ti permette di conoscere i contenuti più specifici e di confrontarti con essi, mettendo alla prova la tua reale disponibilità al cambiamento. essa si caratterizza per un numero variabile di incontri (circa 5) che ogni specialista definirà con te in base alle esigenze emerse nella prima fase. Conclusi tutti i percorsi previsti dall'équipe, potrai accedere al terzo step".

Terza fase: Durante il Cambiamento

⇒ E' fase della sperimentazione pratica e del confronto con l'impatto della scelta del microinfusore nella quotidianità

Al paziente: In questa fase potrai iniziare a sperimentare l'impatto del nuovo percorso che hai deciso di intraprendere sulla tua quotidianità. Ora inizierai l'addestramento al micro, fatto di incontri con il tecnico, accompagnato dall'équipe, per conoscere meglio lo strumento e imparare ad utilizzarlo.

Quarta Fase: Follow-up (aderenza alla terapia)

⇒ E' la fase di follow-up rispetto all'aderenza alla terapia, si valuta l'efficacia del cambiamento, si individuano e si affrontano eventuali criticità con la possibilità di fare dei re-training ad hoc oltre a quelli proposti dal team

Al paziente: Il cambiamento per essere efficace ha bisogno di essere sostenuto e mantenersi costante nel tempo. Una volta messo il micro, continuerai ad essere seguito costantemente dall'équipe diabetologica, con incontri di controllo, monitoraggio e aggiornamento sul corretto utilizzo dello strumento, con le seguenti cadenze:

- 2 incontri nel primo mese (uno ogni 15 giorni)
- 2 incontri nei successivi due mesi (uno al mese)
- Controlli trimestrali
- Incontri semestrali successivi
- partecipazione attiva ad Incontri di aggiornamento sul micro proposti dall'équipe

All'interno di questo percorso predisposto dal team diabetologico si esplicita **PERCORSO PSICOLOGICO DEDICATO** che si compone di:

1. colloquio psicologico
2. scheda di raccolta informazioni su tematiche relative al diabete rivolta all'utente, e alla famiglia per l'utente minore):
 - a) sez. informazione gestione diabete e autocontrollo
 - b) sez. conoscenza principali nutrienti (come la persona si è avvicinato ad essi dal p.v. psicoeducazionale)
 - c) sez. stili di vita, qualità di vita
 - d) Sez. progettualità, idee intorno al microinfusore
3. strumenti psicodiagnostici atti a delineare la dimensione psicoaffettiva della persona e a raccogliere informazioni sui fattori sopra descritti (paz con diabete):

Fattore A (Adattamento alla malattia, Partecipazione attiva alla cura, Capacità di autogestione, Attese realistiche, Motivazione)

Fattore B

- Fattore TEMPO: quanto tempo ha la persona da dedicarsi ad un periodo di apprendimento, di impegno mentale ad apprendere,
- La TIPOLOGIA del trattamento terapeutico più IDONEO alle caratteristiche della persona in oggetto
 - Le caratteristiche di PERSONALITA' del pz e di CONTESTO PSICOSOCIALE

Il Monitoraggio in **FOLLOW-UP** prevede:

la realizzazione di incontri con le figure dedicate del team mirati al **Controllo, Monitoraggio ed Aggiornamento** sul corretto uso strumento secondo un'agenda condivisa con l'utente.

Considerazioni circa i centri diabetologici dell'adulto

Il rischio di una ridotta appropriatezza e qualità di intervento si ha in quei centri dove manca lo psicologo, in particolare nei centri diabetologici per l'adulto; in essi infatti l'addestramento di giovani adulti e adulti, mancando questo percorso multi professionale, si caratterizza in particolare sull'addestramento tecnologico a discapito del versante psi, erroneamente ritenendo che la persona adulta è più strutturata psicologicamente e quindi

tendenzialmente sia meno bisognosa di valutazioni della sfera psicologica e di confrontare il suo stile di personalità ai bisogni evolutivi che il diabete necessita lungo il ciclo di vita.

In tal senso va rinforzata un'appropriatezza di metodologie di intervento clinico che tengano conto di indicatori psicologici della qualità di vita, oggi così carenti nei servizi dedicati all'assistenza del paziente adulto con diabete.

E proprio con il giovane adulto o l'adulto fondamentale fare una rivalutazione o una prima valutazione del suo "Kit psicologico"!!!! (risorse, debolezze, contesto, esperienza passata e progettualità).

Valutazioni Psicodiagnostiche

I principali STRUMENTI/INDICATORI PSICOLOGICI di QUALITA' DI VITA sono:

- SF36 o SF12 (short form)
- EuroQoL
- PedsQoL
- Valutazione psicosociale
- Valutazione liv.ansia paz./famiglia

Questi sono gli strumenti per una valutazione "base" in quanto, sulla base degli indicatori espressi dai questionari somministrati, si possono associare successive linee di approfondimento psicodiagnostico: es. nella sfera cognitiva /affettiva in termini quantitativi e qualitativi.

La valutazione psicologica si deve inquadrare all'interno di un sistema di valutazione dell'appropriatezza dell'USO di queste tecnologie per la quale esistono indicatori per la verifica della stessa.

L'uso degli strumenti di monitoraggio del glucosio in continuo (CGM o FGM), dei sistemi di infusione continua di insulina (CSII) e dei sistemi integrati (SAP), necessita di una verifica costante della loro appropriatezza d'uso mediante indicatori di efficacia, efficienza, sicurezza, sostenibilità economica e qualità percepita.

I principali indicatori sono:

- di efficacia,
- efficienza,
- sicurezza,
- sostenibilità economica
- qualità percepita.

Le aree psicologiche specifiche nelle quali si riscontrano effetti positivi della terapia con micro sono anche quelle che fungono da incentivo e sostegno alla motivazione del paziente. (Gentili et al. 2009).

La qualità di vita rappresenta il 43% delle motivazioni al microinfusore (Bruttomesso et al., 2015)

Bibliografia

Bruttomesso D, Laviola L, Lepore G, Bonfanti R, Bozzetto L, Corsi A, Di Blasi V, Girelli A, Grassi G, Iafusco D, Rabbone I, Schiaffini R; Italian Study Group on Diffusion of CSII. (2015) Continuous subcutaneous insulin infusion in Italy: third national survey. *Diabetes Technol Ther.* 17(2): 96-104. doi: 10.1089/dia.2014.0242. Epub 2014 Dec 5.

Gentili P., Bufacchi T., Visalli N., Argusta M., Di Berardino P. (2009) Le dimensioni psicologiche nel monitoraggio del paziente diabetico con il microinfusore. *G It Diabetol Metab*;29:54-59

Presa in carico del bambino dall'esordio del diabete

Centro Diabetologico

ASL Viterbo

Descrizione del contesto di riferimento

“In considerazione della complessità della patologia in età pediatrica, il PND ricorda che “l'attività di un singolo pediatra diabetologo, senza un supporto dedicato ed esperto in diabetologia pediatrica (infermieristico, dietologico, psicologico, socio-sanitario, ecc.) non è coerente con le funzioni assistenziali richieste per gestire tale complessa patologia pediatrica”.

Il percorso che il Centro di Diabetologia pediatrica ha implementato negli anni fa riferimento alle linee guida e gli indirizzi espressi nel documento del Piano per la malattia diabetica della Regione Lazio 2016-2018. Si veda allegato 4c P.R.M..

Target

Pazienti con diabete di tipo 1 in età evolutiva

Equipe

Il principale cardine del tipo di assistenza in età pediatrica è costituito dalla presenza di un team multidisciplinare che si compone delle figure del pediatra diabetologo, psicologo, dietista e infermiere, operatori tutti dedicati ed esperti nell'assistenza al giovane paziente con diagnosi di diabete di tipo 1 e alla sua famiglia sia nella tipologia di percorso che si imposterà che per le aree di intervento in cui il team si trova a lavorare più specificatamente.

Modello di intervento

Il percorso di trattamento si articola in un approccio che vede l'accoglienza e presa in carico da parte dell'equipe curante della persona con diabete e della sua famiglia nelle varie fasi del decorso della malattia:

Esordio, nella maggior parte dei casi, ricovero nel reparto di Pediatria, della durata di circa una settimana, per iniziali cure e sostegno dal team multidisciplinare; questa fase prevede l'“accoglienza”

1. **del paziente** (osservazione e ascolto) che si declina in intervento di supporto (riduzione paura e ansia) e contenimento emotivo
2. **del sistema familiare** (osservazione e ascolto) che si declina in intervento di supporto (riduzione paura e ansia) e contenimento emotivo, raccolta contenuti spontanei circa la storia familiare e il “qui ed ora” del loro stato psico-fisico.

L'“**accoglienza**” del team diabetologico trova il suo fondamento nelle seguenti azioni cliniche in una peculiare dimensione spazio-temporale di cui la famiglia ed il piccolo paziente hanno bisogno per la fase dell'esordio del diabete :

1. riportare il piccolo paziente ad una situazione clinica di sicurezza organica con l'introduzione della opportuna terapia insulinica
2. acquisire insieme alla sua famiglia le necessarie competenze tecniche per la gestione della terapia a domicilio attraverso una graduale “educazione terapeutica”

3. l'incontro integrato tra l'equipe ospedaliera e l'equipe del centro diabetologico pediatrico: la famiglia riceve infatti in ospedale la consulenza dei diversi componenti del team diabetologico (pediatra diabetologo, infermiere, dietista), le figure che li accompagneranno dalla dimissione dall'ospedale in poi.

L'importanza psicologica di un luogo e tempo "protetti" permettono alla famiglia di vivere questo periodo dell'esordio in sicurezza: lo stato di shock psicofisico che permea l'emergere del diabete ha bisogno infatti di queste dimensioni per garantire l'espressione delle diverse possibili emozioni che accompagnano questa fase garantendo al bambino e ai genitori di trovare lo spazio psichico al diabete, una malattia che richiede un graduale ma indispensabile apprendimento tecnico per poter permettere una dimissione sicura.

Follow up a breve termine che coincide temporalmente dalle dimissioni dal ricovero e l'ingresso della famiglia al Centro Diabetologico presente sul territorio a tutto il primo periodo di addestramento, educazione terapeutica multidisciplinare e graduale reinserimento nella vita di routine, casa/ scuola/lavoro dei genitori;

In questa fase lo psicologo mette in atto tre tipi di interventi intorno al pz e alla sua famiglia:

1. è copresente ai primi colloqui di educazione terapeutica che l'infermiere, il dietista effettua con la famiglia
2. condivide con il team i contenuti raccolti sulle risorse e difficoltà riscontrate dal pz e dai suoi familiari in questa prima fase (ospedale/dimissioni/inserimento al centro diabetologico)
3. effettua un ciclo di colloqui ANAMNESTICI di ACCOGLIENZA/INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO con particolare attenzione alla STORIA FAMILIARE PRE DIABETE (tenere conto della diversità di gestione a seconda dell'età del bambino/ragazzo):
 - Raccolta caratteristiche psicologiche e di contesto del pz (da solo, secondo modalità compatibili con l'età, osservazione, gioco terapeutico, intervista)
 - Raccolta caratteristiche psicologiche e di contesto familiari

Obiettivi di tale follow up : INDIVIDUARE i punti di forza e di fragilità contestuali, familiari della coppia e del pz.

Follow up a lungo termine che costituisce il periodo temporalmente più lungo in quanto esso abbraccia le fasi di riorganizzazione del sistema familiare intorno al processo di cura del figlio con diabete di tipo 1 e tutte le fasi che appartengono al percorso evolutivo di quest'ultimo nei diversi ambiti della vita intima e di relazione:

1. Monitoraggio psicologico del pz con d. (empowerment ed adherence) rispetto alla gestione di sé individuale, intrafamiliare, e nei principali contesti di vita (scuola, attività extrascolastica, vita relazionale, ecc.)
2. Monitoraggio psicologico adattamento familiare .

Valutazioni Psicodiagnostiche

La METODOLOGIA e gli STRUMENTI psicodiagnostici e di conduzione del colloquio clinico devono tenere conto dell'età del bambino e quindi si differenziano per fasce d'età.

1. Relativamente al bambino/ragazzo con diabete gli strumenti psicodiagnostici devono andare a raccogliere le principali caratteristiche di personalità del bambino e delle sue capacità di adattamento alla malattia nel tempo.
2. Relativamente ai genitori/famiglia gli strumenti psicodiagnostici devono poter raccogliere gli stili familiari e i loro punti di forza e di debolezza.

Intervento psicologico nei centri diabetologici Acismom della Regione Lazio

Alessandra Moreschini, Colomba Daniele, Serena Nardone

Descrizione del contesto di riferimento

ACISMOM gestisce, in Italia, la rete sanitaria dell'Ordine di Malta, in base alla legge 175 del 2003. Nel Lazio operano 7 Servizi di Diabetologia, (con un utenza complessiva di oltre 35000 pazienti) caratterizzati da un approccio multi-professionale e multidisciplinare ai bisogni di salute della persona con diabete. Nella implementazione del Piano per la malattia diabetica della Regione Lazio del 2016-2018, ACISMOM ha introdotto nei Centri Diabetologici di Roma (P. Togliatti e C. Negro dal 2015), di Viterbo (dal 2016) e di Latina (dal 2017), la figura dello psicologo, delineandone attraverso il Documento di Indirizzo "Il Ruolo dello Psicologo nel PDTA Diabetologico di ACISMOM", un ruolo fondamentale nel Team multidisciplinare diabetologico.

Target

Gli interventi psicologici sono rivolti ad adulti con diabete Mellito tipo I e tipo II. Il team multidisciplinare richiede la consulenza dello psicologo.

Equipe

Il Team dei CDA di Roma, Viterbo e Latina è multidisciplinare e multi-professionale (infermiere dedicato, diabetologo, psicologo, neurologo, dietista, podologo, oculista, cardiologo, angiologo/chirurgo vascolare, OSS), ed è orientato alla gestione della malattia cronica. Coerentemente con il modello Bio-psico-sociale e con il Chronic Care Model, è centrato sulla persona e prende in esame i bisogni assistenziali multidimensionali nelle diverse fasi della malattia diabetica.

Modello di Intervento

Obiettivo generale dell'intervento è promuovere il benessere psicologico e sociale e migliorare la qualità della vita in tutte le fasi di elaborazione, adattamento e accettazione della malattia diabetica. L'intervento è concepito secondo un percorso assistenziale che, tenendo conto dei bisogni manifesti della persona con diabete, fornisca un supporto personalizzato, costituito da diverse prestazioni (articolate secondo il diagramma a pag. 4 e di seguito sinteticamente descritte).

Valutazioni Psicosociali iniziali

Viene richiesta dal Team Diabetologico, se presente:

- rifiuto della malattia;
- difficoltà di adesione al percorso di cura;
- complicanze in atto o a rischio di complicanze;
- disagio psicosociale

La valutazione psicodiagnostica si articola in un numero che va da 1 a 3 incontri durante i quali, attraverso il colloquio ed i test psicometrici diabeto-specifici e non⁵⁶, vengono valutati:

⁵⁶ Tra i quali WHO-5, PAID5, ATT-19

- atteggiamento, credenze e opinioni nei confronti della malattia;
- problemi psicosociali (ansia, depressione, stress e situazioni di disagio);
- stile di vita (dieta, attività fisica, fumo, uso di alcool, sostanze stupefacenti);
- livello percepito della qualità della vita;
- obiettivi e preferenze dei pazienti per le cure;
- motivazione all'aderenza terapeutica.

Gli incontri di valutazione iniziale sono necessari alla costruzione di un'alleanza terapeutica e gli esiti di approfondimento psicodiagnostico determinano la necessità di intraprendere un percorso diabete-specifico, ovvero di pianificare periodici incontri di follow-up, come di seguito specificato.

Percorso di supporto psicologico

L'intervento psicologico di supporto prevede n. 4 incontri di sostegno psicologico, rinnovabili sulla base degli obiettivi concordati tra psicologo e paziente e realizzabili a cadenza settimanale o bimensile (sulla base delle necessità del singolo paziente), assicurando una cornice temporale che garantisca continuità e direzionalità verso gli obiettivi concordati. Durante le sessioni si approfondiscono le dinamiche psicologiche di ostacolo ad una corretta autogestione della malattia.

Si pongono come obiettivi principali dell'intervento psicologico di sostegno:

- la promozione del benessere psicologico (decremento del distress legato strettamente alla malattia);
- psico-educazione sullo stile di vita (stile alimentare, fumo, attività fisica, eventuale uso di alcool), al fine di stimolare l'empowerment e promuovere una maggiore consapevolezza della malattia;
- sostegno al self-management (promozione delle azioni di self-care e di adesione alle cure concordate con il Team);
- il supporto psicosociale (alla persona, ai caregivers e ai familiari).

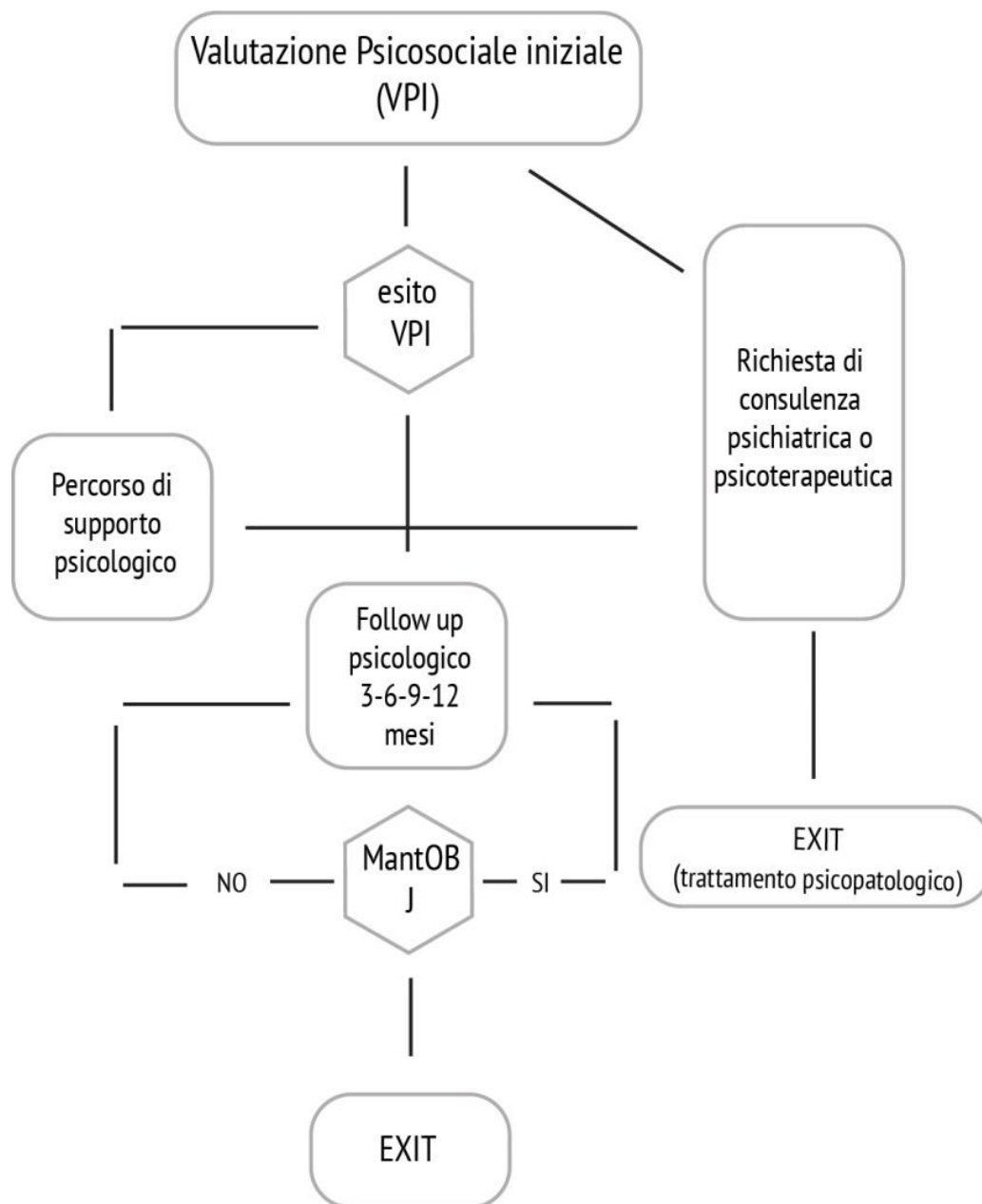
Follow up psicologico a 3-6-9-12 mesi

Al termine del percorso di valutazione e/o al termine del percorso psicologico, i pazienti accedono al follow-up che garantisce continuità alla relazione di supporto e monitoraggio nel tempo del mantenimento degli obiettivi raggiunti. Gli incontri di follow-up si realizzano attraverso il colloquio e mediante il confronto, nel tempo, degli esiti ottenuti dalla somministrazione periodica (3-6-9-12 mesi) della batteria di test diabete-specifici e non. Gli esiti del follow-up possono determinare, qualora mettano in evidenza una "regressione" o il difficile mantenimento degli obiettivi prefissati, la proposta di avvio al percorso di supporto psicologico.

Richiesta di consulenza Psichiatrica/Psicoterapeutica

Ad ogni incontro (sia in fase di valutazione psicodiagnostica che in fase di intervento psicologico), lo psicologo propone la consulenza specifica appropriata (psichiatrica e/o psicoterapeutica), nei casi per i quali se ne ravvisi la necessità/utilità.

Intervento psicologico nei centri



Il modello clinico della Società Italiana di Sessuologia e Psicologia di Roma

Gaetano Gambino, Luca Pierleoni, Valentina Cosmi, Marta Giuliani

Descrizione del contesto di riferimento

La Società Italiana di Sessuologia e Psicologia (SISP) è un'associazione scientifico- professionale che si propone di fornire sostegno psicologico all'individuo, alla coppia e alla famiglia in un'ottica multidisciplinare e integrata, nel settore sessuologico e del disagio psichico. Nell'ottica di promuovere la diffusione di una cultura del benessere sesso-affettivo, i professionisti della SISP forniscono oltre a percorsi tradizionali di consulenza e terapia psico-sessuologica, dei servizi di consulenza e-mail e telefonica (entrambi gratuiti) con l'obiettivo di rispondere a richieste d'aiuto, dubbi o curiosità riguardo varie problematiche di natura psicologica e/o sessuale.

Target

Accedono ai servizi del Centro individui, coppie e famiglie di qualsiasi età.

Si registra, inoltre, una percentuale significativa di richieste da parte di persone con diabete, data l'alta frequenza in questa popolazione di problematiche inerenti la sfera sesso-affettiva.

È stato evidenziato, infatti, come nell'uomo diverse difficoltà sessuali (quali disfunzione erettile, disturbo del desiderio, eiaculazione precoce e ritardata/impossibile) abbiano un'alta prevalenza in pazienti con diagnosi di diabete, sottolineando il ruolo dell'interazione di fattori cardiovascolari, endocrinologici e psichici (ad es., depressione). Questi ultimi, in particolare, potrebbero sia contribuire all'inizio e al mantenimento del disagio sessuale che esserne la conseguenza. Ciò indica come la patologia possa influenzare la qualità della vita attraverso i vissuti emotivi e gli stati d'animo della persona, oltre che per le possibili alterazioni fisiologiche (Corona et al., 2014).

Anche la sessualità femminile può essere profondamente influenzata dalla presenza del diabete, sebbene soltanto negli ultimi anni tale relazione sia stata riconosciuta e studiata in modo più sistematico in ambito scientifico (Pontiroli et al., 2013). Anche per le donne le difficoltà sessuali sono il frutto di una commistione tra aspetti cardiovascolari, ormonali e di natura psichica. Riduzione del desiderio, scarsa lubrificazione e anorgasmia rappresentano i disagi più frequenti. I sintomi depressivi e alcuni fattori legati al partner (ad es., la qualità della relazione e della comunicazione, o il percepire il proprio partner come un buon amante) sembrano giocare un ruolo centrale nell'associazione tra diabete e sessualità (Malavigne et al., 2014).

Équipe

L'équipe della SISP è composta da psicologi e psicoterapeuti di orientamenti diversi ma con una formazione comune nell'area dell'intervento sulla sfera sessuale, oltre che da una rete di riferimento di medici, che svolgono la loro attività in sedi esterne al Centro, costituita da:

- un urologo andrologo
- una ginecologa
- un'endocrinologa diabetologa

- uno psichiatra

Modello di intervento

Da quanto discusso nella sezione “Target”, emerge con chiarezza l'opportunità di un'adeguata gestione della patologia diabetica anche in una prospettiva sessuologica. La maggior parte dei sintomi della sfera intima, nonostante siano spesso presenti, non emerge facilmente nei colloqui clinici, anche a causa della riluttanza da parte di alcuni medici o psicologi a indagare tale area del disagio. Ciò costituisce un grande ostacolo al percorso che porta al benessere della persona. Da una parte, perché la salute sessuale influenza la qualità di vita in generale, dall'altra, perché può avere una ricaduta negativa sulla motivazione da parte dell'individuo ad aderire al trattamento per il diabete. Inoltre, un disturbo dell'erezione rappresenta per la popolazione generale e ancor più per quella delle persone con diabete un importante “marker precoce” di possibili complicanze cardiovascolari, consentendo, se diagnosticato in tempo, di individuare e gestire preventivamente le condizioni di rischio.

Attualmente, in accordo con la letteratura scientifica internazionale, il modello operativo più efficace, per quanto concerne il disagio nella sfera sessuale, è il modello integrato, la cui vocazione è quella di considerare contemporaneamente le dimensioni biologica, psicologica e sociale nella genesi di un disturbo, così come incentivare la collaborazione tra figure professionali differenti, di servirsi di varie teorie e tecniche in maniera flessibile, nonché di avvalersi dell'ausilio farmacologico laddove necessario (Basson *et al.*, 2010; Althof *et al.*, 2013).

Coerentemente con tale premessa, quindi, la Società Italiana di Sessuologia e Psicologia promuove il lavoro di équipe, utilizzando la sinergia tra psicologo e medico (andrologo/urologo, ginecologo, psichiatra, endocrinologo), allo scopo di ottenere una visione olistica della persona, nella convinzione che mente, corpo e contesto socio-culturale interagiscano costantemente, influenzandosi in maniera reciproca e contribuendo insieme all'insorgenza del disturbo così come alla sua risoluzione (Cosmi *et al.*, 2017).

Dal punto di vista psicologico, grande importanza assume il trattamento delle componenti affettive e relazionali del disagio, anche in quei casi in cui la disfunzione sessuale sia dovuta agli effetti fisiopatologici diretti del diabete. In questi casi, il sintomo sessuale, pur presentando un'eziologia prevalentemente organica, può essere rafforzato e sostenuto, ad esempio: da un'immagine corporea negativa connessa alla diagnosi di diabete; dal tentativo di spostare l'attenzione da difficoltà più gravi; dalla ricerca inconscia di una soluzione di compromesso tra due istanze opposte che permette di rimanere fermi senza dover scegliere; da un'azione aggressiva simbolica verso il partner; dalla sublimazione di problemi intrapsichici, coniugali e familiari; e così via.

Contemporaneamente, vengono utilizzate tecniche comportamentali mansionali, quali la focalizzazione sensoriale, il coito inesigente, lo stop-start, ecc., così come prescrizioni che riguardano la comunicazione di coppia e le abitudini quotidiane.

Valutazioni Psicodiagnostiche

La persona con diabete può giungere in consultazione nei seguenti casi:

- perché inviata da uno dei medici di riferimento della rete del Centro (più frequentemente dall'endocrinologa, ma anche dall'andrologo, dalla ginecologa e dallo psichiatra);
- a seguito di un primo contatto tramite i servizi di consulenza e-mail o telefonica;

- dopo aver contattato direttamente la segreteria per richiedere una consulenza vis-à-vis con uno psicologo/psicoterapeuta del Centro.

A prescindere dalla modalità di invio, l'utilizzo del modello integrato prevederà in tutti i casi indicati un'attenta valutazione, in fase diagnostica, del ruolo delle componenti organiche, psicologiche e relazionali nell'eziologia del disagio sessuale, attraverso la raccolta di tutte le informazioni che daranno la possibilità di accogliere, esplicitare e riformulare la domanda portata dalla persona. In seguito, la proposta terapeutica si tradurrà in un percorso altamente individualizzato, i cui obiettivi verranno concordati e stabiliti congiuntamente, sulla base dei desideri e delle risorse emotive della persona.

Bibliografia

- Althof S.E., Rosen R.C., Perelman M.A., Rubio-Aurioles E. (2013). Standard operating procedures for taking a sexual history. *Journal of Sexual Medicine*, 10(1): 26-35.
- Basson R., Wierman M.E., van Lankveld J., Brotto L. (2010). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7(1 Pt 2): 314-326.
- Corona G., Giorda C.B., Cucinotta D., Guida P., Nada E., Gruppo di studio SUBITO-DE (2014). Sexual dysfunction at the onset of type 2 diabetes: the interplay of depression, hormonal and cardiovascular factors. *Journal of Sexual Medicine*, 11: 2065-73.
- Cosmi V., Giuliani M., Gambino G., Pieroni M., Pierleoni L. (2017). La domanda sul piacere sessuale femminile. Casi di consulenza della Società Italiana di Sessuologia e Psicologia, *Rivista di Sessuologia*, 41,1.
- Malavige L.S., Jayaratne S.D., Kathirarachchi S.T., Sivayogan S., Ranasinghe P., Levy J.C. (2014). Erectile dysfunction is a strong predictor of poor quality of life in men with Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 31: 699-706.
- Pontiroli A.E., Cortelazzi D., MD, Morabito A. (2013) Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*, 10: 1055-51

L'intervento psicologico nella Struttura Specialistica di Diabetologia pediatrica del Policlinico Universitario Tor Vergata (PTV) di Roma

Francesca Diamanti

Il contesto di riferimento

La Struttura Specialistica di Diabetologia Pediatrica (SSDP) è parte della rete laziale delle quattro SSDP accreditate con funzione di Centro prescrittore per i microinfusori e le nuove tecnologie per il monitoraggio continuo della glicemia; opera all'interno Policlinico Universitario Tor Vergata (PTV) di Roma attraverso attività ambulatoriale e, laddove appropriato, di Day Hospital. Nell'ospedale non c'è un reparto di degenza pediatrica ma SSDP gestisce la presa in carico degli esordi di Diabete di Tipo 1 di competenza territoriale attraverso la presenza di un team diabetologico multidisciplinare.

L'intervento psicologico da due anni è garantito dalla mia presenza volontaria per circa otto ore settimanali e si caratterizza come un intervento integrato all'interno del team diabetologico multidisciplinare. L'obiettivo generale è di offrire al paziente e alla sua famiglia una presa in carico complessiva dei propri bisogni di salute, in cui la dimensione psicologica si pone trasversalmente, come aspetto chiave, che modula e costruisce l'alleanza e la relazione terapeutica tra il team e il paziente, da un lato e che sostiene nel tempo il processo di empowerment del paziente nella gestione della patologia.

La SSDP del PTV lavora in rete con l'Associazione Diabete Infantile e Giovanile del Lazio (A.D.I.G.Lazio) assieme alla quale contribuisce a realizzare una serie di attività intersettoriali che intersecano le dimensioni psicosociali e psicoeducazionali dell'intervento psicologico.

Una parte del mio lavoro pertanto è situata anche al di fuori del setting ambulatoriale e prettamente clinico, ad esempio nei campi scuola psicoeducazionali organizzati dall'Associazione.

Target

Pazienti in età pediatrica con Diabete di Tipo 1 e le loro famiglie.

Equipe

Pediatra diabetologa, infermiere, psicologa e dietista.

Modello d'intervento

La diagnosi di diabete di tipo 1, da un punto di vista psicologico, impone alla persona la necessità di elaborare la frattura tra il suo "prima" e il suo "dopo" e un continuo riposizionamento nella sua relazione con il mondo in virtù dei vincoli che la malattia impone. In età pediatrica tale necessità riguarda il bambino/ragazzo e la sua famiglia. La

gestione del diabete, inoltre, entra e pervade il rapporto educativo, il legame d'attaccamento e il processo di separazione e differenziazione dei figli dai genitori. La famiglia sperimenta un processo di cambiamento ed adattamento continuo che ha tempi e risonanze emotive diverse tra genitori e figli.

L'obiettivo dell'intervento psicologico è di supportare il paziente e la sua famiglia nel processo di adattamento funzionale a questa nuova condizione di vita, attraverso un percorso personalizzato di valorizzazione delle risorse psicologiche individuali, di sviluppo di strategie di coping efficaci e di ampliamento delle possibilità di accesso a risorse psicosociali esterne.

L'approccio adottato è quello ad orientamento umanistico integrato in cui l'attenzione è posta sul contatto e la consapevolezza dell'interrelazione della componente emotiva, cognitiva e comportamentale nell'esperienza che la persona fa rispetto al rapporto e alla gestione del proprio diabete.

Dato che ogni persona con diabete ha il suo modo di vivere e affrontare la patologia, l'intervento psicologico è personalizzato sulla base di quelli che sono i bisogni psicologici della persona, le diverse fasce d'età e fasi della malattia.

L'intervento psicologico si colloca sempre all'interno del lavoro multidisciplinare del team diabetologico. La più stretta collaborazione è con la pediatra diabetologa, in particolare nell'accoglienza e la presa in carico degli esordi, nelle visite di follow-up nel primo anno dall'esordio, nelle visite di controllo di quei casi di particolare fragilità psicosociale e/o di inadeguata aderenza alla terapia e agli stili di vita salutari.

Altro ambito specifico di stretta collaborazione con il medico è il percorso di valutazione d'idoneità e training dei pazienti e delle famiglie all'uso delle tecnologie.

Il lavoro psicoeducazionale con i bambini è realizzato in collaborazione la dietista e con il personale infermieristico.

Da un punto di vista organizzativo come team ci siamo dotati di alcuni strumenti e prassi condivise tra cui:

- l'uso della cartella clinica informatizzata ed in particolare di una sessione "riservata agli operatori" nella quale ognuno, oltre a quanto refertato nelle singole consulenze specialistiche, riporta le proprie osservazioni in merito a quanto emerso nel lavoro con la persona e alle ipotesi/priorità di sviluppo dell'intervento. Questa sorta di diario di bordo condiviso ci aiuta nel rendere sempre accessibile, a ogni operatore del team, una lettura complessiva della storia clinica e di vita del paziente nelle sue diverse dimensioni e dell'evoluzione della relazione terapeutica.
- Uno spazio settimanale di confronto e discussione dei casi e, la programmazione condivisa delle visite di controllo.
- La condivisione di spazi di lavoro contigui. Avere tutto il team disponibile nello stesso luogo consente ad esempio di poter intercettare ed accogliere anche la richiesta non prevista di ascolto psicologico che emerge nel qui ed ora della permanenza in ambulatorio. Oltre alle stanze mediche c'è una stanza dedicata ai colloqui psicologici.

In linea generale l'intervento psicologico nella SSDP del PTV si articola sui seguenti livelli:

- Intervento in team multidisciplinare nel setting della visita ambulatoriale. Obiettivi: favorire l'incontro e la costruzione fin dall'inizio della relazione tra il paziente e la figura dello psicologo, osservare le dinamiche familiari interne e nel rapporto con il team, contribuire alla lettura psicologica dei dati relativi all'andamento delle glicemie come strumento di aggancio per un intervento psicoeducazionale e l'intercettazione precoce di segnali di disagio psicologico o psicosociale.
- Colloqui clinici individuali con i bambini dai sei anni in su, con gli adolescenti e con i genitori. Obiettivi: offrire uno spazio d'ascolto psicologico in cui esprimere e rielaborare i vissuti emotivi rispetto al rapporto con il Diabete e a come questo impatta sulla loro quotidianità: nel rapporto con i coetanei, nell'aderenza alla terapia e nell'andamento scolastico.
- Valutazione dei fattori di rischio e delle risorse psicologiche individuali e sociali. Nel caso in cui fossero evidenti dei fattori di rischio psicopatologico, si procede con un approfondimento della valutazione della condizione psicologica e laddove opportuno all'invio ai colleghi della neuropsichiatria infantile dell'ospedale o del territorio per una presa in carico psicologica mirata.
- Percorsi brevi di sostegno alla genitorialità. Obiettivo: aiutare i genitori ad elaborare l'accettazione della diagnosi e i vissuti emotivi di rabbia, disperazione ed ansia spesso presenti, nella gestione della paura delle ipoglicemie e più in generale favorire lo sviluppo di atteggiamenti, stili di comunicazione funzionali alla gestione del rapporto educativo e d'attaccamento con i figli.
- Gruppi d'ascolto psicologico con adolescenti e bambini. Questo tipo di attività è strutturata in funzione dei bisogni psicoeducazionali emergenti dei pazienti che s'incontrano in una stessa giornata e molto spesso la programmazione delle visite di controllo è organizzata proprio per favorire il consolidamento del gruppo e dare una sorta di continuità a questo spazio di lavoro centrato sul confronto tra i diversi vissuti dei pazienti rispetto al proprio rapporto con la gestione del loro diabete.
- Gruppi d'ascolto psicologico con i genitori. L'obiettivo è offrire ai genitori uno spazio di confronto e condivisione dei vissuti emotivi genitoriali rispetto a come la gestione del diabete riverbera sul rapporto educativo con i figli.
- Partecipazione ai gruppi di educazione terapeutica strutturata per i genitori in team.
- Valutazione psicosociale per l'idoneità all'uso dei microinfusori e i device tecnologici per il monitoraggio glicemico. L'intervento psicologico si concretizza in una prima fase di valutazione dei prerequisiti d'idoneità, con un focus specifico sulla condizione psicologica, sulla motivazione, le aspettative e i fattori psicosociali di rischio e, in un intervento di ascolto e supporto psicologico che accompagna il paziente e la famiglia nel percorso di addestramento e sperimentazione del microinfusore o altra tecnologia. L'obiettivo è di arrivare ad una scelta condivisa e consapevole da parte del team e del paziente rispetto all'uso delle tecnologie sulla base di una valutazione integrata dei criteri di appropriatezza clinica e soggettiva. Nel rapporto del paziente e delle famiglie con le tecnologie nella gestione del diabete trovano espressione e manifestazione molti aspetti del funzionamento psicologico individuale e dei fattori

psicosociali di rischio e protezione, pertanto, il processo di valutazione psicosociale e l'intervento psicologico, di fatto, continua nel tempo.

Gli strumenti dell'intervento psicologico e della valutazione psicosociale

- Gli strumenti privilegiati sono il colloquio clinico nei suoi diversi setting, le tecniche psicoterapeutiche ad orientamento umanistico integrato e l'osservazione delle dinamiche psicorelazionali in contesti diversi (durante la visita in team, nell'interazione con il gruppo di pari, con la famiglia).
- In funzione dell'età e dell'obiettivo specifico della valutazione psicologica sono integrati reattivi mentali e strumenti di valutazione psicologica standardizzati.
- L'approfondimento psicodiagnostico avviene solo nei casi in cui emergono fattori di rischio psicologico e segnali di gestione disadattiva della naturale crisi connessa all'esperienza della malattia cronica.