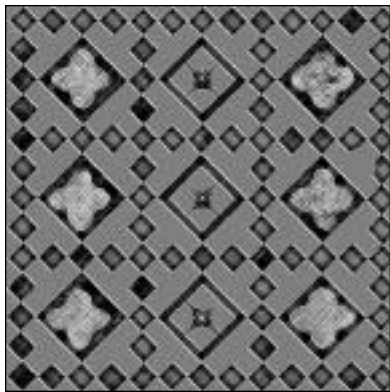


Caleidoscopio

Italiano



Francesco Dammacco

Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (II)

Direttore Responsabile
Sergio Rassu

143

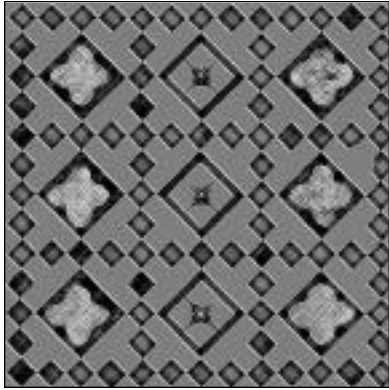
Via Rio Torbido, 40 - Genova (Italy) Tel. 010 83.401
Stampato a Genova 2000

Dammacco F.

*Il trattamento integrato del Diabete tipo 1
nel bambino e adolescente (II)*

Caleidoscopio

Italiano



Francesco Dammacco

Unità Operativa Malattie Endocrine e Diabete del Bambino e
adolescente - Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" - Azienda
Ospedaliera "Di Venere - Giovanni XXIII" - Bari

Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (II)

Direttore Responsabile
Sergio Rassu

143

Via Rio Torbido, 40 - Genova (Italy) Tel. 010 83.401
Stampato a Genova 2000

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

INFORMAZIONI GENERALI. *Caleidoscopio* pubblica lavori di carattere monografico a scopo didattico su temi di Medicina. La rivista segue i requisiti consigliati dall'*International Committee of Medical Journal Editors*. Gli Autori vengono invitati dal Direttore Responsabile. La rivista pubblica anche monografie libere, proposte direttamente dagli Autori, redatte secondo le regole della Collana.

TESTO. La monografia deve essere articolata in paragrafi snelli, di rapida consultazione, completi e chiari. I contenuti riportati devono essere stati sufficientemente confermati. E' opportuno evitare di riportare proprie opinioni dando un quadro limitato delle problematiche. La lunghezza del testo può variare dalle 60 alle 70 cartelle dattiloscritte. Si prega di dattilografare su una sola facciata del foglio formato A4 con margini di almeno 25 mm. Usare dovunque doppi spazi e numerare consecutivamente. Ogni sezione dovrebbe iniziare con una nuova pagina.

FRONTESPIZIO. Deve riportare il nome e cognome dell'Autore(i) -non più di cinque- il titolo del volume, conciso ma informativo, la Clinica o Istituto cui dovrebbe essere attribuito il lavoro, l'indirizzo, il nome e l'indirizzo dell'Autore (compreso telefono, fax ed indirizzo di E-mail) responsabile della corrispondenza.

BIBLIOGRAFIA. Deve essere scritta su fogli a parte secondo ordine alfabetico seguendo le abbreviazioni per le Riviste dell'Index Medicus e lo stile illustrato negli esempi:

1) Björklund B., Björklund V.: Proliferation marker concept with TPS as a model. A preliminary report. *J. Nucl. Med. Allied. Sci* 1990 Oct-Dec, VOL: 34 (4 Suppl), P: 203.

2 Jeffcoate S.L. e Hutchinson J.S.M. (Eds): *The Endocrine Hypothalamus*. London. Academic Press, 1978.

Le citazioni bibliografiche vanno individuate nel testo, nelle tabelle e nelle legende con numeri arabi tra parentesi. La Redazione è collegata on-line con le più importanti Banche Dati (Medline, Cancerlit, AIDS etc) e fornisce ogni eventuale assistenza agli Autori.

TABELLE E FIGURE. Si consiglia una ricca documentazione iconografica (in bianco e nero eccetto casi particolare da concordare). Figure e tabelle devono essere numerate consecutivamente (secondo l'ordine di citazione nel testo) e separatamente; sul retro delle figure deve essere indicato l'orientamento, il nome dell'Autore ed il numero. Le figure realizzate professionalmente; è inaccettabile la riproduzione di caratteri scritti a mano libera. Lettere, numeri e simboli dovrebbero essere chiari ovunque e di dimensioni tali che, se ridotti, risultino ancora leggibili. Le fotografie devono essere stampe lucide, di buona qualità. Gli Autori sono responsabili di quanto riportato nel lavoro e dell'autorizzazione alla pubblicazione di figure o altro. Titoli e spiegazioni dettagliate appartengono alle legende, non alle figure stesse.

Su fogli a parte devono essere riportate le legende per le figure e le tabelle.

UNITÀ DI MISURA. Per le unità di misura utilizzare il sistema metrico decimale o loro multipli e nei termini dell'International system of units (SI).

ABBREVIAZIONI. Utilizzare solo abbreviazioni standard. Il termine completo dovrebbe precedere nel testo la sua abbreviazione, a meno che non sia un'unità di misura standard.

PRESENTAZIONE DELLA MONOGRAFIA. Riporre le fotografie in busta separata, una copia del testo e dei grafici archiviati su un dischetto da 3.5 pollici preferibilmente Macintosh.

Il dattiloscritto originale, le figure, le tabelle, il dischetto, posti in busta di carta pesante, devono essere spediti al Direttore Responsabile con lettera di accompagnamento. L'autore dovrebbe conservare una copia a proprio uso. Dopo la valutazione espressa dal Direttore Responsabile, la decisione sulla eventuale accettazione del lavoro sarà tempestivamente comunicata all'Autore. Il Direttore responsabile deciderà sul tempo della pubblicazione e conserverà il diritto usuale di modificare lo stile del contributo; più importanti modifiche verranno eventualmente fatte in accordo con l'Autore. I manoscritti e le fotografie se non pubblicati non si restituiscono.

L'Autore riceverà le bozze di stampa per la correzione e sarà Sua cura restituirle al Direttore Responsabile entro cinque giorni, dopo averne fatto fotocopia. Le spese di stampa, ristampa e distribuzione sono a totale carico della Medical Systems che provvederà a spedire all'Autore cinquanta copie della monografia. Inoltre l'Autore avrà l'opportunità di presentare la monografia nella propria città o in altra sede nel corso di una serata speciale.

L'Autore della monografia cede tutti i pieni ed esclusivi diritti sulla Sua opera, così come previsti dagli artt. 12 e segg. capo III sez. I L. 22/4/1941 N. 633, alla Rivista *Caleidoscopio* rinunciando agli stessi diritti d'autore (ed acconsentendone il trasferimento ex art. 132 L. 633/41).

Tutta la corrispondenza deve essere indirizzata al Direttore Responsabile al seguente indirizzo:

Dott. Sergio Rassu
Via Pietro Nenni, 6
07100 Sassari

Adattamento psicosociale

Un buon adattamento psicosociale al diabete da parte del giovane e della sua famiglia rappresenta una condizione indispensabile per una efficace autogestione della condizione diabetica. In questo capitolo l'adattamento psicosociale sarà considerato nella sua globalità (96-97), mentre singoli aspetti o problematiche verranno ripresi in altri capitoli.

a. L'adattamento psicosociale va considerato 1) al momento della diagnosi e 2) a lungo termine, negli anni successivi alla diagnosi.

1. **Adattamento al momento della diagnosi.** Per l'équipe è necessario aver presente, per il trattamento iniziale, che alla comunicazione della diagnosi la famiglia del bambino con diabete si **confronta con il processo di perdita (lutto)**, consistente in una sensazione di mancanza e perdita di controllo. La reazione emozionale ed il superamento dello stato di perdita attraversa dinamicamente in successione le seguenti fasi:

- shock;
- rifiuto della diagnosi;
- rivolta e aggressività;
- compromesso;
- depressione;
- accettazione attiva.
- Alcuni pazienti alla diagnosi possono sperimentare confusione, disorientamento e difficoltà a comprendere le informazioni.

2. **Adattamento a lungo termine.**

- Il processo di adattamento continua per tutta la vita del diabetico secondo i suoi stadi di sviluppo.
- **Ogni stadio di sviluppo richiede una rielaborazione** dell'adattamento emozionale.

b. La compliance. Il rispetto da parte del giovane e della sua famiglia delle prescrizioni terapeutiche viene denominato compliance.

• **I fattori principali** che la influenzano sono:

- stato di salute e volontà del paziente di accettare le prescrizioni;
- la valutazione soggettiva della suscettibilità, vulnerabilità e grado di severità delle conseguenze negative;
- grado di interferenza sullo stile di vita da parte del trattamento,
- la percezione del paziente della sua abilità nel seguire le prescrizioni.

• **Barriere per la compliance.** Bisogna cercare con il diabetico e famiglia di identificare gli ostacoli che si frappongono ad una corretta autogestione:

- mancanza di un sistema di supporto;
- ridotta autostima;
- situazioni stressanti;
- risorse finanziarie insufficienti;
- mancanza di un programma educativo.

c. Comportamento appropriato. Un comportamento che può essere considerato appropriato da parte del giovane con diabete e della sua famiglia, e che riflette un buon adattamento psicosociale, è quello di:

- individuare le proprie responsabilità nell'autogestione;
- impegnarsi nel realizzare i comportamenti richiesti;
- concordare gli obiettivi con l'équipe;
- apportare modifiche adeguate allo stile di vita;
- partecipare ad un processo di educazione continua;
- mantenere contatti regolari con il centro diabetologico.

d. Ruolo della famiglia. L'adattamento della famiglia è di estrema importanza.

- I membri da coinvolgere sono i genitori e altri membri importanti (fratelli e nonni).
- I membri della famiglia hanno bisogno di educazione per aiutare e sostenere il diabetico nell'autogestione.
- I membri della famiglia sono coinvolti nel trattamento del diabete e devono essere educati all'autogestione, formandosi aspettative realistiche. Devono **fornire sostegno al diabetico senza assumere un tono critico di giudizio.**
- La famiglia che contribuisce all'autogestione e ad un soddisfacente controllo metabolico è **quella che fornisce sostegno, è coesa ed è organizzata.**
- Al contrario la famiglia in cui sono *presenti conflitti predispone ad una insufficiente compliance e ad un controllo glicemico insoddisfacente.*
- **I genitori devono essere concordi nella gestione del diabete.**
- Il diabetico in una famiglia disfunzionale può usare comportamenti inappropriati (bassa compliance o ruolo di malato) per tentare di organizzare la famiglia (ridurre la distanza tra i genitori, e/o eliminare conflitti genitoriali).
- I membri di una famiglia disfunzionale possono mostrare i seguenti comportamenti inappropriati:
 - 1) sottrarsi ai propri compiti; non sostenere il diabetico; sabotare i suoi sforzi o porre ostacoli al buon trattamento (paura, rifiuto);
 - 2) al contrario possono essere iperprotettivi, invischiati e favorire la dipendenza da parte del bambino o adolescente con diabete.

e. L'impatto del diabete. Spesso non viene tenuto nel debito conto

l'impatto che il diabete può avere nella vita del soggetto con diabete e nei suoi familiari.

- Le regole del trattamento del diabete possono avere un considerevole impatto sulla vita del diabetico e della sua famiglia.
- Il timore delle ipoglicemie è una delle più frequenti preoccupazioni del diabetico e della sua famiglia.
- Il diabete può interferire con la vita scolastica e lavorativa.
- Le relazioni personali del diabetico possono essere influenzate dal diabete.
- Il diabete può influenzare negativamente l'attività ricreativa e di relax.

f. Le risorse fornite dall'équipe. L'équipe diabetologica ha il compito essenziale di fornire educazione, sostegno e di migliorare la motivazione del giovane e della sua famiglia all'autogestione per un controllo glicemico soddisfacente.

g. Psicopatologia. Il diabete si associa con frequenza ai seguenti disturbi:

- sindrome depressiva, da riconoscere e trattare;
- episodi ricorrenti di chetoacidosi, che possono essere spia di situazioni familiari ed individuali non funzionali ;
- disordini della sfera alimentare.

h. Stress. Lo stress è il senso di tensione sia fisico che emozionale che si avverte in certe situazioni. Situazioni di stress cronico possono ostacolare l'autogestione del diabete.

- **Le cause potenziali di stress nel diabetico sono:**
 - rispetto degli orari,
 - procedure invasive,
 - sentirsi diverso,
 - pressioni da parte di amici,
 - costo del trattamento.
- **Valutazione dello stress.** In aggiunta a test per la valutazione dello stress i seguenti indicatori possono suggerire l'esistenza di una situazione di stress:
 - stato nutrizionale scadente,
 - ridotta attività fisica,
 - mancanza di sostegno sociale,
 - mancanza di attività di relax (hobby, attività fisica).
- Il terapeuta può, inoltre, ricavare altre informazioni sull'esistenza dello stato di stress del paziente con domande quali: "quanto ti senti nervoso?"; "Su una scala di stress da 1 a 10 che punteggio ti daresti?"

i. I fattori dell'autogestione. I fattori che influenzano la pratica dei comportamenti di autogestione sono i seguenti:

- **Il modello di salute del paziente** (quanto il paziente si ritiene suscettibile al diabete; quanto ritiene severa la sua condizione; quanti benefici pensa di trarre dall'autogestione; costi del diabete).
- **Luogo di controllo della malattia** (controllo da parte del paziente; controllo da parte di altri; casualità).
- **Autoefficacia** (quanto il paziente si ritiene capace di autogestirsi).
- **Capacità di reazione** agli stress emozionali.
- **Maturità cognitiva** (la responsabilità dell'autogestione va assegnata non sulla base dell'età ma della maturità realmente acquisita da parte del bambino e adolescente ad autogestire la propria condizione).
- **Stato attuale di salute.**
- **Supporto sociale** (familiare, scolastico, lavorativo).
- **Complessità del regime terapeutico** (nel senso che un trattamento complesso ne ostacola l'autogestione).
- **Livello di organizzazione dell'assistenza** da parte dell'équipe.

I. Come facilitare l'adattamento emozionale.

• Il primo passo per indurre un cambiamento è quello di valutare la situazione del paziente nei suoi aspetti non soltanto metabolici ma anche emozionali. Questa valutazione serve per identificare non solo **i punti di forza** del paziente ma anche le **sue aree di difficoltà**, in modo da pianificare un intervento educativo adeguato.

• Per facilitare comportamenti appropriati, il diabetico deve essere istruito all'autogestione, con istruzione e dimostrazione pratica dei comportamenti da realizzare.

• **Ristrutturazione cognitiva.** Per il confronto con situazioni emozionali il diabetico deve ricevere una ristrutturazione cognitiva.

- La ristrutturazione cognitiva si propone di indurre il paziente a ridefinire o ad assumere una nuova prospettiva su una situazione problematica con l'obiettivo di confrontarsi in maniera più efficiente col problema.
- Le strategie più usate della ristrutturazione cognitiva sono le seguenti:
 - a. **Problem solving.** Il problem solving è un processo in cui una persona analizza una situazione problematica, pianifica un intervento, lo pone in atto e ne valuta i risultati per riuscire a confrontarsi con successo al ripresentarsi della stessa situazione.
 - b. **Assertività.** Esercizio al miglioramento dell'autostima e alla affermazione delle proprie idee in maniera non aggressiva.
 - c. **Time management.** Esercizio a pianificare le proprie attività in modo da disporre di tempo libero.

- d. **Dialoghi con se stesso.** Esercizio a dialogare con se stesso con affermazioni positive, modificando i pensieri negativi.
- e. **Prevenzione delle ricadute.** Abituarsi ad individuare le situazioni che mettono a rischio il rispetto del trattamento, riconoscendone in anticipo i segni premonitori e mettendo in atto interventi correttivi preventivi.

m. Programma educativo. Un programma educativo efficiente si basa sulle seguenti risorse:

- a. équipe multidisciplinare (pediatra diabetologo; infermiere; dietista; assistente sociale; psicologo)
- b. disponibilità di una linea telefonica diretta e di frequenti contatti con il centro;
- c. gruppi educativi e di supporto;
- d. filosofia educativa dell'*empowerment*.
 - **Empowerment.** L'*empowerment* è una strategia che mette il diabetico in condizione di sentirsi partner del trattamento del suo diabete, individuando i comportamenti più appropriati per migliorare il controllo glicemico e la qualità della sua vita.
 - **La filosofia dell'*empowerment* si basa sulle seguenti premesse:**
 1. porre attenzione alla globalità fisico-psico-sociale del diabetico;
 2. trasferire sul diabetico la leadership e la possibilità decisionale;
 3. considerare l'autogestione come esperimento di vita che porta informazioni utili per gli adeguamenti e non successi o fallimenti;
 4. educazione alla scelta informata delle opzioni disponibili.
 - **L'educatore che vuole mettere in pratica interventi di *empowerment* deve riconoscere che:**
 1. il diabetico ha il controllo della situazione, avendo il diritto di veto e di scelta tra le opzioni disponibili;
 2. il suo ruolo non è quello di fornire al diabetico la risoluzione dei suoi problemi emozionali, bensì di consentirgli e di aiutarlo a individuare, esprimere e infine accettare le proprie emozioni.
 - Il *counseling* per l'*empowerment* viene descritto nel capitolo del *counseling*.

Problematiche psicosociali

Il trattamento giornaliero del diabete può influenzare in maniera più o meno rilevante la vita del bambino e della sua famiglia, modificandone comportamenti, routine e relazioni. E di converso, le problematiche psicosociali del bambino e famiglia possono influenzare la qualità del controllo glicemico (98- 101).

a. La crisi iniziale alla diagnosi. Alla comunicazione della diagnosi la famiglia, afflitta per la perdita dello stato di salute del bambino, cade in preda ad una serie di reazioni emotive: shock iniziale, incredulità e rifiuto della diagnosi, timore, ansia, poi rabbia, accuse e sensi di colpa (vedi adattamento psicosociale). Per nostra esperienza un colloquio iniziale, con risposte oneste, chiare e sincere alle domande delle famiglia, in un clima di empatica comprensione, può essere molto utile, se non necessario, per attenuare reazioni eccessive (vedi capitolo sulla diagnosi iniziale). Durante il breve ricovero iniziale dovrebbe essere fornita un'istruzione di base, diretta possibilmente ad entrambi i genitori e ad altri familiari che possono avere un ruolo nell'assistenza del bambino diabetico, affinché vengano apprese le nozioni ed i comportamenti necessari per l'autogestione della condizione diabetica a domicilio.

b. Adattamento psicosociale durante lo sviluppo del bambino con diabete (19, 100).

La problematica principale che la convivenza con il diabete pone in ambito familiare è quella della ricerca di un equilibrio tra le esigenze di sviluppo e di indipendenza del bambino e adolescente ed il compito di sostegno e di responsabilità terapeutica dei genitori. Il delicato bilanciamento tra queste due opposte esigenze va ricercato durante le diverse fasi dello sviluppo del bambino e pertanto appare pertinente una descrizione in chiave evolutiva dell'adattamento psicosociale al diabete (Tabella 24).

1. Adattamento nella prima infanzia. In quest'età i genitori sono ovviamente gli esclusivi interlocutori per il trattamento della condizione diabetica. Al bambino essi devono consentire una iniziale esperienza di controllo del mondo circostante, esperienza che può essere ostacolata dalla presenza del diabete; inoltre, il bambino non ha la capacità di comprendere la necessità di una collaborazione nei confronti delle pratiche intrusive della terapia (iniezioni, controllo glicemico, regole alimentari, ecc.) che possono, pertanto, diventare occasioni di conflittualità tra genitori e bambino. **Ai genitori viene richie-**

sta una particolare stabilità e forza emotiva per concordare una suddivisione di compiti e responsabilità onde poter stabilire una relazione adeguata con il bambino. Un altro problema è la prevenzione di gravi crisi ipoglicemiche, a fronte dell'imprevedibilità del comportamento alimentare e dell'attività fisica del bambino, per le ripercussioni sullo sviluppo intellettuale che esse possono avere. L'ansia e timore di crisi ipoglicemiche, specie notturne, induce i genitori a tenere livelli glicemici più elevati.

2. **Adattamento nell'età della scuola materna.** In questa età incominciano le aperture sociali della vita del bambino e quindi la famiglia si confronta con le prime esperienze di separazione così come con quelle di educazione di altri operatori nel contesto extra-familiare. Il bambino, inoltre, con un modalità di pensiero causa-effetto, può attribuirsi la colpa del diabete e considerare addirittura punizioni le pratiche del diabete. I genitori restano ancora i principali interlocutori terapeutici.
3. **Adattamento nell'età della scuola elementare.** Si intensifica, nella vita scolastica, l'inserimento del bambino nel gruppo dei coetanei con le conseguenti dinamiche di partecipazione, approvazione, confronto, competizione. È importante sottolineare ai genitori che le necessità del controllo del diabete non debbono rappresentare un ostacolo ad una sempre più larga socializzazione del bambino, onde non limitarne così l'acquisizione di un'immagine positiva di sé. Per il controllo del diabete bisogna porsi obiettivi realistici da raggiungere con la prevenzione di gravi crisi ipoglicemiche. Importante è l'esercizio ad un monitoraggio glicemico più frequente e la pratica di comportamenti preventivi degli scompensi iper-ipoglicemici. Il bambino può essere invitato ad una maggiore partecipazione all'autocontrollo (apprendere a riconoscere i sintomi dell'ipoglicemia; preparazione e scelta delle sedi dell'iniezione e, ad età maggiore, anche pratica dell'iniezione stessa); inoltre, l'équipe medica può iniziare a coinvolgere anche direttamente il bambino, oltre ai genitori, nelle scelte dello schema di trattamento.
4. **Adattamento nella fase iniziale dell'adolescenza.**
 - In questo periodo, della durata di 4-5 anni, si verificano radicali cambiamenti in diverse aree di sviluppo: nello stato fisico (scatto staturale, sviluppo dei caratteri sessuali secondari) ed in quello mentale (acquisizione del pensiero formale); nelle relazioni familiari (progressiva indipendenza) ed in quelle sociali (inserimento scolastico; relazioni dapprima con il gruppo dei coetanei e successivamente più ristrette con il partner). Le modifiche ormonali inducono una resistenza all'insulina con un aumento fisiologico del suo fabbisogno (vedi fisiopatologia). Per i suddetti cambia-

menti fisici e psicosociali, il mantenimento di un buon controllo del diabete, così importante a partire da quest'età per la prevenzione delle complicanze, è particolarmente difficile in questo periodo, tanto che è da mettere in conto un quasi inevitabile peggioramento del controllo glicemico nel periodo dell'adolescenza (vedi trattamento nell'età dell'adolescenza).

- Se il diabete ostacola la partecipazione al gruppo dei coetanei, il giovane può reagire con il rifiuto della terapia (per sentirsi "normale"), col nascondere il suo diabete o, al contrario, isolandosi e limitando la sua vita sociale. Le pratiche del diabete (iniezioni, monitoraggio glicemico) possono minare l'immagine corporea dell'adolescente, e, d'altra parte, le difficoltà del controllo proprie di quest'età, con le oscillazioni glicemiche, possono ridurre il senso di autostima e confidenza nelle proprie capacità, che proprio in questo periodo l'adolescente va sviluppando. La preoccupazione per il peso corporeo, specie nelle ragazze, può essere alla base di disturbi del comportamento alimentare con ripercussioni sul controllo glicemico (con comportamenti distruttivi come riduzione o addirittura sospensione della somministrazione d'insulina) (vedi disturbi del comportamento alimentare nell'adolescenza). L'atteggiamento razionale e critico spinge l'adolescente alla ricerca di una più reale e veritiera presa di conoscenza della condizione diabetica, anche con più dichiarate lamentele e rifiuti del diabete.

5. Adattamento nella fase finale dell'adolescenza. In questa età si cerca di far acquisire all'adolescente una sempre più completa autonomia e indipendenza nella gestione del diabete. A questo proposito si raccomanda di procedere secondo le reali capacità e possibilità del giovane, evitando una sopravvalutazione ed un sovraccarico di responsabilità e compiti che l'adolescente non sia in grado di sostenere. Un adeguato intervento di sostegno e supervisione da parte dei genitori per l'intero periodo dell'adolescenza è di importanza critica per il conseguimento di un buon controllo metabolico. L'equipe medica deve adeguare le modalità d'interazione con la famiglia, prevedendo incontri che consentano al giovane la possibilità di colloqui individuali, senza la presenza dei genitori, per poter esprimersi liberamente sulle varie problematiche della condizione di adolescente con il diabete. La partecipazione a campi per diabetici o a gruppi educativi o di sostegno può risultare molto utile.

c. Fattori psicosociali del controllo glicemico.

La qualità del controllo glicemico è influenzato da fattori di diversa natura: parametri fisiologici (dose d'insulina, alimentazione ed attività fisica);

1. All'età della prima infanzia (0-3 anni).
 - Effettuare il monitoraggio giornaliero e prevenire le ipoglicemie gravi.
 - Impostare un regime alimentare a fronte dell'irregolarità dei comportamenti alimentari di quest'età.
 - Praticare lo schema di iniezioni d'insulina, confrontandosi con l'incapacità del bambino a comprendere la necessità dell'iniezione d'insulina.
 - Risolvere le conflittualità con i fratelli per una possibile diseguale attenzione nei loro confronti.
2. All'età della scuola materna (4-5 anni).
 - Separazione dall'ambiente familiare e adattamento alle aspettative dei maestri.
 - Il bambino si incolpa per il diabete; considera come punizioni le iniezioni e le restrizioni del trattamento.
3. All'età della scuola elementare (6-11 anni).
 - Impegnarsi in diverse attività nel gruppo dei coetanei.
 - Educare sulle problematiche del diabete il personale in ambiente scolastico, sportivo o di altre attività.
 - Iniziale coinvolgimento nell'autogestione (riconoscimento dei sintomi dell'ipoglicemia; scelta degli spuntini; dosaggio glicemia, glicosuria; scelta delle sedi d'iniezione).
4. Nella fase iniziale dell'adolescenza (12-15 anni).
 - Formarsi autostima adeguata e immagine di sé positiva.
 - Riconoscere il processo di maturazione dell'adolescente (da parte dei genitori).
 - Inserimento nel gruppo dei coetanei.
 - Assunzione di sempre maggiori responsabilità dell'autogestione.
 - Mantenere un buon controllo glicemico a fronte dell'incremento del fabbisogno d'insulina per la resistenza fisiologica puberale all'insulina.
 - Mantenere un buon controllo glicemico a fronte della preoccupazioni per l'aumento del peso corporeo.
5. Nella tarda adolescenza (16-20 anni).
 - Acquisire maggiore indipendenza dai genitori.
 - Relazioni con il partner.
 - Programmare inserimento lavorativo.
 - Acquisire completa autonomia nell'autogestione del diabete.

Tabella 24. Aspetti psicosociali evolutivi per la famiglia con un bambino e adolescente con diabete.

conoscenze specifiche sul diabete; capacità pratiche (tecnica d'iniezione e di monitoraggio glicemico); capacità di autogestione e di aderenza alla terapia; aggiustamento emozionale e psicologico individuale e familiare. E' necessario prendere in considerazione le molteplici condizioni (caratteristiche familiari, fattori culturali, decorso della malattia) che possono consentire un normale sviluppo psicosociale in una condizione cronica quale quella diabetica o associarsi a problemi psicologici.

- **Influenze familiari sul controllo glicemico (101-103).** La condizione cronica del diabete modifica la vita familiare. La famiglia deve riorganizzare la sua routine per effettuare il monitoraggio glicemico e le iniezioni d'insulina; deve adeguare l'alimentazione; deve mettere in atto strategie per migliorare il controllo; deve saper bilanciare le richieste del bambino con diabete con quelle del resto della famiglia. Non sorprende che l'ambiente familiare, pertanto, possa avere una profonda influenza sul controllo glicemico. Un insieme di studi e osservazioni consente, ormai, di delineare **le caratteristiche delle famiglie in cui il bambino o adolescente con diabete può avere uno scadente controllo glicemico, o in cui si verificano frequenti episodi di ricoveri per scompenso chetoacidotico.** Queste famiglie
 - sono disorganizzate e con elevata conflittualità fra i membri;
 - manca il rispetto reciproco fra i familiari;
 - i genitori sono in disaccordo sulle modalità di trattamento;
 - i genitori limitano l'acquisizione di indipendenza del bambino con diabete;
 - sono ridotte la comunicabilità e possibilità di espressione di sentimenti;
 - sono famiglie che vivono in condizioni di stress elevato e che hanno limitate risorse di reazione;
 - in genere è intenso il grado di coinvolgimento (invischiamento) o di disinteresse (disimpegno);
 - queste famiglie non sono in grado di assicurare una continuità di supporto e di sostegno al bambino o adolescente con diabete.
- **Caratteristiche di bambini e adolescenti in controllo glicemico insoddisfacente.** E' anche possibile, per converso, delineare le caratteristiche che presentano i bambini o adolescenti in scadente controllo glicemico. Questi soggetti con maggior probabilità possono avere problemi di accettazione del trattamento; mostrare disturbi comportamentali; appartenere più di sovente a famiglie con basso livello socio-economico; far registrare frequenti ricoveri per chetoacidosi; presentare disturbi del comportamento alimentare; avere ridotto rendimento intellettuale per gravi ipoglicemie o anche per ripetute ipoglicemie lievi. Quest'ultima conseguenza non va trascurata quan-

do ci si pone l'obiettivo del raggiungimento di una glicemia normale con un trattamento insulinico intensivo.

d. Barriere per la compliance o aderenza. E' abituale, durante gli incontri con l'équipe diabetologica, che venga valutata la compliance o meglio l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche da parte della famiglia e del giovane con diabete. Spesso, tuttavia, non si considerano con la dovuta attenzione le seguenti situazioni che possono rappresentare barriere o ostacoli all'autogestione: mancanza di un sistema di supporto e sostegno familiare o sociale; ridotta autostima negli adolescenti e nei genitori; presenza di situazioni stressanti personali e familiari; ridotte risorse finanziarie familiari; mancanza di un adeguato programma educativo e di supporto sviluppato dall'équipe curante.

e. Psicopatologia nel diabete. Il diabete può associarsi ad alcune situazioni psicopatologiche che richiedono la consulenza e l'intervento dello psicologo e/o psichiatra. Può svilupparsi nel giovane o genitori una sindrome depressiva, che va riconosciuta e trattata. Inoltre, possono venire svelate o accentuate situazioni familiari disfunzionali, le cui spie sono i frequenti ricoveri per chetoacidosi, che vanno, pertanto, opportunamente valutati e considerati anche sotto questo aspetto. Infine, è importante tenere presenti nel diabete i disturbi della sfera alimentare, specie nelle ragazze, che ricorrono a diete o anche alla riduzione o omissione della dose d'insulina per controllare il peso (vedi capitoli relativi).

f. Il programma e gli interventi educativi e di supporto (104).

• Intervento terapeutico fondamentale, alla pari della terapia insulinica ed al controllo dell'alimentazione e dell'attività fisica, è lo sviluppo di un programma educativo e di supporto psicosociale.

• **Il programma educativo e di supporto.** Bisogna assicurare alla famiglia l'istruzione per l'acquisizione delle conoscenze specifiche sul diabete e delle pratiche necessarie all'autogestione. Tale istruzione standard andrà svolta al momento della diagnosi ed in seguito periodicamente, specie nelle fasi di transizione (adolescenza). Più efficaci risultano i programmi, individuali o in gruppo, che combinano l'istruzione con l'esercizio alla risoluzione dei problemi, all'uso delle informazioni per l'adeguamento della dose ed il rinforzo positivo. Per migliorare l'accettazione e l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche saranno utili incontri di gruppo (per adolescenti e genitori insieme o separatamente; campi scuola) per l'istruzione, per l'eliminazione delle barriere all'autogestione, per il rinforzo, per il miglioramento della comunicazione tra giovane, famiglia ed équipe, per il coinvolgimento della famiglia e per il sostegno sociale (vedi capitoli sull'educazione e sui gruppi).

- **L'accettazione o meglio la convivenza con il diabete.** Sin dalla comunicazione della diagnosi i genitori ed il bambino o adolescente si pongono il problema dell'accettazione o almeno della convivenza con la condizione diabetica ormai definitivamente entrata nella loro vita.
- D'altra parte, l'équipe diabetologica ha il compito di mettere in atto **le strategie che consentano alla famiglia di confrontarsi con successo con il trattamento e, se non ad accettare, almeno riuscire a convivere con la condizione diabetica.**
 - **Riconoscere il peso del trattamento.** Il primo passo nel processo di accettazione e convivenza con il diabete è il riconoscimento, che la famiglia richiede e che l'équipe diabetologica è invitata a fare, dell'impatto anche notevole che il diabete può avere sulla vita della famiglia. Può essere difficile, infatti, modificare le abitudini familiari per rispettare gli orari delle iniezioni e dei controlli glicemici e l'alimentazione prescritta. Il rispetto della terapia può rendere a volte tesi i rapporti tra genitori e figli ma anche tra gli stessi genitori. La regolarità della vita scolastica e, in seguito, di quella lavorativa, può essere disturbata. Le attività sociali e di relazione del giovane possono risultare limitate. La famiglia vive nel costante timore di crisi ipoglicemiche gravi. L'accettazione delle regole della terapia è più facile da parte del bambino nell'età della scuola elementare, mentre è da attendersi una ridotta aderenza alle prescrizioni terapeutiche in età prescolare o nell'adolescenza. Infine, gli incontri periodici nel centro diabetologico possono essere vissuti dalla famiglia e dal giovane come "esami da superare" e dai quali la famiglia ritorna a casa spesso con un senso di sfiducia e di delusione per i valori non buoni di emoglobina glicosilata o del controllo glicemico. In altri termini, le forze della famiglia e del giovane possono essere messe a dura prova ed è necessario riconoscere come possa essere veramente difficile rispettare tutte le raccomandazioni terapeutiche.
 - **Attitudine positiva alla normalizzazione.** Dopo il riconoscimento delle difficoltà, una prima strategia è quella di avere un'attitudine alla normalizzazione rispetto alle situazioni di difficile risoluzione, quasi sempre definite "problematiche" come espressione di un atteggiamento negativo di incapacità. Bisogna invitare la famiglia ad avere, piuttosto, atteggiamenti positivi e ad affrontare le difficoltà della gestione del diabete come **difficoltà normali** per una condizione cronica quale quella del diabete: ogni famiglia con diabete deve attendersi queste situazioni, deve confrontarsi con esse e cercare di rispondere nel miglior modo possibile, secondo le proprie capacità e possibilità. L'équipe diabeto-

logica, oltre a dare risposte e risoluzioni, deve anche svolgere azione di educazione e stimolo alle famiglie ad esercitarsi a rispondere alle varie difficoltà del controllo del diabete.

- **Responsabilizzazione all'autogestione.** La famiglia e il giovane sono partner terapeutici e vanno, quindi, educati e stimolati ad assumersi la responsabilità ed il carico della gestione del diabete, in collaborazione ovvia con l'équipe curante. Bisogna che la famiglia pensi in maniera positiva di essere capace di controllare il diabete e non di farsi controllare dal diabete. Seguendo le strategie comportamentali, gli obiettivi proposti devono essere raggiungibili, con compiti che la famiglia può essere in grado di svolgere (vedi capitolo sul metodo comportamentale). Quando si ha fretta di assegnare all'adolescente responsabilità di autogestione che non è capace di sostenere quasi inevitabilmente si ha un mancato rispetto delle pratiche terapeutiche e quindi un controllo glicemico scadente. La famiglia, pur senza diventare invasiata e opprimente, non deve smettere troppo precocemente di fornire sostegno e guida al giovane che sta imparando ad autogestirsi il diabete.
- **Accordo e gradualità delle prescrizioni.** Ogni obiettivo terapeutico va adeguato al bambino e famiglia, concordato tra giovane, famiglia ed équipe, e raggiunto con gradualità, con poche opportune modifiche per volta (metodo comportamentale). Obiettivi terapeutici troppo ambiziosi (come, per esempio, cercare di raggiungere ad ogni costo valori di emoglobina normali, o quasi, specie in bambini piccoli) possono non essere alla portata di una determinata famiglia e rappresentare, al contrario, per questo stesso fatto, una barriera contro l'ottenimento di un controllo migliore.
- **Attitudine ad evidenziare i risultati positivi e ad essere ottimisti.** Frequentemente si sottolineano solo gli aspetti negativi; si fa uso del rimprovero per obiettivi non raggiunti; si attribuiscono colpe e responsabilità. Ne deriva un senso di sfiducia e di incapacità. Invece, bisogna acquisire l'attitudine a mettere in evidenza i risultati positivi, i progressi ed i miglioramenti raggiunti e conseguiti, anche se piccoli e parziali. In questa maniera si può stabilire un clima di fiducia nella capacità di autogestione del diabete e di incoraggiamento per un ulteriore impegno. L'autoestima del bambino e della famiglia può, così, migliorare e non essere compromessa dalle difficoltà dell'autogestione. Infine, ma non meno importante, è l'attitudine positiva ad essere ottimisti sulla possibilità di autogestione e di convivenza con il diabete, riuscendo a mantenere un buon controllo glicemico, così importante per la prevenzione delle complicanze.

- Mancato raggiungimento degli obiettivi delle diverse fasi di sviluppo.
- Frequenza scolastica problematica (assenteismo, rendimento scolastico deficitario).
- Accentuati stati di ansia e depressione, problemi di apprendimento scolastico o altre problematiche mentali.
- Incapacità a cooperare con compiti di autogestione appropriati con le fasi di sviluppo.
- Più di una ospedalizzazione per anno per diabete senza spiegazione apparente.
- Perdita di peso e iperglicemie persistenti (con elevate percentuali di HbA1c), specie nelle ragazze.

Tabella 25 . Indicazioni di rischio per bambino e adolescente con diabete con necessità di valutazione e intervento psicosociale.

L'educazione sanitaria

L'educazione sanitaria del bambino e adolescente con diabete e della sua famiglia rappresenta l'intervento terapeutico cardine in aggiunta alla terapia insulinica e all'adeguamento dietetico e dell'attività fisica. Per un efficace intervento di educazione sanitaria è necessario che l'équipe diabetologica adotti un modello educativo e sia in grado di svilupparlo in un concreto programma d'istruzione (20; 96; 104-108).

a. Premesse pedagogiche (19-20).

1. L'interazione educativa. È compito dell'équipe diabetologica, con un'efficace interazione educativa, consentire al diabetico di apprendere non solo le specifiche nozioni e abilità pratiche sul diabete, ma anche acquisire atteggiamenti o attitudini positive nei confronti del suo stato diabetico, interesse per l'intervento terapeutico e la convinzione di essere in grado di poter autogestire la malattia.

- **Ogni obiettivo terapeutico ha quattro aspetti** che vanno appresi:
 - *conoscenze* (nozioni specifiche);
 - *comportamenti* (abilità pratiche da mettere in atto);
 - *attitudini* (convinzioni, premesse relative all'obiettivo da conseguire);
 - *relazioni* (da stabilire con altri componenti nel contesto in cui si opera).
- L'équipe deve consentire la **comprensione** di ogni obiettivo terapeutico: spiegare le nozioni necessarie; dimostrare le abilità pratiche richieste; discutere gli atteggiamenti da acquisire; favorire le relazioni opportune da stabilire nel contesto familiare e sociale per conseguire l'obiettivo terapeutico.
- La **motivazione** va incentivata:
 - individualizzare gli obiettivi che devono risultare per il soggetto significativi, concreti e precisi;
 - definire in modo chiaro i compiti da eseguire;
 - rendere il diabetico consapevole del proprio progresso;
 - confermare i successi;
 - stabilire un rapporto interpersonale di comprensione, identificazione e accettazione.
- L'**esercizio** è necessario per assicurare la permanenza di ciò che si è appreso e l'équipe deve indurre il diabetico ad una partecipazione attiva, in situazioni diverse, ma significative, con l'uso costante delle nozioni e dei comportamenti appresi.

2. Facilitare e individualizzare. L'educatore deve svolgere due azioni di base: facilitare e individualizzare l'apprendimento/insegnamento.

- Per facilitare l'apprendimento dei contenuti educativi è utile l'istruzione programmata in cui il programma viene suddiviso in unità più semplici, monoconcettuali, di facile acquisizione (109, 110, 114).
- L'individualizzazione dello apprendimento si realizza con la **strategia del mastery learning o "apprendimento per padronanza"**: la somministrazione di una singola unità di istruzione deve essere seguita da un'immediata valutazione "formativa" individuale, che deve indicare al soggetto le nozioni non padroneggiate con i suggerimenti di recupero; il ritmo di apprendimento individuale con la strategia del mastery learning è rispettato perché il soggetto procede ad unità d'apprendimento successive dopo aver padroneggiato quelle precedenti (115, 116).

3. L'intervento programmato. L'interazione educativa, per risultare efficace, va programmata e svolta in una successione temporale di fasi (119) che sono le seguenti:

- a) definire inizialmente gli obiettivi, ossia i comportamenti finali che si intendono conseguire con l'apprendimento;
- b) accertamento iniziale, vale a dire l'indagine delle condizioni di partenza, per individuare gli obiettivi educativi da apprendere;
- c) presentazione del compito, con la scelta di contenuti e procedure pertinenti (strategie, tecniche e mezzi didattici);
- d) valutazione formativa, per la verifica dei risultati o delle nozioni apprese, con l'indicazione dei suggerimenti correttivi.

b. Il modello educativo.

• **Il sistema da educare.** Il trattamento del diabete richiede che siano impegnati nella gestione della condizione diabetica bambino, genitori e famiglia, équipe terapeutica, componenti esterne che possono svolgere ruoli significativi.

- Il bambino e giovane con diabete va educato gradualmente ad assumere un ruolo sempre più attivo ed autonomo, commisurato alle sue capacità e disponibilità di comprensione e coinvolgimento (i bambini di età 6-10 anni rispettano nella quasi totalità la dieta, nel 50% dei casi dosano glicosuria, iniettano l'insulina e aggiornano il diario, in minor percentuale dosano la glicemia e adeguano la dose; tali comportamenti sono praticati in percentuale più elevata, fino al 100%, nell'adolescente 11-13 anni; in seguito è elevata la percentuale di adolescenti che dosa la glicemia, inietta e adegua la dose d'insulina, mentre decresce la percentuale di soggetti che dosa la glicosuria, rispetta la dieta e compila il diario).
- I genitori hanno l'intero onere del trattamento in età prescolare;

nelle età successive essi devono consentire al bambino una graduale acquisizione dell'autogestione; nell'adolescenza è necessario trovare un giusto equilibrio fra i compiti di controllo dei genitori e le richieste di autonomia del giovane; infine, tra i genitori deve stabilirsi un clima di mutua collaborazione che riequilibri eccessivi sovraccarichi di responsabilità, assunti più frequentemente dalla madre, e disimpegni, specie da parte del padre.

- Con il pediatra di base potrà essere instaurato un rapporto di collaborazione che andrà di volta in volta definito secondo le disponibilità che egli vorrà avere.
- Anche l'ambiente scolastico potrà essere informato, ponendo attenzione, tuttavia, al grado di coinvolgimento proposto al personale della scuola, in quanto un'eccessiva richiesta di vigilanza o prestazioni potrebbe avere ripercussioni sulla vita scolastica del bambino.
- **Obiettivi educativi (117-118)**. Ogni obiettivo terapeutico comporta nozioni, attitudini, relazioni e comportamenti da apprendere (Tabella 26). L'intervento educativo deve tendere all'adeguamento reciproco, in ogni componente del circuito educativo, di tutti questi aspetti per ogni obiettivo dell'autogestione della malattia. Si consideri, per esempio, l'obiettivo del riconoscimento, trattamento e prevenzione della crisi ipoglicemica.
 - a) Le nozioni da apprendere sono quelle relative alle cause, ai patterns glicemici predittivi, ai sintomi, alle modalità di trattamento e di prevenzione.
 - b) Le attitudini da acquisire sono quelle della consapevolezza che la crisi ipoglicemica può verificarsi quanto più i valori glicemici sono prossimi ai normali; la fiducia nella capacità di diagnosi precoce e trattamento efficace anche a domicilio; la fiducia nella possibilità e capacità di prevenzione; la necessità di partecipazione di tutti i componenti familiari.
 - c) I comportamenti da mettere in atto sono quelli di aggiornare il diario glicemico e valutarlo; di riconoscere sintomi e cause; interventi di trattamento e prevenzione (avere a disposizione e somministrare zucchero; disporre del glucagone; avere con sé tesserino di riconoscimento; adeguare le dosi d'insulina).
 - d) Le relazioni da stimolare tra bambino, famiglia ed équipe sono quelle di istruzione, guida, partecipazione reciproca.
 - e) Pertanto, il riconoscimento, il trattamento e la prevenzione delle crisi ipoglicemiche sarà possibile se l'intervento educativo avrà consentito l'apprendimento di tutti gli aspetti cognitivi, attitudinali, relazionali e comportamentali connessi con questo obiettivo dell'autogestione della malattia diabetica.
- **Tecniche e strumenti educativi integrati**. Il modello educativo, oltre che sistemico, deve essere integrato.

- Innanzitutto l'équipe diabetologica deve essere multidisciplinare (composta da pediatra con competenze specifiche, dietista, assistente sociale, infermiera, psicologo), deve acquisire adeguata formazione pedagogica e soprattutto deve avere uniformità di linguaggio e di interventi.
- In secondo luogo deve realizzare interventi educativi integrati medico-psico-sociali: a) istruzione; b) ristrutturazione cognitiva; c) monitoraggio; d) assegnare compiti relazionali (20).
 - a. L'istruzione consente l'apprendimento di nozioni, abilità pratiche, operazioni mentali necessarie per la conoscenza e comprensione di ogni obiettivo educativo.
 - b. La ristrutturazione cognitiva è diretta all'adeguamento di attitudini (premesse, convinzioni, atteggiamenti), interpretandole e presentandole in forma alternativa utile e accettabile per il paziente (vedi capitolo adattamento psicosociale).
 - c. Per monitoraggio si intende la registrazione di nozioni acquisite, di risultati metabolici, di comportamenti: esso consente la documentazione oggettiva del processo di apprendimento per una sua presa di coscienza e per una valutazione correttiva.
 - d. L'assegnazione del compito relazionale ha per scopo di coinvolgere reciprocamente tutti i componenti nel processo di apprendimento e di realizzazione di ogni obiettivo terapeutico.
 - e. Per far apprendere al bambino diabetico le nozioni specifiche sul diabete l'équipe deve disporre di strumenti didattici multimediali (libri, manuali, audiovisivi, computer) tali da assicurare l'apprendimento attraverso una varietà di strumenti alternativi (111- 112).
- **La valutazione** è necessaria per documentare in maniera oggettiva l'apprendimento di nozioni e di abilità pratiche.
 - Sono indispensabili questionari per valutare le conoscenze (con domande a scelta multipla) e liste di controllo per valutare i comportamenti. Inoltre, l'équipe deve disporre di questionari per valutare la compliance (vedi metodo comportamentale) e le attitudini, da compilare durante gli incontri periodici con il diabetico, per seguirne in maniera quantificabile ed oggettiva la pratica dei comportamenti di autogestione.
 - Ogni valutazione deve avere un significato "formativo" (110), poiché deve fornire al diabetico informazione su quanto è stato in grado di apprendere insieme con suggerimenti di recupero per padroneggiare meglio le nozioni non ancora apprese (mastery learning).

c. Il programma d'istruzione. Va articolato in momenti diversi: educazione iniziale; successiva (individuale, in gruppo, soggiorni per diabetici); durante la visita periodica programmata presso il centro diabetologico.

• **L'educazione iniziale.** Il periodo del ricovero iniziale **rappresenta la prima importante occasione** di educazione sanitaria.

1. La famiglia ha una iniziale reazione di shock e di rifiuto quando viene informata della diagnosi; tuttavia, essa mostra, sin dai primi giorni, una positiva disponibilità ad apprendere quanto necessario per un'iniziale autogestione della nuova condizione diabetica del bambino. A ciò contribuisce molto un rapporto interpersonale aperto, comprensivo e motivante tra famiglia ed équipe: vanno con delicatezza eliminati i sensi di colpa dei genitori e speranze di guarigione immediata e definitiva; alla famiglia va data fiducia nella sua capacità di autogestione in collaborazione con l'équipe (è particolarmente rassicurante per la famiglia la reperibilità e il contatto telefonico continuo che il Centro mette a disposizione esclusiva dei diabetici); ai genitori bisogna far comprendere che è necessaria una loro mutua collaborazione e che devono avere nei confronti del bambino diabetico un atteggiamento che eviti favoritismi e differenze di educazione nei confronti dei fratelli.
2. Durante questo iniziale ricovero, in genere di una settimana, è possibile fornire alla famiglia una completa istruzione di base: informazioni sul diabete; monitoraggio della glicemia, glicosuria, acetonuria; iniezione d'insulina e adeguamento dose; sintomi e prevenzione ipoglicemia; pianificazione dell'alimentazione.

• **L'educazione successiva.** L'istruzione impostata all'inizio **va sempre più approfondita e adeguata**, per consentire alla famiglia e al bambino una sempre maggiore capacità di autocontrollo.

1. L'istruzione può essere realizzata **in maniera individuale** con lo studio dei manuali a domicilio o l'uso del computer in Reparto. È il metodo da noi seguito con i manuali e i programmi computerizzati da noi realizzati e che consentono una autonoma e personalizzata istruzione, valutazione e reistruzione del bambino diabetico ad ogni visita programmata in reparto.
2. Il metodo generalmente seguito è quello di **corsi di lezione in gruppo**, che possono essere un'utile esperienza collettiva di apprendimento. **Per la pianificazione della lezione possono valere i seguenti suggerimenti:**
 - costituire gruppi di 10-20 bambini;
 - presentare in maniera concisa e breve le informazioni da ritenere;
 - evidenziare all'inizio della lezione in maniera chiara le nozioni da apprendere, perché la ritenzione dell'informazione ricevuta diminuisce rapidamente (dopo 5 minuti il 50% delle informazioni è dimenticato);
 - usare un linguaggio comprensibile e adeguato al bambino;
 - fornire il paziente di materiale scritto da consultare dopo l'incontro;

- effettuare una valutazione formativa dopo l'incontro per il richiamo selettivo delle nozioni non ritenute;
 - pianificare in stadi l'intervento educativo.
3. Altra opportunità educativa sono i **soggiorni per diabetici** che rappresentano una sicura occasione di educazione globale per il bambino che vi partecipa (120).
4. *Gruppi educativi e di supporto* sono utili per diabetici adolescenti allo scopo di migliorarne la compliance (vedi capitolo sui gruppi). Nella adolescenza si richiede un radicale riadeguamento del sistema terapeutico. L'adolescente diabetico, che deve essere guidato alla gestione indipendente del trattamento, deve rivedere le conoscenze precedenti sulla base dell'acquisizione del pensiero formale; egli, inoltre, deve riorganizzare attitudini, relazioni e comportamenti, in ambito familiare, sociale e con l'équipe, come risultato di un adeguamento globale della sua personalità. Per l'adolescente è necessario rivedere la sua accettazione del diabete, con tutte le problematiche che ciò comporta. Un reciproco aggiustamento è richiesto ai genitori ed all'équipe per un'adeguata negoziazione di ruoli e compiti di autonomia e controllo.
- **La visita di controllo come occasione di un intervento educativo integrato e sistemico (113).**
 - Tuttavia, l'intervento educativo, se vuole risultare significativo ed efficace, deve potersi integrare con le altre modalità d'intervento dell'équipe, per non correre il rischio di apparire ed essere inteso dal diabetico come facoltativo e di secondaria importanza. In tal senso, le occasioni più importanti e appropriate sono rappresentate dalle visite periodiche che generalmente ogni Centro programma annualmente: opportunamente pianificate e articolate, esse devono essere vissute come un'occasione di apprendimento globale per ogni diabetico. Una descrizione e discussione dettagliata viene presentata nel capitolo dell'intervento integrato.
 - L'educazione sanitaria offre al giovane diabetico e famiglia l'opportunità di essere partner motivati e partecipi del trattamento della propria condizione. D'altra parte l'équipe diabetologica deve integrare l'educazione sanitaria in una strategia assistenziale globale medico-psico-sociale.

- **Nozioni generali sul diabete.**
- **Insulina:** azione; tipi; tecnica d'iniezione; adeguamento dosi a variazioni di glicemia, alimentazione e attività fisica.
- **Glicemia, glicosuria, acetonuria:** significato; tecnica e tempi dei controlli.
- **Ipoglicemia :** cause, sintomi, trattamento, prevenzione
- **Iperglicemia:** cause, sintomi, trattamento, prevenzione.
- **Alimentazione:** composizione alimenti; liste di scambio; programmazione del menu giornaliero e sue variazioni in occasioni particolari e durante malattie.
- **Attività fisica:** importanza e pratica regolare; integrazione con insulina e alimentazione.
- **Diario:** registrazione dei dati del monitoraggio domiciliare; annotazioni utili per la comprensione delle variazioni glicemiche; uso appropriato per l'adeguamento dosi.
- **Relazioni familiari:** mutua collaborazione tra genitori; evitare eccessivi invischamenti o disimpegni; equilibrio tra autonomia del giovane diabetico e controllo dei genitori.
- **Rapporti con l'équipe:** collaborazione; contatti adeguati per consigli terapeutici, controlli, corsi d'istruzione.
- **Atteggiamenti psicosociali:** accettazione dello stato diabetico e della necessità e utilità dell'autogestione; partecipazione ad attività associative utili per il miglioramento della vita sociale del diabetico.

Tabella 26. Argomenti di educazione sanitaria per il bambino diabetico.

Gruppi educativi e di sostegno nella educazione del diabetico

L'educazione sanitaria per il giovane con diabete e la sua famiglia prevede incontri di gruppo. L'équipe diabetologica deve acquisire esperienza in questa metodologia educativa (127- 130).

a. Obiettivi del gruppo educativo o di supporto. Il gruppo può essere utile per

- discutere i contenuti del programma educativo, facilitando il trasferimento delle conoscenze in azioni;
- consentire di evidenziare aspetti differenti del comportamento del soggetto con diabete e della sua famiglia;
- fornire ai diabetici opportunità di sostegno reciproco, di scambio di idee e soluzioni quando si confrontano sugli stessi problemi.

b. La struttura del gruppo.

• **Numero di partecipanti.** Il gruppo ideale è composto da 6 a 10 membri. Questo numero è sufficiente per consentire a tutti i componenti di partecipare attivamente, oltre che a consentire al conduttore di interagire con ciascuno di essi.

• **Comunicazione.** Il gruppo deve consentire una comunicazione in tutte le direzioni tra i partecipanti (la comunicazione a una via è dal conduttore verso il gruppo; quella a due vie è tra conduttore e partecipanti).

• **Durata.** La durata di ogni sessione è di 1-2 ore, tempo ritenuto adeguato per consentire a tutti i membri adeguata concentrazione. Il numero degli incontri varia secondo l'agenda degli argomenti; il numero ottimale è 5 incontri. La periodicità può essere mensile.

c. Composizione del gruppo.

• Il gruppo trae beneficio da una certa diversità tra i membri. Anche utile è inserire diabetici con differente grado di controllo glicemico e severità di malattia. Il gruppo è composto da soggetti estroversi e introversi; da soggetti che portano subito un contributo al gruppo e quelli che inizialmente ascoltano e contribuiscono in tempi più tardivi: entrambi i tipi di partecipanti sono utili al successo della discussione.

• Lo staff è anche un componente vitale del gruppo ma bisogna porre attenzione a non sovraccaricare il gruppo con il personale. I pazienti devono sempre essere in predominanza.

- Un altro principio è che il gruppo non deve essere sacrificato per un singolo partecipante che deve gentilmente essere allontanato se boicotta con la sua partecipazione l'attività del gruppo.

d. Ruolo del conduttore.

- Il conduttore è responsabile di quanto avviene nel gruppo.

- **Creare un'adeguata atmosfera.** Per consentire ai partecipanti un libero dialogo, nel gruppo deve instaurarsi un'atmosfera di apertura. La disposizione delle sedie non deve suggerire distinzioni gerarchiche tra conduttore e partecipanti. I momenti introduttivi sono importanti. Il conduttore arriva per primo in modo da salutare i partecipanti al loro arrivo. Dopo che il gruppo si è costituito ogni partecipante introduce se stesso. All'inizio il conduttore chiarisce l'obiettivo del gruppo che è quello di consentire ai vari membri di discutere gli aspetti importanti della loro condizione.

- **Facilitare la comprensione.** Attraverso domande aperte il conduttore consente di mettere in evidenza argomenti che potranno essere discussi in un momento successivo. Il conduttore si assicura che i partecipanti esprimano sensazioni e preoccupazioni, che, se non espresse, potrebbero impedire la comprensione.

- **Ascolto.** Il conduttore si preoccupa di dare la propria totale attenzione al gruppo in modo da individuare i partecipanti silenziosi, stimolarli alla conversazione per incoraggiare una partecipazione totale del gruppo su ogni argomento.

- **Favorire un'adeguata comunicazione.** Il conduttore parla il meno possibile; evita di interrompere i partecipanti quando riescono a comunicare tra loro come gruppo; non risponde immediatamente ad una domanda rivolta-gli da un partecipante ma chiede al gruppo di rispondere ("che cosa pensate di questo?"); quando tuttavia l'intero gruppo richiede una sua risposta il conduttore esprime la propria opinione liberamente e onestamente, avendo cura di parlare nella maniera più breve possibile evitando monologhi.

- **Porre uguale attenzione agli aspetti tecnici così come a quelli psico-emozionali.** Il conduttore guida il gruppo in modo che i membri si rendano conto dell'uguale importanza che hanno gli aspetti tecnici ed emozionali nell'autogestione del diabete.

- **Mostrare atteggiamento non giudicante.** Il conduttore evita che vengano presentati giudizi o che vengano discussi in maniera critica valori personali consentendo una onesta espressione dei sentimenti. L'obiettivo del gruppo, infatti, è quello di condividere fatti e sentimenti in maniera tale che i partecipanti possano impegnarsi nel miglioramento della propria condizione ascoltando e prendendo decisioni in un'atmosfera di confortevole accettazione.

e. Atmosfera del gruppo.

- Il gruppo, in un clima adeguato di ascolto attento, deve riuscire ad

incoraggiare i membri ad esprimere le proprie sensazioni di rabbia, depressione, vergogna e frustrazione.

- Nelle risposte del gruppo, ciascun membro riesce sempre a trovare rinforzo per le proprie capacità, perché gli altri hanno avuto simili preoccupazioni e sono riusciti a trovare alcune soluzioni e risposte.

- La discussione di gruppo consente a ciascun membro di liberarsi da impedimenti di razionalità e di autocontrollo, in modo da poter esprimere liberamente e prendere in considerazione sentimenti inespressi.

f. Le fasi della vita del gruppo. Il gruppo attraversa tre fasi: iniziale, centrale e finale.

- **Fase iniziale.** Nella fase iniziale i partecipanti sviluppano progressivamente la sensazione di appartenere ad un gruppo. I partecipanti fanno dapprima riferimento al conduttore che stabilisce le relazioni tra di loro e aiuta ciascuno a sentirsi a proprio agio con gli altri.

- **Fase centrale.** Il gruppo entra nella fase centrale quando ciascun membro usa il gruppo a proprio beneficio. Durante la transizione dalla fase iniziale, generalmente vengono discussi dapprima i problemi pratici e di conoscenze. Successivamente, in parallelo con l'acquisizione della consapevolezza e della fiducia di ricevere aiuto da parte degli altri, i membri del gruppo discutono dei vari problemi personali e familiari. In questa fase centrale è importante che il conduttore consenta a ciascun membro di non perdere l'opportunità di utilizzare il gruppo a proprio vantaggio. Domande aperte consentono di trattare i vari aspetti della vita sociale, familiare, lavorativa e scolastica, discutendone gli aspetti e le problematiche psico-sociali. E' in questa fase centrale che i partecipanti ricevono il massimo beneficio dal gruppo.

- **Fase finale.** Tale fase dovrebbe iniziare proprio quando i membri del gruppo stanno traendo il massimo beneficio, con la convinzione, cioè, di essere ormai capaci di gestire se stessi e di poter successivamente ricorrere al gruppo in caso di bisogno. In questa fase finale non dovrebbero essere discussi aspetti importanti in quanto i membri del gruppo stanno dando sempre minore importanza alle loro relazioni, pensando sempre più a come vivere individualmente la propria vita quotidiana. In questa fase le conclusioni devono essere tratte in gruppo, i principali argomenti devono essere riassunti e risolti gli ultimi dettagli. Se sono necessari incontri individuali con lo staff questi possono essere programmati separatamente.

g. L'agenda di un gruppo per giovani con diabete.

- **La partecipazione.** I membri del gruppo vanno individuati tra i giovani che hanno mostrato interesse e dato la loro preliminare adesione a partecipare ad incontri di gruppo.

- **Gli argomenti.** Gli argomenti degli incontri vanno scelti sulla base delle preferenze espresse dagli stessi partecipanti su una lista preliminarmente approntata.

• **L'agenda del gruppo.** Il conduttore del gruppo stabilisce la sequenza degli argomenti. In genere si programmano 10 incontri. I primi argomenti sono di interesse pratico: trattamento in condizioni di malattia; attività fisica; ipoglicemia, ecc. La discussione di aspetti psicologici può essere fatta negli incontri centrali, quando i partecipanti hanno raggiunto un adeguato grado di fiducia reciproca tra di loro e con il conduttore. Subito dopo possono essere discusse le problematiche relative alle complicità e agli aspetti sociali.

• **Articolazione degli incontri.**

1. **Il primo incontro.** Il conduttore spiega gli obiettivi del gruppo (sostegno, acquisire conoscenze e capacità di autogestione). Chiarisce cosa si aspetta da ciascun membro (frequenza assidua, comunicare le assenze, confidenzialità). Per "rompere il ghiaccio", il conduttore divide il gruppo in coppie. Ciascuna coppia dispone di 10 minuti per fare conoscenza reciproca (ciascun partner descrive se stesso all'altro in 5 minuti). Successivamente ogni membro della coppia presenta e descrive l'altro partner all'intero gruppo. Il conduttore in seguito chiede a ciascun membro del gruppo di dichiarare i propri obiettivi nel partecipare agli incontri di gruppo. A ciascun membro viene chiesto di dichiarare quali sono per lui gli aspetti più difficili della condizione diabetica.
2. **Gli altri incontri.** L'articolazione degli incontri varia secondo gli argomenti. In genere, è utile suddividere il gruppo in 3 sottogruppi. A ciascuno di questi viene consegnato un caso o situazione da discutere. Il leader di ciascun sottogruppo presenta, poi, all'intero gruppo ricostituito le conclusioni sul caso assegnato, aprendo una discussione collettiva. Alla fine dell'incontro, il conduttore distribuisce uno scritto o consiglia letture per consentire ai partecipanti di poter documentarsi sull'argomento trattato. Per gli aspetti psicologici, possono essere programmate nel corso degli incontri esperienze di rilassamento, ristrutturazione cognitiva, assertività.
3. **L'ultimo incontro.** Nell'ultimo incontro, quello del commiato, il conduttore chiede a ciascun partecipante di commentare sulla propria esperienza: gli aspetti più importanti del gruppo, gli incontri che ha preferito, ciò che ha appreso, ecc. Il conduttore chiede a ciascuno se ha qualcosa da dire agli altri prima che il gruppo si sciolga o di esprimere che cosa sente in questo incontro finale. Alla fine dell'incontro, viene compilato da ciascun partecipante il questionario sulla sua valutazione dell'esperienza di gruppo.
4. **Valutazione.** Le conoscenze e la compliance sul diabete possono essere valutate all'inizio ed alla fine degli incontri.

h. Questionari.

a. Questionario di gruppo: autovalutazione.

Il *counseling* per il diabetico

a. Definizione del *counseling* (96, 123-124). E' una strategia conversazionale che ha l'intento di aiutare un'altra persona.

- **Il diabetico viene aiutato ad esprimere i propri pensieri e sentimenti** in maniera da chiarire la propria situazione, fare nuove esperienze, vedere le proprie difficoltà in maniera più obiettiva e confrontarsi con i problemi con minor ansia e tensione.

- L'intento è di aiutarlo a **prendere decisioni sulla base delle possibilità** che gli sono disponibili.

- **Il terapeuta aiuta il diabetico ad assumersi le responsabilità.** Il terapeuta non fornisce risoluzioni, non è colui che risolve i problemi emozionali del paziente e non è colui che pone fine ai sentimenti spiacevoli del paziente.

- Il diabetico non deve sentirsi criticato o rimproverato, ma deve riuscire a credere che il terapeuta lo considera partner importante se non preminente nel trattamento della sua condizione diabetica.

b. La conversazione nel *counseling*. Per realizzare un dialogo efficace, il terapeuta deve essere consapevole delle reazioni indotte dalle sue parole e dal tipo di domande che pone. Egli deve evitare domande che ingenerano ansia ed intimidazione e presentare **quelle che aiutano a riconoscere, identificare ed esprimere pensieri, emozioni e sentimenti.**

1. **I seguenti tipi di domande/risposte** in genere non incoraggiano il paziente ad una comunicazione efficace, inducendo un atteggiamento di sottomissione e di non cooperazione:

- Domande/risposte che esprimono un giudizio.
- Domande/risposte che forniscono interpretazioni da parte del terapeuta.
- Domande/risposte che danno generalizzazioni o semplificazioni.
- Domande/risposte come interrogazioni.
- Domande/risposte che forniscono rapide soluzioni.
- Domande/risposte che danno informazioni - insegnamento.
- Domande/risposte per evitare il problema.

2. **Il *counseling* efficace.**

- Il terapeuta, invece, realizza un'efficace *counseling* se parte dal presupposto che deve riuscire a **comprendere quanto è stato detto dal suo paziente** nell'ambito di un genuino *rispetto e di una positiva considerazione* della sua persona.
- Il punto cruciale è riuscire a **decodificare in maniera corretta il messaggio** del paziente, analizzando e identificando pensieri e sentimenti nascosti che il paziente non ha saputo esprimere.

- Solo con la **riformulazione del messaggio del paziente in sua presenza** è possibile accertare se il messaggio è stato decodificato in maniera corretta.
 - Pertanto, nel *counseling*, risultano realmente efficaci tutte quelle **domande/risposta che riflettono il messaggi del paziente**, consentendo a quest'ultimo di chiarire ulteriormente a se stesso quanto ha detto, ampliando l'analisi delle situazioni, portando alla luce sentimenti inespressi, prendendo consapevolezza delle proprie reazioni emotive nell'intento finale di una migliore accettazione delle situazioni.
- 3. Le domande/risposte più efficaci nel realizzare gli obiettivi del counseling.** Le domande più efficaci sono:
- **Domande aperte.** Sono introdotte da espressioni quali: "Come..?; Che cosa... ? Potresti dirmi? Esse danno al diabetico la più ampia possibilità di scegliere o ricercare le risposte da dare, le cose da dire, di esplorare, in altri termini, importanti aree o aspetti che solo lui conosce e che il terapeuta può ignorare. Le domande chiuse, invece, limitano la risposta ad un sì o ad un no, oppure a sole affermazioni di dati di fatto, e comunque, nella sfera di conoscenza del terapeuta.
 - **Prosecuzione verbale.** Il terapeuta riprende le stesse parole del diabetico per consentirgli ulteriori esplorazioni o chiarimenti, e quindi di proseguire su percorsi di analisi dettati dallo stesso paziente.
Diabetico: "Non sono in grado di rispondere alle restrizioni del diabete. Ho uno stile di vita irregolare e non ho alcun sostegno dalla mia famiglia".
Terapeuta: "Dimmi qualcosa di più su come il diabete limita la tua vita". Oppure: "La tua vita irregolare ti rende difficile il trattamento del diabete?" Oppure: "Ritieni che la tua famiglia non ti aiuti?"
 - **Parafrasare.** Si ripete quanto è stato detto, in forma più ristretta e con parole differenti. Ciò consente al diabetico di ascoltare quanto egli stesso ha detto, di verificare che sia stato compreso, avendo l'opportunità di correggere o ulteriormente spiegare.
 - **Riflettere le sensazioni.** Il terapeuta fa da specchio, riflettendo sensazioni espresse verbalmente o, più frequentemente, in maniera non verbale. Questa riflessione va fatta per tentativi, inducendo il diabetico a diventare consapevole delle proprie sensazioni e sentimenti, o a correggere il terapeuta nel caso di impropria evidenziazione.
Diabetico: "Mi è stato chiesto di fare molti cambiamenti dalla diagnosi di diabete. Non riesco a credere di aver fatto tante rinunce."

Terapeuta: “E’ come se avessi molta rabbia per la maniera in cui il diabete ha cambiato la tua vita ?”

- **Riassumere.** Riassumere il contenuto emozionale e verbale della storia raccontata dal diabetico sia nel corso che alla fine della conversazione costituisce un’ altra strategia per consentire al paziente di chiarire a se stesso pensieri e sentimenti.

c. Il *counseling* per l’*empowerment* (125). L’*empowerment* è un metodo per aiutare il diabetico a sentirsi partner del trattamento della sua condizione, adeguando i suoi comportamenti per migliorare il controllo glicemico e la qualità della sua vita.

• **Obiettivi dell’*empowerment*.** Con il colloquio il terapeuta si pone i seguenti obiettivi:

- **Aiutare il diabetico a riconoscersi la responsabilità dell’autogestione.**
- **Considerare prioritarie le problematiche individuate dal diabetico stesso.**
- **Consentire al diabetico di chiarire il proprio impegno per le necessarie modifiche comportamentali.**
- **Sviluppare un programma di modifiche comportamentali.**
- Per realizzare gli obiettivi di un efficace *counseling*, il terapeuta può seguire la **seguinte sequenza di domande**, che non va intesa, tuttavia, in senso rigido o vincolante ma va adattata alla specifica situazione del diabetico.
 - **Domanda iniziale: Quale aspetto della vita col diabete avverti più difficile o insoddisfacente?** (Vorresti dirmi qualcosa di più? Mi vuoi dare esempi? Mi faresti un quadro della tua situazione ?)
Con questo tipo di domande iniziali aperte, si intende porre l’attenzione sulle problematiche individuate dal diabetico stesso, le cui priorità possono non coincidere con quelle del terapeuta. Inoltre, può essere motivante per il diabetico individuare i problemi che ritiene più urgente affrontare e risolvere.
 - **Domanda 2: Che cosa avverti in queste condizioni? (In queste situazioni ti senti [inserire l’aggettivo: irritato, triste, confuso, ecc.] Ti senti così [inserire sentimento...] per questo motivo [inserire il motivo ipotizzato...]) ?**
Discutere i propri sentimenti serve per energizzare il diabetico, che può essere più motivato ad impegnarsi a proprio vantaggio quando sperimenta al massimo sentimenti di rabbia, insoddisfazione.
 - **Domanda 3 :“Quanto vorresti che questa situazione cambiasse perché possa sentirti meglio?”**
 - **Domanda 4 :“ Come ti sentiresti se in questa situazione non facessi niente per cambiarla?”**

- **Domanda 5: “Come ti sentiresti se questa situazione non cambiasse affatto?”**

Con questa serie di domande si intende far immaginare al diabetico il suo stato in caso di un possibile miglioramento, così come fargli esperire le sue sensazioni in caso di persistenza dello stato di malessere.

- **Domanda 6: “Quanto importante è per te che questa situazione migliori?”**

Con questa domanda si consente al diabetico di esprimere il proprio reale impegno a cambiare i propri atteggiamenti e comportamenti. Ma il diabetico deve realmente sentirsi libero di impegnarsi o non impegnarsi. E' importante che il diabetico non si senta obbligato ai cambiamenti perché pressato da qualcuno o per compiacere il terapeuta.

- **Domanda 7: “Che cosa vorresti fare per cambiare la situazione?”**
(Che cosa faresti per cambiare la situazione? Quali sono gli ostacoli, se ci sono, che dovresti superare? Chi ti potrebbe aiutare?)

E' necessario che il diabetico programmi un piano per modificare la situazione, evidenziando barriere e supporti.

- **Domanda finale: “Qual è la prima cosa che faresti, appena uscito di qui, tra quelle programmate, per iniziare a cambiare la situazione?”**

E' importante terminare l'incontro con questo minimo impegno da parte del diabetico. E' anche utile stilare un contratto scritto su questi impegni reciproci tra terapeuta e diabetico e famiglia.

Il metodo comportamentale

Le strategie comportamentali sono largamente usate per migliorare la compliance del giovane con diabete e della sua famiglia. E' pertanto necessario che esse entrino nel bagaglio terapeutico dell'equipe diabetologica (126).

a. Principi del metodo comportamentale.

- Il metodo comportamentale si basa sull'assunzione che i comportamenti sono appresi. Così l'individuo può apprendere ma anche estinguere i suoi comportamenti.

- I comportamenti sono controllati dall'ambiente attraverso
 1. **stimoli antecedenti**, che forniscono la base per il verificarsi del comportamento;
 2. **stimoli conseguenti**, che seguono il comportamento e influenzano la probabilità del ripresentarsi del comportamento stesso.
 3. **Per modificare i comportamenti, pertanto, è necessario modificare l'ambiente in cui essi si verificano.**

b. Strategie comportamentali. Le principali strategie comportamentali sono:

- **autonitoraggio**, per far acquisire ai pazienti consapevolezza dei propri comportamenti;
- **tecniche per il controllo degli stimoli ambientali antecedenti** (pianificazione delle situazioni in cui si verificano i comportamenti);
- **autorinforzo e feedback**, per fornire ai pazienti rinforzi per nuovi comportamenti;
- **trattamento della compliance** (messa in atto del comportamento prescritto):
 - 1) rinforzare la compliance positiva;
 - 2) ignorare la compliance negativa di minor importanza (estinzione del comportamento);
 - 3) punizione della compliance negativa importante (attraverso perdita di privilegi, e altre tecniche).

c. Valutare e modificare il contesto. I comportamenti non si verificano indipendentemente dall'ambiente in cui il soggetto vive ed opera. Pertanto, il paziente deve essere aiutato a riconoscere e modificare gli stimoli e le situazioni ambientali che promuovono i comportamenti.

- Per il diabetico, è importante l'ambiente familiare che deve provvedere all'eliminazione o correzione degli stimoli familiari che contribuiscono al verificarsi di compliance negative.

- Vanno anche individuate le barriere alla compliance che sono o possono essere presenti nell'ambiente più largo extrafamiliare.
- Il contesto terapeutico famiglia – équipe va anche valutato e adeguato.

d. La motivazione.

- Secondo l'approccio comportamentale, l'educazione del diabetico deve indurre il paziente a modificare i propri comportamenti in maniera da ottenere un controllo glicemico accettabile.
- **Un paziente che sia istruito adeguatamente ma che non metta in pratica i comportamenti adeguati è probabilmente non sufficientemente motivato oppure è motivato a fare altro.**
- Gli educatori debbono valutare la motivazione del paziente e ricorrere a strategie per incentivarla.
- In assenza di incentivi, i comportamenti probabilmente non si verificano.
- Per il bambino e adolescente diabetico gli incentivi devono essere forniti dai famigliari e dall'équipe.
- **La motivazione: effetto delle conseguenze.**
 - Il metodo comportamentale è basato sulla premessa che i comportamenti sono influenzati dalle conseguenze che li seguono.
 - I comportamenti seguiti da conseguenze positive avranno maggiore probabilità di ripetersi; il contrario per le conseguenze negative. Conseguenza positiva è ciò che è piacevole o eliminazione di ciò che non è piacevole. Conseguenza negativa è ciò che è spiacevole o eliminazione di ciò che è piacevole.
 - Le conseguenze desiderate dal paziente variano da soggetto a soggetto; ciò che motiva una persona può essere di poco valore per un'altra.
 - Il comportamento può essere modificato dalle **contingenze**, ossia il meritare una conseguenza desiderata solo al verificarsi dello specifico comportamento prescritto.

e. Esempi di procedure di rinforzo. Ciascuna delle seguenti procedure può effettivamente rinforzare i comportamenti desiderati. Comunque, è solo attraverso una diretta osservazione e interazione con il paziente che possono essere individuati i rinforzi appropriati per quel paziente.

- **Stabilire gli obiettivi.** E' motivante per il paziente sapere dove sta andando, in maniera chiara e concreta.
- **Partecipazione del paziente nello stabilire gli obiettivi.**
- **Attenzione e approvazione.** Sono motivanti per il paziente commenti positivi su ogni suo progresso.
- **Performance coronate da successo.** Riuscire a mettere in pratica un

VALUTA I TUOI COMPORTAMENTI					
Indica con una crocetta la risposta che si adatta alla tua situazione nell'ultima settimana.					
1) Quante volte hai dosato la glicemia ?					
mai					molte volte nella settimana
1-2 volte al giorno					3-4 volte al giorno
2) Quante volte hai dosato la glicosuria ?					
mai					molte volte nella settimana
1-2 volte al giorno					3-4 volte al giorno
3) Quante volte hai registrato sul diario la glicemia/glicosuria?					
mai					molte volte nella settimana
1-2 volte al giorno					3-4 volte al giorno
4) Non hai fatto i controlli della glicemia perchè					
	Mai	Qualche volta	Sempre		
hai dimenticato	1	2	3	4	5
non lo ritenevi necessario	1	2	3	4	5
non era tempo e luogo adatto	1	2	3	4	5
non ti piaceve farlo	1	2	3	4	5
5) Hai adeguato la dieta secondo i valori glicemici ?					
mai					una volta
2-3 volte					4 o più volte
6) Hai modificato l'attività fisica secondo i valori glicemici ?					
mai					una volta
2-3 volte					4 o più volte
7) Hai adeguato la dose d'insulina secondo i valori glicemici ?					
mai					una volta
2-3 volte					4 o più volte
8) Hai avuto glicemie inferiori a 150 mg/dl ?					
non ho dosato la glicemia					1-2 volte nella settimana
3-5 volte nella settimana					più di 5 volte
9) Hai avuto glicemie superiori a 250 mg/dl ?					
non ho dosato la glicemia					1-2 volte nella settimana
3-5 volte nella settimana					più di 5 volte

segue

10) Quante volte hai fatto attività fisica per almeno 30 minuti al giorno?					
mai		una volta nella settimana			
2-4 volte nella settimana		5-7 volte a settimana			
11) Quante volte ha avuto problemi nell'incrementare l'attività fisica perché					
	Mai	Qualche volta	Sempre		
sei stato troppo impegnato	1	2	3	4	5
richiedeva molto sforzo	1	2	3	4	5
non lo ritenevi necessario	1	2	3	4	5
non ti piaceva farlo	1	2	3	4	5
12) Hai iniettato l'insulina al mattino allo stesso orario (entro un'ora) ?					
mai		solo a fine settimana			
a mattine alterne		ogni mattina			
13) Hai iniettato l'insulina prima di cena allo stesso orario (entro un'ora)?					
mai		solo a fine settimana			
a sere alterne		ogni sera			
14) Hai ruotato la sede dell'iniezione d'insulina ?					
0-2 volte nella settimana		3-6 volte a settimana			
a iniezioni alterne		ad ogni iniezione			
15) Hai modificato la dose d'insulina perché					
	Mai	Qualche volta	Sempre		
non ricordavi la dose	1	2	3	4	5
hai voluto fare un esperimento	1	2	3	4	5
eri preoccupato per qualcosa	1	2	3	4	5
avevi mangiato molto	1	2	3	4	5
16) Hai mangiato eccessivamente per noia, rabbia o frustrazione ?					
5 o più volte		3-4 volte			
1-2 volte		mai			
17) Hai bevuto alcool ?					
a volte dopo i pasti		3-5 volte durante i pasti			
1-2 volte durante i pasti		mai			
18) Ha mangiato dolci senza compensare con variazioni della dose d'insulina o con esercizio fisico ?					
5 o più volte		3-4 volte			
1-2 volte		mai			

Tabella 27. Questionario per valutare la compliance.

comportamento spesso migliora la compliance; l'insuccesso riduce la partecipazione. Nella scelta dei compiti, occorre pianificare piccoli compiti che il paziente sia in grado di realizzare; allo stesso modo, far conoscere i risultati rinforza la motivazione.

- **Analisi e correzione delle barriere che si frappongono alla pratica dei comportamenti.**

- **Autoregistrazione dei comportamenti.** Registrare la frequenza dei comportamenti può portare a modificare gli stessi comportamenti.

f. Il contratto comportamentale. Il contratto comportamentale è un accordo scritto tra paziente ed équipe terapeutica, in cui vengono definiti:

1. i comportamenti specifici da modificare (obiettivi);

2. gli imput che il paziente si aspetta dall'équipe;

3. le aspettative dell'équipe nei confronti del paziente;

4. le conseguenze che derivano al paziente dai successi conseguiti (contingenze positive).

- Il contratto formale e scritto consente sia al paziente che all'équipe di essere consapevoli delle rispettive responsabilità e di monitorare il progresso nello svolgimento dei compiti concordati.

- Se utilizzato, il metodo del contratto dovrebbe essere praticato in maniera continuativa nello stabilire i compiti successivi.

- Il contratto dovrebbe essere formulato in maniera chiara, comprensibile, onesta e personale.

- Il contratto deve includere responsabilità reciproche.

- Il contratto dovrebbe includere una descrizione di ogni compito (piccoli compiti realizzabili), i criteri di successo, le conseguenze positive per i comportamenti messi in pratica.

- E' utile preparare una lista in sequenza dei compiti reciproci, con la possibilità di marcare i compiti realizzati.

g. In sintesi.

- **Il metodo comportamentale è un processo da individualizzare.**

- **L'équipe sviluppa ed elabora un programma per il paziente (è adatto alle caratteristiche, necessità, capacità e conoscenze del paziente?).**

- **Se il programma è appropriato, l'équipe deve valutare la motivazione del paziente (si hanno modifiche dei comportamenti, il paziente sta acquisendo nuove capacità, si stanno verificando dei progressi?).**

- **Se non si documentano progressi, strategie motivanti alternative devono essere sviluppate.**

- **Per incrementare la motivazione del paziente, l'équipe deve interagire con il paziente e osservare i suoi comportamenti.**

- **Sulla base dei risultati, devono essere messe in atto conseguenze po-**

sitive per rinforzare e mantenere comportamenti specifici o devono essere apportate modifiche nell'ambiente in cui il soggetto opera.

h. Strategie per migliorare la compliance del paziente

Strategie	Potenziale efficacia nel migliorare la compliance
------------------	--

Valutare la compliance	elevata
Classificare il livello di compliance del paziente	elevata
Modificare le opinioni sul concetto di salute del paziente	elevata
Modificare il setting della consultazione	elevata
Migliorare la relazione medico-paziente	elevata
Semplificare lo schema di trattamento	moderata
Educazione al trattamento	moderata
Influenza sulle attitudini dell'équipe	moderata

L' intervento integrato

L'intervento educativo per il diabete non deve essere realizzato indipendentemente dalle altre modalità d'intervento dell'équipe. A tal fine, le occasioni più importanti e appropriate sono rappresentate dalle visite periodiche che generalmente ogni Centro diabetologico programma annualmente: opportunamente pianificate e articolate, esse possono essere vissute come un'occasione di apprendimento globale per ogni diabetico (Tabella 28).

a. L'interazione educativa medico-paziente.

- L'apprendimento si realizza nel corso dell'interazione educativa tra individuo e contesto: il bambino diabetico apprende la realtà della sua condizione interagendo con gli altri componenti del circuito educativo, rappresentati dai suoi famigliari e dall'équipe terapeutica.

- I componenti del sistema educativo, tuttavia, bambino e famiglia da un lato ed équipe terapeutica dall'altro, devono mettere in atto comportamenti adeguati per rendere efficace la loro interazione educativa.

- Nell'interazione educativa, il bambino e i suoi genitori per un verso e l'équipe terapeutica per l'altro hanno compiti e responsabilità reciproche.

1. L'équipe ha la responsabilità di essere: **pertinente**, cioè saper individuare le reali necessità educative del bambino e famiglia e la loro disponibilità ad apprendere l'autogestione della condizione diabetica; **efficace**, nel definire obiettivi e approntare mezzi di valutazione; **coerente**, nel programmare il piano educativo e l'integrazione degli interventi.

2. D'altra parte, il bambino, adolescente e famiglia hanno la reciproca responsabilità di **partecipare attivamente; fornire feed-back o informazioni all'équipe; mostrare accettazione e impegno a mettere in atto i compiti terapeutici.**

b. Programmazione dell'interazione famiglia-équipe. L'incontro tra famiglia ed équipe deve svolgersi in una sequenza ben determinata, le cui fasi operative sono:

1. iniziale raccolta di dati ;
2. successiva analisi dei dati raccolti per individuare conoscenze, attitudini e relazioni che sottendono i comportamenti inadeguati del paziente;
3. migliorare la motivazione;
4. programmazione dei compiti; contratto;
5. verifica dei risultati conseguiti.

1. **Raccolta dei dati.** Il compito iniziale dell'équipe è quello di individuare

le necessità educative ed assistenziali del paziente. Informazioni rilevanti potranno essere ricavate utilizzando diversi strumenti di monitoraggio.

- *Emoglobina glicosilata (HbA1c)*. Un dato metabolico molto importante anche negli interventi di educazione e motivazione è quello della conoscenza, durante l'incontro, della percentuale di emoglobina glicosilata (HbA1c).
- *Diario*. L'esame del diario consente di evidenziare profili e pattern glicemici, le dosi d'insulina iniettate e l'adeguamento di esse.
- Con la somministrazione di questionari si valuterà il livello di conoscenze sul diabete.
- Con l'osservazione diretta (fatta dall'infermiera, anche con l'eventuale ausilio di liste di controllo) si accerterà la corretta esecuzione di abilità pratiche, quali tecnica dell'iniezione, dosaggio glicemia, glicosuria.
- E' utile la valutazione della compliance, ossia la pratica dei diversi aspetti del trattamento da parte del bambino e dei suoi genitori, con un appositi questionari per la compliance (vedi capitolo sul metodo comportamentale).
- Anche le attitudini potranno essere valutate con appositi questionari (121).
- Le relazioni familiari potranno essere rilevate dall'osservazione dei comportamenti tra i componenti familiari durante l'incontro e con questionari (122).
- Il rilevamento dei dati dovrebbe essere effettuato in maniera sistematica ad ogni visita programmata ed in termini oggettivi e quantificabili, stabilendo dei punteggi da assegnare ad ogni dato. Sarà possibile, così, seguire nel tempo in maniera oggettiva il processo di educazione/apprendimento.
- Il rilevamento delle informazioni utili potrà essere effettuato in maniera sistematica nella stessa mattinata prima dell'incontro o nel corso stesso dell'incontro.
- Questa elencazione potrà sembrare troppo complessa e difficilmente realizzabile. Pensiamo, tuttavia, di averla soltanto sistematizzata. In pratica, l'équipe sa come ricavare e selezionare le informazioni necessarie per l'analisi delle specifiche situazioni.

2. La diagnosi comportamentale. L'insieme delle informazioni raccolte (dati metabolici, conoscenze e abilità pratiche, compliance, valutazioni delle attitudini e delle relazioni familiari) dovrà consentire una "diagnosi comportamentale": l'individuazione, cioè, dei motivi che non consentano di ottenere un soddisfacente controllo metabolico e delle condizioni che, invece, possono favorirne l'attuazione.

- Si potrà riconoscere, in alcuni casi, che il bambino o i suoi genitori hanno un *bagaglio insufficiente di conoscenze e abilità pratiche*.

- In altri casi, invece, potranno essere *inadeguate le attitudini*: in altre parole, il bambino e i suoi genitori potrebbero mettere in pratica i comportamenti terapeutici prescritti, ma non hanno ancora acquisito la disponibilità a farlo, in quanto non ne riconoscono o accettano l'importanza e necessità. In questi casi è in gioco una mancata comprensione del contesto terapeutico, o mancanza di acquisizione delle premesse necessarie, cioè fiducia nelle proprie capacità di autogestire la malattia, o la accettazione stessa della malattia e del suo trattamento.
 - In altri casi ancora potrà rendersi evidente, in merito al controllo terapeutico, l'esistenza di *relazioni non funzionali nell'ambito familiare*. L'autogestione del diabete richiede che la famiglia riesca a stabilire patterns relazionali adeguati. I genitori devono entrambi partecipare all'acquisizione di conoscenze e alla pratica degli interventi terapeutici, evitando eccessivi disimpegni e/o coinvolgimenti di entrambi o di uno solo. Nell'autogestione, il rapporto genitori-figlio con diabetico deve essere adeguato allo stadio della malattia e all'età del bambino: esso deve tendere alla progressiva acquisizione di sempre maggiori capacità e autonomie da parte del bambino/adolescente, attraverso una negoziazione di autorità ed indipendenza nel controllo della terapia. Il rapporto tra gli altri componenti familiari, fratelli e/o parenti, deve integrarsi, evitando acquisizioni di ruoli genitoriali da parte di fratelli o parenti, o differenze di disciplina tra bambino diabetico e fratelli. La famiglia deve essere in grado di fronteggiare tensioni e ansie della vita quotidiana e mantenere uno stato di ragionevole equilibrio.
 - *Relazioni non funzionali tra équipe e famiglia* possono anche non favorire una buona compliance. Ciò si verifica quando l'équipe è ferma nella convinzione che il bambino e famiglia siano ormai divenuti "irrecuperabili", perché ogni tentativo di indurli a rispettare le prescrizioni terapeutiche risulta inutile ed inefficace. Dall'altra parte, la famiglia può non avere più fiducia nell'operato dell'équipe, ritenuta, ormai, incapace a comprendere motivazioni, esigenze, aspirazioni del bambino e genitori, ripetitiva e scontata negli atteggiamenti di critica e di richiesta d'impegno terapeutico. In queste condizioni si perpetuano rapporti non funzionali tra équipe e famiglia, caratterizzanti una situazione che si può definire come di "stallo", vissuta in maniera rigida e simmetrica da entrambe le parti, senza alternative di cambiamento.
- 3. Il compito educativo.** Con l'analisi precedente si deve, dunque, giungere ad evidenziare la necessità del bambino e della famiglia nonché gli obiettivi di apprendimento.
- Gli obiettivi andranno definiti come comportamenti da mettere in

pratica e **definire, in termini precisi e concreti**, ciò che si deve sentire e fare: le nozioni da acquisire e i comportamenti che dimostreranno l'adeguamento delle attitudini e delle relazioni tra il bambino e/o famigliari e/o équipe.

- In alcuni casi le carenze sono di natura cognitivo/pratica e sarà necessario l'acquisizione di nozioni o abilità pratiche. Se, per esempio, sarà necessario acquisire delle nozioni, l'équipe dovrà indicare come farlo, svolgendo una lezione o consegnando il manuale o facendo usare il computer; il bambino dovrà studiare o usare gli strumenti didattici; i genitori dovranno apprendere anch'essi le nozioni e al tempo stesso motivare il bambino a farlo; entrambi dovranno rispondere ad un test di valutazione e consegnarlo all'équipe; quest'ultima dovrà provvedere all'accertamento delle conoscenze acquisite ed agli eventuali suggerimenti di recupero.
- In altri casi le esigenze saranno di natura attitudinale, se dovranno essere adeguate premesse, convinzioni, atteggiamenti. Per adeguare le attitudini, l'équipe dovrà cercare di ristrutturare cognitivamente, nel bambino e genitori, premesse, convinzioni, atteggiamenti nei confronti degli obiettivi terapeutici, presentandoli come validi e realizzabili (vedi paragrafo ristrutturazione cognitiva nel capitolo "Adeguamento psicosociale"). Sarà assegnato ai genitori il compito di proseguire nell'ambito familiare tale opera di ristrutturazione cognitiva, con l'indicazione dei comportamenti necessari a farlo.
- Altre volte potrà essere necessario adeguare le relazioni nel contesto famigliare e/o con l'équipe. In ambito famigliare si dovranno impegnare i genitori a condividere i compiti terapeutici, coinvolgendo il genitore periferico (più spesso il padre) e disimpegnando quello ipercoinvolto (madre) ad assumersi il carico del rispetto delle prescrizioni terapeutiche, oppure a negoziare la responsabilità del trattamento con il proprio figlio adolescente; a correggere ruoli genitoriali assunti da fratelli o parenti. In altri casi bisognerà, infine, ripristinare un clima di fiducia ed impegno reciproco tra l'équipe e bambino/famiglia, entrambe le parti impegnandosi a raggiungere un consenso sugli obiettivi terapeutici e le modalità per realizzarli.

4. La motivazione al cambiamento.

- Innescare nel paziente la motivazione ad autogestirsi la propria condizione diabetica costituisce l'obiettivo finale di ogni interazione educativa. Tale motivazione può essere occasionata nel corso di un'efficace interazione medico-paziente: al termine dell'incontro con l'équipe, infatti, il bambino e la sua famiglia dovrebbero risultare motivati a continuare a mettere in pratica comportamenti adeguati, o, al contrario, modificare i comportamenti per ottenere un migliore controllo metabolico.

- **Quando il controllo glicemico è soddisfacente: il rinforzo positivo.** Quando il controllo glicemico è soddisfacente (testimoniato da una percentuale adeguata di HbA1c), il più importante intervento è quello del **rinforzo operato dall'équipe che mostra approvazione**. Accade frequentemente, invece, che il medico trascuri di mettere in pratica questo intervento positivo, ritenendo scontato e doveroso da parte del paziente il rispetto del trattamento prescritto. L'esperienza, invece, sottolinea come mettere in evidenza, approvandoli, i comportamenti adeguati del paziente e della sua famiglia costituisca un efficace intervento per rinforzare positivamente una buona compliance.
- **Quando il controllo glicemico non è soddisfacente.** Difficile può risultare, invece, motivare al cambiamento bambino e famiglia che non seguono le prescrizioni terapeutiche con controllo metabolico insoddisfacente.
 - E' importante sottolineare la modalità di raccolta delle informazioni e la loro valutazione. Frequentemente, infatti, l'équipe si limita ad evidenziare comportamenti inadeguati, affrettandosi a descriverne le conseguenze e a riprescrivere il regime terapeutico. E' necessario, invece, **accertare i motivi** che non consentono al bambino e famiglia di mettere in pratica i comportamenti terapeutici prescritti. A questo proposito è **importante la maniera di porre le domande**: che cosa impedisce di praticare due iniezioni di insulina; quali difficoltà si incontrano nel dosare la glicemia; chi aiuta il bambino a farsi l'iniezione; chi collabora con la madre nel mettere in pratica la terapia e così via. **Le domande vanno presentate in senso positivo, ossia per mettere in evidenza intenzioni e/o comportamenti positivi.** In risposta a questo tipo di domande, che fanno riferimento cioè a possibili difficoltà, necessità di collaborazioni e interventi, il bambino/adolescente e i suoi genitori saranno indotti a confermarne o meno la veridicità, esternando così premesse, convinzioni, atteggiamenti e relazioni che motivano i loro comportamenti nel contesto terapeutico (vedi capitolo sul counseling).
 - Con l'analisi delle risposte si può venire a conoscenza dei motivi che non consentono una buona compliance: essi potranno riguardare, per esempio, convinzioni su problemi sanitari; necessità di identificazione con il gruppo dei compagni; interessi di lavoro, di tempo libero e altro che, in ultima analisi, non consentono di accettare la terapia; quest'ultima, al contrario, viene sentita in contrasto con il soddisfacimento di convinzioni, desideri, esigenze del bambino/adolescente e famiglia.
 - Il primo atteggiamento che l'équipe dovrebbe assumere, in questi casi, è quello di **evidenziare e accettare le motivazioni presenta-**

te dal paziente considerandole legittime e importanti. Il mancato rispetto delle prescrizioni terapeutiche viene, allora, visto come un *comportamento coerente* del paziente, che obbedisce alle sue motivazioni in contrasto con la pratiche terapeutiche. Per esempio, il comportamento dell'adolescente che ha difficoltà a praticare correttamente alla sera la terapia insulinica, perchè sarebbe costretto a ritornare a casa e rinunciare all'incontro con i compagni, oppure ha sempre di sera un'alimentazione irregolare, in entrambi i casi con insoddisfacente controllo glicemico, può essere considerato coerente con la sua aspirazione a non sentirsi diverso dai coetanei.

1 Fase iniziale di valutazione globale:

- dati auxologici;
- glicemia; HbA1; profili glicemici dal diario;
- analisi abitudini alimentari;
- valutazione formativa delle conoscenze;
- valutazione comportamenti e attitudini.

2 Incontro équipe- famiglia:

- analisi dei dati rilevati;
- individuazione della carenze nelle conoscenze;
- individuazione dei comportamenti, atteggiamenti e relazioni familiari e con l'équipe inadeguati;
- ristrutturazione di atteggiamenti e relazioni.

3 Individuazione degli obiettivi terapeutici:

- adeguamento dose d'insulina;
- correzioni alimentari;
- conoscenze da migliorare (studio di manuali d'istruzione a domicilio o partecipazione a corsi d'istruzione);
- comportamenti da mettere in pratica;
- atteggiamenti da acquisire;
- relazioni familiari e con l'équipe da modificare.

4 Verifica dei risultati conseguiti.

Tabella 28. Pianificazione di un incontro integrato educativo - assistenziale.

- La strategia di evidenziazione e comprensione delle esigenze del paziente e della sua famiglia diventa una “strategia di motivazione” in quanto occasiona nel diabetico una iniziale situazione di soddisfazione per il riconoscimento delle difficoltà dell'autogestione.
- Il paziente e l'équipe devono porsi, tuttavia, di fronte alla realtà del non soddisfacente controllo metabolico, documentato da rilevazioni oggettive quali, per esempio, elevate percentuali di emoglobina glicosilata (più che dai profili glicemici).
- In una seconda parte dell'interazione, **l'équipe propone, allora, al paziente il punto di vista alternativo:** se il soddisfacimento dei suoi più legittimi interessi debba essere necessariamente ottenuto in contrasto con le prescrizioni terapeutiche oppure non possa essere meglio conseguito concordando prescrizioni terapeutiche e rispettandole per un soddisfacente controllo glicemico. Il bambino e adolescente diabetico, con la loro famiglia, hanno visto riconosciute le loro comprensibili esigenze e sono costretti, quindi, a decidere se persistere nei comportamenti inadeguati con conseguente scadente controllo metabolico o concordare cambiamenti comportamentali che portino ad un migliore ed accettabile controllo glicemico. Nell'esempio precedente, l'adolescente con diabete sarà posto di fronte al dilemma di dover scegliere un comportamento adeguato per soddisfare le sue esigenze: se, cioè, continuare a frequentare i coetanei, a scapito di una corretta terapia insulinica o irregolare alimentazione con un conseguente insoddisfacente controllo glicemico, oppure concordare con l'équipe modalità più accettabili di praticare la terapia insulina o una appropriata alimentazione, che non impedisca la frequenza degli amici e contemporaneamente consenta un miglior controllo metabolico.
- Dovrebbe generarsi, pertanto, nel diabetico **un contrasto:** da un lato una soddisfazione per il riconoscimento delle difficoltà dell'autogestione e dall'altro una insoddisfazione nei confronti delle proprie maniere di vedere il rapporto con la condizione diabetica.
- A questo punto è necessario riconoscere al diabetico la libertà di decidere della gestione della propria condizione. In questo ambito di riconosciuta libertà, **il paziente può essere indotto ad un successivo libero cambiamento.**
- Il cambiamento potrà allora verificarsi se il sistema terapeutico (bambino – famiglia - équipe) **non persisterà nella precedente rigida maniera di vedere le sequenze di eventi e rapporti,** ma ne acquisterà una più flessibile nei confronti del contesto terapeutico e delle sue premesse. Da parte del diabetico e famiglia consi-

sterà nell'apprendere e convincersi del fatto che il soddisfacimento degli interessi del paziente - famiglia non è in contrasto con la pratica della terapia, ma che, anzi, combinandosi ed integrandosi con quest'ultima, potrà essere meglio ottenuto un buon controllo metabolico. Da parte dell'équipe consisterà nell'aiutare il paziente ad assumersi un ruolo di partner e nell'accettare la sua libertà di scelta terapeutica e di vita.

- L'intervento motivante dell'équipe proseguirà con l'**adeguamento degli obiettivi terapeutici**, da concordare con il diabetico e famiglia. Gli obiettivi dovranno essere indicati in maniera precisa e concreta; con la definizione chiara dei compiti e consentendo l'acquisizione della consapevolezza dei progressi raggiunti con puntuali valutazioni.
- La motivazione al cambiamento richiede, quindi, che tra équipe e paziente si stabilisca un **rapporto interpersonale fatto di comprensione, identificazione e accettazione**. La motivazione al trattamento sarà allora basata sulla **ricerca del consenso**, tra équipe e paziente, rispetto al trattamento e non sulla demotivante contrapposizione simmetrica tra esigenze e interessi del bambino/adolescente e richieste terapeutiche.
- **Contratto**. Secondo il metodo comportamentale l'incontro può essere concluso con un "contratto". In esso vengono individuati gli obiettivi da conseguire: adeguamento della dose d'insulina, correzioni alimentari, acquisizione di conoscenze, comportamenti da mettere in pratica, modifiche di atteggiamenti e rapporti. La individuazione e prescrizione dei compiti andrà fatta in maniera graduale e secondo una priorità concordata con il diabetico. Un modulo prestampato dovrebbe essere consegnato alla famiglia (e conservato nella cartella clinica) con i dati rilevati, gli obiettivi individuali ed i compiti concordati.

5. La verifica. Dopo aver prescritto il compito, è necessaria la verifica alla visita successiva della sua realizzazione. Essa può essere fatta con l'uso degli strumenti valutativi in precedenza approntati: diario diabetico, test di conoscenze, lista di controllo (per l'iniezione d'insulina, dosaggio glicemia, glicosuria), questionario sulla compliance compilato dal medico nel corso dell'incontro con il paziente, ecc. E' necessario sottolineare, infine, che il momento valutativo deve servire per rimettere in moto circolarmente l'intervento educativo: infatti, la constatazione della persistenza di nozioni, atteggiamenti, comportamenti e relazioni non adeguate e quindi un controllo glicemico insoddisfacente, deve stimolare nuove interazioni educative tra bambino - famiglia ed équipe.

La conversazione terapeutica

Gli incontri presso il centro diabetologico tra équipe e bambino e adolescente con diabete e la sua famiglia vanno considerati come **le occasioni più opportune ed appropriate per realizzare un'efficace interazione educativa** tra soggetto con diabete ed équipe curante.

- Nel capitolo sull'intervento integrato è stata presentata dell'incontro una descrizione in termini comportamentali.
- Nel presente capitolo, d'altra parte, verrà preso in considerazione l'ambito conversazionale che si svolge tra l'équipe e la famiglia diabetica.
- **La conversazione tra diabetico ed équipe acquista la dignità di importante intervento educativo e terapeutico.**

a. Esperienze, azioni e racconti. E' opportuno considerare tre domini nella vita delle persone (132, 135).

1. Esperienze. In questo dominio può essere incluso tutto ciò che sembra accadere all'interno della persona: sensazioni, sentimenti, pensieri automatici, fantasie e tutto quanto appartiene alla sua neurologia e fisiologia.

- Nei confronti di queste esperienze personali l'atteggiamento da tenere è sostanzialmente quello **di convalida** (conferma, accettazione e non cambiamento). Per la convalida il terapeuta nella conversazione :
 - riconosce le esperienze e i punti di vista del paziente;
 - considera validi e degni di considerazione esperienze e punti di vista del paziente;
 - accetta di includere nella conversazione preoccupazioni, esperienze, obiezioni, considerazioni.
 - Nel processo di convalida il terapeuta cerca di filtrare, **per eliminare**, attributi, affermazioni, domande con intenti accusatori, che denotano intenzioni o caratteristiche negative.
 - Inoltre il terapeuta minimizza o non accetta esperienze e punti di vista che tendono a svalutare il paziente stesso.

2. Azioni. Riguarda tutto ciò che il paziente è responsabilmente in grado di fare o potenzialmente può essere in grado di fare. L'atteggiamento da tenere è quello

- **di approvazione delle azioni positive ed utili per gli obiettivi del trattamento,**
- **ma di non accettazione delle azioni negative o che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.**

3. Racconti. Riguardano la "narrazione" che il paziente fa in riferimento alle sue problematiche: linguaggio usato e significati attribuiti ai termini utilizzati; opinioni, premesse, convinzioni che sottendono il linguaggio usato (135).

- Noi crediamo in ciò che facciamo e facciamo ciò che crediamo.
- E le nostre credenze dipendono dalle interpretazioni che diamo al contesto in cui viviamo. Le interpretazioni sono veicolate e influenzate dal linguaggio che usiamo per descrivere il contesto in cui operiamo così come le nostre azioni. Queste ultime, a loro volta, sono dettate dalle nostre interpretazioni.
- Il terapeuta **approva e incoraggia i racconti positivi che indicano il raggiungimento degli obiettivi del trattamento, che dimostrano capacità e aprono prospettive e possibilità.**
- Al contrario **il terapeuta fa azione di filtro, crea dubbi su, o mette gentilmente in discussione, i racconti non positivi.**

b. La convivenza con il diabete come realtà sociale.

- Partendo, se si vuole, da un punto di vista costruttivista sociale/interazionale, si può considerare la condizione diabetica
 1. come una realtà fisica, con necessità terapeutiche ed assistenziali specifiche e non derogabili,
 2. e, per converso, **la convivenza del diabetico con questa sua condizione fisica come una realtà sociale, influenzata dal linguaggio e dall'interazione, e pertanto negoziabile.**
 3. Le due realtà del diabete, quella fisica e quella sociale, si influenzano e si condizionano reciprocamente.
 - **La convivenza con il diabete può essere, dunque, considerata una realtà sociale e quindi modificabile**, sia pur entro determinati limiti, dettati oltre che da limitazioni fisiche ed ambientali anche da tradizioni familiari e culturali ed abitudini individuali.

c. La comunicazione come processo di educazione sanitaria.

- L'educazione sanitaria va intesa come un processo di comunicazione interpersonale, tra paziente ed operatori sanitari, inteso a fornire informazioni specifiche e a responsabilizzare i pazienti e loro famiglie nella scelta di comportamenti idonei al trattamento delle loro malattie e a salvaguardia della loro salute (131).
 - Nell'ambito educativo, importa soffermarsi sul ruolo essenziale che il linguaggio e l'interazione, ossia **la comunicazione nel suo complesso tra diabetico ed équipe**, svolgono nell'influenzare e condizionare quella negoziabile realtà sociale quale può essere considerata la convivenza del diabetico con la sua malattia.
 - Gli incontri periodici presso il centro di diabetologia sono le occasioni nelle quali, in maniera più efficace e determinante, la convivenza con il diabete può essere influenzata dalla comunicazione (intesa nel suo complesso come linguaggio usato e modalità interattive messe in atto) che si svolge tra équipe e diabetico e sua famiglia.

• **La conversazione** tra diabetico ed équipe nel corso degli incontri periodici, diventa, pertanto, **un momento educativo e terapeutico di importanza essenziale.**

d. Obiettivi e caratteristiche della conversazione terapeutica (132-134).

• Nella conversazione tradizionale l'obiettivo può essere diverso: fornire spiegazioni; individuare natura e cause degli avvenimenti; consentire l'espressione di emozioni; evidenziare limiti, deficienze, incapacità; frequentemente rimproverare; assumere atteggiamenti di contrapposizione.

• **Invece, la conversazione terapeutica (sia verbale che non verbale) deve consentire al paziente di sviluppare nuovi racconti e azioni nonché una partecipazione attiva al raggiungimento degli obiettivi terapeutici.**

1. La conversazione terapeutica intende **creare nel paziente nuove possibilità** per l'autogestione del trattamento.
2. **La conversazione terapeutica:**
 - è collaborativa (tra paziente e terapeuta);
 - evidenzia la esistenza di situazioni e comportamenti prima non notati (differenze) che dimostrano la possibilità di cambiamenti;
 - sostiene competenze e capacità nella possibilità di autogestione da parte del paziente;
 - focalizza le possibilità future;
 - è per il raggiungimento di obiettivi;
 - è per l'assunzione della responsabilità dei comportamenti di autogestione.
3. **Nella conversazione terapeutica il terapeuta ha tre obiettivi:**
 - **Convalidare il paziente con le sue esperienze.**
 - **Modificare i comportamenti (azioni) relativi alle problematiche del trattamento.**
 - **Modificare i punti di vista sulle situazioni problematiche.**
 - La convalida delle esperienze del diabetico e famiglia è stata trattata nel capitolo sul counseling.
 - La modifica dei comportamenti è stata discussa nei capitoli sul metodo comportamentale e sull'intervento integrato.
 - **Nel presente capitolo sulla conversazione terapeutica ci si soffermerà sul terzo obiettivo, quello del cambiamento della lettura e del racconto che il paziente fa della sua situazione.**

e. Il cambiamento dei racconti.

• Nella conversazione terapeutica il paziente viene convalidato con le sue passate e presenti esperienze ed invitato al cambiamento **“co-creando”, insieme con il terapeuta, nuovi racconti** della sua situazione, **con un linguaggio**

gio diverso o differenti significati, aprendo la possibilità per nuovi comportamenti (azioni), nell'ambito di un rafforzamento delle capacità di autogestione del paziente e della sua famiglia.

• **Premesse.**

1. Origine del problema.

- Il terapeuta non dà importanza alle spiegazioni causali.
- Invece, si assume che comportamenti o situazioni problematiche derivino dai punti di vista del paziente (letture del problema fatte dal paziente).
- Il paziente che è convinto di non poter dare altra lettura e che i comportamenti conseguenti sono gli unici possibili, in genere, non è in grado di apportare dei cambiamenti, ove fossero necessari.

2. Mantenimento del problema.

- Questo modalità di “**pensiero esclusivo o/o**” (either/or thinking) impedisce la ricerca di punti di vista alternativi, e quindi altre letture ed altre azioni. Questo non consente la ricerca di altre soluzioni.
- Il paziente è immerso in racconti dominanti saturati dal problema e dalla sua lettura. E non si rende conto dell'esistenza di aspetti e comportamenti che contraddicono i racconti (modalità di lettura) dominanti (definiti come “**situazioni e comportamenti unici**” o **eccezioni**).
- Inoltre, il paziente può essere inserito in **circuiti reattivi** che mantengono il comportamento problematico e impediscono la ricerca di soluzioni alternative.

3. Il processo di cambiamento.

- Il cambiamento è costante e la stabilità è un'illusione. Sono sempre in corso piccoli cambiamenti che non sono sempre evidenti. Queste “situazioni e comportamenti unici” o “eccezioni” restano ignorati a meno che non si crei un contesto adatto ad evidenziarli. La presa di coscienza da parte del paziente di queste situazioni uniche è necessaria per il processo di cambiamento.
- **Modifiche soddisfacenti sono “costruite” dal terapeuta e dal paziente utilizzando “situazioni e comportamenti unici”** che fanno parte del continuo processo di cambiamento.

• **L'intervento.**

1. Approccio iniziale. E' necessaria e importante questa fase iniziale **d'incontro per familiarizzare** con il giovane con diabete e famiglia.

- Di quale squadra di calcio il paziente è tifoso; che sport pratica; quali film piace vedere; quali libri legge. Commenti spiritosi e affettuosi sull'abbigliamento. Notizie sulla città di provenienza, ecc.
- Il terapeuta si confronta spiritosamente con paziente e famiglia

sulle attività quotidiane, per convincerlo che lo si considera un bambino e adolescente alla stessa stregua dei suoi coetanei.

2. Osservazione dell'interazione e ascolto del racconto.

- Il terapeuta ha un atteggiamento di “**non conoscenza**” (134), nel senso che non dovrebbe partecipare all'incontro con pregiudiziali attitudini, prevenzioni, etichette o informazioni nei confronti del diabetico e della sua famiglia che possano compromettere una sincera, onesta e comprensiva interazione con giovane e famiglia.
- Il terapeuta **osserva il comportamento non verbale** del giovane e familiari (quanto questo conferma o disconferma il linguaggio verbale usato; dove il paziente si siede, tra i genitori o separato da entrambi; a chi rivolge lo sguardo mentre parla; ecc.).
- Ma il terapeuta è anche **un attento osservatore delle relazioni** tra giovane e familiari oltre che con l'équipe (chi parla per primo; chi interrompe; le alleanze).
- L'atteggiamento del terapeuta è quello di un “**curioso indagatore**” delle parole che diabetico e famiglia usano e dei significati attribuiti.
 - a. Le parole con una connotazione negativa (che dichiarano incapacità; chiudono prospettive e possibilità) vengono annotate.
 - b. I circuiti interattivi limitanti o che perpetuano situazioni problematiche vengono registrati.
 - c. Le “eccezioni” o “**situazioni e comportamenti unici**” vengono tenuti presenti.

3. L'intervento del terapeuta.

- Il terapeuta individua **le parole chiave** che sostengono il comportamento o la situazione da modificare. Le evidenzia e indaga con diabetico e famiglia significati e ripercussioni sul comportamento. Insieme con diabetico esplora significati e termini alternativi che possano adattarsi e che abbiano valenze positive.
- Il terapeuta descrive i **circuiti interattivi rigidi e limitanti**. Mette in evidenza come entrambi i partner contribuiscano a perpetuare il circuito e quindi a mantenere la situazione da cambiare. Per liberarsi dal circuito interattivo entrambi i partner devono apportare dei cambiamenti ai propri punti di vista o comportamenti.
- Il terapeuta evidenzia quei risultati unici (“**situazioni e comportamenti unici, eccezioni**”) passati inosservati e che mettono, invece, in evidenza capacità, possibilità e forze positive del paziente e famiglia. Invita a osservare e descrivere tutto quanto rende possibile quei risultati a differenza degli altri insuccessi.
- **In ogni caso, il terapeuta ricerca, evidenzia, chiarisce significati e punti di vista alternativi insieme con paziente e famiglia.**

- Ma giovane e familiari sono invitati a riflettere sul nuovo racconto che risulta dall'incontro e **lasciati liberi di decidere** se rimanere fedeli al precedente o accettare o meno questo nuovo racconto con i suoi nuovi e alternativi significati e possibilità.
- Altrettanto, dopo aver evidenziato i circuiti limitanti, il diabetico è lasciato libero di perseverare nei comportamenti che fanno persistere il circuito o mettere in atto comportamenti che lo interrompono.
- Quando vengono evidenziati dei risultati positivi, il diabetico deve decidere se cercare di ripeterli o insistere nei comportamenti negativi.

4. Esempi.

a. Parole chiave.

- Il terapeuta individua **come parola chiave** quella che esprime o rappresenta, con i suoi significati attribuiti dal paziente e famiglia, la premessa o attitudine o comportamento che sostiene la situazione non funzionale per un controllo soddisfacente. Solo in questo caso la conversazione intorno a quella parola acquista un valenza terapeutica.
- La parola **“problema”**. Paziente e famiglia esordiscono quasi sempre con l'espressione “problema” o definiscono diverse situazioni relative al diabete come problematiche e che il diabetico non sa risolvere. Il terapeuta rimane *sorpreso e perplesso*: non le definirebbe problemi bensì situazioni da attendersi nella conduzione del diabete e da affrontare e risolvere. E con il diabetico inizia ad esplorare capacità e possibilità (la parola problema connota una impossibilità a risolvere una situazione). (Il diabetico dice di avere il problema della glicemia elevata al mattino: il terapeuta ripete la frase dicendo che il diabetico ha la glicemia elevata al mattino. E ripete la correzione ogni volta che il diabetico continua a usare la parola problema).
- Il diabetico si lamenta del fatto che non riesce a **“vivere libero dal diabete”**. Il terapeuta *riflette* che probabilmente la frase da usare sarebbe **“riuscire a vivere liberi col diabete”**.
- Il diabetico si sente **“in colpa perché non riesce ad accettare il diabete”**. Il terapeuta *sorprende* il diabetico perché (anche in contrasto con l'opinione corrente) concorda con lui nel ritenere *difficile se non impossibile accettare il diabete ma ritiene possibile e necessario* **“imparare a convivere con il diabete”**.
- Il controllo del diabete viene etichettato **“cattivo o buono”**. Il terapeuta si chiede perché mai si deve emettere un giudizio morale sul diabetico e sulla sua autogestione. Il controllo del

diabete andrebbe classificato come “**soddisfacente o insoddisfacente**” senza nessun giudizio moraleggiante.

b. Circuiti limitanti e rigidi.

- **L'adolescente non rispetta le prescrizioni** (pasti, orari, controlli) per reazione al controllo esercitato dai genitori e viceversa i genitori controllano l'adolescente perché non rispetta le prescrizioni. Il terapeuta evidenzia il circuito e sottolinea che entrambe le parti contribuiscono al persistere del circuito. La risoluzione potrebbe venire solo se il diabetico da parte sua dimostra di rispettare qualche prescrizione e, d'altra parte, contemporaneamente, i genitori allentano il controllo dando credito al giovane.
- **La madre** si lamenta e rimprovera il marito di non interessarsi del diabete e di essere spesso assente; il **padre** dichiara di non interessarsi del controllo perché ogni volta che tenta di farlo la moglie lo squalifica ed interviene di persona. Anche qui è evidente il circuito interattivo, che il terapeuta ha il compito di chiarire e che, per essere interrotto, richiede un reciproca modifica dei comportamenti: la madre deve dare credito al padre che, d'altra parte, deve mostrare maggiore partecipazione e sostegno alla madre.
- **Una verifica attenta di un controllo con ampie oscillazioni glicemiche può mostrare frequenti aggiustamenti della dose d'insulina da parte del diabetico o famiglia.** E' possibile che le frequenti variazioni della dose siano causa di oscillazioni glicemiche che, a loro volta, inducono il diabetico alle modifiche della dose e così il circuito riprende. Anche qui il terapeuta evidenzia il circuito e concorda con il diabetico una meno frequente variazione della dose per verificare la riduzione delle oscillazioni glicemiche.

c. Risultati unici (situazioni e comportamenti unici, eccezioni).

- Di fronte alle dichiarazioni di incapacità o inesperienza del giovane e famiglia il terapeuta, esplora, invece, le situazioni in cui il diabetico è riuscito a mettere in pratica il comportamento o l'aggiustamento adeguato (rispetto dieta, orari, dose d'insulina, ecc.).
- Se l'”**eccezione**” si è verificata, il terapeuta invita giovane e famiglia descrivere le condizioni che hanno consentito il risultato positivo e in che cosa consista la differenza tra la situazione che ha consentito l'eccezione e le situazioni di insuccesso.
- Se il diabetico non è in grado di dar conto delle differenze, viene invitato a ripetere la performance positiva per evidenziare ciò che la rende possibile.

- Oppure a predire se si verificheranno altri episodi di eccezioni fino alla prossima visita.
- Se non sono evidenziabili “eccezioni”, diabetico e famiglia sono invitati a **immaginare le condizioni** che consentirebbero il verificarsi di questi risultati positivi e cercare di realizzarle fino alla prossima visita.

Bibliografia

96. Peragallo-Dittko V, Godley K, Meyer J. A core curriculum for diabetes education. American Association of Diabetes Educators, Chicago, Illinois, 1993.
97. Anderson B J. Practical Psychology for Diabetes Clinicians. American Diabetes Association, Alexandria, VA, 1996.
98. Dammacco F.: Psychosocial problems in diabetic children and adolescents. In Fois A., Laron Z., Morgese V. Eds. An update on childhood diabetes and short stature. Monduzzi Editore, Bologna, 1993, 45- 51.
99. La Greca A.M., Skyler J.S. Psychological management of diabetes. In Kelnar J.H. Eds. Childhood and Adolescent Diabetes. Chapman & Hall, 1995, 295-309.
100. English A., Sills M. Psychological Factors, Stigma and Family Consequences. In Court S. Lamb B. Eds. Childhood and Adolescent Diabetes. John Wiley & Sons Ltd, England, 1998, 315- 328.
101. Dammacco F. Family therapy of diabetic children and adolescents. In Laron Z., Pinelli L. Eds. Update on Diabetes in childhood. 3rd International Course. Editoriale Bios, Cosenza, 1991, 103-107.
102. Ingersoll G.M., Golden M.P. The diabetic child in context: the family. In Kelnar J.H. Eds. Childhood and Adolescent Diabetes. Chapman & Hall, 1995, 449-464.
103. Anderson B. J., Rubin R. R.: Practical Psychology for Diabetes Clinicians. American Diabetes Association, Alexandria, VA, 1996.
104. Assal J. P., Aufseesser-Stein M. Patient education in diabetes therapy. The Diabetes Annual, Elsevier, 1986; 2 :156-168.
105. Bradley C., Marteau T. M. Toward an integration of psychological and medical perspectives of diabetes management. The Diabetes Annual, Elsevier, 1986; 2: 169-184.
106. Dunn S. M., Turtle J. R. Education. The Diabetes Annual, Elsevier 1987; 3: 230-239.
107. Dammacco F. Educazione Sanitaria. Il Diabete, 1990; 2: 148-152.
108. Erle G., Corradin H. Il diabete e l'educazione. Metodologia e obiettivi. Casa Editrice Ambrosiana, 1997.
109. Dammacco F. Nuovi metodi di istruzione del bambino diabetico e della sua famiglia, Giorn. Dietol. Diab. Nutr., 1983; III, 28-41.
110. Dammacco F. Programma di valutazione per l'istruzione del bambino diabetico. Crescita, 1984; 6, 62-669.
111. Dammacco F., Frezza E., Torelli C., Pacifico A., Buono A. Comparative study of teaching methods for diabetic children; superiority of

- computer-assisted instruction. In Sakamoto N., Alberti K. G. M. M., Hotta H. Eds. Recent trends in management of diabetes mellitus, Amsterdam, Elsevier, 1987; 610-613.
112. Dammacco F., Torelli C., Frezza E., Pacifico A., Piccinno E., Misuraca A., Perrotta P., Bratta P. Computer based instruction of diabetic children and adolescents. Techniques and results. *J Endocrinol Invest.*, 1989; 12 (suppl.3): 141-142.
113. Dammacco F., Costantino P., Frezza E., Torelli C. A systemic therapeutic approach (supervision and family therapy) to improve compliance and metabolic control in diabetic children. In Sakamoto N., Alberti K. G. M. M., Hotta H Eds. Recent Trends in management of diabetes mellitus. Elsevier, 1987; 605-609.
114. Gavini G. P. Tecniche dell'istruzione programmata. Armando Editore, 1974.
115. Airasian P. W. Il ruolo della valutazione nel mastery learning. In Block J.H. "Mastery Learning". Loescher, 1980, 104.
116. Block J.H. Mastery Learning, Loescher, 1980.
117. Guilbert J. J. Obiettivi educativi. In "Guida pedagogica". OMS - Armando Editore, 1981, 102.
118. Guilbert J. J. Costruzione e critica di un obiettivo specifico. In "Guida pedagogica". OMS - Armando Editore, 1981, 142.
119. Guilbert J.J. La spirale dell'educazione. In "Guida pedagogica" OMS - Armando Editore, 1981, 105.
120. Erle G., Meschi F., Miselli V., Noacco C., Tomasi F. Guida all'organizzazione dei campi educativi per diabetici. Becton Dickinson.
121. Challen A.H., Davis A.G., Williams R.J.W., Haslum M.N., Baum J.D. Measuring psychosocial adaptation to diabetes in adolescence. *Diabetic Medicine*, 1988; 5: 739-746.
122. Olson D.H. Family inventories. Family, Social Science, University of Minnesota, St Paul, 1985.
123. Brown F. Counselling in practice. *Practical Diabetes*, 1996, 13: 191-194.
124. Erle G., Corradin H. La tecnica del counseling, strumento privilegiato dell'educazione sanitaria con il diabetico. In Erle G., Corradin H. Il diabete e l'educazione. Metodologia e obiettivi. Casa Editrice Ambrosiana, 1997, 24-28.
125. Anderson R. M., Funnel M. M., Arnold M.S. Using the *Empowerment Approach to Help Patients Change Behavior*. In Anderson B. J, Rubin R. R. *Practical Psychology for Diabetes Clinicians*. American Diabetes Association, Alexandria, VA, 1996, 163-173.
126. Etzwiler D. D., Hess K. M., Hirsch A. M., Morreau L. E. (Eds). *Education and management of the patient with diabetes mellitus*. Elkhart, Ind., Ames Co., 1973.

127. Tatterstal R. B., McCulloch D. K., Aveline M. Group Therapy in the treatment of Diabetes. *Diabetes Care* 1985; 8:180-188.
128. Brink S. J. Youth and parent support groups. In Brink S. J. *Pediatric and adolescent diabetes mellitus*. Year Book Medical Publishers, Inc, Chicago, 1987, 359-369 .
129. Shalom R., Jacobson Ryan J. *Diabetes support groups for young adults. A facilitator's Manual*. American Diabetes Association, Alexandria, VA, 1989.
130. Erle G., Corradin H. Metodologia del lavoro di gruppo. In Erle G., Corradin H. *Il diabete e l'educazione. Metodologia e obiettivi*. Casa Editrice Ambrosiana, 1997, 39-49.
131. Seppilli A. I Principi. In Modolo M.A., Seppilli A. Eds. *Educazione Sanitaria. Il Pensiero scientifico editore*, Roma, 1981, 8.
132. O'Hanlon W. H. Possibility therapy: from iatrogenic injury to iatrogenic healing. In Gilligan S., Price R. Eds. *Therapeutic Conversations*. W.W. Norton & Company. New York, 1993, 3-18.
133. Chang J., Phillips M. Michael White and Steve de Shazer: new directions in family therapy. In Gilligan S., Price R. Eds. *Therapeutic Conversations*. W.W. Norton & Company. New York, 1993, 95-111.
134. Andersen H., Goolishian H. The Client is the Expert: a Not-Knowing Approach to Therapy. In McNamee S., Gergen K.J. Eds. *Therapy as social construction*. SAGE Publications Ltd, London, 1996, 25-39.
135. Bruner J.S. Costruzione del Sé e costruzione del mondo. In Olga Liverta Sempio, Marchetti A. Eds. *Il pensiero dell'altro*. Raffaello Cortina Editore, 1995, 125-137.

Indice

Adattamento psicosociale	» 95
Problematiche psicosociali	» 100
L'educazione sanitaria	» 109
I gruppi educativi e di sostegno nell'educazione del diabetico	» 116
Il <i>counseling</i> per il diabetico	» 121
Il metodo comportamentale	» 125
L'intervento integrato	» 131
La conversazione terapeutica	» 139
Bibliografia	» 147
Indice	» 150

Caleidoscopio

1. Rasso S.: *Principi generali di endocrinologia*. Gennaio '83.
2. Rasso S.: *L'ipotalamo endocrino*. Giugno '83.
3. Rasso S.: *L'ipofisi*. Dicembre '83.
4. Alagna., Masala A.: *La prolattina*. Aprile '84.
5. Rasso S.: *Il pancreas endocrino*. Giugno '84.
6. Fiorini I., Nardini A.: *Citomegalovirus, Herpes virus, Rubella virus (in gravidanza)*. Luglio '84.
7. Rasso S.: *L'obesita'*. Settembre '84
8. Franceschetti F., Ferraretti A.P, Bolelli G.F., Bulletti C.: *Aspetti morfofunzionali del - l'ovaio*. Novembre '84.
9. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (1)*. Dicembre '84.
10. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (2) parte prima*. Gennaio '85.
11. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (2) parte seconda*. Febbraio '85.
12. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (3) parte prima*. Aprile '85.
13. Nacamulli D, Girelli M.E, Zanatta G.P, Busnardo B.: *Il TSH*. Giugno '85.
14. Facchinetti F. e Petraglia F.: *La -endorfina plasmatica e liquorale*. Agosto '85.
15. Baccini C.: *Le droghe d'abuso (1)*. Ottobre '85.
16. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (3) parte seconda*. Dicembre '85.
17. Nuti R.: *Fisiologia della vitamina D: Trattamento dell'osteoporosi post-menopausale*. Febbraio '86
18. Cavallaro E.: *Ipnosi: una introduzione psicofisiologica*. Marzo '86.
19. Fanetti G.: *AIDS: trasfusione di sangue emoderivati ed emocomponenti*. Maggio '86.
20. Fiorini I., Nardini A.: *Toxoplasmosi, immunologia e clinica*. Luglio '86.
21. Limone P.: *Il feocromocitoma*. Settembre '86.
22. Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Flamigni C.: *Il Testicolo. Aspetti morfo-funzionali e clinici*. Novembre '86.
23. Bolcato A.: *Allergia*. Gennaio '87.
24. Kubasik N.P.: *Il dosaggio enzimologico e fluoroimmunologico*. Febbraio '87.
25. Carani C.: *Patologie sessuali endocrino-metaboliche*. Marzo '87.
26. Sanna M., Carcassi R., Rasso S.: *Le banche dati in medicina*. Maggio '87.
27. Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Jasonni V.M., Flamigni C.: *L'amenorrea*. Giugno '87.
28. Zilli A., Pagni E., Piazza M.: *Il paziente terminale*. Luglio '87.
29. Pisani E., Montanari E., Patelli E., Trinchieri A., Mandressi A.: *Patologie prostatiche*. Settembre '87.
30. Cingolani M.: *Manuale di ematologia e citologia ematologica*. Novembre '87.

31. Kubasik N.P.: *Ibridomi ed anticorpi monoclonali*. Gennaio '88.
32. Andreoli C., Costa A., Di Maggio C.: *Diagnostica del carcinoma mammario*. Febbraio '88.
33. Jannini E.A., Moretti C., Fabbri A., Gnessi L., Isidori A.: *Neuroendocrinologia dello stress*. Marzo '88.
34. Guastella G., Cefalù E., Carmina M.: *La fecondazione in vitro*. Maggio '88.
35. Runello F., Garofalo M.R., Sicurella C., Filetti S., Vigneri R.: *Il gozzo nodulare*. Giugno '88.
36. Baccini C.: *Le droghe d'abuso (2)*. Luglio '88.
37. Piantino P., Pecchio F.: *Markers tumorali in gastroenterologia*. Novembre '88.
38. Biddau P.F., Fiori G.M., Murgia G.: *Le leucemie acute infantili*. Gennaio '89.
39. Sommariva D., Branchi A.: *Le dislipidemie*. Febbraio '89.
40. Butturini U., Butturini A.: *Aspetti medici delle radiazioni*. Marzo '89.
41. Cafiero F., Gipponi M., Paganuzzi M.: *Diagnostica delle neoplasie colo-rettali*. Aprile '89.
42. Palleschi G.: *Biosensori in Medicina*. Maggio '89.
43. Franciotta D.M., Melzi D'Eril G.V. e Martino G.V.: *HTLV-I*. Giugno '89.
44. Fanetti G.: *Emostasi: fisiopatologia e diagnostica*. Luglio '89.
45. Contu L., Arras M.: *Le popolazioni e le sottopopolazioni linfocitarie*. Settembre '89.
46. Santini G.F., De Paoli P., Basaglia G.: *Immunologia dell'occhio*. Ottobre '89.
47. Gargani G., Signorini L.F., Mandler F., Genchi C., Rigoli E., Faggi E.: *Infezioni oppor - tunistiche in corso di AIDS*. Gennaio '90.
48. Banfi G., Casari E., Murone M., Bonini P.: *La coriagonadotropina umana*. Febbraio '90.
49. Pozzilli P., Buzzetti R., Procaccini E., Signore E.: *L'immunologia del diabete mellito*. Marzo '90.
50. Cappi F.: *La trasfusione di sangue: terapia a rischio*. Aprile '90.
51. Tortoli E., Simonetti M.T.: *I micobatteri*. Maggio '90.
52. Montecucco C.M., Caporali R., De Gennaro F.: *Anticorpi antinucleo*. Giugno '90.
53. Manni C., Magalini S.I. e Proietti R.: *Le macchine in terapia intensiva*. Luglio '90.
54. Goracci E., Goracci G.: *Gli allergo-acari*. Agosto '90.
55. Rizzetto M.: *L'epatite non A non B (tipo C)*. Settembre '90.
56. Filice G., Orsolini P., Soldini L., Razzini E. e Gulminetti R.: *Infezione da HIV-1: patoge - nesi ed allestimento di modelli animali*. Ottobre '90.
57. La Vecchia C.: *Epidemiologia e prevenzione del cancro (I)*. Gennaio '91.
58. La Vecchia C.: *Epidemiologia e prevenzione del cancro (II)*. Febbraio '91.
59. Santini G.F., De Paoli P., Mucignat G., e Basaglia G., Gennari D.: *Le molecole dell'adesi - vità nelle cellule immunocompetenti*. Marzo '91.
60. Bedarida G., Lizioli A.: *La neopterina nella pratica clinica*. Aprile '91.
61. Romano L.: *Valutazione dei kit immunochimici*. Maggio '91.
62. Dondero F. e Lenzi A.: *L'infertilità immunologica*. Giugno '91.
63. Bologna M. Biordi L. Martinotti S.: *Gli Oncogeni*. Luglio '91.
64. Filice G., Orsolini P., Soldini L., Gulminetti R., Razzini E., Zambelli A. e Scevola D.: *In - fezione-malattia da HIV in Africa*. Agosto '91.
65. Signore A., Chianelli M., Fiore V., Pozzilli P., Andreani D.: *L'immunoscintigrafia nella diagnosi delle endocrinopatie autoimmuni*. Settembre '91.
66. Gentilomi G.A.: *Sonde genetiche in microbiologia*. Ottobre '91.
67. Santini G.F., Fornasiero S., Mucignat G., Basaglia G., Tarabini-Castellani G. L., Pascoli L.: *Le sonde di DNA e la virulenza batterica*. Gennaio '92.
68. Zilli A., Biondi T.: *Il piede diabetico*. Febbraio '92.

69. Rizzetto M.: *L'epatite Delta*. Marzo '92.
70. Bracco G., Dotti G., Pagliardini S., Fiorucci G.C.: *Gli screening neonatali*. Aprile '92.
71. Tavani A., La Vecchia C.: *Epidemiologia delle patologie cardio e cerebrovascolari*. Luglio '92.
72. Cordido F., Peñalva A., De la Cruz L. F., Casanueva F. F., Dieguez C.: *L'ormone della crescita*. Agosto '92.
73. Contu L., Arras M.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (I)*. Settembre '92.
74. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio I*. Ottobre '92.
75. Gori S.: *Diagnosi di laboratorio dei patogeni opportunisti*. Novembre '92.
76. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio II*. Gennaio '93.
77. Pinna G., Veglio F., Melchio R.: *Ipertensione Arteriosa*. Febbraio '93.
78. Alberti M., Fiori G.M., Biddau P.: *I linfomi non Hodgkin*. Marzo '93.
79. Arras M., Contu L.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (II)*. Aprile '93.
80. Amin R.M., Wells K.H., Poesz B.J.: *Terapia antiretrovirale*. Maggio '93.
81. Rizzetto M.: *L'epatite C*. Settembre '93.
82. Andreoni S.: *Diagnostica di laboratorio delle infezioni da lieviti*. Ottobre '93.
83. Tarolo G.L., Bestetti A., Maioli C., Giovanella L.C., Castellani M.: *Diagnostica con radionuclidi del Morbo di Graves-Basedow*. Novembre '93.
84. Pinzani P., Messeri G., Pazzagli M.: *Chemiluminescenza*. Dicembre '93.
85. Hernandez L.R., Osorio A.V.: *Applicazioni degli esami immunologici*. Gennaio '94.
86. Arras M., Contu L.: *Molecole di Membrana e funzione immunologica. Parte terza: I linfociti B*. Febbraio '94.
87. Rossetti R.: *Gli streptococchi beta emolitici di gruppo B (SGB)*. Marzo '94.
88. Rosa F., Lanfranco E., Balleari E., Massa G., Ghio R.: *Marcatori biochimici del rimodellamento osseo*. Aprile '94.
89. Fanetti G.: *Il sistema ABO: dalla sierologia alla genetica molecolare*. Settembre '94.
90. Buzzetti R., Cavallo M.G., Giovannini C.: *Citochine ed ormoni: Interazioni tra sistema endocrino e sistema immunitario*. Ottobre '94.
91. Negrini R., Ghielmi S., Savio A., Vaira D., Miglioli M.: *Helicobacter pylori*. Novembre '94.
92. Parazzini F.: *L'epidemiologia della patologia ostetrica*. Febbraio '95.
93. Proietti A., Lanzafame P.: *Il virus di Epstein-Barr*. Marzo '95.
94. Mazzarella G., Calabrese C., Mezzogiorno A., Peluso G.F., Micheli P., Romano L.: *Immunoflogosi nell'asma bronchiale*. Maggio '95.
95. Manduchi I.: *Steroidi*. Giugno '95.
96. Magalini S.I., Macaluso S., Sandroni C., Addario C.: *Sindromi tossiche sostenute da principi di origine vegetale*. Luglio '95.
97. Marin M.G., Bresciani S., Mazza C., Albertini A., Cariani E.: *Le biotecnologie nella diagnosi delle infezioni da retrovirus umani*. Ottobre '95.
98. La Vecchia C., D'Avanzo B., Parazzini F., Valsecchi M.G.: *Metodologia epidemiologica e sperimentazione clinica*. Dicembre '95.
99. Zilli A., Biondi T., Conte M.: *Diabete mellito e disfunzioni conoscitive*. Gennaio '96.
100. Zazzeroni F., Muzi P., Bologna M.: *Il gene oncosoppressore p53: un guardiano del genoma*. Marzo '96.
101. Cogato I., Montanari E.: *La Sclerosi Multipla*. Aprile '96.
102. Carosi G., Li Vigni R., Bergamasco A., Caligaris S., Casari S., Matteelli A., Tebaldi A.: *Malattie a trasmissione sessuale*. Maggio '96.
103. Fiori G. M., Alberti M., Murtas M. G., Casula L., Biddau P.: *Il linfoma di Hodgkin*. Giugno '96.

104. Marcante R., Dalla Via L.: *Il virus respiratorio sinciziale*. Luglio '96.
105. Giovanella L., Ceriani L., Roncari G.: *Immunodosaggio dell'antigene polipeptidico tissu - tale specifico (TPS) in oncologia clinica: metodologie applicative*. Ottobre '96.
106. Aiello V., Palazzi P., Calzolari E.: *Tecniche per la visualizzazione degli scambi cromatici (SCE): significato biologico e sperimentale*. Novembre '96.
107. Morganti R.: *Diagnostica molecolare rapida delle infezioni virali*. Dicembre '96.
108. Andreoni S.: *Patogenicità di Candida albicans e di altri lieviti*. Gennaio '97.
109. Salemi A., Zoni R.: *Il controllo di gestione nel laboratorio di analisi*. Febbraio '97.
110. Meisner M.: *Procalcitonina*. Marzo '97.
111. Carosi A., Li Vigni R., Bergamasco A.: *Malattie a trasmissione sessuale (2)*. Aprile '97.
112. Palleschi G., Moscone D., Compagnone D.: *Biosensori elettrochimici in Biomedicina*. Maggio '97.
113. Valtriani C., Hurlé C.: *Citofluorimetria a flusso*. Giugno '97.
114. Ruggenini Moiraghi A., Gerbi V., Ceccanti M., Barucci P.: *Alcol e problemi correlati*. Settembre '97.
115. Piccinelli M.: *Depressione Maggiore Unipolare*. Ottobre '97.
116. Pepe M., Di Gregorio A.: *Le Tiroiditi*. Novembre '97.
117. Cairo G.: *La Ferritina*. Dicembre '97.
118. Bartoli E.: *Le glomerulonefriti acute*. Gennaio '98.
119. Bufi C., Tracanna M.: *Computerizzazione della gara di Laboratorio*. Febbraio '98.
120. National Academy of Clinical Biochemistry: *Il supporto del laboratorio per la diagnosi ed il monitoraggio delle malattie della tiroide*. Marzo '98.
121. Fava G., Rafanelli C., Savron G.: *L'ansia*. Aprile '98.
122. Cinco M.: *La Borreliosi di Lyme*. Maggio '98.
123. Giudice G.C.: *Agopuntura Cinese*. Giugno '98.
124. Baccini C.: *Allucinogeni e nuove droghe (I)*. Luglio '98.
125. Rossi R.E., Monasterolo G.: *Basofili*. Settembre '98.
126. Arcari R., Grosso N., Lezo A., Boscolo D., Cavallo Perin P.: *Eziopatogenesi del diabete mellito di tipo 1*. Novembre '98.
127. Baccini C.: *Allucinogeni e nuove droghe (II)*. Dicembre '98.
128. Muzi P., Bologna M.: *Tecniche di immunoistochimica*. Gennaio '99.
129. Morganti R., Pistello M., Vatteroni M.L.: *Monitoraggio dell'efficacia dei farmaci antivirali*. Febbraio '99.
130. Castello G., Silvestri I.: *Il linfocita quale dosimetro biologico*. Marzo '99.
131. Aiello V., Caselli M., Chiamenti C.M.: *Tumorigenesi gastrica Helicobacter pylori - correlata*. Aprile '99.
132. Messina B., Tirri G., Fraioli A., Grassi M., De Bernardi Di Valserra M.: *Medicina Termale e Malattie Reumatiche*. Maggio '99.
133. Rossi R.E., Monasterolo G.: *Eosinofili*. Giugno '99.
134. Fusco A., Somma M.C.: *NSE (Enolasi Neurono-Specifica)*. Luglio '99.
135. Chieffi O., Bonferraro G., Fimiani R.: *La menopausa*. Settembre '99.
136. Giglio G., Aprea E., Romano A.: *Il Sistema Qualità nel Laboratorio di Analisi*. Ottobre '99.
137. Crotti D., Luzzi I., Piersimoni C.: *Infezioni intestinali da Campylobacter e microrganismi correlati*. Novembre '99.
138. Giovanella L.: *Tumori Neuroendocrini: Diagnosi e fisiopatologia clinica*. Dicembre '99.

139. Paladino M., Cerizza Tosoni T.: *Umanizzazione dei Servizi Sanitari: il Case Management*. Gennaio 2000.
140. La Vecchia C.: *Come evitare la malattia*. Febbraio 2000.
141. Rossi R.E., Monasterolo G.: *Cellule dendritiche*. Marzo 2000.
142. Dammacco F.: *Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (I)*. Aprile 2000.
143. Dammacco F.: *Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (II)*. Maggio 2000.

Caleidoscopio
Rivista mensile di Medicina
anno 18, numero 143

Direttore Responsabile

Sergio Rassu
Via Pietro Nenni, 6
07100 Sassari
Tel.-Fax 079 270464
Tel. mobile 0338 2202502
E-mail: sergio.rassu@medicalsistemas.it
sergiorassu@libero.it

Responsabile Ufficio Acquisti
Giusi Cunietti

EDITORE

Consulenti di Redazione

Giancarlo Mazzocchi ed
Angelo Maggio

Segretaria di Direzione

Carmen Tiberti

Servizio Abbonamenti

Maria Grazia Papalia
Flavio Damarciassi

Via Rio Torbido, 40
16165 Genova (Italy)
Tel. (010) 83401 Numero Verde 800 801005 (senza prefisso);
Telefax (010) 803498- 809070.

Internet URL:<http://medicalsistemas.editoria.com> e <http://www.medicalsistemas.it>
La Medical Systems pubblica anche le seguenti riviste: Journal of Clinical Ligand Assay,
Guida Pratica Immulite[®], Caleidoscopio, Kaleidoscope, Caleidoscopio letterario, Pandora,
Journal of Preventive Medicine and Hygiene, Tribuna Biologica e Medica.

Stampa

Tipolitografia ATA
16143 Genova - Via G. Torti, 32 c.r.
Tel. (010) 513120 - Fax (010) 503320

Registrazione Tribunale di Genova n. 34 del 31/7/1996
Iscrizione al Registro Nazionale della Stampa n° 2661 del 2 Settembre 1989

Finito di stampare: Maggio 2000
Sped. in Abb. Post. 45%

Pubblicazione protetta a norma di legge dall'Ufficio proprietà letteraria, artistica e scientifica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dedicata all'aggiornamento professionale continuo e riservata ai medici.

Caleidoscopio viene anche letto e rilanciato da:
"L'ECO DELLA STAMPA"
Via Compagnoni, 28 - Milano