

L'approccio bio-psicosociale e la persona con diabete: proposta di cartella educativa in diabetologia



M. Agrusta¹, P. Di Bernardino², L. Gentile³, N. Visalli⁴, T. Bufacchi⁵, F. Gelfusa⁵, A. Pomilla⁵, A. Agliatoro⁶, A. Chiavetta⁷, L. Cipolloni⁸, M. Cossu⁹, S. De Riu¹⁰, V. Di Blasi¹, A. Gigante¹¹, C. Lambiase¹⁴, V. Mastrilli¹², P. Ponzani⁶, A.M. Scarpitta¹³, P. Gentili⁵
visallitoto@libero.it

¹ UOD Endocrinologia e Diabetologia, Ospedale di Cava Costa d'Amalfi ASL, Sa; ² UO Diabetologia, Atri, Teramo; ³ SOC Malattie Metaboliche e Diabetologia ASL AT, Asti; ⁴ UOC Diabetologia e Dietologia Ospedale Generale Santo Spirito, Roma; ⁵ Dipartimento Neurologia e Psichiatria – Università "Sapienza", Roma; ⁶ SC Diabetologia Endocrinologia e Malattie Metaboliche ASL 3 Genovese, Genova; ⁷ UOC Diabetologia Ospedale Cannizzaro, Catania; ⁸ UOC Diabetologia Universitaria Ospedale Santa Maria Goretti, Latina; ⁹ Diabetologia e Malattie Metaboliche ASL 5 Oristano; ¹⁰ UOSD di Diabetologia e Endocrinologia ASL SA, Nocera Inferiore; ¹¹ Servizio di Diabetologia Ospedale Zonchello, Nuoro; ¹² Ministero della Salute, Roma; ¹³ UOC di Diabetologia e Malattie del Ricambio PO Paolo Borsellino, Marsala (TP); ¹⁴ Centro Diabetologico DS.67 ASL-Salerno, Mercato S. Severino (SA).

Parole chiave: Cartella educativa diabetologica, Educazione terapeutica strutturata, Approccio bio-psicosociale, Counseling

Key words: Diabetes educational file, Structured diabetes education, Bio-psychosocial approach, Counseling

Il Giornale di AMD, 2012;15:190-194

AMD nel biennio 2009-2011 ha trasformato la Formazione AMD in uno strumento duttile e certificato in grado di cogliere, interpretare e dare una risposta ai bisogni dei Soci, della rete di assistenza e dell'organizzazione societaria.

In risposta alla formale richiesta di collaborazione formulata dall'Università La Sapienza di Roma, la Presidenza ed il CDN AMD nel biennio 2009-2011, coerentemente alla missione e alla vision societaria, hanno formalmente messo in campo le risorse progettuali, formative ed umane rappresentate dal Gruppo a Progetto Psicologia e Diabete, dal Gruppo a Statuto Scuola e dal Gruppo intersocietario GISED per la progettazione ed erogazione del Master di II Livello collaborando con il Dipartimento di Psicologia Clinica dell'Università La Sapienza di Roma.

Nell'anno accademico 2010-2011 il Dipartimento di Psicologia Clinica dell'Università La Sapienza di Roma, in collaborazione con l'Associazione Medici Diabetologi, ha organizzato un Master di II Livello in Psico-Diabetologia: il Counseling nella Relazione con il Paziente Diabetico.

Risultati del percorso

- la realizzazione del Master
- la formazione di 11 diabetologi attraverso il Master
- la progettazione del prodotto "Cartella Educativa"
- la sinergia di azione tra soggetti istituzionali quali Università La Sapienza e AMD, così come tra Gruppi societari/intersocietari

Riassunto

Per un'educazione terapeutica efficace, valutabile e strutturata è necessario conoscere il paziente nella sua complessità clinica, psicologica e sociale.

In letteratura mancano strumenti che permettano di raccogliere ed elaborare i dati psico-sociali da integrare alla cartella clinica, costruita su modello esclusivamente biomedico.

Scopo. Fornire un profilo educativo completo del paziente, all'interno di uno strumento operativo, integrabile nelle cartelle cliniche informatizzate già in uso, in grado di registrare il percorso educativo, nelle sue varie fasi, facilitando la trasmissione delle informazioni tra curanti.

Metodo. Il gruppo Master di 2° livello "Psicodiabetologia: counseling nella relazione con il paziente diabetico" ha ela-

*Il Gruppo Master in Psico-Diabetologia rappresenta l'aggregazione funzionale e per competenze di componenti del Gruppo di Lavoro AMD in Psicologia e Diabete, del Gruppo a Statuto AMD Scuola Permanente di Formazione, del Gruppo Intersocietario GISED e dei Partecipanti al Master di Psico-Diabetologia

borato una cartella educativa, integrabile nelle cartelle cliniche informatizzate già in uso, che possa fornire un profilo completo della persona affetta da diabete.

La cartella educativa prevede:

1 "La Diagnosi educativa": valuta i bisogni del paziente, le sue potenzialità e richieste rispetto ad un programma di educazione personalizzato. Esplora, con questionari e griglie di abilità, quattro dimensioni: socio-professionale, psico-affettiva, cognitiva e di abilità gestuali.

2 "Il Contratto educativo", definisce gli obiettivi pedagogici da raggiungere al termine del percorso educativo condiviso con il paziente, che verranno sottoposti a verifica periodica.

3 "La valutazione delle competenze acquisite": rivalutazione dei questionari e delle griglie di abilità in riferimento al percorso educativo. È previsto il follow-up del paziente nel tempo.

Conclusioni. La cartella educativa proposta rappresenta lo strumento per mettere a confronto metodologie e risultati raggiunti, una nuova opportunità di approccio alla persona con diabete.

Summary

For an effective, valuable and structured therapeutic education, it is necessary to know the patient in its clinical, psychological and social complexity. There's a lack of instruments useful in the collection and elaboration of the psycho-social data to integrate in the clinical records, nowadays based exclusively on the biomedical model.

Aims. To provide a complete educational profile of the patient, within an operational system, integrated in the computerized medical records already in use and able to monitor the educational pathway, in its various stages, thus facilitating the transmission of the information between physicians.

Methods. The 2nd Level Master Group "Psycho-diabetology: counseling in the relationship with the diabetic patient" has developed an innovative educational file, as part of the computerized medical records nowadays in use, which can provide a complete profile of the person with diabetes.

This educational tool comprehends three steps: 1- The Educational Diagnosis: this consists in evaluating patient's needs, its capabilities and outcomes face to a personalized educational program. To explore, with questionnaires and grills of abilities, four different dimensions: socio-professional, psycho-affective, cognitive and gestural abilities. 2-The Educational Agreement: it defines the educational objectives that the patient is expected to achieve through the educational process and which will be periodically verified. 3-The assessment of learning outcomes: revaluation of the questionnaires and grills of abilities in relation to the educational process. Patient's follow-up is planned over time.

Conclusions. This educational file represents a useful tool which enables to compare methodologies and achievements, a new opportunity to approach the person with diabetes.

Introduzione

La diagnosi di malattia cronica è un evento che altera e rompe precedenti equilibri organici, psicologici e sociali determinando una sensazione di progressiva perdita di salute ed integrità, che può indurre nel paziente l'idea di diversità e solitudine. La comparsa di una malattia cronica, come ad esempio il diabete, comporta, infatti, l'attivazione del processo di separazione dall'immagine corporea precedente e la creazione di un nuovo modello di integrità fisica e psichica, che deve

comprendere anche la "dimensione malata" del proprio corpo⁽¹⁾. Accanto allo sforzo intenso che il paziente deve fare per integrare la malattia in un nuovo assetto psico-fisico, c'è da considerare il condizionamento rilevante sulla vita quotidiana che la nuova condizione impone, attraverso l'obbligo di una terapia e di uno stile di vita dettati da regole rigide, ma essenziali per garantire una corretta gestione della patologia.

L'operatore sanitario che si occupa di malattie croniche non può prescindere da queste considerazioni: è importante che preveda di ridefinire il proprio ruolo professionale, acquisendo nuove competenze umanistiche, comunicative e relazionali.

Il tradizionale rapporto paternalistico medico-paziente entra, infatti, in crisi: la malattia non può essere guarita, l'atto terapeutico non è limitato nel tempo, il trattamento coinvolge aspetti relativi allo stile di vita che il malato dovrà gestire autonomamente accompagnato dal proprio medico. Tenendo conto di tutti questi aspetti, il successo terapeutico diventa imprescindibile da un approccio bio-psicosociale in cui le scelte terapeutiche devono essere condivise con il paziente e devono adattarsi a tutti i fattori individuali, familiari, sociali che favoriscono oppure ostacolano una corretta autogestione della malattia^(2,3,4,5).

Il ruolo dell'operatore sanitario diventa quello di educatore-counselor counselor-testimone della persona malata. Il soggetto in cura non è passivo ma deve essere aiutato a partecipare in modo consapevole al programma terapeutico, deve assumere nel processo di cura una posizione centrale^(6, 7, 8).

Un ruolo fondamentale nella ridefinizione del rapporto umano tra paziente e operatore sanitario giocano l'educazione terapeutica ed il team.

L'**educazione terapeutica** è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come un *processo formativo, continuo, integrato nella cura, per aiutare i pazienti e i loro familiari a comprendere la malattia e il trattamento, per vivere in salute e mantenere e migliorare la loro qualità di vita* e si articola, in ambito pedagogico, psicologico e psicosociale attraverso strategie rivolte all'acquisizione di conoscenze e abilità pratiche, con un importante impatto sulla motivazione⁽⁹⁻¹¹⁾.

Il **Team di cura**, che è un gruppo di persone con diverse competenze, con suddivisione e riconoscimento dei ruoli e delle singole capacità, lavora per un risultato condiviso, rivolto a gestire e verificare i cambiamenti.

Questi due strumenti si compenetrano vicendevolmente: l'educazione terapeutica, infatti, esige una formazione del team curante. Un'educazione terapeutica adeguata, inoltre, deve prevedere la verifica del processo educativo, della qualità di vita del paziente e delle sue capacità di autogestione⁽¹²⁾.

Per una attività educativa efficace, strutturata e valutabile, è necessario conoscere la complessità clinica, psicologica e sociale della persona con diabete, identificarne i bisogni, valutare le sue potenzialità e facilitare

tare la pianificazione di un progetto di cura condiviso. Mancano, attualmente, strumenti che permettano di raccogliere ed elaborare i dati psico-sociali da integrare alla cartella clinica, costruita su modello esclusivamente biomedico.

L'obiettivo del lavoro di questo gruppo è stato quello di elaborare una cartella educativa come sistema strutturato a moduli, facilmente utilizzabile nella pratica clinica, in grado di supportare il lavoro del team nell'attività di educazione terapeutica, registrando il percorso del paziente, monitorando i percorsi formativi, favorendo la trasmissione delle informazioni tra curanti e il loro coordinamento pedagogico e didattico.

Master di II livello in "Psicodiabetologia. Nell'anno accademico 2010-2011 il Dipartimento di Psicologia Clinica dell'Università "La Sapienza" di Roma, in collaborazione con l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) ha organizzato un Master di II livello in "Psicodiabetologia: il *counseling* nella relazione con il paziente diabetico", cui hanno partecipato 11 diabetologi provenienti da diverse regioni d'Italia. Tra le varie attività, il gruppo ha elaborato una cartella educativa, integrabile nelle cartelle cliniche informatizzate già in uso, prendendo come riferimento il modello pedagogico sistemico (d'Ivernois)^(4,10,13), gli importanti contributi di Assal^(1,2,14), ma soprattutto l'esperienza e gli strumenti didattici di vari gruppi italiani di Educazione Terapeutica Strutturata^(15,16,17).

La cartella educativa elaborata è in grado di fornire un profilo educativo completo del paziente, all'interno di un protocollo definito che prevede una diagnosi e un contratto educativo, la descrizione dettagliata del programma educazionale ed una valutazione delle competenze acquisite.

La **diagnosi educativa** è la prima tappa del percorso. Deve essere centrata sul paziente nella sua complessità, sulla sua vita, sui suoi bisogni, le sue potenzialità, le sue richieste rispetto ad un programma di educazione personalizzato. Devono partecipare alla sua elaborazione tutti gli operatori del team. È necessario che siano raccolte informazioni in maniera sistematica. La diagnosi educativa attraverso l'esplorazione di quattro diverse dimensioni (la socio-professionale, la psico-affettiva, la cognitiva e quella delle abilità gestuali) aiuta l'operatore sanitario ad accogliere globalmente il paziente, fornendo allo stesso la sensazione che si raccolgano tutti i dettagli della sua "storia", favorendo così un atteggiamento di apertura e disponibilità reciproca.

1. Dimensione socio-professionale. Ha una importante valenza pedagogica. Si utilizzano in parte dati già contenuti nella cartella clinica, arricchiti con informazioni sul lavoro, sulla vita familiare e sociale del paziente, sul suo tempo libero. La discussione deve essere aperta e basata sulla fiducia, con lo scopo di sapere come il paziente vive quotidianamente: conoscere l'organizzazione del suo lavoro, ad esempio, permetterà di

cercare con lui le modalità per gestire nel migliore dei modi la sua malattia. È necessario, quindi, che i dati presenti nella cartella clinica già in uso, siano riportati automaticamente in questa sezione, in modo da non fare domande inutili al paziente; mentre alcuni dati possono essere raccolti con modalità tali da facilitare una eventuale successiva elaborazione statistica, altre informazioni, ancora, devono essere raccolte come risposte a domande aperte, con spazi dedicati e non riducibili in categorie prefissate.

2. Dimensione psico-affettiva. In questa sezione si utilizzano i questionari che studiano l'adattamento alla malattia, lo stato di benessere psicologico, l'eventuale coesistenza di ansia e depressione, le condotte di salute, il locus of control (ATT19, WHO-5, SAS-SDS, Condotte di riferimento, MHLC). Sono tutti questionari validati, con un numero di item contenuto e fanno parte della tradizione diabetologica italiana. Nella parte libera e non codificata di questa sezione, si raccolgono informazioni rispetto alla motivazione a prendere parte al progetto educativo. Il grado di apprendimento sarà strettamente correlato alla motivazione.

3. Dimensione cognitiva. È valutata con i questionari GISED (alimentazione, autocontrollo, attività fisica, ipoglicemia, terapia insulinica, piede)⁽¹⁵⁾. Anche in questa sezione, è necessario lasciare uno spazio libero, non riconducibile a categorie prefissate, in cui raccogliere informazioni rispetto alla rappresentazione di malattia del paziente: è particolarmente importante sapere come spiega la sua malattia e a che cosa la attribuisce.

4. Abilità gestuali. Vengono studiate con le griglie di osservazione, già utilizzate nel progetto ETS⁽¹⁶⁾.

Tutti i dati vengono raccolti ed analizzati all'inizio del percorso educativo e nella fase di follow-up o di ripresa educativa.

Al termine della diagnosi educativa devono risultare chiari i fattori facilitanti e quelli limitanti l'attività formativa, si deve essere in grado di definire le competenze che il paziente deve avere acquisito alla fine del percorso educativo.

Il **contratto educativo** è la seconda tappa del percorso e definisce gli *obiettivi pedagogici* da raggiungere al termine del percorso educativo. Esistono due diversi tipi di obiettivi: *gli obiettivi di sicurezza* (gestione del rischio da parte del paziente) e *gli obiettivi personali*. In questa sezione della cartella vengono elencati gli obiettivi di sicurezza. Il paziente dichiara quelli che si impegna ad apprendere e aggiungerà a questi gli obiettivi personali specifici. La compilazione di questa parte della cartella educativa è frutto di una negoziazione tra paziente ed educatore. Il paziente riceverà un documento scritto che firmerà insieme al team di cura.

Per quanto concerne la tipologia dei metodi educativi si possono utilizzare metodi collettivi, individuali o di autoapprendimento (Figura 1), a seconda del paziente, della storia della sua malattia, del suo momento di vita⁽¹³⁾. Per ognuno di essi nella cartella sarà rappresen-

Metodi collettivi		
TECNICHE		
Campo capacità intellettuali	Campo abilità gestuali	Campo delle attitudini
<ul style="list-style-type: none"> •Lezione interattiva •Studio dei casi •Tavola rotonda •Metaplan •Brainstorming •Tecnica delle parole chiave •Simulazioni •Audiovisivi 	<ul style="list-style-type: none"> •Attività pratiche •Laboratori (es. cucina, analisi etichette alimentari, analisi di menù, pasti didattici a mensa, visita al supermercato) •Simulazione di gesti e tecniche •Analisi attività fisica (passeggiate didattiche) 	<ul style="list-style-type: none"> •Tavola rotonda •Gioco dei ruoli •Sedute di rilassamento •Audiovisivi •Brainstorming

a

Metodi individuali		
TECNICHE		
Campo capacità intellettuali	Campo abilità gestuali	Campo delle attitudini
<ul style="list-style-type: none"> •Colloquio •Studio di casi •Documenti simulati •Classificatore di immagini •Consigli telefonici 	<ul style="list-style-type: none"> •Lavori pratici •Simulazioni 	<ul style="list-style-type: none"> •Colloquio centrato sull'emozione •Gioco dei ruoli •Colloquio a partire da una lettura o da un film

b

Metodi di autoapprendimento		
TECNICHE		
Campo capacità intellettuali	Campo abilità gestuali	Campo delle attitudini
<ul style="list-style-type: none"> •Lettura •Programmi di insegnamento sul PC •Siti internet •Materiali di aiuto alla decisione (tabella equivalenti alimentari, piani di azione terapeutica) 	<ul style="list-style-type: none"> •Istruzioni tecniche •Video 	<ul style="list-style-type: none"> •Lettura •Visione film •Incontri con altri pazienti •Forum di discussione su Internet

c

Figura 1. Metodi Educativi, collettivi (a), individuali (b), di apprendimento (c). Tabelle tratte da: JF d'Ivernois et al. Educare il paziente un approccio pedagogico. Mc Graw Hill 2009, modificate.

tata una tabella che elencherà le diverse possibilità di tecniche da utilizzare per il raggiungimento dell'obiettivo stabilito e si potrà visualizzare la tecnica utilizzata.

La Cartella educativa diabetologica prevede, inoltre, una descrizione del programma educativo: deve essere precisato il numero degli incontri, la durata, se si tratta di un primo percorso di educazione o di un follow-up (pianificato o determinato da un evento particolare).

La **valutazione delle competenze acquisite** è l'ultima parte del percorso. Si tratta di una azione fondamentale che necessita di strumenti di misura specifica, in relazione al campo in cui si sono sviluppati gli *obiettivi pedagogici*. Vengono riproposti, per l'ambito *cognitivo* i questionari di conoscenza (questionari GISED), per l'*ambito gestuale* le griglie di osservazione. Si ripropongono, anche, i questionari che indagano la sfera psico-affettiva per evidenziare possibili modifiche successive all'intervento educativo.

Nella cartella educativa è previsto il follow-up del paziente nel tempo, indispensabile perché l'educazione è un ciclo continuo e dinamico.

Conclusioni. Il diabete mellito, per la sua peculiarità di malattia cronica ad elevato impatto psicologico e sociale legato alle inevitabili modifiche dello stile di vita richieste per mantenere un buon controllo glico-metabolico e ridurre il rischio di complicanze a lungo termine, rappresenta un modello in cui una gestione efficace non può prescindere dalla valutazione degli aspetti psicosociali, elemento importante sia nella gestione della malattia cronica, che nell'adesione del paziente al trattamento. La loro importanza è sottolineata dalle Linee guida di quasi tutte le società scientifiche, che raccomandano di includere nella gestione del diabete una valutazione preliminare psicologica e della condizione sociale e di inserire il trattamento psicologico nell'ambito delle cure abituali^(17,18,19,20). Di fatto la situazione psicologica e sociale condiziona la capacità del paziente di adempiere correttamente a tutte le necessità di cura che la condizione di malato cronico prevede⁽²¹⁾. Diventa, quindi, necessaria l'evoluzione dal modello di tipo biomedico, in cui il medico si interessa prevalentemente degli aspetti biologici e clinici, al modello di tipo bio-psicosociale in cui il medico si interessa al paziente in maniera globale (persona con malattia). In questa nuova dimensione il medico, per essere in grado di "prendersi cura" del paziente, deve migliorare la sua capacità di entrare in relazione con il paziente stesso, amplificando la sua capacità di ascolto attivo, la sua capacità di comunicare e di accogliere. Infine deve acquisire, confrontandosi con la cultura psicologica, la capacità di identificare e poi gestire gli aspetti emozionali del paziente, senza farsi travolgere⁽²²⁾. Il passaggio dal concetto di *compliance* (obbedienza ad una prescrizione) a quello di *adherence* (condivisione del trattamento) si realizza solo alla luce di queste nuove capacità di relazione medico-paziente. L'approccio bio-psicosociale diventa quindi un approccio centrato sulla persona che richiede empatia: comprensione dell'altro che si realizza immergendosi nella sua soggettività, senza sconfinare nella identificazione⁽²³⁾.

L'educazione del paziente intende rispondere, ormai da tempo, a queste dimensioni del processo di cura e, pur essendo una pratica sanitaria relativamente recente, rappresenta sicuramente un cambiamento efficace dei modi di intendere la salute e il ruolo del paziente (d'Ivernois, 2008).

La validità e l'efficacia dell'educazione terapeutica è stata provata da numerosi studi fin dal 1970.⁽²⁴⁾ Questo ha dato il via a numerose esperienze educative in ambito diabetologico, diverse per metodologie di insegnamento, per organizzazione dell'intervento, per durata ma che hanno mostrato un importante impatto in termini di compenso metabolico e salute globale del paziente⁽²⁵⁾.

L'Educazione terapeutica strutturata, seppur auspicabile ed applicabile in diverse malattie croniche, ha mostrato un significativo effetto sui principali out come di malattia solo per il diabete mellito⁽²⁶⁾.

La cartella educativa, qui proposta, potrebbe rappresentare il punto di partenza per un percorso condiviso, capace di mettere a confronto le metodologie e i risultati raggiunti. Potrebbe essere, infatti, uno strumento di monitoraggio della diffusione e dell'andamento temporale dell'attività di educazione terapeutica in Italia: raccogliere dati in modo strutturato è fondamentale per capire quali siano le aree che richiedono investimenti, quali i bisogni inevasi, quali i risultati dell'assistenza erogata. Misurare è il primo passo per poter migliorare e per rispondere in modo adeguato alle esigenze di cura.

In tal modo la cartella educativa proposta può essere intesa come un contributo clinicamente adeguato per quella misurazione che sempre in una medicina efficace rappresenta un passo fondamentale per poter migliorare la risposta ai bisogni di una cura efficace della malattia cronica.

Conflitti di interesse: nessuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Lacroix A, Assal JP. Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica. Ciaccio S., Sofra' D. Eds. Minerva Medica, Torino 2005.
2. Assal JP. Revisiting the approach to treatment of long term illness: from the acute to the chronic state. A need for educational and managerial skills for long-term follow-up. Patients Educ Couns; 37:99-111,1999.
3. Lau RR et al. Further exploration of common-sense representation, Health Psychology, 1989.
4. Gagnayre R, d'Ivernois JF. Apprendre à éduquer le patient, Ed Maloine, 2° Ed, 2004.
5. Anderson RM, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with Diabetes, Diabetes Care 200; 124:1069-78.
6. Anderson RM, Funnell MM The art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators, Alexandria, VA, American Diabetes Association, 2000.
7. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM. Patient empowerment: results of a randomized trial. Diabetes Care 1995; 18:943-9.
8. Empowerment: A Patient's Perspective, Diabetes Spectrum 2006; 19, 116-8.
9. Therapeutic patient education continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group. Geneva 1998.
10. d'Ivernois JF, Gragnaire R. Educare il Paziente. Guida all'approccio medico-terapeutico. Mediserve Editions Vigot, Paris, 1995.
11. Peel E, Parry O, Douglas M, Lawton J. Diagnosis of Type 2 Dia-

- betes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and view about information prevision., Patients Educ Couns, 2004;53:269-75.
12. Basic curriculum for health professionals on Diabetes Therapeutic Education (Report of a DESG Working Group,2001) <http://www.desg.org/content/view/29/38/>.
13. d'Ivernois JF et al. Educare il paziente un approccio pedagogico. Mc Graw Hill 2009.
14. Assal JP et al. La technique des objectifs dans la prescription medicale et l'enseignement aux malade. Education Permanente 1986; 85; 137-52.
15. Vespasiani G, Nicolucci A, Erle G, Tranto M, Miselli V. Validazione del questionario sulla conoscenza del diabete: GISED 2001. Giorn Ital Diab Metab 2002; 22; 109-20.
16. Manuali ETS. Biblioteca AMD www.aemmedi.it.
17. Standard italiani AMD-SID di cura del Diabete 2009-2010, www.aemmedi.it.
18. American Diabetes Association Position Statement. Standards of Medical Care in Diabetes-2010, Diabetes Care 2010; 33 (suppl 1), Jan 2010.
19. IDF Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation 2005, <http://www.idf.org>.
20. Progetto Dawn 2005 www.dawnstudyitaly.com.
21. Young-Hyman D. Psychosocial factors affecting adherence, quality of life, and well-being: helping patients cope. In Medical Management of type 1 Diabetes. 4th ed. Bode B, Ed. Alexandria, VA, American Diabetes Association, 2004: 162-182 www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/.../PMC2613589/.
22. Di Berardino P, Gentili P, Bufacchi T, Agrusta M. Manuale di Formazione all'intervento psicopedagogico in Diabetologia Pacini Editore, Pisa 2008.
23. Rogers C. Terapia centrata sul cliente, 1951. La Meridiana 2007.
24. Miller LM, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a country hospital setting. N Engl J Med 1972; 286: 1388-91.
25. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes Patient education: a meta-analysis and meta-regression. Patient Education and Counseling 2004; 52: 97-105.
26. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. Arch Intern Med 2004 23;164(15):1641-9.
27. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD005108.

Appendice - Test per valutare le caratteristiche psicologiche correlate con l'adattamento bio-psicosociale della persona con diabete

- ATT19: Scala di autovalutazione dell'adattamento psicologico al diabete. (Welch GW, Dunn SM, Beeney LJ. The ATT39: A measure of psychological adjustment to diabetes. In: C Bradley (Ed), A Handbook of psychology and diabetes, pp 223-245, London Howard Academic 1994.
- MHLC (Multidimensional Health Locus of Control Scale): scala di attribuzione di controllo sulla propria salute e malattia. Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. Development of multidimensional locus of control (MDLCL) scales. Health Education Monographs: 1978.
- Condotte di riferimento (CdR): Modello e strumento per la valutazione di interventi educativi. Giorn Ital Diab Metab 2001; 21;17-24, 2001.
- SAS (Self-rating Anxiety Scale): scala di autovalutazione dell'ansia. Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics. 1971.
- SDS (Self-rating Depression Scale): scala di autovalutazione della depressione (Zung, 1965).
- Validity of the five-item WHO. Bonsignore M.,Barkoww K.,Jessen F. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001;251 Suppl 2:II27-31.