

## Passaggio strutturato dei pazienti affetti da DMT1 dal centro di diabetologia pediatrica al centro dell'adulto. Il vissuto della persona con diabete



A. Aglialoro<sup>1</sup>, N. Minuto<sup>2</sup>, R. Guido<sup>1</sup>, C. Reborà<sup>2</sup>, M. Zecchini<sup>1</sup>, A. Parodi<sup>2</sup>, G. D'Annunzio<sup>2</sup>, G. Ghisoni<sup>3</sup>, R. Crovetto<sup>3</sup>, S. Corsi<sup>3</sup>, G. Careddu<sup>4</sup>, M. Dagnino<sup>1</sup>, M. Patrone<sup>1</sup>, P. Gentili<sup>5</sup>, R. Lorini<sup>2</sup>, A. Corsi<sup>1</sup>

alberto.aglialoro@asl3.liguria.it

<sup>1</sup> SC Diabetologia Endocrinologia e Malattie Metaboliche P.O. "Villa Scassi" ASL 3 Genova; <sup>2</sup> Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica Istituto G. Gaslini, Università di Genova; <sup>3</sup> SC Diabetologia P.O. Nervi ASL 3 Genova; <sup>4</sup> SC Diabetologia P.O. Recco ASL 3 Genova; <sup>5</sup> Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, "Sapienza", Università di Roma

**Parole chiave:** Passaggio strutturato, Team di transizione della Diabetologia pediatrica (TtDP), Team di transizione della diabetologia dell'adulto (TtDA), Questionario per "Valutazione del passaggio", Counseling motivazionale

**Key words:** Structured Transition, Transition team pediatric diabetes care (TtDP), Transition team adult diabetes care (TtDA), "Transition satisfaction" questionnaire, Motivational interviewing

### Riassunto

**Premessa.** Il passaggio del paziente affetto da diabete mellito tipo 1 dal Centro di Diabetologia Pediatrica alla Struttura dell'adulto presenta particolari difficoltà legate soprattutto alle dinamiche di sviluppo psicofisico della persona.

**Scopo.** Scopo di questo lavoro è valutare il livello di soddisfazione delle persone avviate al passaggio mediante i questionari proposti dal "protocollo di transizione" SIEDP, AMD, SID.

**Materiali e Metodi.** Dopo 12 mesi dal "passaggio", è stato somministrato ai giovani il "Questionario di gradimento per la valutazione del passaggio", allegato D/E del Documento di Consenso. I ragazzi candidati al passaggio erano stati valutati prima dal TtDP mediante Questionario "Anamnesi psico-sociale", Questionario "Valutazione del passaggio", TRI Test delle Relazioni interpersonali e POMS (Profile of Mood States). Quelli ritenuti "idonei" per la transizione iniziavano, dopo graduale preparazione al passaggio mediante le tecniche del Counseling motivazionale, il percorso secondo il "Protocollo di Transizione" SIEDP, AMD, SID". Il passaggio è stato effettuato da 56 pazienti seguiti presso il Centro regionale di Diabetologia Pediatrica dell'Istituto Gaslini (N 33 maschi, N 23 femmine, età media 27.5±11 anni, con 2 drop out (3.6%), e nessun ritorno al centro pediatrico). Tutti i ragazzi che hanno compiuto il passaggio sono stati invitati a compilare il questionario.

**Risultati.** Hanno risposto al questionario 53 ragazzi (94.6%). La maggioranza dei ragazzi riferisce la propria preoccupazione al passaggio al Servizio di Diabetologia dell'Adulto (93%), un'adeguata preparazione al passaggio (80%), una buona soddisfazione riguardo all'efficienza (le cure, l'acco-

glienza, le attenzioni ai bisogni, le informazioni e i tempi d'attesa) del nuovo Team Diabetologico (6 domande: 78%-90%). Tuttavia, più del 50% dei ragazzi intervistati (62%) ritiene che il passaggio al Centro dell'Adulto non sia un momento di crescita personale. Infine, più della metà dei ragazzi ha pensato di tornare al Servizio Pediatrico (64%).

**Conclusioni.** Dall'analisi della valutazione di gradimento emerge che era vivace la preoccupazione del cambiamento rappresentata dal "passaggio", nonostante si sentissero adeguatamente "preparati". Le modalità di cura offerte dai centri per l'adulto è stata ritenuta ampiamente soddisfacente dai pazienti. Ciononostante il passaggio al TtDA non viene vissuto da tutti come momento di crescita e ciò suggerisce la necessità di un maggior impegno nel presentare il passaggio ben prima della sua realizzazione. Il pensiero di tornare al TtDP, pur a fronte della complessiva soddisfazione verso il TtDA, indica la presenza di un rapporto interpersonale con il TtDP, che va oltre il tradizionale rapporto biomedico tra operatore sanitario e paziente. Un buon esito del passaggio si basa sulla cooperazione fra TtDP e TtDA, e le procedure richiedono valutazioni prospettive con l'impiego di tempo e di risorse.

### Summary

**Introduction.** Transition of T1DM patients from Pediatric Diabetology to Adult Diabetology is a critical process related to common psychosocial challenges during emerging adulthood.

**Aim.** Aim of this work is to assess how patients appreciated structured transition by means of "Transition satisfaction" questionnaire recommended by Consensus Document SIEDP, AMD, SID Study Group.

**Materials and Methods.** 12 months after transition, we administered to young T1DM patients the "satisfaction questionnaire" about Transition. Patients proposed to transition, were been first evaluated from TtDP by means of following tools: 1) Psychosocial history; 2) Transition assessment questionnaire; 3) TRI test relationship; 4) POMS (Profile of Mood States). Patients once considered suitable to transition, started the transfer, after gradual training to transition by Motivational interviewing, according to "Transition Protocol" SIEDP, AMD, SID. 56 T1DM patients were transferred from Pediatric Local Centre Gaslini Hospital (33 males, 23 females, age 27.5±11). There were 2 drop out (3.6%), but no patients came back to Pediatric Centre. All patients filled out the "satisfaction questionnaire" about Transition.

**Results.** 53 (94.6%) T1DM young patients answered to the "satisfaction questionnaire". Most of the patients referred anxiety disorders related to Transition from young Centre to adult Centre (93%), recognized an appropriated planned training to transition (80%), were satisfied about the new Diabetologic Adult Team efficiency (welcome, take care of patients, treatments, global informations, waiting period) (6 questions: 78-90%). Nevertheless, more of 50% of interviewed patients (62%) didn't consider transition a means to improve emerging adulthood. Finally, more than half of patients believed to come back to Pediatric Centre (64%).

**Conclusions.** in T1DM patients, the assessment of "satisfaction questionnaire" highlights anxiety related to Transition from young Centre to adult Centre, nevertheless patients recognized an appropriated planned training to transition. Adult Team efficiency was positive judged by patients. Despite that, most of patients didn't consider transition from TtDP to TtDA as a means to improve emerging adulthood; about this, more is needed to apply

*in to realised structured transition early before fulfillment. The idea to come back to TtDP in mind patients, nevertheless their satisfaction of TtDA, come out the relationship between patients and TtDP beyond the biological relation physician-patient. An interactive cooperation between TtDP and TtDA is needed to realise a good outcome. More perspective assessments with more time and human resources are needed to improve the outcome.*

## Introduzione

La fase di transizione tra l'infanzia e l'età adulta, che include le variazioni biologiche della pubertà, pone particolari problemi alla persona con DMT1 ed al "team" di Diabetologia Pediatrica<sup>(1)</sup>.

Sebbene la maggior parte degli adolescenti si adattino bene alle difficili sfide della pubertà, si deve riconoscere che l'assistenza diabetologica ai "teen-agers" e le loro caratteristiche emozionali sono molto diverse da quelle dei bambini e degli adulti e richiedono quindi competenze specifiche. In questa delicata fase l'adolescente deve rispondere a richieste *interne* (costruzione di una propria identità, volontà di differenziarsi dal ragazzo che è stato in passato e dai modelli adulto-genitoriali) ed *esterne* (nuove amicizie e relazioni, la scuola, i pari età e la forza di omogeneizzazione al gruppo di riferimento); non sempre la condizione diabete trova una giusta collocazione nella vita del ragazzo, rischiando di essere "dimenticata", negata, odiata, e combattuta senza armi adeguate. La motivazione alla cura e ad uno stile di vita corretto diminuisce o si altera, mentre, contemporaneamente, l'adolescente diventa per la prima volta l'interlocutore privilegiato al momento delle visite al centro diabetologico. Tuttavia, sebbene nella maggior parte dei casi l'adolescente con diabete abbia raggiunto l'autonomia gestionale, raramente ha assunto la vera consapevolezza e responsabilità nei confronti della sua malattia, dal momento che risulta anche difficile una rappresentazione futura di sé<sup>(2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13)</sup>.

All'équipe diabetologica in questa fase è richiesto un impegno particolare sulla motivazione al cambiamento ed alla collaborazione, lavoro che tenga conto delle ambivalenze tipiche dell'età, di una quota di aggressività nei confronti dei curanti e di quella parte di sé legata alla malattia<sup>(14)</sup>.

Il sostegno al cambiamento nella cura e nelle abitudini, indispensabile percorso educativo che favorisce il mantenimento consapevole di un buon compenso metabolico, non può disgiungersi allora da un *ascolto attivo* e da un'attività costante di *Counseling* adolescenziale, che deve occuparsi di tematiche specifiche quali i disturbi alimentari, le implicazioni relazionali e sessuali del diabete, fino ad un eventuale discorso sulle complicità, troppo spesso rimandato il più a lungo possibile<sup>(15,16)</sup>.

Questa complessità non può prescindere da un passaggio al centro dell'adulto preparato, vale a dire motivato, condiviso ed accompagnato nella consapevolezza

che l'educazione all'autonomia, parte integrante della cura, va intesa anche come educazione alla non dipendenza da un centro, da un'équipe, da un medico<sup>(17,18)</sup>.

Dunque, il passaggio del paziente affetto da diabete mellito tipo 1 dal Centro di Diabetologia Pediatrica alla Struttura dell'adulto presenta particolari difficoltà legate soprattutto alle dinamiche di sviluppo psicofisico della persona<sup>(2,3,4)</sup>. Un passaggio non ben strutturato può risultare fallimentare, con il rischio di drop out dei pazienti, e deve pertanto essere preventivamente preparato ed attuato con gradualità, secondo un piano definito e con la piena consapevolezza e condivisione del paziente<sup>(17,18)</sup>. Il documento di consenso redatto collegialmente da SIEDP, AMD, SID auspica che il passaggio avvenga come un processo e non come un evento occasionale, e prevede tre fasi di attuazione: la proposta da parte del team pediatrico (TtDP), l'incontro preliminare del paziente con lo staff del centro dell'adulto (TtDA) presso la struttura pediatrica, l'incontro presso l'Ospedale dell'adulto con il TtDP (tab. 1)<sup>(19)</sup>.

## Scopo del lavoro

Scopo di questo lavoro è la presentazione della nostra esperienza sul passaggio strutturato secondo il Documento di Consenso SIEDP, AMD, SID con particolare attenzione alla valutazione del livello di soddisfazione delle persone avviate al passaggio mediante i questionari proposti dal "Protocollo di Transizione" condiviso.

## Materiali e Metodi

Il Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica della Clinica Pediatrica, IRCCS Istituto Gaslini di Genova ha preparato il processo di passaggio dei pazienti ultraventicinenni ritenuti idonei ad effettuare questo passo importante. Prima di programmare il passaggio, al fine di evitare un risultato negativo, il team diabetologico ha tenuto in considerazione i seguenti aspetti:

- Il passaggio è in realtà «gettare un ponte», cioè un *continuum*
- Il passaggio al Centro dell'adulto deve essere un processo a lungo termine, ben organizzato, senza interruzioni e con il coinvolgimento di varie figure professionali
- Le procedure del passaggio necessitano di valutazioni prospettiche, richiedono tempo e risorse
- La conoscenza delle barriere al passaggio permette di identificare i pazienti a più alto rischio di *drop-out*, che si traduce in una pericolosa autogestione
- La conoscenza delle esigenze cliniche a lungo termine dei pazienti diagnosticati in età pediatrica
- La certezza che i pazienti siano educati ed istruiti all'autocontrollo ed abbiano sviluppato le competenze necessarie per l'autogestione
- Nella fase di transizione il controllo metabolico può essere instabile

- La conoscenza delle co-morbidità e background sociale
- Implementare la comunicazione fra pediatri e medici dell'adulto in un'ottica di interdisciplinarietà

Un altro aspetto fondamentale è rappresentato dalla necessità di FACILITARE IL CAMBIAMENTO. In questo processo diventa indispensabile una comunicazione efficace tra il Personale della Diabetologia Pediatrica e il Personale della Diabetologia dell'Adulto. Attraverso la costruzione del "Team di transizione" che diventa un riferimento per singoli pazienti in "passaggio" dal Centro Pediatrico e per le loro famiglie e discute situazioni e risultati dei precedenti passaggi (indispensabile il "feedback" dai pazienti che hanno recentemente affrontato la transizione).

Per sviluppare un rapporto fra Diabetologia Pediatrica e Diabetologia dell'Adulto, i Centri per Adulti devono adeguare l'organizzazione alle esigenze dei giovani, già in cura presso il Centro Pediatrico.

Nel proporre il passaggio sono state considerate le seguenti "parole d'ordine":

- Gradualità - Accennare
- Spiegare
- Condividere
- Informare
- Cooperare

Lo Schema di Protocollo di Transizione secondo il Documento di Consenso redatto collegialmente da SIEDP, AMD, SID prevede una *prima visita* del ragazzo/a con DM presso il Servizio di Diabetologia Pediatrica in spazi, ore e giorni dedicati in presenza del personale della Diabetologia Pediatrica e del personale della Diabetologia dell'Adulto (Team di transizione). Durante questo primo incontro il Team di transizione Diabetologico Pediatrico (TiDP) presenta il ragazzo/a con DM1 e la famiglia al Team Diabetologico dell'Adulto (TiDA). Il TiDP consegna al TiDA una relazione clinica dettagliata: anagrafica con anamnesi personale e familiare, caratteristiche dell'esordio, iter schema terapeutico, attuale terapia, alimentazione, status dello screening delle complicanze, grado di educazione, compliance all'autocontrollo e all'autogestione, situazione caratteriale-psicologica-familiare. Durante questa prima visita il Team di transizione Diabetologico dell'Adulto (TiDA) presenta il proprio Centro e il Progetto Assistenziale (PA). Il TiDA consegna al ragazzo/a la Carta dei Servizi del Centro per Adulti con dettagliato profilo organizzativo. Il Progetto Assistenziale, sarà discusso e rimodellato in base alle esigenze del ragazzo/a, della famiglia e del Team di transizione della Diabetologia Pediatrica (TiDP). La *seconda visita* del ragazzo/a con DM1 viene programmata a breve termine dalla prima presso il Servizio di Diabetologia dell'Adulto in presenza del Team di transizione in spazi, ore e giorni dedicati. Durante la visita viene presentato da parte del Team di transizione della Diabetologia dell'Adulto (TiDA) il Centro, viene avviato il *programma assistenziale* (follow up) e viene consegnata una lettera per il Medico di Medicina Generale. Il protocollo di transizione prevede inoltre nei primi 6 mesi contatti telefonici fra i 2 Team (TiDA e TiDP) nei casi di problemi particolari o se il ragazzo/a contattasse TiDP. Al

termine del 1° anno viene compilata una scheda di follow-up dal TiDA e il ragazzo/a viene invitato a compilare un "Questionario gradimento del passaggio" (allegati D e E) e si ha un confronto fra i due Team (TiDA e TiDP) per una verifica congiunta (Figura 1).

Nella nostra esperienza, iniziata nel 2007, i ragazzi sono stati avviati al passaggio dopo essere stati ritenuti "idonei" dagli operatori sanitari: aver dimostrato un'avvenuta maturazione e aver acquisito una consapevole e corretta autogestione della malattia (*Empowerment*). La preparazione al passaggio è stata realizzata mediante colloqui strutturati e ripetuti nel tempo utilizzando le tecniche di *Counseling motivazionale* di Rollnick e Miller (2004) (formulare domande aperte, praticare l'ascolto attivo, aggirare le resistenze, sostenere l'autoefficacia, lavorare sulla frattura interiore). Questo metodo di intervento è "centrato" sulla persona (C. Rogers, 1951, T. Gordon, 1970), è orientato ad accrescere le motivazioni personali al cambiamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza.

Il passaggio è avvenuto in piena sintonia tra pazienti e operatori sanitari senza reciproche forzature o imposizioni e dopo aver parlato più volte del significato e delle modalità del passaggio stesso. Eventuali *resistenze* dei ragazzi al passaggio e alle loro convinzioni, sono state elaborate dagli psicologi del team pediatrico e hanno indotto gli operatori sanitari a procrastinare il passaggio.

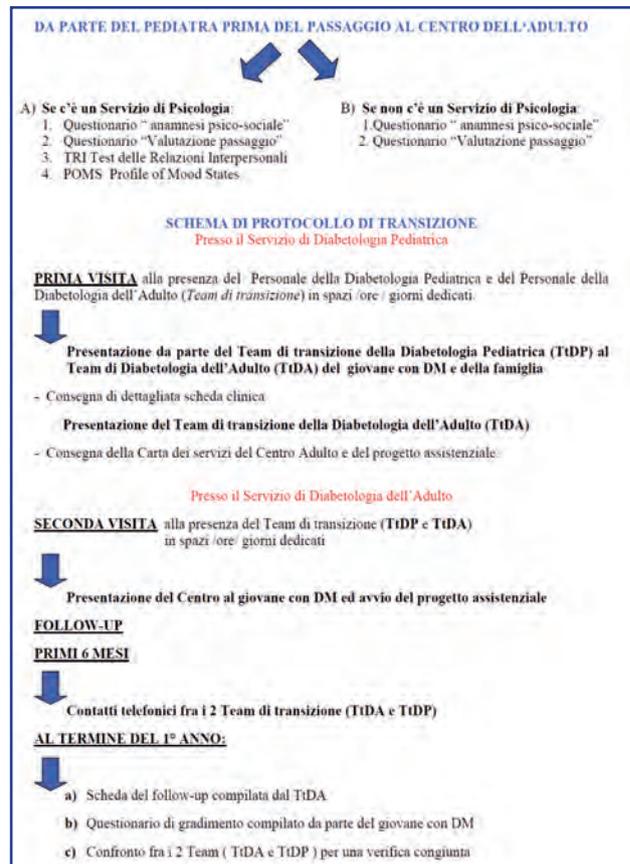


Figura 1. Schema di Protocollo di Transizione secondo Documento di Consenso Gruppo di Studio SIEDP- AMD-SID.

**Tabella 1.** Casistica dei pazienti che hanno fatto il passaggio dal Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica Istituto G. Gaslini (Università di Genova) ai Centri di Diabetologia dell'Adulto ASL 3 Genovese (Villa Scassi, Nervi, Recco).

Casistica Pazienti Passaggio							
	Totale pazienti ASL 3 genovese						56
	Età media al passaggio						27.5 ± 11
	Maschi/Femmine						33/23
	Drop out						2
	Ritorno al centro pediatrico						Nessuno
TtDA	2007	2008	2009	2010	2011	Totale	Partecipanti al questionario
P.O. "Villa Scassi"	9	7	9	12	10	47	46
P.O. Nervi	-	-	-	5	1	6	5
P.O. Recco	-	-	-	3	-	3	2

I ragazzi ritenuti "idonei" per il passaggio iniziavano il percorso secondo il "Protocollo di Transizione" SIEDP, AMD, SID". Il passaggio è stato effettuato da 56 pazienti seguiti presso il Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica dell'Istituto Gaslini (N 33 maschi, N 23 femmine, età media 27.5 + 11 anni, con 3.6 % di drop out (2 pazienti), e nessun ritorno al Centro Pediatrico.

Dopo 12 mesi dal "passaggio", Tutti i ragazzi sono stati invitati a compilare il "Questionario di gradimento per la valutazione del passaggio" (Tabella 1) (Allegato D ed E del Documento di Consenso), che valutava sia la dimensione psico-affettiva-emotiva che quella cognitiva-comportamentale. I ragazzi candidati al passaggio erano stati valutati prima dal TtDP mediante Questionario per "Anamnesi psico-sociale" (Allegato A), Questionario per "Valutazione del passaggio" distinto per ragazzi/ragazze (Allegato B e C), TRI Test delle Relazioni interpersonali (9/19 anni) che valuta l'adeguatezza delle relazioni interpersonali nell'ambito sociale (coetanei, insegnanti) e familiare (genitori) (Il Test TRI 1996, Bracken, è reperibile presso Edizioni Erickson, C.so Buonarroti, 13 Trento e al sito [www.erickson.it](http://www.erickson.it)) e il POMS Profile of Mood States (adolescenti/adulti) che studia le emozioni (ansia, depressione, aggressività, vigore, stanchezza e confusione) (Il Test POMS sono reperibili presso Edizioni Giunti, Organizzazioni Speciali, Firenze, via Paolo Sarpi, 7 Firenze e al sito [www.osnet.it](http://www.osnet.it))<sup>(16)</sup>.

La somministrazione del TRI Test e del POMS è stata possibile in quanto il Team di transizione della Diabetologia Pediatrica (TtDP) disponeva di un Servizio di Psicologia.

## Risultati

Hanno risposto al questionario 53 ragazzi (94.6%). Riportiamo i quesiti del questionario e la percentuale di partecipanti che ha risposto molto o abbastanza (Tabella 2):

1. Ti ha preoccupato il trasferimento nel Servizio di Diabetologia dell'Adulto? 93%
2. Ti eri sentito/a preparato al trasferimento? 80%
3. Sei soddisfatto/a del Servizio che frequenti ora? 90%

4. Ti soddisfa il rapporto instaurato con l'equipe diabetologica? 85%
5. Ritieni che nel Servizio che frequenti ora presti attenzione ai tuoi bisogni? 86%
6. Il medico che ti segue è in grado di capire i tuoi bisogni le tue motivazioni? 90%
7. Il tempo di attesa nel servizio è lungo? 12%
8. Sono esaurienti le informazioni che hai ricevuto su lavoro, previdenza, viaggi, scuola, lavoro, sessualità, idoneità sportiva? 78%
9. Ritieni che il passaggio al Centro dell'adulto sia un momento di crescita personale? 38%
10. Durante i tempi di attesa hai occasione di incontrare i tuoi coetanei? 94%
11. Hai mai pensato di tornare al Servizio pediatrico? 64%
12. Pensi che il programma del centro che attualmente frequenti possa essere migliorato o modificato? 35%

Alcuni ragazzi hanno proposto delle attività che ritengono possano migliorare la qualità dell'assistenza del Centro diabetologico dell'adulto al quale afferiscono da 1 anno: a) Campi Scuola (45%), b) Incontri Monotematici di gruppo a frequenza regolare (55%), c) Creazione di una "rete di contatti" (18%) (es.: un forum).

## Conclusioni

Dall'analisi della valutazione di gradimento emerge che era vivace la preoccupazione del cambiamento rappresentata dal "passaggio" (paura nell'affrontare un netto cambiamento sia a livello pratico che a livello relazionale), nonostante si sentissero adeguatamente "preparati"<sup>(20)</sup>. Le modalità di cura offerte dai centri per l'adulto sono state ritenute ampiamente soddisfacenti dai pazienti. Ciononostante il passaggio al TtDA non viene vissuto da tutti come momento di crescita e ciò suggerisce un maggior impegno nel presentare il passaggio ben prima della sua realizzazione, e come processo naturale nella cura dei giovani<sup>(21)</sup>. Trattandosi della prima esperienza

Tabella 2. Risultati in % del questionario di gradimento del passaggio.

Questionari di gradimento passaggio				
Quesito	Molto	Abbastanza	Poco	per Niente
1. Ti ha preoccupato il trasferimento nel servizio di diabetologia dell'adulto?	51	42	7	0
2. Ti eri sentito preparato al trasferimento?	50	30	13	7
3. Sei soddisfatto del servizio che frequenti ora?	53	37	7	3
4. Ti soddisfa il rapporto instaurato con l'equipe diabetologica?	51	34	9	6
5. Ritieni che nel servizio che frequenti ora si presti attenzione ai tuoi bisogni (orari di visita, disponibilità del personale, ecc)	49	37	11	3
6. Il medico che ti segue è in grado di capire i tuoi bisogni e le tue motivazioni?	51	39	5	5
7. Il tempo di attesa nel servizio è lungo?	5	7	17	71
8. Sono esaurienti le informazioni che hai ricevuto riguardo patente, sport, scuola, lavoro, previdenza, viaggi, sessualità	42	36	16	6
9. Ritieni che il passaggio al centro dell'adulto sia un momento di crescita personale?	17	21	51	11
10. Durante il tempo d'attesa hai occasione di incontrare tuoi coetanei?	88	6	6	0
11. Hai mai pensato di tornare al servizio pediatrico?	23	41	23	13
12. Pensi che il programma del centro che frequenti attualmente possa essere migliorato o modificato?	SI 35	NO 65		
Se si cosa cambieresti?				
Proposte:				
1. Campi Scuola	45			
2. Incontri Monotematici di gruppo a frequenza regolare	55			
3. creazione di una "rete di contatti" tra tutti i ragazzi	18			

di un passaggio strutturato i risultati ottenuti nel follow up costituiscono uno stimolo per meglio organizzare il processo in epoche successive: la nostra esperienza suggerisce una maggiore attenzione/revisione critica riguardo alle modalità del "team di transizione" di facilitare il passaggio e la necessità di una maggiore formazione allo "svincolo". Sebbene ben il 64% dei pazienti vorrebbe ritornare al Centro Pediatrico, è importante altresì considerare che non si è verificato alcun drop out, che è noto rappresentare il rischio maggiore di un passaggio non correttamente organizzato.

Il passaggio non è né facile né indolore in quanto risente, in maniera amplificata, delle incertezze, tensioni, e contraddizioni che sempre accompagnano la conquista dell'autonomia a cui si aggiunge la difficoltà nel porre fine ad una relazione di fiducia costruita nel tempo ed in un periodo così significativo come quello dell'età evolutiva e la paura di non riuscire a costruire un rapporto altrettanto profondo con il nuovo team. La "nostalgia" dei pazienti per il Centro Pediatrico (Il pensiero di tornare al TtDP), pur a fronte della complessiva soddisfazione verso il TtDA, indica la presenza di una relazione interpersonale con il TtDP, che va oltre il tradizionale rapporto biomedico tra operatore sanitario e paziente. Il passaggio rappresenta, dunque, un esempio emblematico della necessità di un'evoluzione *dal modello di tipo biomedico*, in cui l'operatore sanitario si interessa prevalentemente degli aspetti biologici e clinici, *al modello di tipo biopsicosociale* in cui l'opera-

tore sanitario si interessa al paziente in maniera globale (la persona con malattia). In questa nuova dimensione il medico per essere in grado di "prenderci cura" del paziente, deve migliorare la sua capacità di relazione con il paziente stesso amplificando la sua capacità di ascolto attivo, la sua capacità di comunicare informazioni semplici, decodificate dal linguaggio medico, verificandone inoltre il feed-back, infine deve acquisire, confrontandosi con la cultura psicologica, la capacità di identificare e poi gestire gli aspetti emozionali del paziente, senza farsene travolgere<sup>(22,23)</sup>. L'approccio biopsicosociale diventa quindi un *approccio centrato sulla persona* (Terapia centrata sul cliente C. Rogers, 1951, T. Gordon, 1970) che richiede *empatia*: comprensione dell'altro che si realizza immergendosi nella sua soggettività<sup>(24,25)</sup>. In questa dimensione 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<sup>(26,27)</sup>.

Infine, riteniamo che un buon esito del passaggio si basa sulla cooperazione fra TtDP e TtDA, e le procedure richiedono valutazioni prospettiche con l'impiego di tempo e di risorse<sup>(28)</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

- Olsen GO, Swigonski NL. Transition to adulthood: the important role of the Pediatrician Pediatrics 2004; 113:159162.

2. Tuchman LK, Slap GB, Britto MT. Transition to adult care: experiences and expectations of adolescents with a chronic illness. *Child Care Health Dev* 2008; 34: 557-63.
3. Songini M. Transfer of IDDM patients from paediatric to adult diabetologist, Theoretical and practical aspects of the treatment of diabetic children – 5° International ISPAD Course, March 11/18, 1995, pag. 207-211.
4. Fleming E et al. The transition of adolescents with diabetes from the children's health care service into the adult health care service: a review the literature *J Clin. Nursing* 2002; 11, 560-567.
5. Albani I. Passaggio dell'adolescente con diabete mellito insulino-dipendente dal pediatra al diabetologo dell'adulto (PANDA) *Il Diabete* 1997, dicembre:206-212.
6. Consensus Guidelines 2000 - ISPAD Consensus Guidelines for the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents, eds. Peter Swift, © Copyright 2000 by International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes.
7. Bryden SK, Peveler RC, Stein A, Neil A, Mayou RA, Dunger DB. Clinical and Psychological Course of Diabetes from Adolescence to Young Adulthood. A longitudinal cohort study *Diabetes Care* 2001; 24:1536-1540.
8. American Academy of Pediatrics-American Academy of Family Physicians-American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. A Consensus Statement on Health Care Transitions for Young Adults with Special Health Care Needs *Pediatrics*, 2002;110:1304-1306.
9. Scal P. Transition for Youth with chronic conditions: Primary Care Physicians' Approaches. *Pediatrics* 2002;110:1315-1321.
10. Reiss J, Gibson R. Health Care Transition: Destinations Unknown. *Pediatrics* 2002;110:1307-1314.
11. McGill M. How do we organize smooth, effective transfer from Paediatric to Adult Diabetes Care? *Horm Res* 2002;57(1):66-68.
12. Transition to adult health care for adolescents and young adults with chronic conditions. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:309-311.
13. Reiss JG, Gibson RW, Walker LR. Health care transition: youth, family and provider perspectives *Pediatrics* 2005; 115:112-120.
14. Gentili P, Brugnoli M, Burla F. Le motivazioni dei giovani italiani affetti da diabete di tipo 1 a trasferirsi dal Centro di Diabetologia pediatrica al Centro di Diabetologia dell'adulto. *Difesa Sociale*, 2004; Vol LXXXIII, n 4: 27-44.
15. Anderson BJ, Wolpert HA. A developmental perspective on the challenges of diabetes education and care during the young adult period *Patient Education and Counseling* 2004; 53:347-352.
16. Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plonick L, Kaufman F, Laffel L, Deeb L, Grey M, Anderson B, Holzmeister LA, Clark N. Care of children and adolescents with type 1 diabetes *Diabetes Care* 2005; 28:186-205.
17. Adamo SMG et al. Il Diabete in Età Evolutiva: un approccio integrato, La Città del Sole, Napoli, 1995; 61-76.
18. Cadario F, Prodam F, Bellone S, Trada M, Binotti M, Trada M, et al. Transition process of patients with type 1 diabetes (T1DM) from paediatric to the adult health care service: a hospital-based approach. *Clin Endocrinol.* 2009;71:346-50.
19. Gruppo di Studio SIEDP, AMD, SID. Transizione dei giovani con diabete mellito verso l'età adulta *Il Giornale di AMD* 2010; 13:159-168.
20. Vanelli M, Caronna S, Adinolfi B, Chiari G, Gugliotta M, Arsenio L. Effectiveness of an uninterrupted procedure to transfer adolescents with type 1 diabetes from the paediatric to the adult clinic held in the same hospital: eight-year experience with the Parma protocol. *Diabetes Nutr Metab* 2004;17:304-8.
21. Busse-Voigt FP et al. Building bridges during transition of patients with type 1 diabetes. adult medical and pediatric point of views. *Internist (Berl)*. 2009 50:1194, 1196, 1198 passim.
22. Di Berardino P, Gentili P, Bufacchi T, Agrusta M. Manuale di Formazione all'intervento psicopedagogico in Diabetologia Pacini Editore, 2008.
23. Engel GL. The clinical application of biopsychosocial model. *Am J of Psychiatry*, 1980.
24. Rogers CR. La terapia centrata sul cliente: teoria e ricerca. Ed. Martinelli, Firenze 1994.
25. Gordon T. Genitori efficaci. Educare figli responsabili. Edizioni la meridiana, Molfetta (BA), 2a Ed., 1997.
26. Assal JF, Golay A, Jacquement S. L'educazione terapeutica del paziente. Considerazioni sui metodi della medicina convenzionale *L'arco di Giano* 18:15-28,1998.
27. Assal JP et al. 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. *Patient Education and Counseling* 37:99-111,1999.
28. Gautier JF, Choukem SP et al. Transferring type 1 diabetic patients from pediatric to adult diabetes care: can we do better? *Horm Res* 2007;67:139-141.

## Ambulatorio per la medicazione del piede diabetico: 2005-2011: sei anni di esperienza multidisciplinare e interdipartimentale in un ospedale di distretto



M. Michelini<sup>1</sup>, R. Trianni<sup>1</sup>, A. Zollino<sup>4</sup>, A. Lambertini<sup>3</sup>, F. Borghi<sup>1</sup>, L. Finardi<sup>1</sup>, E. Manicardi<sup>1</sup>, M. Bongiorno<sup>5</sup>, F. Dell'Oste<sup>5</sup>, V. Manicardi<sup>2</sup>

massimo.michelini@ausl.re.it

<sup>1</sup> Servizio di Diabetologia, <sup>2</sup> Dipartimento Internistico, <sup>3</sup> Ortopedia, <sup>4</sup> Lungodegenza, <sup>5</sup> Specialistica Ambulatoriale e Servizio Infermieristico Domiciliare del Dipartimento di Cure Primarie, Ospedale E. Franchini di Montecchio Emilia, AUSL di Reggio Emilia

**Parole chiave:** Diabete mellito, Piede diabetico, Team multidisciplinare, Diversi livelli d'intensità di cura

**Key words:** Diabetes mellitus, Diabetic foot, Multi-disciplinary team, Different levels of care intensity

### Riassunto

Le lesioni ulcerative del piede sono una complicanza frequente nella vita del diabetico, ed i pazienti diabetici sono oltre la metà degli amputati agli arti inferiori; in un piccolo ospedale di Distretto, tra limitate risorse economiche ed umane e bisogni del paziente, dal 2005 è stato attivato a Montecchio, AUSL di Reggio Emilia, un ambulatorio per la medicazione del piede diabetico; la sua organizzazione, multi professionale, multidisciplinare, ed interdipartimentale ha consentito di poter costruire un percorso che rappresenta un punto di riferimento per i pazienti, con riduzione dei tempi di accesso alla medicazione, garantisce continuità assistenziale tra ospedale e territorio, consente di poter usufruire, nell'ambito del Dipartimento Internistico, di diversi livelli di intensità di cura e rappresenta la base di partenza per futura costruzione di modello hub and spoke con strutture di terzo livello dedicate alla cura del piede diabetico.