

News tematiche



A cura di Roberta Manti

leonardimanti@virgilio.it

Valutazione psicosociale del Pancreas Artificiale (PA)

A cura del Gruppo AMD Psicologia e Diabete

1 giugno 2015 (Congresso Medico) - La ricerca sul Pancreas Artificiale (PA) è progredita significativamente negli ultimi anni, con aumento delle aspettative di disponibilità nei prossimi 3-5 anni. Attualmente non esistono misure validate ed attendibili per valutare le implicazioni psicosociali nell'accettazione e nell'uso efficiente del sistema; né ugualmente per valutare il "fattore umano". In campo ingegneristico, e nello specifico nel mondo diabete, il concetto di fattore umano è tradizionalmente associato a quelle preferenze individuali in termini di design, comandi, modalità di funzionamento che fungono da guida nella realizzazione di nuovi devices nell'ottica di un miglioramento delle performance non solo di salute ma anche umane.

Esiste però anche un altro aspetto altrettanto importante del cosiddetto fattore umano, finora sottovalutato, che è il vissuto del paziente. Fiducia, credenze, emozioni, aspettative, onere nell'apprendimento e nella gestione influenzano l'uso di una nuova tecnologia e possono determinarne, se non considerate, un utilizzo discontinuo e subottimale o persino rappresentare una potenziale barriera.

Con questa premessa Barnard KD (Southampton, United Kingdom) e coll. hanno condotto una revisione sistematica della letteratura su aspetti psicosociali e qualità della vita associati all'uso di PA e tecnologie correlate. Dei 293 studi, estratti attraverso specifiche parole chiave, solamente 10 usavano questionari mirati all'aspetto psicosociale, solo 4 dei 103 trials in corso valutavano l'aspetto psicosociale fra gli outcome. Ne è emerso che, se da una parte la persona con diabete ed i familiari percepiscono come vantaggi all'uso del PA un miglior controllo della glicemia, una riduzione del bisogno di automonitoraggio ed un risparmio di tempo, dall'altro le difficoltà con sistemi di calibrazione e di allarme, la paura dell'ipoglicemia, le dimensioni dello strumento, la totale automazione in assenza di regolazione esterna sono ravvisati come potenziali limiti.

Avvalersi di strategie psico-educazionali, di competenze psicologiche integrate nel team di ingegneria biomedica come anche dell'esperienza delle persone con diabete di tipo 1 può in ciò favorire l'adesione ed aumentare il miglioramento percepito di qualità della vita.

In accordo con quanto il National Institute for Health and Care Excellence e il Food and Drug Administration consigliano nell'implementazione di nuovi devices, gli autori esprimono la necessità di chiare linee guida e di una maggiore attenzione all'aspetto psicosociale affinché la nuova tecnologia sia "giusta per la glicemia" e "giusta per il vissuto della persona".

Diabetes Technol Ther 2015 Aprile; 17 (4): 295-300. doi: 10.1089 / dia.2014.0305.

Aspetti della cura del diabete in bambini ed adolescenti: Standard di cura dell'American Diabetes Association (ADA) 2014

A cura del Gruppo AMD Psicologia e Diabete

30 giugno 2014 (Congresso Medico) - I 3/4 delle persone con diabete tipo 1 hanno meno di 18 anni; bambini ed adolescenti affetti da tale patologia richiedono l'intervento di un team multidisciplinare, addestrato e sensibile alle sfide poste dal diabete in questa particolare fascia di età, nella quale la complessità clinica, legata ad una variabilità della sensibilità insulinica correlata alla maturità sessuale ed alla crescita, si intreccia con una particolare complessità e vulnerabilità psicologica in particolare nell'affrontare ipoglicemie e chetoacidosi. È pertanto essenziale che un programma di educazione all'autogestione (DSME, Diabetes Self-Management Education and Training), di terapia nutrizionale (MNT, Medical Nutrition-Therapy) e di supporto psicosociale, centrato sui reali bisogni educativi, nutrizionali, comportamentali ed emotivi di ciascun bambino e adolescente e della sua famiglia, sia erogato alla diagnosi e con cadenza regolare e prestabilita nel tempo, in associazione e sinergia con il follow up clinico.

Aspetti come l'attenzione alle dinamiche familiari e l'equilibrio fra la vigilanza dell'adulto a casa ed a scuola e la cura di sé, devono essere definiti al primo accesso e rivalutati ad ogni visita tenendo conto dello stadio di sviluppo fisico ed emotivo del bambino e dell'adolescente.

Benché la scarsità di ricerca in questo campo offra meno possibilità di studi clinici di evidenza rispetto a quelli presenti per il diabete dell'adulto, dai dati sperimentali pertinenti e disponibili e dal parere degli esperti espresso nello Statement ADA sulla Cura del Diabete in bambini ed adolescenti affetti da diabete tipo 1, cui gli Standard di cura ADA 2014 fanno riferimento, emerge come educazione all'autogestione, terapia nutrizionale e supporto psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza migliorino i risultati clinici e la qualità della vita.

Diabetes Care Volume 37, S14-S80, January 2014

http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full

<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/dia.2014.0305>

<http://translate.google.it/translate?hl=it&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/255490426&prev=search>

Impatto delle differenti modalità di allenamento su controllo glicemico e lipidi plasmatici in pazienti con diabete di tipo 2

A cura di Enrico Pergolizzi

13 ottobre 2014 (Congresso Medico) - Intensificare l'attività fisica e migliorare le proprie abitudini nutrizionali, soprattutto grazie a diete ipocaloriche, è di particolare importanza per prevenire lo sviluppo del diabete di tipo 2 (DM2). Allo stesso tempo, nei pazienti già affetti da DM2, le modifiche

dello stile di vita sono fondamentali per la prevenzione delle complicanze.

L'ADA e l'American College of Sports Medicine hanno dichiarato che una combinazione di allenamento di resistenza (RT) e di esercizio aerobico (AET) di moderata intensità per almeno 150 minuti a settimana può essere più efficace nel migliorare il controllo glicemico rispetto a una singola modalità di allenamento. Diversi studi hanno confrontato gli effetti isolati di RT o AET o una combinazione di entrambi (CT) sui fattori di rischio antropometrici, cardiaci e metabolici, dimostrando che la riduzione di emoglobina glicosilata (HbA1c), glicemia a digiuno (FG), pressione arteriosa sistolica (SBP), circonferenza vita, HDL e trigliceridi (TG) era più evidente seguendo AET e CT rispetto a RT. Tuttavia, negli studi disponibili le diverse modalità di allenamento sono state confrontate con i dati di un gruppo di controllo sedentario e, ad oggi, nessuna revisione ha paragonato gli effetti diretti e indiretti di queste tre modalità differenti di allenamento sugli esiti del controllo glicemico e lipidico nei pazienti con DM2.

Per tale motivo il Dr. Lukas Schwingshackl e coll. (Austria, UK) hanno proposto una revisione sistematica⁽¹⁾ di studi randomizzati controllati che hanno confrontato gli effetti di AET, RT e CT sul controllo glicemico e lipidico in pazienti con DM2.

Sono state eseguite ricerche su MEDLINE, EMBASE e Cochrane Library. I criteri di inclusione erano: DM2, età adulta, supervisione dell'allenamento e un periodo minimo di intervento di 8 settimane.

Sono stati inclusi 14 studi per un totale di 915 partecipanti. AET è risultato più efficace di RT nel migliorare i livelli di HbA1c e FG. Rispetto ad AET, CT ha comportato una riduzione significativamente più evidente di HbA1c. In confronto a RT, la differenza media della variazione di HbA1c, FG e TG era sempre a favore di CT. L'esclusione di studi con un alto rischio di bias ha prodotto solo risultati non significativi.

In conclusione, questi risultati suggeriscono che CT potrebbe essere la modalità di esercizio più efficace per migliorare il controllo glicemico e lipidico nel paziente affetto da DM2. Purtroppo, la valutazione della rilevanza clinica di tali risultati è limitata dalla bassa qualità degli studi inclusi e dalle poche informazioni su risultati clinicamente importanti o sugli effetti avversi dell'esercizio fisico.

Diabetologia. 2014 Sep;57(9):1789-97. doi: 10.1007/s00125-014-3303-z. Epub 2014 Jul 5
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00125-014-3303-z>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24996616>

