

# il Diabete

Vol. 35, N. 2, luglio 2023



## – RASSEGNE

Le citochine organo-specifiche nel diabete: aggiornamenti e prospettive future

Irisina: un singolo ormone, molti cross-talk

Il Counselor nel team diabetologico

## – EDITORIALI

Trent'anni fa i risultati del DCCT: cosa significarono allora e cosa rappresentano oggi

Screening e diagnosi del diabete gestazionale

## – AGGIORNAMENTO DALLA LETTERATURA

Gli interventi di prevenzione del diabete gestazionale sono convenienti anche da un punto di vista di economia sanitaria

## – JOURNAL CLUB

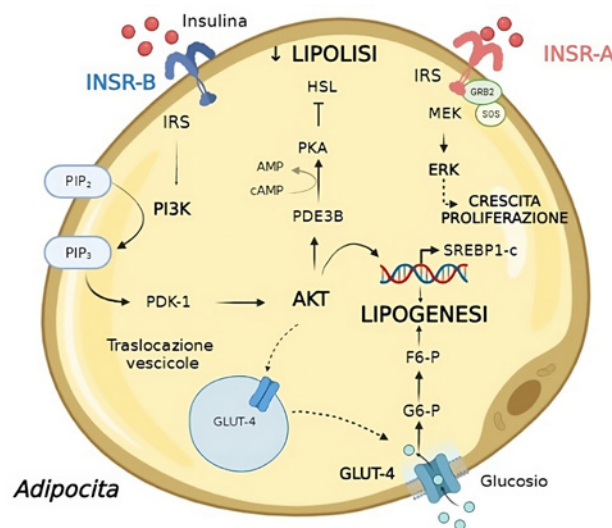
## – MEDICINA TRASLAZIONALE

Ruolo dell'insulina e del recettore insulinico nel tessuto adiposo

## – AGGIORNAMENTO IN TEMA DI TECNOLOGIE

Sistemi di somministrazione insulinica automatizzata open source: a che punto siamo?

## – LA VITA DELLA SID



# il Diabete

Organo ufficiale della  
Società Italiana di Diabetologia

## *Direttore Scientifico*

Sebastiano Squatrito (Catania)

## *Co-direttori*

Massimiliano Cavallo (Terni, YoSID)

Carla Greco (Modena, YoSID)

Giuseppe Defeudis (Roma)

Gloria Formoso (Chieti)

Lucia Frittitta (Catania)

Simona Frontoni (Roma)

Marta Letizia Hribal (Catanzaro)

## *Comitato di Redazione*

Benedetta Bonora (Padova)

Fabio Broglio (Torino)

Stefano Ciardullo (Milano)

Francesca Cinti (Roma-Cattolica)

Giuseppe Daniele (Pisa)

Angela Dardano (Pisa)

Ilaria Dicembrini (Firenze)

Antonio Di Pino (Catania)

Francesca Fiory (Napoli)

Luigi Laviola (Bari)

Anna Leonardini (Bari)

Roberta Lupoli (Napoli-Federico II)

Ernesto Maddaloni (Roma-Sapienza)

Daria Maggi (Roma-Campus)

Alessandro Mantovani (Verona)

Lorella Marselli (Pisa)

Matteo Monami (Firenze)

Mario Luca Morieri (Padova)

Antonio Nicolucci (Pescara)

Emanuela Orsi (Milano)

Pia Clara Pafundi (Napoli-Vanvitelli)

Lorenzo Piemonti (Milano)

Francesca Porcellati (Perugia)

Ivana Rabbone (Torino)

Elena Succurro (Catanzaro)

Dario Tuccinardi (Roma-Campus)

## **CONSIGLIO DIRETTIVO SID**

### *Presidente*

Angelo Avogaro (Padova)

### *Presidente Eletto*

Raffaella Buzzetti (Roma)

### *Tesoriere*

Marta Letizia Hribal (Catanzaro)

### *Segretario*

Saula Vigili de Kreutzenberg (Padova)

### *Consiglieri*

Gloria Formoso (Chieti)

Mariangela Ghiani (Cagliari)

Luigi Laviola (Bari)

Giuseppe Lepore (Bergamo)

Maria Ida Maiorino (Napoli)

Raffaele Napoli (Napoli)

Andrea Natali (Pisa)

Lorenzo Piemonti (Milano)

Salvatore Piro (Catania)

Sabrina Prudente (Roma)

Elena Succurro (Catanzaro)

## *Responsabili di Redazione*

Andrea Tumminia (Catania)

Agostino Milluzzo (Catania)

Rosario Le Moli (Catania)

## **UFFICIO DI PRESIDENZA SID 2022-2024**

Angelo Avogaro (Padova)

Agostino Consoli (Chieti)

Raffaella Buzzetti (Roma)

## Sommario

– **RASSEGNE** A CURA DI LUCIA FRITTITTA E SEBASTIANO SQUATRITO

**CROSS-TALK INTERORGANO: QUANDO LA COMUNICAZIONE CELLULA-CELLULA È “WIRELESS”**

63 **Le citochine organo-specifiche nel diabete: aggiornamenti e prospettive future**

*Francesca Cinti, Andrea Giaccari*

70 **Irisina: un singolo ormone, molti cross-talk**

*Annalisa Natalicchio, Nicola Marrano, Francesco Giorgino*

77 **Il Counselor nel team diabetologico**

*Livio Luzi, Mery Azman*

– **EDITORIALI** A CURA DI SIMONA FRONTONI

84 **Trent’anni fa i risultati del DCCT: cosa significarono allora e cosa rappresentano oggi**

*Geremia B. Bolli, Francesca Porcellati, Paola Lucidi, Carmine G. Fanelli*

94 **Screening e diagnosi del diabete gestazionale**

*a cura del Gruppo di Studio interassociativo AMD-SID Diabete e Gravidanza: Maria Angela Sculli, Cristina Bianchi, Silvia Burlina, Gloria Formoso, Elisa Manicardi, Veronica Resi, Laura Sciacca*

98 – **AGGIORNAMENTO DALLA LETTERATURA** A CURA DI MARTA LETIZIA HRIBAL

**Gli interventi di prevenzione del diabete gestazionale sono convenienti anche da un punto di vista di economia sanitaria**

99 – **JOURNAL CLUB** A CURA DI MARTA LETIZIA HRIBAL

102 – **MEDICINA TRASLAZIONALE: APPLICAZIONI CLINICHE DELLA RICERCA DI BASE**

A CURA DI CARLA GRECO E MASSIMILIANO CAVALLO

**Ruolo dell’insulina e del recettore insulinico nel tessuto adiposo**

*Valentina Annamaria Genchi, Celeste Lauriola, Angelo Cignarelli, Francesco Giorgino*

– **AGGIORNAMENTO IN TEMA DI TECNOLOGIE** A CURA DI GLORIA FORMOSO

123 **Sistemi di somministrazione insulinica automatizzata open source: a che punto siamo?**

*Daniela Bruttomesso, Federico Boscarì*

## **- LA VITA DELLA SID**

- 133 **Congresso Regionale AMD-SID Toscana, Pisa, 10 giugno 2023**  
**L'impatto e i rischi delle complicanze del diabete: dalle complicanze tradizionali alle complicanze emergenti**
  
- 146 **È nato EUDF Italia, network indipendente di discussione e proposta, a livello nazionale nell'ambito dell'European Diabetes Forum**
  
- 148 **SID: la prima società scientifica di diabetologia nella World Obesity Federation**
  
- 149 **Firmato protocollo d'intesa tra il CONI, l'Intergruppo parlamentare Obesità e Diabete, FeSDI, SID e AMD per la tutela della pratica sportiva degli atleti con diabete e per la promozione di corretti stili di vita attraverso lo sport**
  
- 151 **Aumenta il diabete nelle città: firmato il Protocollo d'intesa tra FeSDI, Intergruppi Parlamentari 'Obesità e Diabete' - 'Qualità di Vita nelle Città' e Sport e Salute per la promozione dell'attività fisica e sportiva come strumento di prevenzione**

GOLDEN CIRCLE



# il Diabete

---

Vol. 35, N. 2, luglio 2023

**Direzione Scientifica**

Sebastiano Squatrito, Catania

**Direttore Responsabile**

Stefano Melloni

Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana



Copyright © 2023 SID

Società Italiana di Diabetologia

CC BY 4.0 License

ISBN online 979-12-5477-316-1

ISSN online 1720-8335

DOI 10.30682/ildia2302

Nessuna parte può essere duplicata o riprodotta senza l'autorizzazione scritta dell'Editore.

**Fondazione Bologna University Press**

Via Saragozza 10, 40123 Bologna

tel. (+39) 051 232 882; fax (+39) 051 221 019

e-mail: [info@buponline.com](mailto:info@buponline.com)

[www.buponline.com](http://www.buponline.com)

*Periodico riconosciuto "di elevato valore culturale" dal Ministero per i Beni e le Attività Culturali*

Autorizzazione Tribunale di Milano

n. 706 del 2/11/1988

*Avvertenza ai lettori*

L'Editore declina ogni responsabilità derivante da errori od omissioni in merito a dosaggio e impiego di prodotti eventualmente citati negli articoli, e invita il lettore a controllarne personalmente l'esattezza, facendo riferimento alla bibliografia relativa.

## Il Counselor nel team diabetologico *Counseling and diabetes*

Livio Luzi<sup>1,2</sup>, Mery Azman<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Endocrinologia, Nutrizione e Malattie Metaboliche, IRCCS MultiMedica, Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano; <sup>3</sup>Reevolution Group, Milano

DOI: <https://doi.org/10.30682/ildiaz302c>

### ABSTRACT

*The present review will depict the role and the boundaries of a relatively new profession, entering the world of diabetes and surroundings, the Counselor. Originally, only large companies were hiring Counselors to improve inter-personal relationships, and approach and resolve human resources problems. More recently, the Counselor was introduced in the Health environment with the scope of reinforcing relationship among patients and physicians, improve physician to patient communication but also improving physician to physician relationships and in general communication among health workers. Specific examples of fields of action of Counselors will be presented, with a specific focus on the interaction between Counselor and patients with type 1 and type 2 diabetes. In conclusion, the wide array of potential applications of Counselors will make this new profession particularly appealing for the Diabetes Team World-wide.*

### KEYWORDS

*Counselor, relationship among patients and physicians, type 1 and type 2 diabetes, Diabetes Team.*

### PREMESSA E INTRODUZIONE

#### Il rapporto medico-paziente in Diabetologia oggi

“Listen to the complaint of the patient, however tiresome or irrelevant that may seem. He will eventually tell you what is the matter with him...”

Questa frase, tratta da una pubblicazione del dott. Blau sulla relazione medico-paziente sembra ovvia nella tradizione orale della medicina tradizionale, ma va conte-

stualizzata alla logistica e all'affollamento dei nostri ambulatori diabetologici (1). Infatti la limitata interazione ambulatoriale diabetologo-paziente diabetico rende utile l'inserimento di una interfaccia professionale finora non esistente.

Cos'è il Counseling? La traduzione italiana di Counseling è “consulenza” oppure “consiglio, suggerimento”. Il termine originale è in lingua inglese in quanto questa figura professionale è stata introdotta da diversi anni nei paesi anglosassoni. In ultima sintesi il Counselor è una figura professionale il cui inserimento in un team di lavoro tende a migliorare le relazioni, i rapporti interpersonali e la qualità della vita degli individui. Per questo il Counselor è stato inizialmente inserito in staff alle direzioni del personale delle grandi aziende con il compito di mettere in opera e promuovere atteggiamenti positivi, collaborativi e non-ostativi nelle relazioni del personale con la proprietà e nelle relazioni inter-personali tra i dipendenti al fine di promuovere in modo condiviso il miglioramento comune di dipendenti ed azienda (2). Si è però presto notata la trasversalità di questa funzione e la sua appropriatezza e necessità in altri ambiti lavorativi e professionali incluso quello sanitario (3). Pertanto, nei paragrafi seguenti verranno prospettati i vantaggi dell'inserimento e dell'utilizzo della figura del Counselor nel moderno team diabetologico.

La mansione principale del Counselor è quella del professionista che aiuta chi ha un periodo esistenziale difficile

e cerca di ritrovare le “coordinate della vita”. Può essere contemporaneamente o in fasi diverse un ispiratore, un maestro, un modello, un consigliere e una guida che serve a migliorare la relazione con il *self* e con l’ambiente circostante sia lavorativo che personale ed in generale aumentare consapevolezza nelle proprie capacità e quindi incrementare l’autostima. In ogni caso il Counselor non impartisce direttive, non “prescrive” comportamenti ma, al contrario, fa emergere con metodo maieutico decisioni e prese di posizione spontanee da parte del paziente/individuo/cliente. Questo aspetto costituisce la particolare differenza tra Counselor e figure affini, in primis quella dello psicologo.

Stante questa metodologia di base è ovvio che il Counselor può trovare applicazione e terreno su cui operare in molteplici condizioni. Le principali attività oggi gestite con il Counseling sono in ambito privato (problematiche sia individuali che di coppia), in ambito familiare incluse le “famiglie allargate”, in ambito di comunità (università, scuole, parrocchie, centri sociali e circoli ricreativi) e in ambito lavorativo/aziendale a vari livelli. Come già delineato, il Counselor è figura indispensabile in staff agli uffici risorse umane delle grosse aziende con molteplici funzioni volte principalmente a mitigare contrasti e rivendicazioni interne del personale, ma non solo. Guida e supporto ad esempio necessitano i cosiddetti “esodati”, cioè la fascia dei quarantenni e dei cinquantenni che hanno perso il lavoro e che debbono ricollocarsi in ambito lavorativo e sociale. Senza contare le problematiche di inserimento lavorativo di individui multietnici immigrati in Italia (4-6). Negli ultimi anni molti altri settori oltre a quello lavorativo hanno ritenuto necessario dotarsi della figura del Counselor e tra questi i principali sono: l’ambito sportivo dove il Counselor è di fatto un mental coach deputato a gestire i contrasti interni delle associazioni e delle squadre sportive più che a motivare gli atleti e gli sportivi amatoriali e/o di élite; l’ambito sociale e della riabilitazione dove il Counselor affianca psicologo e assistente sociale nella gestione delle problematiche singole o di gruppo ed infine l’ambito sanitario della quale ci occuperemo in questa rassegna (6-7).

*Quali sono i domini giuridici e pratici del Counselor?* La figura professionale del Counselor in Italia è relativamente nuova. Pertanto, come sempre avviene in questi casi occorre definirne i confini e le potenziali sovrapposizioni/conflicti

con figure professionali già esistenti. Iniziamo col dire che il Counselor dovrebbe svolgere la sua attività prevalentemente al di fuori di strutture sanitarie quali poliambulatori, ospedali, come ad esempio nelle scuole (6, 8). Attualmente non esiste un albo professionale per i Counselors, né dei percorsi universitari ben tracciati. Figure professionali esistenti che non devono essere confuse con quella del Counselor sono lo psicologo e l’assistente sociale. Lo psicologo è una professione sanitaria che opera generalmente in un setting di tipo ospedaliero, mentre l’assistente sociale è una figura non sanitaria ma dedicata a risolvere problematiche più pratiche della popolazione generale. Sicuramente tra le due figure pre-esistenti quella dello psicologo è quella che più facilmente si può confondere con il Counselor. Al fine di definire i confini operativi della figura professionale del Counselor si può portare ad esempio il dualismo tra laureato in Scienze Motorie e laureato in Fisioterapia. La laurea in Fisioterapia è una laurea sanitaria pre-esistente alla laurea in Scienze Motorie che è stata istituita in Italia solo nel 1999 originando dalle ceneri dell’ISEF (Istituto Superiore di Educazione Fisica). Qual è la differenza di funzioni tra laureato in Scienze Motorie e quello in Fisioterapia? Esempio pratico è l’intervento in un paziente con frattura di tibia che deve essere riabilitato inizialmente per qualche settimana dal fisioterapista e poi allenato per mesi dal preparatore atletico cioè il laureato in Scienze Motorie, che riporta l’apparato osteo-muscolare dell’individuo al suo trofismo ottimale. Ebbene, similmente, nelle crisi esistenziali lo psicologo interviene acutamente mentre il Counselor interviene in modalità più durevole nel follow-up nella problematica esistenziale del singolo e della famiglia.

*Come si diventa Counselor in Italia?* Il percorso curricolare per divenire Counselor in Italia consiste in un corso triennale presso una scuola accreditata seguito da un tirocinio pratico. Il titolo richiesto per accedere alla scuola di Counseling è la laurea triennale senza distinzione di indirizzo. Complessivamente per divenire Counselor occorre seguire sia lezioni frontali che esercitazioni/lezioni pratiche nell’arco del periodo triennale. Al termine del triennio si deve compilare e sostenere una tesi per ottenere il titolo di Counselor. Esiste anche la possibilità, seguendo un ulteriore percorso di studi biennale di conseguire il titolo di Counselor professionista, figura indirizzata ad un ambito più specifico come è ad esempio quello sanitario.



## IL COUNSELOR PER I PAZIENTI CON DIABETE

Il diabete mellito presenta una relazione bi-direzionale con lo stress psichico. Persone con diabete vivono in uno stato di ansia e depressione determinato dalla patologia e dalle sue complicanze. Di converso, l'insorgenza di diabete e lo scompenso glicemico cronico possono essere secondarie anche a stress psichico (9). Per questa relazione bidirezionale è pertanto fondamentale il supporto costante di personale specializzato alla gestione dei rapporti relazionali del paziente affetto da diabete. Infatti, la patologia diabetica può determinare in vario grado stress nei familiari e nei congiunti di persone con diabete (10). Pertanto la gestione del diabete mellito è materia particolarmente complessa che non si limita alla visita specialistica ambulatoriale, ma richiede un contatto ed una comunicazione relazionale continuative con i pazienti, idealmente anche a domicilio e/o con metodologie di tele-educazione (11-12). In altre parole i 15 minuti di visita diabetologica due volte l'anno messa a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale non sono assolutamente sufficienti a soddisfare i fabbisogni del paziente affetto da diabete di tipo 2 e tantomeno quelli del paziente con diabete di tipo 1. Ecco quindi la necessità di una figura professionale "ponte" tra il team sanitario e il paziente e la sua famiglia (13-14), professione già esistente in altri sistemi sociali o sanitari di paesi europei o extra-europei (15).

## L'INTERFACCIA COUNSELOR-PSICOLOGO NEL PAZIENTE CON DIABETE

Esiste una potenziale sovrapposizione tra la figura del Counselor e quella dello psicologo, già operante in alcuni centri diabetologici ed in quasi tutti i centri dietologici che hanno un programma di chirurgia bariatrica. In realtà, anche se nel training del Counselor esiste anche un background psicologico, le due figure sono distinte sia dal punto di vista concettuale, che nella pratica clinico-assistenziale, che nell'approccio al paziente affetto da diabete. Infatti, lo psicologo interviene nella "fase acuta" del bisogno. Ad esempio quando un giovane e fino ad allora sano ventenne sviluppa in poche settimane un diabete di tipo 1. L'accettazione della nuova condizione di vita può essere a volte molto problematica fino a richiedere un supporto psicologico. Superata la acuzie, lo psicologo in genere esce di scena sebbene il giovane si trovi davanti ad una intera

vita nuova con la necessità di affrontare e superare diversi ostacoli: un primo aspetto fondamentale del giovane diabetico è la aderenza ai suggerimenti di stile di vita e alla terapia insulinica. Una funzione del Counselor consiste nel motivare il paziente a mantenere il più possibile la aderenza alla terapia con la finalità ultima di prevenire le complicanze della malattia (16). Un secondo aspetto importante nella relazione paziente-Counselor è la informazione, la comunicazione e la gestione delle complicanze del diabete fino ad arrivare a quelle più invalidanti (17-19). Il problema della aderenza terapeutica è presente anche (e soprattutto) per il paziente affetto da diabete di tipo 2. Una ulteriore fase critica nel percorso di crescita del giovane affetto da diabete di tipo 1 è la cosiddetta fase della "transizione", periodo nel quale l'individuo cessa di essere seguito in ambiente pediatrico e si affaccia definitivamente all'ambiente sanitario dell'adulto. È proprio in questa fase che si ha la percentuale più elevata di non aderenza alla terapia ed è quindi fondamentale il supporto del Counseling (20). Inoltre, spesso in questa fascia di età viene proposta la terapia con microinfusore insulinico. Il posizionamento dell'apparecchio medicale può comportare un rifiuto da parte dell'individuo affetto da diabete di tipo 1 che deve essere gestito a livello comunicativo-relazionale nel lungo termine dal Counselor (21).

L'interfaccia psicologo-counselor deve essere pertanto presente e bidirezionale. Ad esempio il paziente che sviluppa un importante calo del visus per effetto della retinopatia diabetica proliferante può richiedere un supporto psicologico per un certo periodo. Similmente il paziente diabetico che viene ospedalizzato. Il punto chiave è quindi il seguente: la interazione counselor-psicologo/psicoterapeuta se ben gestita può essere un valore aggiunto ed avere un effetto sinergico sulla efficacia del trattamento del paziente diabetico e sulla sua famiglia nelle fasi critiche della storia naturale della malattia.

Counselor e psicologo possono utilizzare a supporto della loro azione alcune metodologie specifiche quali la ipnosi clinica ed il mindfulness. Tali metodologie si sono dimostrate utili nel ridurre lo stress psichico e nel migliorare la aderenza terapeutica. Infatti, lo stato di *trance* indotto da ipnosi è stato usato per fornire delle suggestioni operative a pazienti affetti da diabete che non seguano delle prescrizioni inerenti allo stile di vita o che non abbiano una adeguata aderenza terapeutica (22). L'effetto può essere rinforzato insegnando al paziente come incrementare la

propria autostima ed autodeterminazione con metodiche di autoipnosi considerando anche che la ipnoterapia può essere eseguita a distanza (23). Similmente, metodiche di mindfulness si sono dimostrate efficaci nel modulare lo stress indotto dal fatto di essere affetti da diabete mellito e nel migliorare la compliance alla terapia (24).

### **COUNSELOR, SPORT E INDIVIDUI AFFETTI DA DIABETE**

Le Linee Guida congiunte American Diabetes Association/ American College of Sport Medicine sanciscono l'importanza e indicano la "dose" di attività sportiva in pazienti affetti da diabete mellito sia di tipo 1 che di tipo 2 come primo livello di intervento nel management del diabete (25). Purtroppo, è esperienza comune a tutti i diabetologi, come la aderenza alla prescrizione di attività sportiva sia molto bassa soprattutto nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 ed obesità. La figura professionale del Counselor si è resa utile nell'aumentare l'aderenza dei pazienti diabetici alla prescrizione di attività fisica in diversi contesti (26). Il nostro gruppo ha evidenziato come l'attività fisica continuativa nel diabete di tipo 1 contribuisca a ridurre l'infiammazione cronica e a modulare la risposta immunitaria ed autoimmunitaria (27). Qualora di intensità sufficientemente elevata, lo sport ha l'effetto di ridurre drasticamente il dosaggio giornaliero di insulina in termini di unità assolute e, soprattutto, di aumentare il Time In Range (TIR) di pazienti insulino-trattati (27). È pertanto fondamentale mettere in essere tutte le buone pratiche possibili al fine di aumentare l'aderenza alla prescrizione di attività sportiva nei pazienti con diabete di tipo 1.

Similmente la pratica sportiva è fondamentale nel prevenire il prediabete nei soggetti predisposti al diabete, e la transizione prediabete-diabete mellito di tipo 2, assieme ovviamente ad altri interventi sullo stile di vita quali una dieta eucalorica ed equilibrata, l'astensione dal fumo di sigaretta, la riduzione della assunzione di alcool e la riduzione dello stress psico-fisico. La figura del Counselor può intervenire su tutti gli aspetti sopracitati incluso l'ultimo - la prevenzione dello stress - innescando un ciclo virtuoso di stile di vita che permetta un miglioramento a lungo termine della qualità della vita del paziente diabetico. Infine, la aderenza ad un programma di attività fisica è fondamentale anche per il mantenimento del calo ponderale. Infatti l'intervento dimostratosi finora

più efficace nel ridurre il cosiddetto effetto jo-jo (e cioè la ripresa dei chili di peso persi con un regime dietetico) è l'associazione alla dieta di un programma di attività fisica eseguito in modo costante e continuativo (28).

### **IL COUNSELOR NELLA INTERAZIONE DIABETOLOGO-PARODONTOLOGO**

Il diabete mellito e la salute orale hanno una relazione bi-direzionale. È noto da tempo che pazienti affetti da diabete (sia di tipo 1 che di tipo 2) sviluppano più frequentemente la gengivite e a seguire la parodontite (29). Più di recente si è individuato anche il percorso inverso: la parodontite cronica determinando uno stato di infiammazione sistemica cronica può portare allo sviluppo di diabete mellito (30). Considerando che la prevalenza della parodontite nella popolazione generale varia dal 30 al 65% a seconda delle coorti studiate, la salute della bocca diviene pertanto un target preventivo e terapeutico molto importante, tanto che il gruppo di studio inter-societario SID, AMD, SIDP ha stilato un decalogo per il diabetologo e per l'odontoiatra. In tale decalogo è previsto un particolare focus alla comunicazione ai pazienti della relazione bidirezionale diabete-parodontite e all'importanza di controlli dentari assidui sia da parte dell'odontoiatra sia dell'igienista dentale. Anche in questo caso la aderenza alle indicazioni dell'odontoiatra non può essere garantita dai controlli in genere semestrali da parte dell'igienista dentale ma si ritiene necessaria una nuova figura professionale che faccia da ponte e possa anche gestire la comunicazione con i pazienti in remoto: il Counselor dello studio odontoiatrico che si aggiunge all'igienista dentale nella educazione a lungo termine del paziente diabetico con patologia del cavo orale.

### **IL COUNSELOR E LA DIABETOLOGIA DI GENERE**

Il 1993 è considerato l'anno in cui inizia ufficialmente l'era della Medicina di Genere a livello internazionale. Infatti, l'allora Direttrice dell'NIH, Bernadine Healy, cardiologa, pubblica un famoso editoriale sul *New England Journal of Medicine* intitolato: "The Yentl Syndrome" - commentando due articoli originali pubblicati sullo stesso numero che riportavano un dato abbastanza inquietante e cioè che nella Boston Area le donne ricevevano molti meno accertamenti ed in generale attenzione clinica degli uomini

quando giungevano nei Pronto Soccorso con sintomatologia di dolore toracico (31). La Dr.ssa Healy utilizzò la metafora di Yentl, un personaggio fiabesco, bambina ebraica che si dovette travestire da maschio per poter studiare il Talmud (31). Tale editoriale, che è considerato “l’atto costitutivo” della moderna Medicina di Genere, è stato seguito da numerosi altri reports, anche in diabetologia, che dimostrano come gli individui donne ricevano in media meno attenzioni sanitarie degli uomini sia nei Pronto Soccorso che, più in generale, nella routine clinica.

Non solo a livello di pazienti ma anche a livello di personale medico esiste una disegualianza tra donne e uomini. Sebbene percentualmente maggioritarie nelle classi di Laurea in Medicina e Chirurgia rispetto agli uomini, le donne medico raggiungono più difficilmente posizioni apicali e vanno incontro a stress lavorativo ed anche *burn-out* più frequentemente degli uomini, tanto che in diversi ospedali è stata inserita la figura del Counselor aziendale per la gestione delle problematiche di discrepanze di genere che sta ricevendo sempre più attenzione.

Negli ultimi decenni si è finalmente ottenuto anche a livello giuridico il riconoscimento del genere X. La condizione di transgender, quando è presente in individui affetti da diabete mellito, contribuisce a peggiorare il quadro di sofferenza psicologica e di isolamento sociale indotto dalla malattia (32-33). Inoltre, sebbene non se ne conoscano le cause, la prevalenza della condizione di disforia di genere

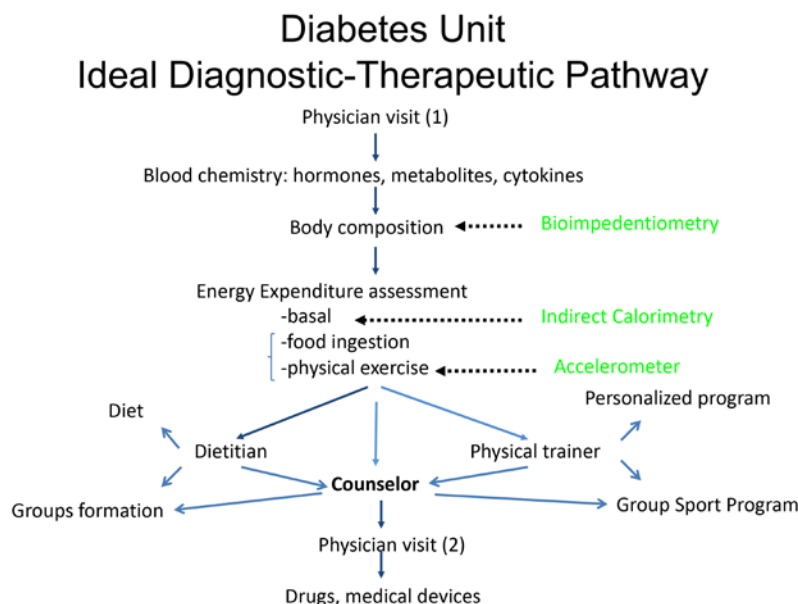
è particolarmente elevata tra i pazienti affetti da diabete di tipo 1 (34-35). Anche in queste situazioni ad alto stress sociale è auspicabile un percorso di Counseling.

## CONCLUSIONI: IL FUTURO DEL COUNSELING SANITARIO IN ITALIA

La figura professionale del Counselor si è profilata all’orizzonte dell’area della sanità pubblica e privata in un periodo storico caratterizzato da una drammatica carenza di personale medico ed infermieristico sia nelle aree specialistiche che nelle aree dei bisogni primari della persona. Il futuro del Counselor in sanità dipenderà da vari fattori:

1. In primis la nuova professione deve essere comunicata e divulgata ai potenziali utenti ed agli stakeholders della diabetologia italiana, non ultimi le Associazioni dei pazienti affetti da diabete di tipo 1 e di tipo 2.
2. Una volta dimostrata e condivisa la utilità del Counselor in diabetologia, le Regioni e le Autorità Governative Centrali Sanitarie dovrebbero identificare percorsi specifici di inserimento di Counselors in teams diabetologici, idealmente studiando dei progetti pilota.
3. In parallelo, le università italiane dovrebbero ideare e implementare percorsi specifici per diventare Counselor prevedendo già una fase di stage/tirocinio in strutture ospedaliere accreditate.

Figura 1 ◆



La Figura 1 descrive un percorso ideale per i pazienti affetti da diabete (tipo 1 e tipo 2) afferenti ad un team diabetologico. In questo modello, la figura del Counselor professionista è in staff al medico diabetologo assieme all'infermiere, al dietista e, ove presente, al laureato in Scienze Motorie, con la funzione principale di coagulare e perpetuare nel tempo i suggerimenti/prescrizioni/consigli degli altri "attori" presenti nel team, in ultima sintesi migliorando la aderenza del paziente affetto da diabete.

## BIBLIOGRAFIA

- Blau JN. Time to let the patient speak. *BMJ*. 1989 Jan 7; 298(6665): 39. doi: 10.1136/bmj.298.6665.39.
- Littrell J.M., Gerardi L., Paolucci M.. Counseling in azienda. Grandi risultati con le persone, con piccoli passi. Roma. L'Airone, 2010.
- Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved? *JAMA* 281(3): 283-287, 1999. doi:10.1001/jama.281.3.283.
- Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 2002 Sep 28; 325(7366): 682-683. doi: 10.1136/bmj.325.7366.682.
- Huang CY, Zane NW, Hunter L, Vang L, Apesoa-Varano EC, Joseph J. Promoting mental and physical health of Vietnamese immigrants through a cultural movement intervention. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2023 May 25. doi: 10.1037/cdp0000591.
- Trezza C, Mazzotta M, Lorenzetti D, De Vito L, Renzini V. The role and the interventions of the Hospital Social Service (HSS) for the integration of the health and social activities: a comparative survey between 2008 and 2014 in the Social Service of the "Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I" in Rome, Italy. *Ann Ig*. 2018 Jul-Aug; 30(4): 285-296. doi: 10.7416/ai.2018.2220.
- Pudkasam S, Feehan J, Talevski J, Vingrys K, Polman R, Chinlumprasert N, Stojanovska L, Apostolopoulos V. Motivational strategies to improve adherence to physical activity in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2021 Oct; 152: 32-47. doi: 10.1016/j.maturitas.2021.06.008.
- Doroudchi A, Zarenezhad M, Hosseinezhad H, Malekpour A, Ehsaei Z, Kaboodkhani R, Valiei M. Psychological complications of the children exposed to domestic violence: a systematic review. *Egypt J Forensic Sci* 13(1): 26, 2023. doi: 10.1186/s41935-023-00343-4.
- Berry E, Lockhart S, Davies M, et al. Diabetes distress: understanding the hidden struggles of living with diabetes and exploring intervention strategies *Postgrad Med J* 91: 278-283, 2015.
- Long F, Yan J, Hu P, Xia M, Liu H, Gu C. Effect of group counseling on depression, compliance and blood sugar level in diabetic patients. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2015 Aug; 40(8): 879-885. doi: 10.11817/j.issn.1672-7347.2015.08.009.
- Taylor AM et al. Integrating Innovative Telehealth Solutions into an Interprofessional Team-Delivered Chronic Care Management Pilot Program. Vol. 24, No. 8 August 2018 *JMCP Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*.
- Piette JD, Richardson C, Himle J, Duffy S, Torres T, Vogel M, Barber K, Valenstein M. A randomized trial of telephonic counseling plus walking for depressed diabetes patients. *Med Care*. 2011 Jul; 49(7): 641-648. doi: 10.1097/MLR.ob013e318215doc9.
- Hunt CW, Grant JS, Appel SJ. An integrative review of community health advisors in type 2 diabetes. *J Community Health*. 2011 Oct; 36(5): 883-893. doi:10.1007/s10900-011-9381-7.
- Sullivan SD, Dalal MR, Burke JP. The impact of diabetes counseling and education: clinical and cost outcomes from a large population of US managed care patients with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2013 Jul-Aug; 39(4): 523-531. doi: 10.1177/0145721713486525.
- Weitgasser R, Clodi M, Cvach S, Riedl M, Lechleitner M, Ludvik B. Diabeteschulung und -beratung bei Erwachsenen mit Diabetes (Update 2019)[Diabetes education and counselling in adult patients with diabetes (Update 2019)]. *Wien Klin Wochenschr*. 2019 May; 131(Suppl 1): 110-114. German. doi:10.1007/s00508-019-1449-x.
- Binning J, Woodburn J, Bus SA, Barn R. Motivational interviewing to improve adherence behaviours for the prevention of diabetic foot ulceration. *Diabetes Metab Res Rev*. 2019 Feb; 35(2): e3105. doi: 10.1002/dmrr.3105.
- Warshaw H et al. The Role and Value of Ongoing and Peer Support in Diabetes Care and Education. *The Diabetes Educator*, 2019.
- van Dam HA, van der Horst FG, Knoop L, Ryckman RM, Crebolder HF, van den Borne BH. Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention

- studies. *Patient Educ Couns*. 2005 Oct; 59(1):1-12. doi: 10.1016/j.pec.2004.11.001.
19. Bossola M, Pepe G, Antocicco M, Severino A, Di Stasio E. Interdialytic weight gain and educational/cognitive, counseling/behavioral and psychological/affective interventions in patients on chronic hemodialysis: a systematic review and meta-analysis. *J Nephrol*. 2022 Nov; 35(8): 1973-1983. doi: 10.1007/s40620-022-01450-6.
  20. Kamoun C, Khoury JC, Beal SJ, Crimmins N, Corathers SD. Opportunities for Enhanced Transition of Care Preparation for Adolescents and Emerging Adults With Type 1 Diabetes: Use of the READDY Transition Tool. *Diabetes Spectr*. 2022 Feb 15; 35(1): 57-65. doi: 10.2337/ds20-0104.
  21. Giesje Nefs. The Psychological implications of automated insulin-delivery systems in type 1 diabetes care. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, 2022.
  22. Ratner H, Gross L, Casas J, Castells S. A hypnotherapeutic approach to the improvement of compliance in adolescent diabetics. *Am J Clin Hypn*. 1990 Jan; 32(3): 154-159. doi: 10.1080/00029157.1990.10402819.
  23. Hasan SS, Vasant D. The Emerging New Reality of Hypnosis Teletherapy: A Major New Mode of Delivery of Hypnotherapy and Clinical Hypnosis Training. *Int J Clin Exp Hypn*. 2023 Apr-Jun; 71(2): 153-164. doi: 10.1080/00207144.2023.2185527.
  24. Soyoon K, Ekaterina M. From Compliance to Adherence in Diabetes Self-Care: Examining the Role of Patient's Potential for Mindful Non-Adherence and Physician-Patient Communication. *Am J Health Promot*. 2022 Sep; 36(7): 1094-1103. doi: 10.1177/089011712111068401.
  25. Kanaley JA, Colberg S, Corcoran MH, Malin SK, Rodriguez N, Crespo C, Kirwan JP, Zierath J. Exercise/Physical Activity in Individuals with Type 2 Diabetes: A Consensus Statement from the American College of Sports Medicine. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 54(2): pp 353-368, February 2022. doi: 10.1249/MSS.0000000000002800.
  26. Dogra S, Copeland JL, Altenburg TM, Heyland DK, Owen N, Dunstan DW. Start with reducing sedentary behavior: A stepwise approach to physical activity counseling in clinical practice. *Patient Educ Couns*. 2022 Jun; 105(6): 1353-1361. doi: 10.1016/j.pec.2021.09.019.
  27. Codella R, Terruzzi I, Luzi L. Why should people with type 1 diabetes exercise regularly? *Acta Diabetol*. 2017 Jul; 54(7): 615-630. doi: 10.1007/s00592-017-0978-x.
  28. van Rinsum CE, Gerards SMPL, Rutten GM, van de Goor IAM, Kremers SPJ. The coaching on lifestyle (Cool) intervention for obesity, a study protocol for an action-oriented mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2018 Jan 8; 18(1):117. doi: 10.1186/s12889-017-5010-4.
  29. Adda G, Aimetti M, Citterio F, Consoli A, Di Bartolo P, Landi L, Lione L, Luzi L. Consensus report of the joint workshop of the Italian Society of Diabetology, Italian Society of Periodontology and Implantology, Italian Association of Clinical Diabetologists (SID-SIDP-AMD). *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2021 Aug 26; 31(9): 2515-2525. doi: 10.1016/j.numecd.2021.03.015.
  30. Sanz M, Ceriello A, Buyschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, Herrera D, Jepsen S, Lione L, Madianos P, Mathur M, Montanya E, Shapira L, Tonetti M, Vegh D. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018 Mar; 137: 231-241. doi: 10.1016/j.diabres.2017.12.001.
  31. Healy B. The Yentl syndrome. *N Engl J Med*. 1991 Jul 25; 325(4): 274-276. doi: 10.1056/NEJM199107253250408.
  32. Claahsen-van der Grinten H, Verhaak C, Steensma T, Middelberg T, Roeffen J, Klink D. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. *Eur J Pediatr*. 2021 May; 180(5): 1349-1357. doi: 10.1007/s00431-020-03906-y.
  33. James HA, Chang AY, Imhof RL, Sahoo A, Montenegro MM, Imhof NR, Gonzalez CA, Lteif AN, Nippoldt TB, Davidge-Pitts CJ. A community-based study of demographics, medical and psychiatric conditions, and gender dysphoria/incongruence treatment in transgender/gender diverse individuals. *Biol Sex Differ*. 2020 Oct 6; 11(1): 55. doi: 10.1186/s13293-020-00332-5.
  34. Logel SN, Bekx MT, Rehm JL. Potential association between type 1 diabetes mellitus and gender dysphoria. *Pediatr Diabetes*. 2020 Mar; 21(2): 266-270. doi: 10.1111/pedi.12947.
  35. Maru J, Millington K, Carswell J. Greater Than Expected Prevalence of Type 1 Diabetes Mellitus Found in an Urban Gender Program. *Transgend Health*. 2021 Feb 15; 6(1): 57-60. doi: 10.1089/trgh.2020.0027.