25° CONGRESSO NAZIONALE
AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA
12 - 15 novembre
2026

DMT1 all'esordio e vulnerabilità psicologica: efficacia di un intervento multidisciplinare in una paziente con disturbo ossessivo-compulsivo severo

Beatrice Giannone[1], Kelly Macmillan[2], Marianna Vaccaro[2], Francesca Garino[1], Monica Agnesone[2], Salvatore Endrio Oleandri[1]

beatrice.giannone@aslcittaditorino.it

[1]*S.C. Endocrinologia e Malattie Metaboliche - ASL Città di Torino*
[2]*S.C. Psicologia Aziendale - ASL Città di Torino*

Introduzione e background

Il diabete mellito di tipo 1 (DMT1) è una malattia autoimmune caratterizzata da deficit insulinico assoluto che richiede terapia insulinica sostitutiva mediante multiple iniezioni giornaliere o microinfusore, associata al monitoraggio glicemico, oggi sempre più frequentemente effettuato con sistemi di monitoraggio continuo del glucosio (CGM). La diagnosi può rappresentare un evento ad elevato impatto psicologico e, nei pazienti con vulnerabilità preesistenti, compromettere l'adattamento alla malattia e l'autogestione terapeutica.

Presentazione del caso

Donna di 28 anni con esordio di DMT1 in chetoacidosi diabetica (HbA1c 8%, autoimmunità pancreatica positiva). In anamnesi disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e ansia da malattia. Avviata terapia insulinica multi-iniettiva (MDI), inizialmente con monitoraggio capillare e successivamente con CGM (FreeStyle Libre 3). Dopo la diagnosi si osservava una riacutizzazione psicopatologica con sintomatologia ansioso-depressiva, paura delle ipoglicemie, ritiro sociale, alterazione del ritmo sonno-veglia, aumentata dipendenza dalla figura materna e ideazione anticonservativa. Pur in presenza di compenso metabolico a target, comparivano comportamenti di ipercontrollo (>500 scansioni/die) con compromissione della qualità di vita. Attivata presa in carico multidisciplinare con follow-up diabetologico intensificato, 24 colloqui psicologici e successiva presa in carico psichiatrica con terapia farmacologica (sertralina e delorazepam). Alla valutazione iniziale emergevano elevati livelli di ansia (STAI-Y1=58; STAI-Y2=74), severa sintomatologia ossessivo-compulsiva (Y-BOCS=37/50) ed elevato diabetes distress (DDS=4.12).

Al follow-up di 5 mesi il compenso glicemico risultava mantenuto, con significativo miglioramento clinico e funzionale: riduzione delle scansioni del CGM, recupero del ritmo sonno-veglia, ripresa delle attività quotidiane, maggiore autonomia personale, e migliore collaborazione con il team diabetologico. La Y-BOCS si riduceva da 37/50 a 16/50, la STAI-Y1 da 58 a 43, la STAI-Y2 da 74 a 59 e il DDS da 4.12 a 1.82, con miglioramento di tutte le sottoscale.

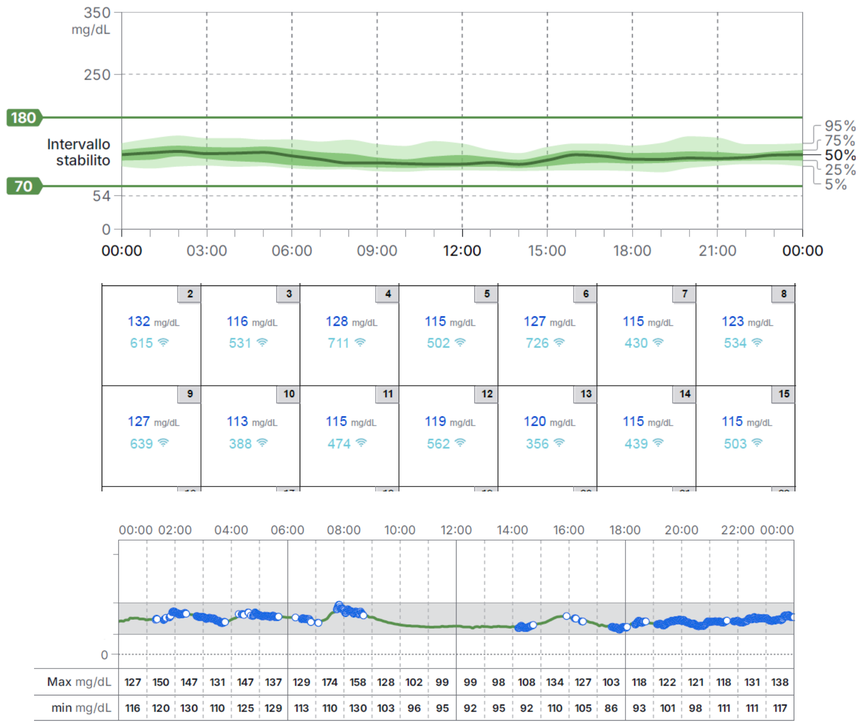


FIGURA 1. *AGP, n° scansioni e scarico giornaliero di esempio alla presa in carico.*

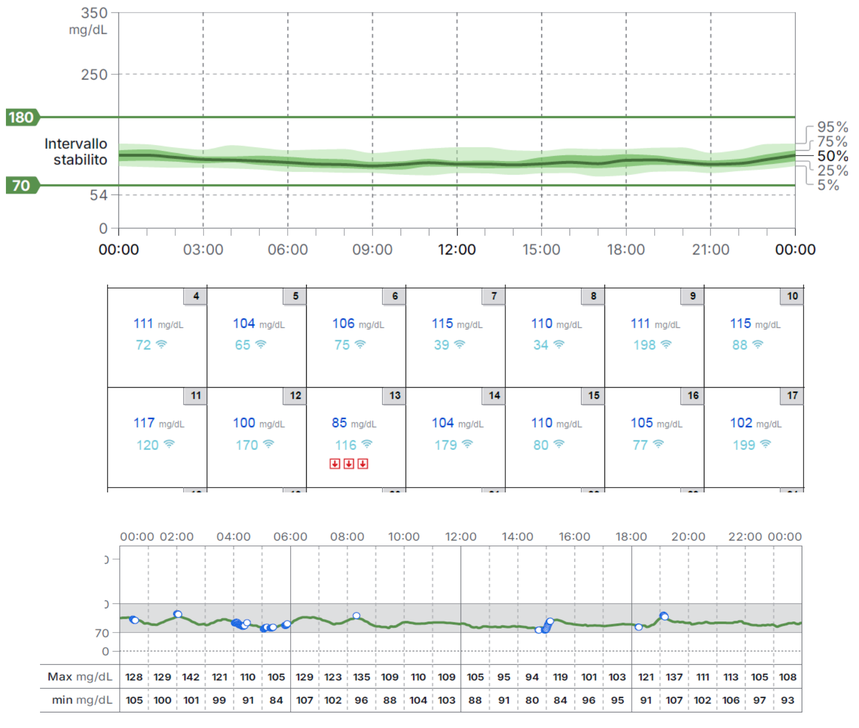


FIGURA 2. *AGP, n° scansioni e scarico giornaliero di esempio al follow-up a 5 mesi.*

Discussione

Il caso evidenzia come una vulnerabilità psicologica preesistente possa interferire con l'adattamento al DMT1. Sebbene il CGM sia fondamentale per la gestione metabolica, nei pazienti vulnerabili può favorire comportamenti di ipercontrollo e incremento del diabetes distress. La presa in carico multidisciplinare ha consentito il mantenimento del compenso glicemico con riduzione della sintomatologia ansioso-ossessiva e del distress correlato al diabete.

Take home messages

Nel DMT1, una valutazione integrata degli aspetti clinici, comportamentali e psicologici, associata a un approccio multidisciplinare, permette di personalizzare la cura e favorisce un utilizzo appropriato delle tecnologie per il diabete, una maggiore autonomia nella gestione della terapia e una migliore qualità di vita.