



12° Corso di Metodologia  
in Educazione Terapeutica

## **Il Counseling Motivazionale in Diabetologia**



**29, 30 settembre  
1 ottobre 2011**

Con il patrocinio di



In collaborazione con



**FORMAZIONE PSICOPEDAGOGICA  
IN DIABETOLOGIA:  
*il percorso di AMD***

**FOCUS SULL'ADHERENCE**

**Paolo Di Berardino**

Da dove siamo partiti...



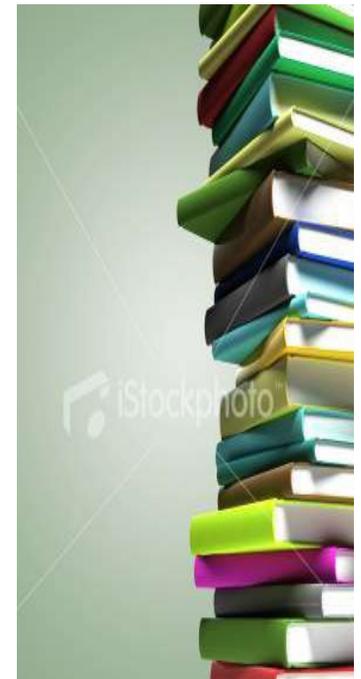
# RAZIONALE

- Il trattamento del diabete è tra i più complessi fra le malattie croniche e i fattori psicosociali **svolgono un ruolo importante** nella gestione della malattia. (Young – Hyman D., ADA, 2004)
- La situazione psicologica e sociale **possono condizionare la capacità del paziente** di adempiere correttamente a tutte le necessità di cura del diabete. (Young – Hyman D., ADA, 2004)
- Una valutazione preliminare psicologica e della condizione sociale **deve essere inclusa nella gestione del diabete** ed il trattamento psicologico va inserito nell'ambito delle cure abituali.

# EBM

**Gli aspetti psicosociali** nella cura della malattia diabetica sono stati inclusi nelle linee guida di società scientifiche internazionali:

- **SIGN** (Scottish Intercollegiate Guidelines 2001)
- **CDA** (Canadian Diabetes Association 2003)
- **NICE** (National Collaborating Centre 2003)
- **DDG** (Deutsche Diabetes Gesellschaft 2003)
- **ICSI** (Institute for System Improvement 2004)



**POSITION STATEMENT**

Gli standard ADA  
delle cure mediche  
per i pazienti con  
diabete mellito  
**2005**

**EDIZIONE ITALIANA**

## **F. Valutazione psicosociale e cura**

La situazione psicologica e la condizione sociale possono condizionare la capacità del paziente di adempiere correttamente a tutte le necessità di cura del diabete (39-44); come conseguenza, le condizioni di salute possono essere compromesse. I conflitti familiari che si generano attorno alle necessità di cura sono frequenti e possono interferire con gli esiti del trattamento (45). Ci sono alcune opportunità chiave in cui il clinico può valutare la condizione psicosociale in modo corretto ed efficiente, per poter poi procurare una consulenza appropriata (46).

Opportunità chiave per lo screening della condizione psicosociale si hanno alla diagnosi, durante le visite programmate, durante i ricoveri, all'individuazione di una complicanza, o comunque, a discrezione del curante, qualora si identifichino problemi di controllo glicemico, qualità della vita o di adesione alla cura. I pazienti mostrano più facilmente la loro vulnerabilità psicosociale alla diagnosi e quando la condizione medica si modifica: la fine del periodo di "luna di miele", quando si rende necessario un trattamento più intensivo e quando viene identificata una nuova complicanza (42,44).

Lo screening psicosociale dovrebbe includere, anche se non è limitato a ciò, la valutazione dell'atteggiamento nei confronti della malattia, delle attese nei confronti della gestione medica e degli esiti, dell'affettività/umore, della qualità della vita (in generale e in relazione al diabete), delle risorse economiche, sociali ed emotive (43) e della storia psichiatrica (44,47,48). Deve essere posta una particolare attenzione ai casi di grossolane inadempienze terapeutiche (dovute a se stessi o ad altri) (39,48), depressione con possibilità di autolesionismo (40,41), comparsa di disordini alimentari (49) o di problemi che possano avere una natura organica e comparsa di una condizione cognitiva che riduca significativamente le capacità di giudizio (41). In questi casi si rende immediatamente necessaria una consulenza per una ulteriore valutazione da parte dello specialista di salute mentale con familiarità alle problematiche del diabete; è inoltre raccomandata una valutazione comportamentale delle capacità di gestione della terapia e dei comportamenti volti alla prevenzione delle complicanze del diabete.

È preferibile inserire il trattamento psicologico nell'ambito delle cure abituali piuttosto che attendere l'identificazione di uno specifico problema o il deterioramento del quadro psichico (46). Gli strumenti di screening possono facilitare questo obiettivo e, anche se il clinico può non sentirsi adeguato per il trattamento dei problemi psicologici, l'utilizzo della relazione medico-paziente quale base per un ulteriore trattamento può aumentare le possibilità che il paziente accetti una consulenza da altri servizi. È importante ricordare che il benessere emotivo fa parte della gestione del diabete (47).

# Global Guideline for Type 2 Diabetes



## Psychological care

### Recommendations

#### ■ Standard care

PS1 In communicating with a person with diabetes, adopt a whole-person approach and respect that person's central role in their care (see also *Education, Lifestyle management*).

Communicate non-judgementally and independently of attitudes and beliefs.

PS2 Explore the social situation, attitudes, beliefs and worries related to diabetes and self-care issues.

Assess well-being and psychological status (including cognitive dysfunction), periodically, by questioning or validated measures (e.g. WHO-5 [1]).

Discuss the outcomes and clinical implications with the person with diabetes, and communicate findings to other team members where appropriate.

PS3 Counsel the person with diabetes in the context of ongoing diabetes education and care.

PS4 Refer to a mental health-care professional with a knowledge of diabetes when indicated. Indications may include: adjustment disorder, major depression, anxiety disorder, personality disorder, addiction, cognitive dysfunction.

#### ■ Comprehensive care

PS<sub>c</sub>1 Principles of communication will be as for *Standard care*.

PS<sub>c</sub>2 A mental health specialist (psychologist) would be included in the multidisciplinary diabetes care team.

PS<sub>c</sub>3 Periodic assessment and subsequent discussion would be as for *Standard care*, but could use additional measures [2-4] and computer-based automated scoring systems. The mental health specialist in the team would be able to provide a more comprehensive (neuro)psychological assessment, if indicated.

PS<sub>c</sub>4 Counselling would be as for *Standard care*, but the mental health specialist in the team would be available to offer psychological counselling, to participate in team meetings, and to advise other team members regarding behavioural issues.

## STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO

## RACCOMANDAZIONI

- Una valutazione preliminare psicologica e della condizione sociale deve essere effettuata alla prima visita diabetologica e, comunque, quando l'aderenza al regime terapeutico è inadeguata. (**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)
- La valutazione psicosociale dovrebbe includere un esame dell'atteggiamento e delle attese nei confronti della malattia, delle sue complicanze e della relativa gestione medica, della qualità della vita (in generale e in relazione al diabete), delle risorse economiche, sociali ed emozionali e della eventuale anamnesi psichiatrica. (**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)
- È preferibile inserire il trattamento psicologico nell'ambito delle cure abituali piuttosto che attendere l'identificazione di uno specifico problema o il deterioramento del quadro psichico. (**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)

***(gli strumenti di screening "questionari" possono facilitare questo obiettivo)***



## STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO

2009-2010

Edizioni

infomedica  
FORMAZIONE & INNOVAZIONE MEDICA

### RACCOMANDAZIONI

- Una valutazione psicologica e della condizione sociale deve essere effettuata alla prima visita diabetologica, durante le visite programmate, durante i ricoveri, o comunque, a discrezione del curante, qualora si identifichino problemi di controllo glicemico, qualità della vita o adesione alla cura. (**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)
- La valutazione psicosociale dovrebbe includere un esame dell'atteggiamento e delle attese nei confronti della malattia, delle sue complicanze e della relativa gestione medica, della qualità della vita (in generale e in relazione al diabete), delle risorse economiche, sociali ed emozionali e della eventuale anamnesi psichiatrica. (**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)
- È preferibile inserire il trattamento psicologico nell'ambito delle cure abituali piuttosto che attendere l'identificazione di uno specifico problema o il deterioramento del quadro psichico. (**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)

L'analisi della letteratura scientifica degli ultimi anni ha evidenziato la necessità di:

costruire una valida ed integrata  
relazione tra il mondo diabetologico e  
quello psicologico che operi sugli  
*aspetti biopsicosociali*  
messi in gioco dalla malattia diabetica



# Approccio Biopsicosociale

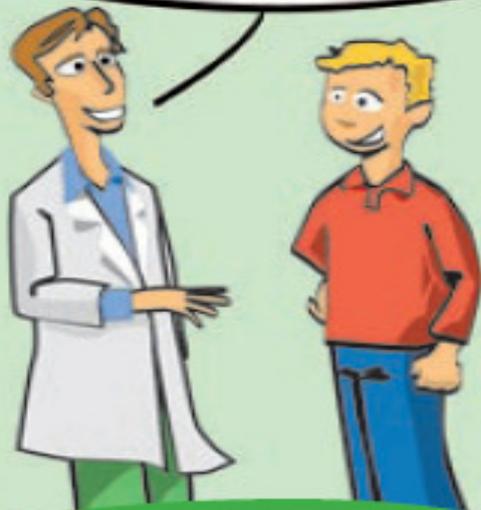
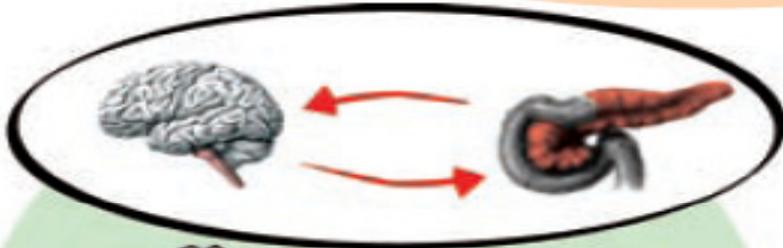
Gli operatori sanitari che si propongono di utilizzare questo approccio devono essere formati ed è fondamentale aggiungere alle **competenze biomediche** anche quelle **psicosociali**



**AMD**

Associazione Medici  
Diabetologi

**CORSO DI FORMAZIONE  
PSICOPEDAGOGICA  
IN DIABETOLOGIA**



*Gentili, Burla, Di Berardino, Di Pietro*

**MANUALE  
DI FORMAZIONE  
PSICOPEDAGOGICA  
IN DIABETOLOGIA**

**Gruppo di lavoro AMD Psicologia e Diabete**



**AMD**  
Associazione Medici  
Diabetologi

# Mandato

Formare il diabetologo ad acquisire  
conoscenze e competenze rivolte alla  
**valutazione psicosociale** nella gestione e  
cura della malattia diabetica



# Gruppo a progetto Psicologia e Diabete

Tale gruppo interdisciplinare ha lavorato, come team di progettazione e di erogazione, seguendo la procedura operativa PO 001 del SGQ Scuola di Formazione AMD



Scuola  
Permanente di  
Formazione  
Continua AMD

MANUALE DEL SISTEMA  
DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

revisione n° 3  
data di emissione:  
13 gennaio 2006

MANUALE DEL  
SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ  
secondo la norma UNI EN ISO 9001: 2000

Direttore Scuola, RD, Consulente	Direttore Scuola Permanente di Formazione Continua AMD	Rappresentante della Direzione
stesura	approvazione per adeguatezza	emissione

L'originale firmato in versione cartacea e la versione elettronica del documento sono conservati presso gli archivi del Rappresentante della Direzione. © Non è consentito riprodurre senza autorizzazione questo documento: i suoi contenuti sono proprietà della Scuola di Formazione Permanente AMD. L'autorizzazione va inoltrata per iscritto al Responsabile dell'emissione del manuale che, una volta valutata la richiesta e giudicata positivamente, rilascerà l'autorizzazione in forma scritta.





# PERCORSO FORMATIVO PSICOPEDAGOGICO

## **I Fase (2004-2005)**

**IL MOMENTO DELLA  
DIAGNOSI DI MALATTIA  
DIABETICA**

**CORSO NAZIONALE FORMAZIONE  
FORMATORI**

**CAPILLARIZZAZIONE PERIFERICA**

**(19 corsi regionali 237 partecipanti)**

## **II Fase (2008)**

**IL PROCESSO DI  
ADATTAMENTO ALLA  
MALATTIA DIABETICA**

**CORSO NAZIONALE FORMAZIONE  
FORMATORI**

**CAPILLARIZZAZIONE PERIFERICA**

**(5 corsi macroarea 90 partecipanti)**

## MODALITA'

1

Realizzazione di un percorso formativo rivolto ad integrare le **2 epistemologie** medica e psicologica

2

Valutazione dell'**efficacia formativa** del progetto realizzato secondo tale modello



*Accreditamento ECM*  
Per il presente Corso è stato richiesto  
l'accreditamento ECM  
presso la Commissione Nazionale  
per la Formazione Continua in Medicina.  
N. evento: 708-8003869

*Direttore del Corso e Progettazione*  
Paolo Di Berardino

*Responsabile Scientifico*  
Paolo Gentili

*Team di progettazione e di erogazione*  
P. Di Berardino, P. Gentili,  
M. Agrusta, T. Bufacchi

*Validatore evento*  
Sergio Di Pietro

*Sede:*  
Grand Hotel Palazzo Carpegna  
Via Aurelia, 481 - Roma

*Indicazioni stradali:*  
GRA uscita n.1 Città del Vaticano-Aurelio  
Metro Linea A - fermata Cornelia

*Con il contributo educativo di:*

GUDOTTI



**A. MENARINI**  
diagnostics

**Segreteria Organizzativa**

FMR s.r.l.  
Via Baccelli, 18/5 - 41100 Modena  
Tel. 349 0725955 - Fax 059 441702



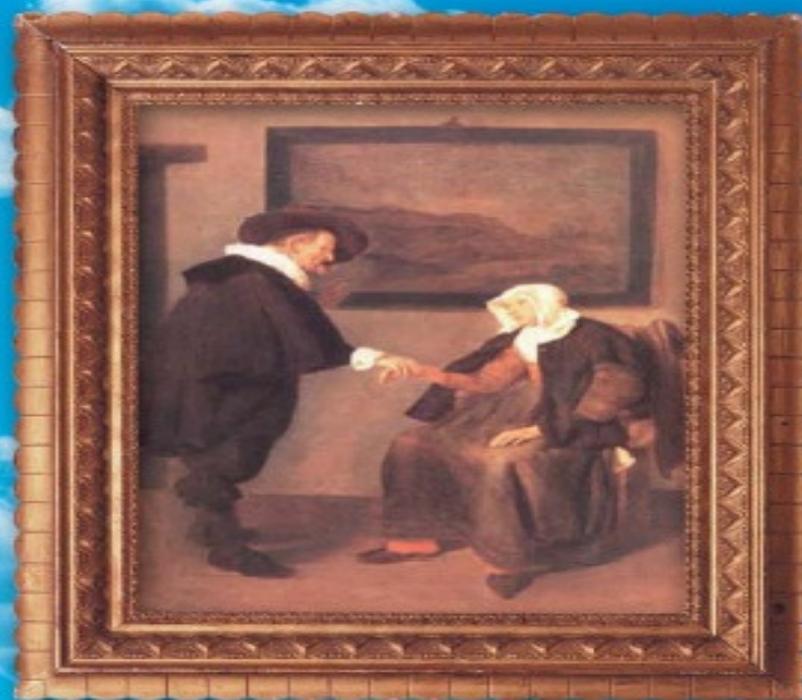
**AMD**  
Associazione Medici Diabetologici



Gruppo Psicologi  
e Diabete

## AGGIORNAMENTO PSICOPEDAGOGICO IN DIABETOLOGIA

14-15 MARZO 2008  
ROMA  
Grand Hotel Palazzo Carpegna

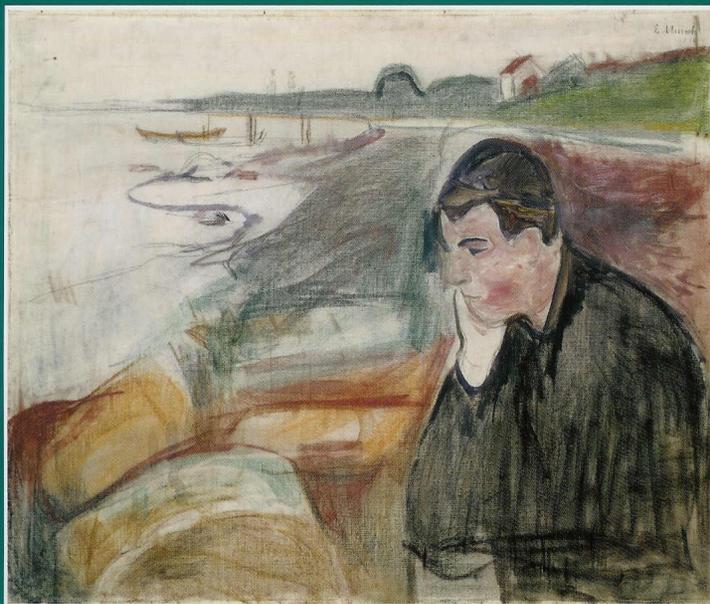






# MANUALE DI FORMAZIONE ALL'INTERVENTO PSICOPEDAGOGICO IN DIABETOLOGIA

P. DI BERARDINO, P. GENTILI, T. BUFACCHI, M. AGRUSTA



**AMD**  
Associazione Medici Diabetologi



Diabete  
Psiche

Valutazione  
dell'efficacia formativa  
del Corso Psicopedagogico  
AMD

# VALUTAZIONE EFFICACIA FORMATIVA

## VALUTAZIONE DELLE CONOSCENZE E COMPETENZE

- **Strumenti di valutazione** (*questionario di conoscenza “in e out”; questionario di verifica dopo un anno*)

## VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE CLINICA

- **Utilizzo degli strumenti di valutazione psicodiagnostica dell’adattamento psicologico al diabete tipo 2**
- **Utilizzo degli interventi psicoeducazionali proposti**

## VALUTAZIONE OUTCOMES CLINICI

- **Valore di HBA1C**
- **Peso corporeo**
- **Parametri psicologici**

# QUESTIONARIO POST- CORSO DI "AGGIORNAMENTO PSICOPEDAGOGICO IN DIABETOLOGIA

(dopo 6-8 mesi)

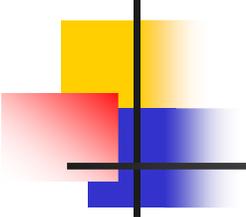
		0	1	2	3	
	Domanda	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Totali
1	Quanto la mia pratica clinica si è arricchita di una valutazione psicologica del paziente diabetico?	0	0	14	10	24
		0,0%	0,0%	58,3%	41,7%	
2	Quanto ho utilizzato (anche solo in parte) gli strumenti psicodiagnostici?	0	2	22	0	24
		0,0%	8,3%	91,7%	0,0%	
3	Quanto ho utilizzato il counselling psicoeducazionale in ambito clinico?	0	4	16	4	24
		0,0%	16,7%	66,7%	16,7%	
4	Quanto ho fornito un supporto psicologico efficace al paziente diabetico?	0	6	10	8	24
		0,0%	25,0%	41,7%	33,3%	

## **I risultati parziali della verifica formativa hanno evidenziato**

- **Giudizio positivo sulla esperienza formativa**
- **Acquisizione di nuove conoscenze e competenze**
- **Cambiamenti nella pratica clinica**
- **Risultati sugli esiti di salute dei pazienti**



**percorso  
realizzato con il  
metodo della  
Scuola AMD**



# Contributo del percorso formativo psicopedagogico

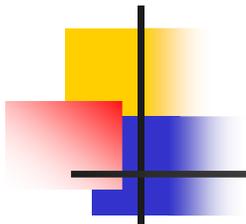
---

Integrazione fra mondo  
diabetologico e psicologico

Formazione  
all' approccio  
biopsicosociale

Valutazione efficacia formativa  
*(applicazione clinica di protocolli  
psicoeducazionali)*

Performance clinica  
e outcomes clinici  
dei pazienti



... dove siamo arrivati





**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**I FACOLTÀ DI MEDICINA**  
**Dipartimento di Neurologia e Psichiatria**  
**CATTEDRA DI PSICOLOGIA CLINICA**  
Master "Psicodiabetologia: il counseling nella relazione  
con il paziente diabetico" (II Liv)  
Prof. Paolo Gentili

Roma (Italia)  
Piazzale Aldo Moro, 5 - 00185 Ro  
Tel. e Fax. (06) 49912290  
e-mail:  
[paolo.gentili@uniroma1.it](mailto:paolo.gentili@uniroma1.it)

**I EDIZIONE DEL MASTER DI II LIVELLO IN**  
**"PSICODIABETOLOGIA: IL COUNSELING NELLA RELAZIONE CON IL**  
**PAZIENTE DIABETICO" (A.A. 2010/2011)**

**In Convenzione con: l'Associazione Medici Diabetologi (AMD)**

**SCADENZA BANDO: 15 DICEMBRE 2010**

**1 – Finalità:**

Il Master si propone di realizzare un percorso formativo finalizzato a sviluppare una concreta professionalità nel campo della comprensione, valutazione, interventi di sostegno e motivazionali in laureati in Medicina e Chirurgia.

Il corso di Master è rivolto a soggetti interessati a sviluppare una concreta professionalità nel campo del counseling psicodiabetologico finalizzato a rispondere ai bisogni bio-psico-sociali del paziente diabetico, facilitare la relazione medico-paziente, raggiungere una aderenza ottimale al trattamento del diabete.

**2 – Destinatari:**

Possono partecipare al Master coloro che sono in possesso di uno dei seguenti Titoli universitari:

- Laurea in Medicina e Chirurgia (Vecchio Ordinamento)
- Laurea specialistica/magistrale in Medicina e Chirurgia (classe 46/S; LM41)

**3 – Durata e numero dei posti disponibili:**

Il percorso formativo ha durata annuale e rilascia complessivi **60 CFU ed il titolo di Diploma di Master.**

Il corso è a numero chiuso: il numero massimo di partecipanti è pari a 30 mentre il numero minimo necessario per l'attivazione del Master è di 12 iscritti.

**4 – Organizzazione Attività didattica:**

La didattica annuale del Master è articolata in moduli, prevedendo argomenti in linea con finalità atte a sviluppare specifici profili professionali tenendo conto della loro costante evoluzione:

- **Modulo 1 - Area dell'Educazione Terapeutica (14 CFU);**
- **Modulo 2 - Area Bio-psico-sociale (12 CFU);**
- **Modulo 3 - Area del Counseling e delle strategie di approccio alla malattia cronica (12 CFU)**
- **Stage (10 CFU); Seminari e Convegni (6 CFU); Redazione di un elaborato di Tesi (4 CFU); prova finale (2 CFU)**

**5 – Sede di svolgimento dell'attività didattica e Tirocini:**

Le attività didattiche si svolgeranno presso il Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Università "Sapienza" di Roma (Viale Regina Elena 334 - Facoltà di Psicologia/Antropologia).

Le lezioni inizieranno il 27 gennaio 2011 e si concluderanno nel mese di dicembre 2011.

Gli stage si svolgeranno presso le seguenti strutture: **1.** Unità di Diabetologia e di Malattie Metaboliche, Ospedale Civile di Atri (ASL Teramo), **2.** Unità Operativa di Diabetologia e Endocrinologia, Ospedale Civile di Cava dei Tirreni (ASL Salerno), **3.** Unità Operativa di Diabetologia, Ospedale Cardinal Massaia (ASL 19 Asti).

**6 – Informazioni:**

Il Bando del Master (Cod. 15191) è reperibile sul sito: <http://www.uniroma1.it/studenti/offerta/default.php>

Direttore del Master: Prof. Paolo Gentili - [paolo.gentili@uniroma1.it](mailto:paolo.gentili@uniroma1.it)

Segreteria Master: Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Viale Regina Elena 334

Recapiti telefonici: 06.49912290 (attiva il Lun ed il Mer dalle ore 10 alle 12)

E-mail: [antonella.pomilla@uniroma1.it](mailto:antonella.pomilla@uniroma1.it)



**UMBERTO I**  
POLICLINICO DI ROMA



*L'intervento psico-educativo  
precoce in medicina:  
Obesita', B.E.D.,  
Malattia diabetica.*

**CORSO DI FORMAZIONE**  
*per Medici e Infermieri*



**SIPMED**  
Società Italiana di Psicologia  
e Pedagogia Medica



**AMD**  
ASSOCIAZIONE  
MEDICI  
DIABETOLOGI  
1974

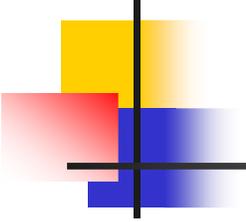
**Roma, 17 - 18 Giugno 2010**  
**Azienda Policlinico Umberto I**  
**Centro Formazione**  
Aula Magna - 1° piano - Via Castrense, 9



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

# FOCUS sull'adherence



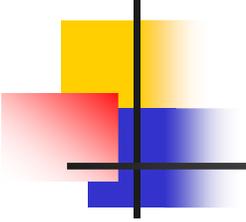


# La terapia nella malattia cronica

---

Nella cronicità il paziente deve assumere e condividere la **responsabilità** della terapia e della sua salute

La formazione del paziente ad un'**autogestione consapevole** della malattia diventa parte integrante della terapia



# Modalità di cura

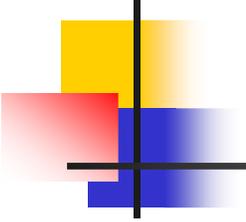
---

La modalità con la quale i pazienti seguono le cure mediche prescritte è stata descritta con diversi termini:

**Compliance - Adherence - Concordance**  
**Fidelity - Persistence**

**Compliance**

è il termine più utilizzato in letteratura

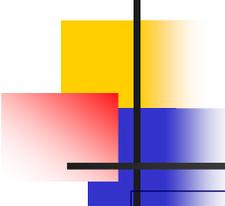


# Compliance

---

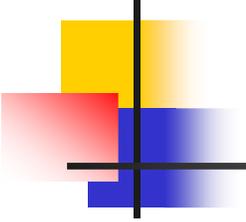
**significa:**

Accettazione, osservanza delle prescrizioni mediche **da parte del paziente** il quale ha solo il dovere di seguire quanto prescritto



## Il termine Compliance implica:

- L'acconsentire ed il sottostare del paziente a quanto prescritto dal medico o dagli OS
- Lo sforzo da parte del curante di rendere il pensiero ed il comportamento del paziente in linea con la scienza ufficiale
- Una visione paternalistica della cura: il medico sa cosa è la cosa giusta per il paziente
- La sola responsabilità del paziente è quella di seguire le prescrizioni mediche
- Una comunicazione a senso unico (curante → OS)
- Un rapporto impari



# Adherence

---

L'OMS ha promosso il termine Adherence nelle  
patologie croniche come

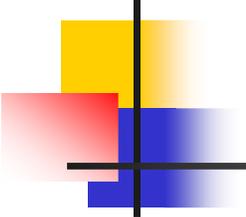
*“il grado di comportamento di una persona che assume  
farmaci, che segue una dieta e/o stile di vita ”*

e tecnicamente può essere definito

*“il livello di coincidenza tra il comportamento del  
paziente e le indicazioni date”*

(Mac Nabb WL Adherence in diabetes , Diabetes Care ,1997 ;20:215)

(Report on Medication Adherence Geneva –World Health Org. 2003)

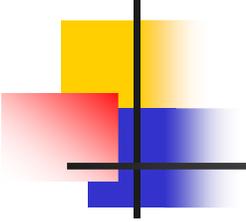


# Adesione e malattie croniche

Nonostante la ricerca clinica abbia raggiunto risultati rilevanti per il trattamento e per il controllo delle patologie croniche,

**>50% dei pazienti cronici**

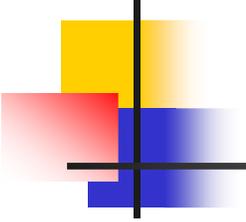
non riesce ad eseguire correttamente la terapia consigliata



# Adesione e malattie croniche

---

La **scarsa adesione** è dovuta alle caratteristiche della malattia cronica, al trattamento che prevede e quindi all'impatto che determinano sul paziente e sul medico



# Aderenza e Diabete

---

Il diabete mellito tipo 2 è una delle condizioni cliniche in cui è più facile riscontrare **un basso livello di aderenza** al trattamento

(Mac Nabb WL Adherence in diabetes , Diabetes Care ,1997 ;20:215)

Diabetes Care 27:1218-1224, 2004  
© 2004 by the American Diabetes Association, Inc.

## Reviews/Commentaries/Position Statements Review

### A Systematic Review of Adherence With Medications for Diabetes

Joyce A. Cramer

Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut

Address correspondence and reprint requests to Joyce A. Cramer, Yale University School of Medicine, 950 Campbell Ave. (Room 7-127, G7E), West Haven, CT 06516-2770. E-mail: joyce.cramer@yale.edu

#### This Article

- ▶ Abstract FREE
- ▶ Full Text (PDF)
- ▶ Alert me when this article is cited
- ▶ Alert me if a correction is posted

#### Services

- ▶ Email this article to a friend
- ▶ Similar articles in this journal
- ▶ Similar articles in PubMed
- ▶ Alert me to new issues of the journal
- ▶ Download to citation manager
- ▶ Cited by other online articles
- ▶ Request Permissions

#### PubMed

- ▶ PubMed Citation
- ▶ Articles by Cramer, J. A.

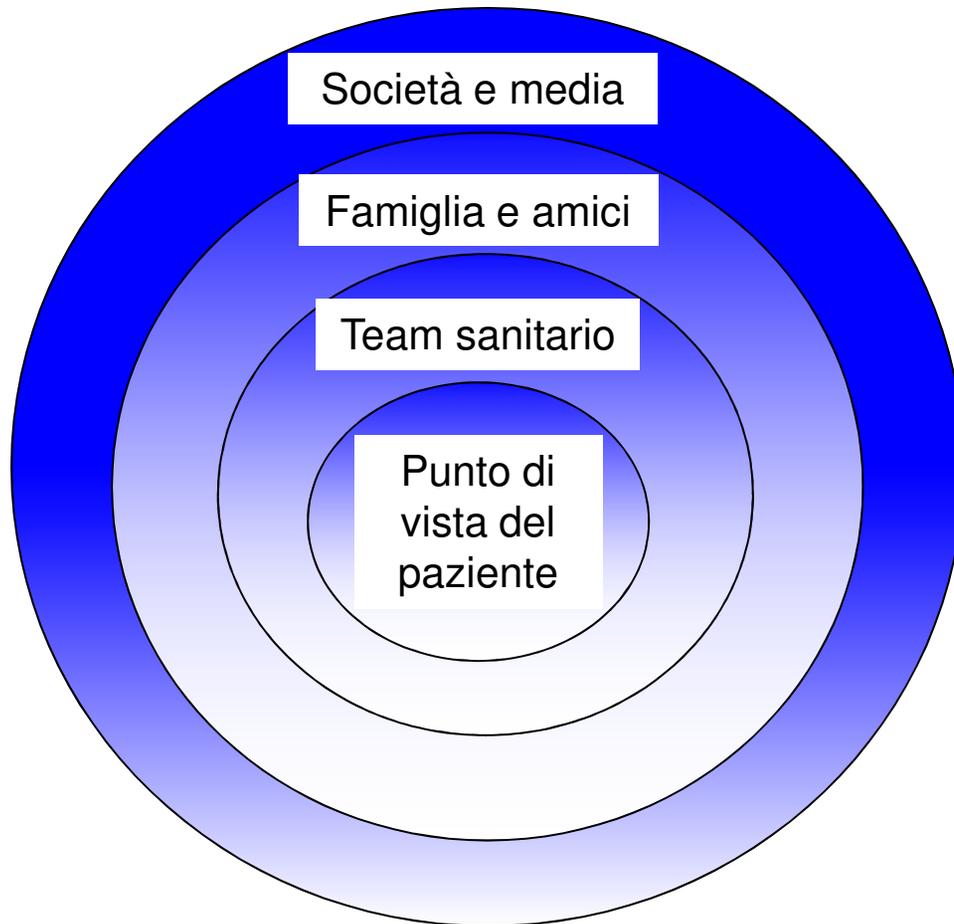
**Adherence to doses of oral antidiabetic agents is only 67% to 85%, and adherence to insulin doses is only 62% to 64%. So, patient adherence to pharmacologic treatment is clearly going to be a barrier.**

was found in 15 retrospective studies of OHA prescription refill rates, 5 prospective electronic monitoring OHA studies, and 3 retrospective insulin studies.

**RESULTS**—Retrospective analyses showed that adherence to OHA therapy ranged from 36 to 93% in patients remaining on treatment for 6–24 months. Prospective electronic monitoring studies documented that patients took 67–85% of OHA doses as prescribed. Electronic monitoring identified poor compliers for interventions that improved adherence (61–79%;  $P < 0.05$ ). Young patients filled prescriptions for one-third of prescribed insulin doses. Insulin adherence among patients with type 2 diabetes was 62–64%.

**CONCLUSIONS**—This review confirms that many patients for whom diabetes medication was prescribed were poor compliers with treatment, including both OHAs and insulin. However, electronic monitoring systems were useful in improving adherence for individual patients. Similar electronic monitoring systems for insulin administration could help healthcare providers determine patients needing additional support.

## Elementi di influenza sull'autogestione

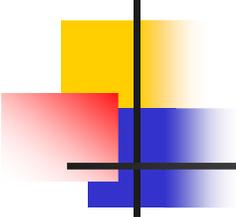


## Compiti dell'autogestione

1. Autogestione alimentare
2. Attività fisica
3. Smettere di fumare
4. Seguire la cura e/o rettificarla
5. Testare il glucosio
6. Cura dei piedi
7. Attività salutari

## Conseguenze dell'autogestione

- Risultati fisiologici
- controllo glicemico
  - lipidi e altri fattori di rischio
- Risultati sulla salute
- Complicanze
  - Ricorso alle cure sanitarie
- Qualità di vita



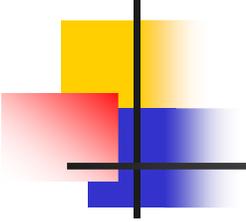
# Fattori che influenzano l'aderenza

---

**Complessità del  
trattamento**

**Relazione  
medico-paziente**

**Caratteristiche  
della persona**



# Complessità del trattamento e aderenza

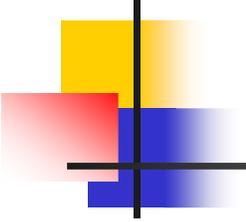
---

Un'indagine condotta negli USA

*(attraverso prescrizioni farmaceutiche utilizzate  
per 6 mesi da parte di 6500 diabetici)*

ha evidenziato che:

la compliance era migliore (87%) di pazienti  
trattati con farmaci precostituiti rispetto ai  
pazienti con combinazione estemporanee (71%)



# Complessità del trattamento e aderenza

## Uno studio osservazionale

*(condotto in Francia su 11896 pazienti con DMT2 trattati con IO)*

ha evidenziato che l'adesione era:

- Ottimale nel 37% dei pazienti
- Discreta nel 46%
- Modesta nel 11%
- Scarsa nel 6%
- **Correlata con il numero di assunzione di farmaci** *(la migliore adesione nei pazienti con una sola dose giornaliera)*

# Caratteristiche individuali del paziente

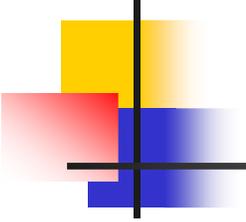
## ■ Fattori Psicologici

- **TIPOLOGIE DI PERSONALITA', DISTURBI PSICHICI** (*depressione, ansia, etc.*)
- **BISOGNI, CONFLITTI, DIFESE, MOTIVAZIONI INCONSCIE**

## ■ Matrice sociale (*gli uomini sposati mostrano una maggiore adesione rispetto ai non sposati*)

## ■ Atteggiamenti nei confronti della malattia e delle terapie prescritte (*ilness perceptions*)

## ■ Livello socio-culturale



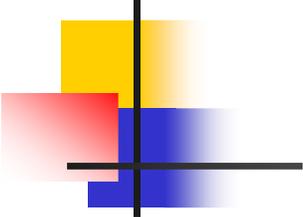
# Depressione e diabete mellito

---

- I soggetti con D.M. hanno una probabilità circa doppia rispetto alla popolazione non diabetica, di sviluppare una **sindrome depressiva**
- La co-presenza della depressione rappresenta una delle **cause principali di insuccesso** di qualunque processo di gestione, management della malattia cronica

Lustman PJ, Anderson RJ – Depression and Poor Glycemic Control.  
A meta-analytic review of the literature (Diabetes Care 2000)

## **Depressione e non aderenza al trattamento del diabete: una meta-analisi**

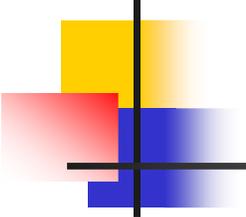


**OBIETTIVO** – La depressione comune nei pazienti diabetici è associata a mediocri risultati ottenuti dalle cure. La sua correlazione con l'aderenza al trattamento, tuttavia, non è stata studiata in modo sistematico. È stata effettuata una meta-analisi per studiare il rapporto tra depressione e non aderenza al trattamento per il diabete nei pazienti diabetici di tipo 1 e di tipo 2.

**DISEGNO DELLA RICERCA E METODI** – È stata effettuata una ricerca nei database di MEDLINE e PsycINFO di tutti gli studi pubblicati a partire da Giugno 2007, esaminando la bibliografia degli articoli pubblicati. Si sono utilizzate procedure meta-analitiche per stimare la dimensione dell'effetto  $r$  in un modello a effetti random. Si sono calcolati valori di significatività, dimensioni dell'effetto, CI 95%, ed effettuati test di omogeneità della varianza.

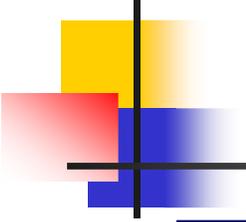
**RISULTATI** – I risultati ottenuti da 47 campioni indipendenti hanno mostrato che vi era una significativa associazione tra depressione e non aderenza al regime di trattamento del diabete ( $z = 9.97$ ,  $P < 0.0001$ ). La dimensione dell'effetto si avvicinava al range medio ( $r = 0.21$ , 95% CI 0.17–0.25). Le analisi di regressione multipla moderata hanno mostrato che l'effetto era significativamente maggiore negli studi che valutavano l'autocura come variabile continua anziché come variabile di categoria ( $P = 0.001$ ). Le dimensioni dell'effetto erano ai massimi livelli per gli appuntamenti medici mancati e per le varie procedure dell'autocura (valori di  $r = 0.31$ , 0.29). Le analisi di moderazione suggeriscono che anche gli effetti per la maggior parte degli altri tipi di autocura si avvicinano al range medio, in special modo negli studi con una metodologia più approfondita.

**CONCLUSIONI** – Quanto riscontrato dimostra una significativa associazione tra depressione e non aderenza al trattamento nei pazienti diabetici. Gli studi che hanno utilizzato metodologia più approfondita hanno ottenuto effetti di dimensione maggiore. La non aderenza al trattamento può rappresentare un importante collegamento tra depressione ed esiti clinici negativi.



# Interazione paziente-medico

- Un maggior numero di informazioni e di scambi positivi da parte del medico è predittivo di un più alto livello di adesione
- Il paziente è influenzato positivamente riguardo al suo controllo metabolico ed al trattamento dalla frequenza e durata della visita medica



# Agenda

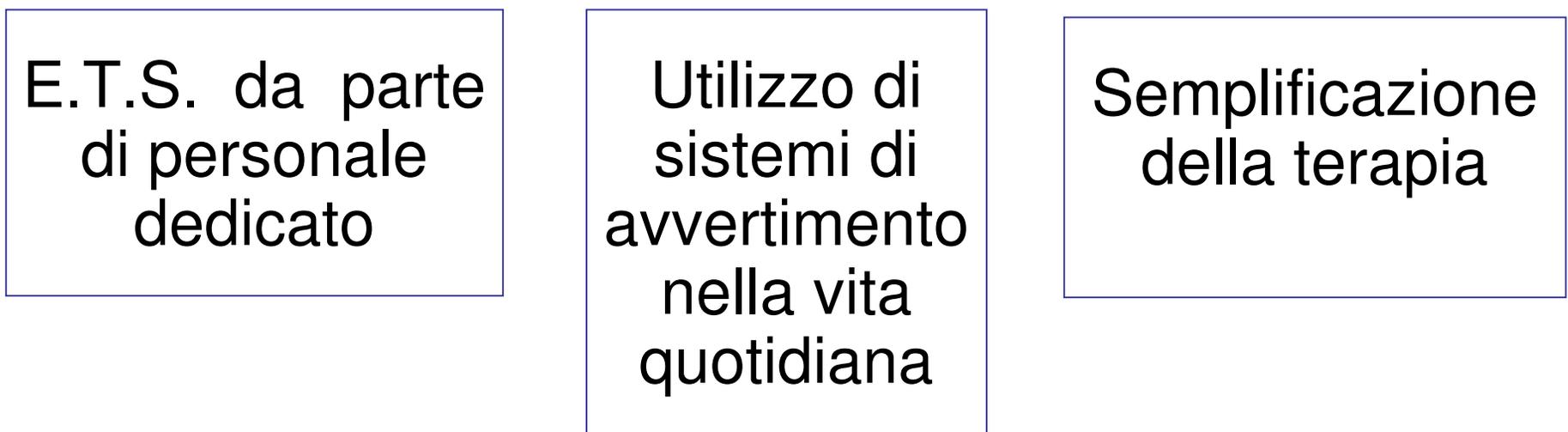
---

- Qual è il problema
- Compliance - Adherence
- Le cause della non “adesione”
- **Come aumentare l'efficacia dei nostri interventi?**
- **Le tecniche d'intervento**

# Interventi per migliorare l'adesione

Una rassegna sistematica di 21 studi, condotta dalla Cochrane Collaboration, ha confermato, come

## **interventi efficaci**



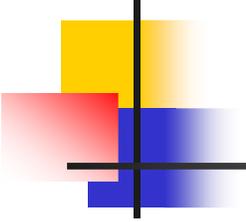
(VERMEIRE E. et al. Cochrane Database Syst Rev, 2005;2:CD003638)

# Interventi per migliorare l'adesione

Lo strumento migliore è l'attivo coinvolgimento del paziente nella gestione della malattia attraverso un **percorso educativo adeguato e strutturato**

(WENS J ,VERMEIRE E. et al. Diab Res Clin Pract, 2007)





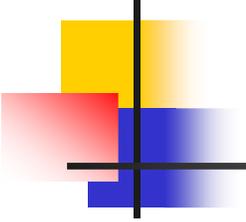
# Educazione Terapeutica

---

La cura della persona con diabete  
riconosce nella terapia educativa  
l'elemento indispensabile per un  
**trattamento realmente efficace**

(De Fronzo R.A. Internationale Textbook  
of Diabetes 1992, 923-942)

(Assal J.P. Traitement des maladies de longue durée, Encycl  
Med Chir-Elsevier Paris-Therapeutique 25-A-10,1996)

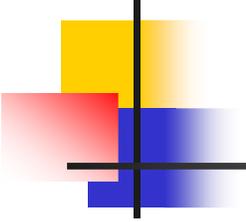


# L'educazione all'autogestione è associata a:

- Miglioramento della conoscenza del diabete
- **Miglioramento nelle modalità di autocura**
- Miglioramento della qualità di vita

Norris SJ, Lau J, Smith SJ  
Diabetes Care 25:1159-1171, 2002

Ellis SE, Speroff T, Dittus RS  
Patient Educ Couns 52:97.105, 2004

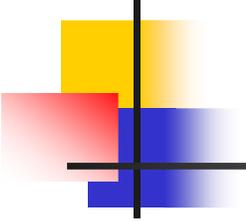


# Educazione terapeutica e aderenza

---

Gli interventi educazionali sono efficaci nel  
**migliorare l'aderenza al trattamento**  
del DMT2, purché condotti in maniera  
**strutturata e continuativa**

(WENS J, VERMEIRE E. et al. Metanalysis Educational interventions  
aiming at improving adherence in Diab Res Clin Pract, 2007)



# Semplificazione della terapia

---

Un metodo per migliorare l'adesione è rendere

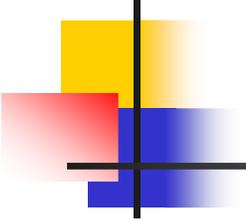
**più semplice il trattamento**

riducendo, dove possibile, il numero e le dosi di

farmaci (*con prodotti combinati, ma anche*

*farmaci con minori effetti collaterali*)

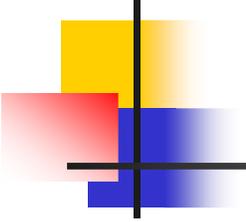
(WENS J, VERMEIRE E. et al. Metanalysis Educational interventions aiming at improving adherence in Diab Res Clin Pract, 2007)



# Ruolo del team curante

---

- **Imparare a conoscere gli ostacoli cognitivi, emotivi e comportamentali** (messi in atto come difese conscie e inconscie alla terapia)
- **Adottare metodi di comunicazione efficace**
- **Rivedere ed approfondire alcune tecniche d'intervento** (colloquio motivazionale per esprimere empatia, esplorare le resistenze, l'ambivalenza, supportare le soluzioni efficaci)

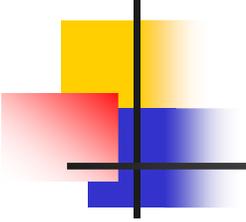


## Sin dalla prima visita ...

---

La possibilità di ricordare le prescrizioni ed i consigli del medico da parte del paziente ed il suo livello di comprensione risultano associati alla **capacità di comunicare** del medico

(Rotter et al. Medical Care, 1998; 36:1138)



# Ruolo del team curante

---

## APPROCCIO CENTRATO SUL PAZIENTE

**Il metodo della  
negoziiazione**

Incoraggia il  
paziente ad  
essere il più  
attivo possibile

**Il colloquio  
motivazionale**

Incoraggia il  
paziente a  
risolvere  
l'ambivalenza e  
le resistenze

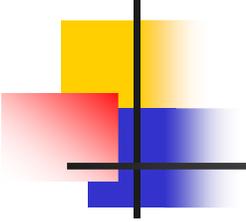
**Il dialogo  
aperto**

Esplora con il  
paziente i  
comportamenti  
di autocura

# Metodo della Negoziazione

**Definire obiettivi minimi e realistici, da concordare con il paziente, temporizzarli e modificarli**





# Metodo della Negoziazione

---

La definizione degli obiettivi dovrebbe concentrarsi sul comportamento di cura oltre che sugli obiettivi biologici

**Obiettivi realistici e realizzabili rinforzeranno il **senso di sicurezza** e di fiducia in se stesso**

**Obiettivi troppo ambiziosi, distaccati dalla realtà del paziente, possono favorire il **senso di fallimento** e di allontanamento dalla cura**

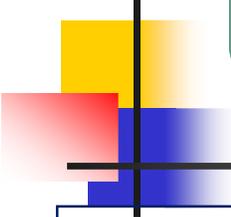
# Colloquio motivazionale

Metodo di intervento centrato sulla persona, orientato ad incrementare la motivazione personale al cambiamento

## SI BASA SU 4 PRINCIPI



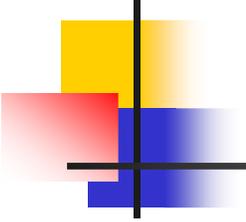
*(Rollnick S., Miller W.R 2004)*



# Colloquio motivazionale

I pazienti che ricevono colloquio motivazionale  
**sin dall'inizio della malattia e trattamento**  
aumentano la probabilità:

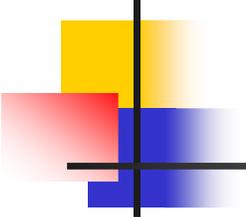
- di rimanere più a lungo in trattamento
- di impegnarsi più attivamente
- di ottenere risultati migliori rispetto a coloro che ricevono lo stesso trattamento senza C.M.



# Gestione della malattia diabetica

---

Il piano di cura dovrebbe essere formulato come  
**una alleanza terapeutica personalizzata**  
tra il paziente/la sua famiglia e i membri  
del team diabetologico



## Nella definizione del piano di cura va posta attenzione particolare a:

---

- Età del paziente
- Tipo di lavoro
- Attività fisica
- Abitudini alimentari
- Personalità del paziente
- Fattori culturali e sociali

# Valutazione psicosociale e cura

- Qualora si identifichino problemi di controllo glicemico, qualità della vita o di **adesione al regime terapeutico** è necessario attuare uno screening per i problemi psicosociali
- E' preferibile inserire il trattamento psicologico **nell'ambito delle cure abituali** piuttosto che attendere l'identificazione di uno specifico problema o il deterioramento del quadro psichico

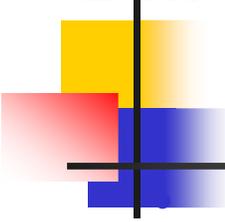


*Il più grande errore  
della Medicina è che c'è  
chi cura il corpo  
e chi cura l'anima.*

*Poiché l'uomo è unione  
di corpo ed anima,  
per poterlo capire  
e poterlo curare  
e magari guarirlo,  
corpo e anima non  
possono essere divisi.*

Platone

# Bibliografia



---

- Becker M. "The Health belief model and personal health behaviour in Health Educational Monography 1974
- Cox e Garder- Frederick, 1992 "Major developments in behavioural diabetes research, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 1992
- Cox, 1992 Bredey test psicologici
- Di Berardino P., Gentili P., Agrusta M., Bufacchi "Manuale di Formazione all'intervento psicopedagogico in Diabetologia. 2008 , Pacini Editore
- Fawcett S. – Compliance: definition and Key issues in S. Clinical Psichiatria, 1995-50 (suppl.) 4-10
- Gentili P. " La cura efficace" Roma, CISU 2003

# Bibliografia



---

- Gentili P. “L’adesione alla terapia del paziente diabetico”  
Roma CISU 2000
- Golin C.E. Di Matteo R.M., Gelberg L.: The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care; Diabetes care 1996 pag. 1159- 1164
- Glasgow R. E., Eakin E. G., Medical office-based interventions in “psychology in Diabetes Care,
- Snock F. J. , Skinner T.C. – New York, Willey, 2000
- Warren L., Hixenbayt P. “ Psicosocial needs experiences of adult with diabetes: their relationship to regim adherence from the patient perspective-“ Proceedins of the British Psychological Society” 1995 pag. 39