



## V Convegno Nazionale Centro Studi e Ricerche Fondazione AMD- ONLUS Firenze, 18-20 Novembre 2010

**La motivazione per le modifiche dello stile di vita in gravidanza:  
come prolungarla anche dopo il parto**

**Mariano Agrusta**

GIOVEDÌ 18 NOVEMBRE 2010

# Il contesto italiano

- Ogni anno In Italia ci sono 1300 nuove gravidanze complicate da diabete tipo 1 e tipo 2
- La programmazione, in accordo con le medie europee, riguarda meno del 50% delle donne con diabete tipo 1 e meno del 40% delle donne con diabete tipo 2
- la prevalenza del tipo 2 in gravidanza sta progressivamente aumentando .
- In particolare il diabete tipo 2 rimane spesso misconosciuto
- La frequenza di mortalità perinatale nelle donne con diabete tipo 2 può essere maggiore che nel tipo 1 .

**French Multicentric Survey of Outcome of Pregnancy in Women With Pregestational Diabetes**  
**Diabetes Care, November 1, 2003; 26(11): 2990 - 2993.**



**34 Centri 1998-2002**

**504 DMI 164 DM2**

**Malformazioni Congenite**

**Diabete Pregravidico 4.6%**

**Popolazione Generale 0,4%**

**Mortalità Perinatale**

**Diabete Pregravidico 0.9%**

**Popolazione Generale 0.6%**

**Tagli Cesarei**

**Diabete Pregravidico 64%**

**Popolazione Generale 28,4%**

*\*Lapolla Dati Italiani Studio WHO-Europa, NMCD 2007;*

*\*Rapporto Annuale Ministero Salute 2004*

# Perché le donne diabetiche non Programmano la gravidanza ?

---

**79% “sa” ma solo 40% “pianifica”**

## Programmazione della gravidanza correlata a:

Reddito più elevato

Titolo di studio

Matrimonio

Buon rapporto con il diabetologo

## Motivazioni riportate per la mancata programmazione

Non sempre la gravidanza arriva

Il periodo pre-gravidico è troppo lungo (mediana 48 settimane)

E' riportato un aumento del peso

Non sempre il miglioramento del controllo glicemico si associa a diminuzione dell'HbA1c

# Problematiche psicosociali

- Accettazione della patologia
- Qualità della vita
- Abilità nella cura personale
- Flessibilità ed adesione ai comportamenti volti al benessere
- Atteggiamento verso la gravidanza
- Partecipazione e sostegno del partner

# Problematiche psico sociali

- Adattamenti richiesti dalla malattia
- Livello di benessere, la presenza di disturbi emotivi (Ansia, depressione, paura)
- Soddisfazione nei confronti del trattamento
- Conoscenze reali e credenze sulla malattia
- Percezione e controllo sulla malattia
- Motivazioni del prendersi cura di sè



### Pre-concepimento

Tutte le donne con diabete in età fertile devono essere informate della necessità di ottenere un buon controllo metabolico nella fase precedente il concepimento, del rischio di una gravidanza non programmata e della necessità di pianificare il concepimento utilizzando metodi contraccettivi efficaci. (**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)

È opportuno che ogni donna con diabete che intenda intraprendere una gravidanza sia sottoposta a screening ed eventuale trattamento delle complicanze della malattia (retinopatia, nefropatia, neuropatia, malattia cardiovascolare). (**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)

Nella fase precedente il concepimento deve essere ricercata l'ottimizzazione del controllo glicemico. L'obiettivo terapeutico è definito da valori di HbA1c normali o il più possibile vicini alla norma, consentendo al massimo uno scostamento pari all'1% dal limite superiore della norma ( $\leq 7,0\%$ ). (**Livello della prova III, Forza della raccomandazione B**)

In fase di programmazione di gravidanza, è indicata l'assunzione di un supplemento di acido folico al' dose di almeno 400  $\mu\text{g}/\text{die}$ , allo scopo di prevenir difetti del tubo neurale. (**Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B**)



L'uso di ACE-inibitori, ARB e statine e antidiabetici orali non è consentito in gravidanza: questi farmaci, quindi, devono essere sospesi prima del concepimento.

**(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione**




**B)**

**Gestione durante la gravidanza**

Gli obiettivi glicemici da raggiungere durante la gravidanza

in donne con diabete gestazionale o pregestazionale

(tipo 1 o tipo 2) sono i seguenti:

-  95 mg/dl a digiuno;
-  140 mg/dl un'ora dopo i pasti;
-  120 mg/dl 2 ore dopo i pasti.

**(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione**

**B)**





La gravidanza rappresenta il momento d'inizio della **responsabilità femminile** verso il nutrimento dei bambini, periodo in cui **ci si aspetta che le donne comincino a nutrire adeguatamente il feto** che portano in grembo prestando un'estrema attenzione alla loro dieta, in modo da garantirne la salute e il corretto sviluppo.

**(Murcott 1988)**

“il corpo del neonato rappresenta un simbolo dell'abilità materna di nutrirlo e preoccuparsi per il suo benessere”  
**(Lupton 1996.)**



**Impatto della gravidanza  
e della maternità**

**Identificazione con la propria madre:  
capacità di dare e di essere disponibile**

**Disponibilità verso il partner e verso il figlio**

**Andare oltre il desiderio di dimostrare che  
il proprio corpo funziona come quello della madre**

# Gravidanza:

## Le Domande di una donna con diabete

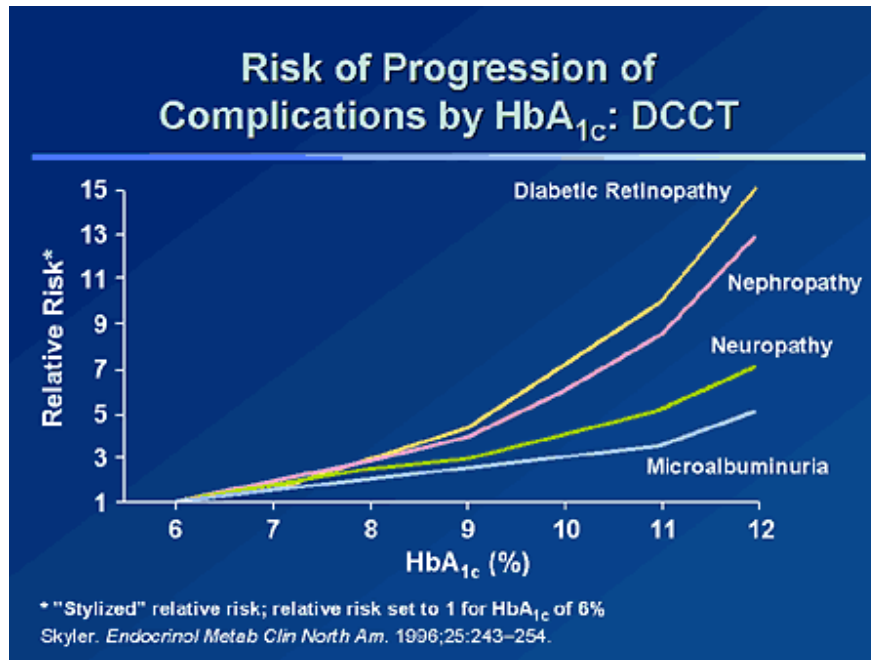
---

- Posso avere un bambino ?
- Il nostro bambino sarà diabetico?
- La vita del bambino sarà in pericolo al momento della nascita?
- Posso rischiare la vita durante il parto?
- La gravidanza farà peggiorare il mio diabete?

# La gravidanza

- E' necessario un riallineamento
- E' una nuova partenza, nulla è scontato.
- Bisogna “ricentrarsi” sull’obiettivo





## Elementi del trattamento intensivo nel DCCT

1983 -1993

- Controllare la glicemia 4 o più volte al giorno
- Quattro iniezioni al giorno o uso di microinfusore
- Modifica delle dosi di insulina in base all'apporto di cibo e all'esercizio fisico
  - Dieta e attività fisica programmati
- Visite mensili presso un centro di diabetologia il cui team sia composto da medico, personale infermieristico per l'educazione, dietista, **e terapeuta comportamentale**

# Necessità Cliniche nel Diabete e gravidanza

## Valutazione clinica completa

- Classificare la paziente e individuare la presenza di complicanze diabetiche, cardiovascolari, tiroidee o ostetriche
- Riesaminare i pattern nutrizionali, attività fisica e problemi psico - sociali
- Informare la donna sulla prognosi
- Stabilire le aspettative di partecipazione della donna
- Contribuire alla formulazione di un programma di gestione insieme ai membri del team
- Fornire le basi del trattamento continuativo

# ***PROGRAMMA PRECONCEPIMENTO***

## ***OBIETTIVI DA PERSEGUIRE***

---

- **Ottimizzazione del controllo metabolico**
- **Glicemia tra 70 e 140 mg/dl, HbA1c nel range di normalità**
- **Ottimizzazione della terapia insulinica**
- **Nelle donne con diabete di tipo 2:**
  - **Sospensione degli ipoglicemizzanti orali**
  - **Stabilizzazione delle complicanze**
  - **Valutazione clinica e terapeutica di:**
    - **Ipertensione Arteriosa, Tireopatie, Dislipidemie**
  - **Valutazione dell'automonitoraggio glicemico e della gestione del diabete; aderenza alle norme comportamentali**
  - **Valutazione della condizione psicologica e sociale**

# Impatto della maternità

- Altamente motivate durante la gravidanza
- Molte donne continuano a mantenere un regime terapeutico intensivo dopo il parto
- Continuano ad aggiustare la dose in base all'introito di carboidrati e all'attività fisica
- Nei fatti, il controllo metabolico è peggiore rispetto al momento in cui sono entrate nel programma educativo
- perchè?



# perchè?

## perchè?

### Conclusione 1:

- L'autocontrollo discontinuo che sappiamo essere correlato alla glicata
- La mancanza di rinforzo educativo
- **È difficile sostenere sul lungo termine comportamenti intensivi volti al self-management\***
- La disponibilità al cambiamento\*
- L'autoefficacia e la capacità di affrontare i problemi\*
- Il supporto sociale\*

\*Rose M, et al: *The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control.* Diabetes Care 25: 35-42, 2002

# Impatto sulla maternità

“pieno stato funzionale”

Completa assunzione di responsabilità desiderata e richiesta nella cura del proprio figlio, il recupero della piena cura di sé Della casa, delle occupazioni sociali e lavorative Tenute fino a prima del parto

- Com
- Ma
  - Su 20
- parto, s  
desiderato e  
entro 6 mesi; nessuna ha raggiunto “il pieno stato funzionale” entro 6 mesi\*

\*Mc Veigh C: *Functional status after childbirth in an Australian sample*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 27: 402-409, 1998

# Impact of motherhood

## Long term effects of a Diabetes and Pregnancy Program. Does the education last?

Denise S. Feig et al. *Diabetes Care* 2006 mar;29(3):526-30

*Sono stati valutati i comportamenti di autogestione comparati agli stessi comportamenti tenuti da 69 donne con diabete tipo 1 e 2 che avevano partecipato a corsi educativi durante la gravidanza, forniti come informazioni retrospettive.*

**Risultati:** *le donne che avevano partecipato ad un programma educativo intensivo durante la gravidanza miglioravano significativamente la loro capacità di autogestione anche nel lungo termine (1 anno dal parto) conservando alcuni comportamenti e conoscenze ma questo non si rifletteva in un miglioramento dei livelli di glicata*

# Impatto della maternità

- Le donne assumono in prima persona la responsabilità della cura del figlio\*
- Inoltre riassumono su di sé anche parte delle altre mansioni che svolgevano prima del parto\*
- In sostanza le donne lavorano “sodo” dopo il parto, non cambiano semplicemente ruolo\*
- In queste condizioni non sorprende che la cura di sé non sia una priorità
- Come operatori sanitari abbiamo l'obbligo di tener conto di tali fattori stressanti che le nuove madri si trovano ad affrontare e pertanto affiancare un supporto psicosociale a quello clinico.

\*Mc Veigh C: *Functional status after childbirth in an Australian sample*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 27: 402-409, 1998

# Counseling Pregestazionale

---

- Il counseling pregestazionale dovrebbe iniziare alla pubertà e continuare fino alla menopausa
- Le donne interessate devono essere distinte in due categorie :
  - a) Quelle che vogliono programmare la gravidanza entro l'anno successivo: counseling
  - b) Quelle che vogliono rinviare o non avere la gravidanza: educazione/informazione sull'importanza di pianificare la gravidanza

***ADA Position Statment***

# CHE COS'E' IL COUNSELING

Il counseling è un intervento di comunicazione professionale che può essere svolto da quei professionisti il cui ambito d'azione prevede la relazione con una o più persone. Ad esempio un insegnante, un medico, un infermiere, un avvocato, un dirigente aziendale o un impiegato addetto alle pubbliche relazioni

“Tipo di scambio comunicativo fra un sanitario e un utente, caratterizzato da un’istanza di cambiamento... Parliamo di counseling ogni volta che il sanitario volutamente e consapevolmente, sceglie di intervenire nel processo di decisione del suo utente per promuovere un cambiamento, con l’obiettivo di un maggior benessere per il paziente stesso... Fare del counseling è entrare strategicamente nei meccanismi decisionali del paziente, aiutarlo a trovare il suo modo per cambiare” (Bert e Quadrino, 1989)

# OBIETTIVO FONDAMENTALE DEL COUNSELING

- **AIUTARE I PAZIENTI AD AVERE FIDUCIA NELLE PROPRIE CAPACITA' E A FAR LEVA SUI PROPRI PUNTI DI FORZA.**
- **MOTIVARE I PAZIENTI ALLA CURA**

# **LA MOTIVAZIONE ALLA CURA**

**LA MOTIVAZIONE E' L' INSIEME  
DEI FATTORI INTRAPSICHICI E  
RELAZIONALI CHE CONCORRONO  
AD ATTIVARE E MANTENERE I  
COMPORTAMENTI VOLTI AL  
“CURARSI”, “PRENDERSI CURA DI  
SE”, “FARSI CURARE”**



# Approccio motivazionale e cambiamento: prime fasi di intervento

- L'approccio motivazionale è un intervento volto a stimolare e a mantenere la motivazione al cambiamento
- Il cambiamento si basa su tre elementi:
  - Il desiderio e l'aspettativa
  - La sperimentazione di alternative
  - I vantaggi nel praticarle



# SCALA DI MASLOW

AUTOREALIZZAZIONE, SUCCESSO

AUTOSTIMA E PRESTIGIO

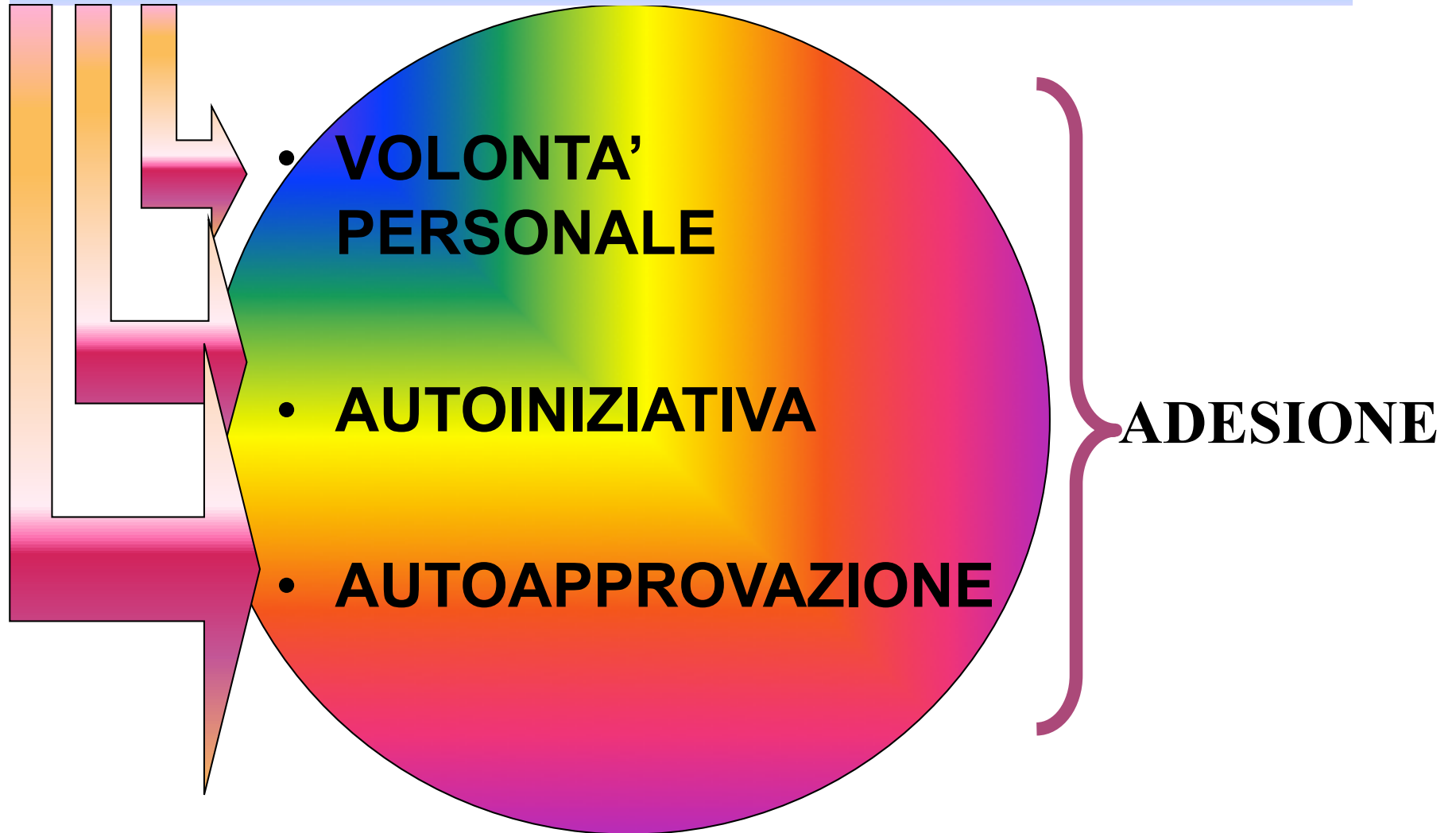
AMORE E SENSO DI APPARTENENZA

MOTIVI DI SICUREZZA,  
DI ANSIA\AGGRESSIONE

MOTIVAZIONI SU BASE FISIOLÓGICA

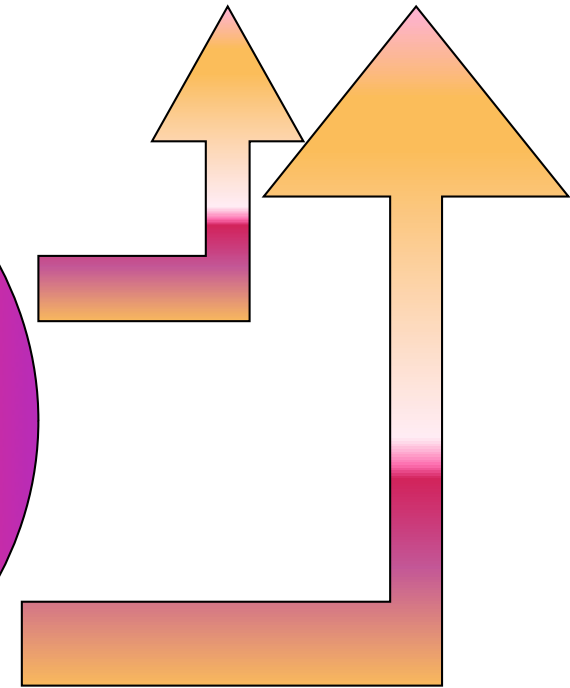
SVILUPPO DEL COMPORAMENTO

# MOTIVAZIONI AUTONOME



# MOTIVAZIONI INDOTTE

- **FATTORI INTERPERSONALI**
- **FATTORI INTRAPSICHICI**



# Perché le persone ~~non~~ cambiano?

- **L'interesse verso l'argomento della motivazione spesso nasce quando ci si chiede perché le persone non cambiano, perché persistono nello stesso comportamento.**
- **Una domanda invece più produttiva e affascinante riguarda “il perché” le persone cambiano.**

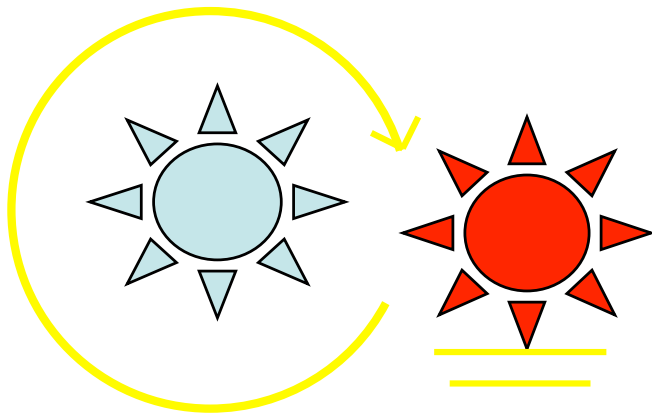
**Il cambiamento non si può prescrivere!**

# IL cambiamento

- È un atto deliberato, intenzionale che non può essere imposto da qualcuno ma che si basa sull'accettazione e sull'offerta di alternative e possibilità
- Non è indolore: ogni cambiamento è rinuncia a qualcosa. Si cambia quando i benefici superano i costi , quando vi è un preciso interesse dell'individuo

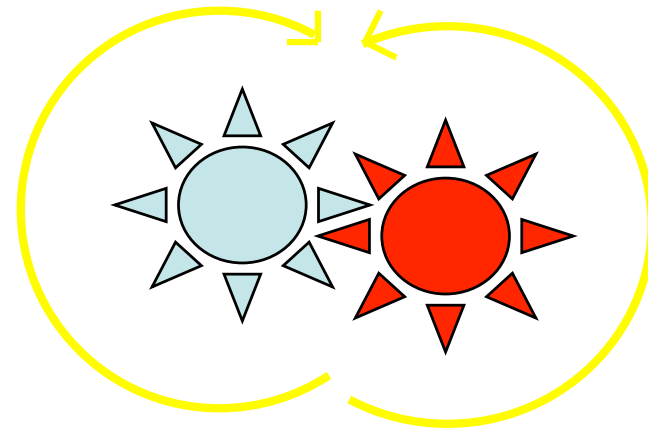
# Allora... motivare.....

Modello medico



Provo a spiegare

Modello pedagogico



**Favorisco la messa in movimento**



## FATTORI INDIVIDUALI

# Fattori che influenzano l'adesione del paziente

- **Caratteristiche del paziente** (età, storia personale, personalità )
- **Caratteristiche della terapia**
- **La percezione del proprio diabete** (può essere percepito come meno grave di quello di altri)
- **Gli obiettivi dei pazienti** (spesso) **differenti da quelli degli operatori sanitari**
- **Abilità/Motivazione dell'operatore sanitario**

La motivazione è la risultante di forze intrinseche ed estrinseche che determinano i comportamenti

### **Motivazione intrinseca**

- **fase di accettazione della malattia**
- **rappresentazione dei modelli di salute e di malattia**
- **locus of control**

### **Motivazione estrinseca**

- **la relazione medico paziente**
- **integrazione delle richieste del medico nel progetto di vita del paziente**

# La motivazione intrinseca Comportamento legato alle fasi di accettazione della malattia

<b>Fase</b>	<b>Vissuto del paziente</b>	<b>Comportamento abituale curante</b>	<b>Attitudine adeguata</b>
<b>Shock</b>	<b>Sorpreso angosciato</b>	<b>Dà tantissime istruzioni</b>	<b>Sostenere il paziente. Aiutarlo a ritrovarsi</b>
<b>Negazione</b>	<b>Distaccato, banalizza</b>	<b>Persuasivo</b>	<b>Instaurare un clima di fiducia Capire in cosa si sente minacciato</b>
<b>Ribellione</b>	<b>Aggressivo, rivendicatore</b>	<b>Si sente attaccato. Giudica il carattere del paziente</b>	<b>Cercare la causa della ribellione</b>
<b>Contrattazione</b>	<b>Collaborante, manipolatore</b>	<b>Irritato, rimesso in questione</b>	<b>Negoziare su punti secondari</b>
<b>Depressione</b>	<b>Triste, meditativo</b>	<b>Poco attento Minimizza il problema</b>	<b>Ascolto attivo, rinforzo</b>
<b>Accettazione</b>	<b>Tranquillo, collaborante</b>	<b>Gratificato</b>	<b>Rinforzare la formazione personalizzata al paziente</b>

## **La motivazione intrinseca**

### **Le rappresentazioni: barriere o leve alla motivazione**

**La rappresentazione dei modelli di salute e malattia è la modalità con cui viene pensata, interpretata e/o vissuta la propria condizione di salute o malattia**

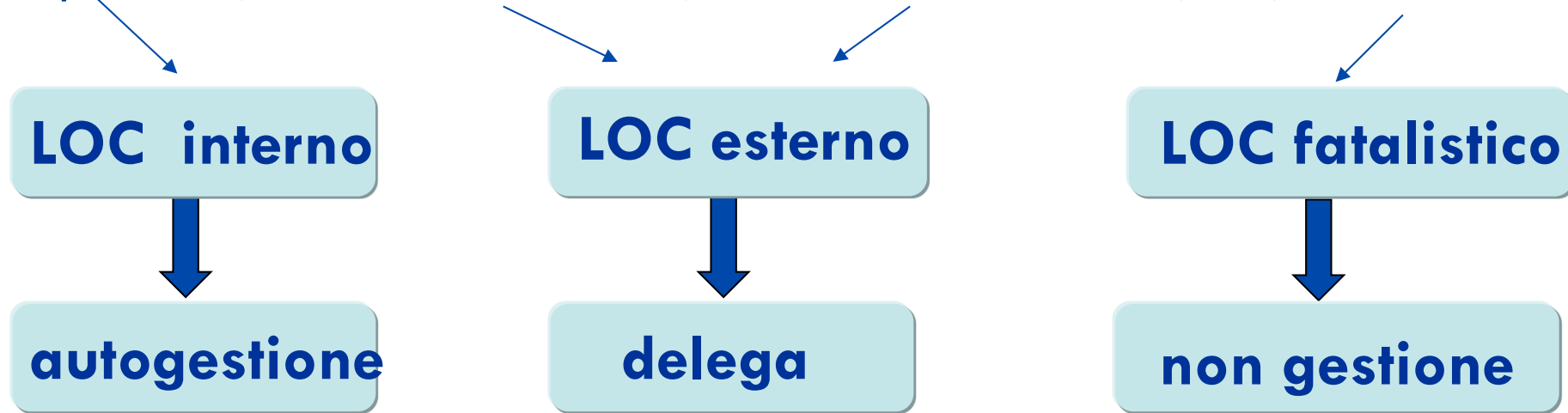
**La loro conoscenza permette una comunicazione più efficace, attraverso un linguaggio comune**

# La motivazione intrinseca

## Locus of control

“Chi dà l’impulso alla cura, chi controlla la malattia, chi è responsabile della terapia?”

È il paziente, la medicina ufficiale, le medicine alternative, Dio, il caso?



**.....guidare il paziente verso una condizione di locus of control di tipo interno, che è l’unica a rendere possibile un’efficace autogestione della malattia**

## **DIMENSIONE PSICOSOCIALE**

**La motivazione estrinseca**

**Gli ostacoli / le spinte**

- **familiari**
- **professionali**
- **affettivi**
- **sociali**
- **culturali**
- **economici**
- **urbanistici**

# La motivazione estrinseca

## Relazione medico paziente basata sull'alleanza terapeutica

- Perché si costruisca un'alleanza terapeutica è fondamentale che il paziente sia motivato ad un rapporto aperto con il medico, che ci sia **un coinvolgimento cognitivo, emotivo e pratico tra i due partecipanti**, che ci sia **consenso sulla strategia di lavoro**, di mutua collaborazione mediante un **accordo tra il paziente e il medico circa gli obiettivi dell'intervento, i compiti e le strategie da seguire**.
- L'alleanza terapeutica si costruisce quindi attraverso un processo di continua negoziazione e "reinvenzion

# Come attivare il cambiamento?

**Il cambiamento prevede il passaggio attraverso una serie di fasi temporalmente e qualitativamente distinte**

**Precontemplazione → Contemplazione → Preparazione →  
Azione → Mantenimento**

**Modello Transteorico del cambiamento Prochaska e Di Clemente**

**Modulare l'intervento a seconda dello stadio della persona**



# Colloquio motivazionale (CM)

**Metodo di intervento centrato sulla persona, orientato ad accrescere le motivazioni personali al cambiamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza**

Rollnick e Miller ,1994

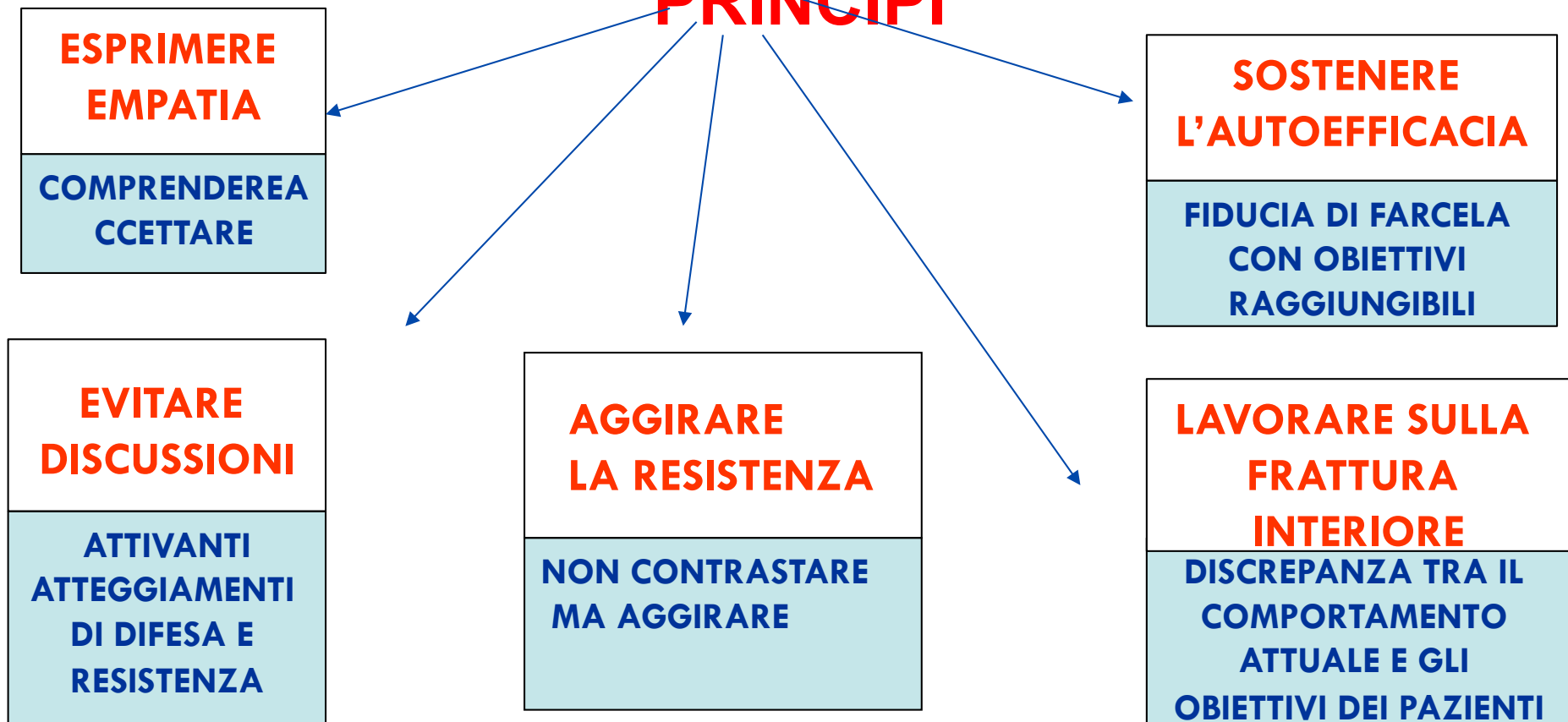
# Colloquio motivazionale

I pazienti che ricevono colloquio motivazionale **sin dall'inizio della malattia e del suo 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.

# Colloquio motivazionale

## SI BASA SU 5 PRINCIPI



(Rollnick S., Miller W.R 2004)

# Aggirare e utilizzare la resistenza

**Le RESISTENZE del paziente si esprimono attraverso:**

- Discussioni (sfidare, screditare, manifestare ostilità, discutere)
- Interruzioni (sovrapporsi, bloccare, interrompere)
- Negazione (incolpare, dissentire, minimizzare, manifestare ostilità al cambiamento, esprimere pessimismo, negare)
- Distrazioni (ignorare, essere disattenti, non rispondere, depistare)

**Le resistenze non vanno affrontate con modalità direttive, ma devono essere considerate opportunità , risorse in quanto segnalano la necessità di cambiare direzione**

# Per vincere la resistenza: non opporre resistenza

- **Ascolto attivo**

Paziente: *“non ho nessuna intenzione di fare a. fisica”*

OS: *“non crede che le piacerebbe?”*

- **Spostare il focus**

Paziente: *“ho paura di farmi male se vado a camminare”*

OS: *“capisco, la sua paura è comprensibile. E se non fosse per questo problema, c'è qualche attività che le piacerebbe fare?”*

# Lavorare sulla frattura interiore come “motore” del processo di cambiamento

- La frattura interiore è la percezione della differenza esistente fra la condizione attuale e quella che si vorrebbe raggiungere: tra “come si è” e come si vorrebbe essere” (ambivalenza decisionale)
- Lo scopo è quello di aumentare la motivazione intrinseca a cambiare, aiutando i pazienti a divenire consapevoli della discordanza tra i comportamenti attuali e gli obiettivi personali da raggiungere
- **Il passaggio dal desiderio di cambiamento all’azione vera e propria dipenderà dal disagio interiore del paziente, cioè dal disturbo che avverte nel continuare a mantenere un dato comportamento che viene percepito come non corretto**

# Sostenere l'autoefficacia

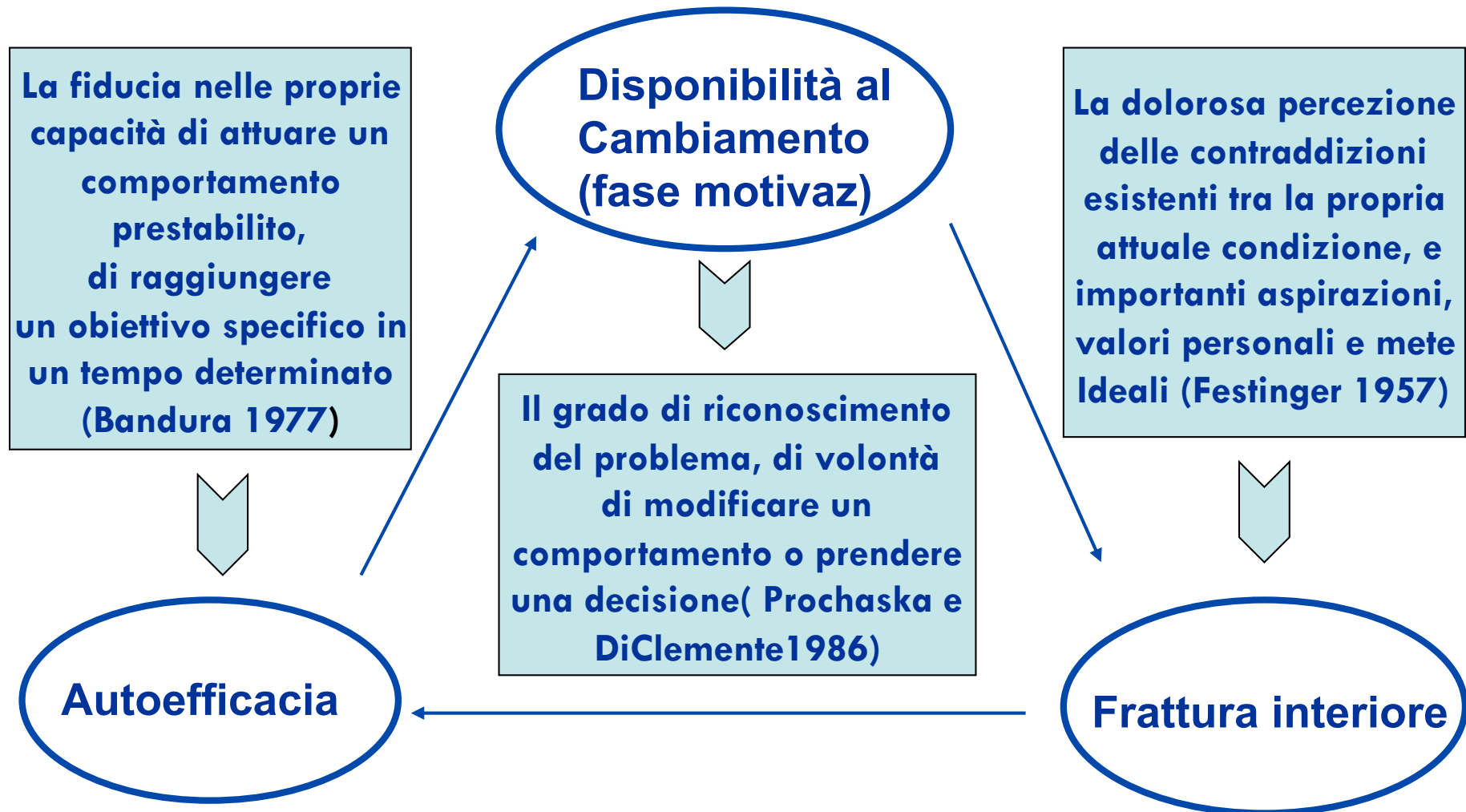
**Senso di auto efficacia corrisponde alle proprie convinzioni sulla capacità di ottenere determinati risultati.**

**Sostenere l'autoefficacia consiste nell'accrescere la consapevolezza del paziente di essere in grado di affrontare gli ostacoli e riuscire nel cambiamento**

## **Per potenziare il senso di autoefficacia**

- **stabilire obiettivi limitati**
- **sottolineare i successi raggiunti**

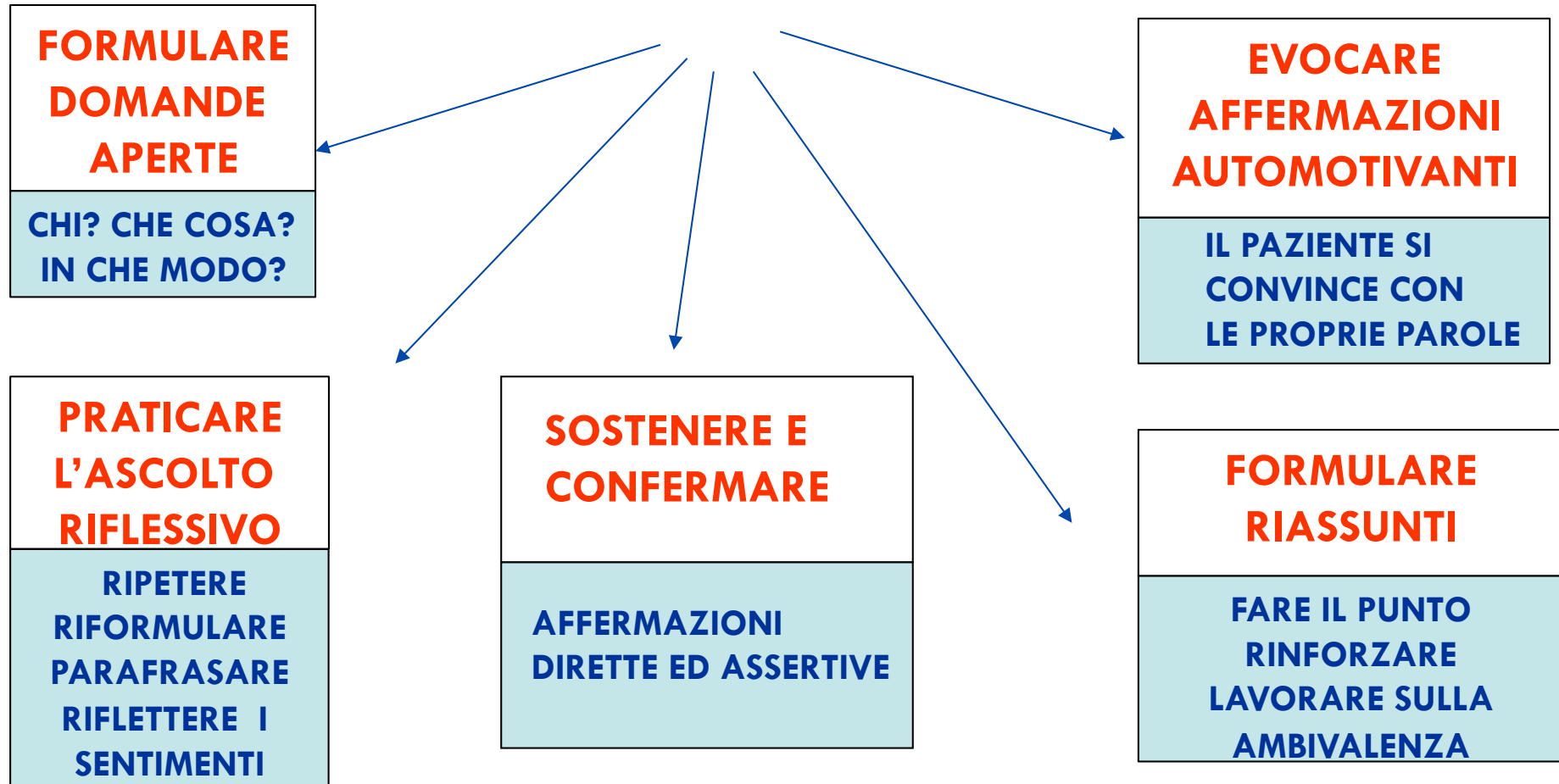
# I tre fattori della motivazione al cambiamento





# Le abilità di base del CM

## STRATEGIE



# Cosa possiamo fare per aumentare la “adherence”?

- Screening orientato a far emergere: disadattamento psicosociale alla malattia già durante l'adolescenza
- Sensibilizzazione strutture cui afferiscono le adolescenti diabetiche per favorirne il passaggio a :  
**strutture per adulti dedicate al tipo 1 e alla gravidanza**

# Cosa possiamo fare per aumentare la “adherence”?

Essere organizzati per:

- **Programmi ETS specifici**
- **Interventi motivazionali** per facilitare il cambiamento
- **Acquisire le competenze al counseling breve**  
OPPURE.....
- **Servirsi di altre competenze!**

## **Regan Scheiber, nuotatrice.**

**Il 1° agosto 2001 ha attraversato il canale della manica in 9 ore e 30', prima donna al mondo. Per prepararsi ha nuotato in piscina 8 ore al giorno.**

### **XI Settimana di Gestazione**



**S. M. 30 anni casalinga.**

**Diabete tipo 1 in terapia con CSII**

**Epilessia farmacologicamente controllata**

**Alterazione del fattore XII della coagulazione**



**Bimba sana di 3,4 Kg**

**Hb glicata al parto 6.4%**

**A sei mesi glicata 7.3%**

**A 1 anno glicata 8-4%**



**G.P. 33 anni impiegata.**

**Diabete tipo 1 in terapia con CSII**

**Celiachia**

**Sclerosi a placche**



**Bimba sana di 3,3 Kg**

**Hb glicata al parto 5.9%**

**A sei mesi glicate 6.5%**

**A 1 anno 7.2%(terapia cortisonica)**



## Problem of Compliance? Anderson R. and Funnell M.

Molto spesso i pz diabetici non fanno ciò che dicono  
(o meglio: *ciò che diciamo loro di fare*)

La malattia cronica è particolare: non è necessaria tanto l'assunzione  
della responsabilità della cura da parte del medico  
quanto da parte del paziente

**Quando il paziente lavora per raggiungere un obiettivo  
da lui stesso stabilito la sua motivazione è consequenziale**

***L'equilibrio è spesso precario nel nostro lavoro,  
ma non sprechiamo la grande opportunità  
che "il pianeta maternità" ci offre!***

