



Corso di II livello per formatori AMD

LA FORZA DELLE PAROLE

Strumenti linguistici per favorire l'empowerment
della Persona con Diabete
e l'aderenza alla terapia



**Aderenza terapeutica:
un problema dalle mille
sfaccettature**

**Paolo Di Berardino
Dipartimento Medicina
ASL Pescara**

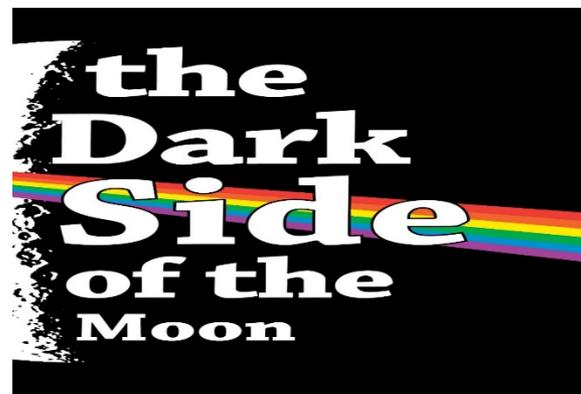
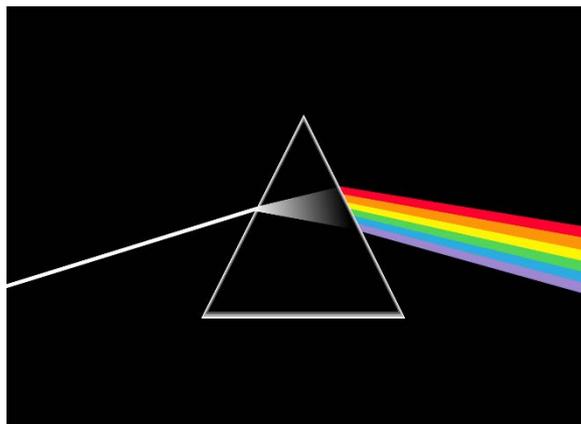
“ 03 febbraio 2017
04 febbraio 2017
NH Hotel - Leonardo Da Vinci
Via dei Gracchi, 324 | Roma ”

“

La scarsa appropriatezza e la scarsa continuità/aderenza alle terapie croniche

rappresentano il maggior ostacolo al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della salute dimostratosi possibile negli studi clinici.

WHO. World Health Organ Tech Rep Ser. 2003;921:1-164.



”

Continuità ed aderenza alle terapie

- **L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' AFFERMA:**

“La scarsa aderenza alle terapie croniche compromette gravemente l'efficacia del trattamento, caratterizzandosi come un elemento critico per la salute della popolazione, dal punto di vista della qualità di vita e dell'economia sanitaria

L'aderenza è un importante “modificatore” dell'efficacia dei sistemi sanitari ... Aumentare l'aderenza terapeutica può avere un impatto sulla salute della popolazione molto maggiore di ogni miglioramento di specifici trattamenti terapeutici” .

Le Conseguenze della Non-Aderenza

Impatto dell'interruzione delle "evidence-based medical therapies" sulla prognosi clinica dopo Infarto Miocardico Acuto (dati del Registro PREMIER):
la sospensione della terapia con statine triplica il rischio di morte

Aspirin Discontinuation

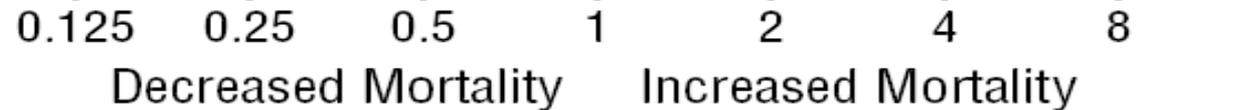
1.82 (1.09-3.03) HR

β -Blocker Discontinuation

1.96 (1.10-3.45)

Statin Discontinuation

2.86 (1.47-5.55)



“



- La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi sanitari, della morbilità e della mortalità, con un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario
- Maggior aderenza significa infatti minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi

”

OMS: i costi

- Si stima che In Europa, il costo della non aderenza alle terapie farmacologiche sia pari a **125 miliardi di euro l'anno**.
- È stato stimato che il costo economico della mancata aderenza negli Stati Uniti è pari a **100 miliardi dollari l'anno**.
- Secondo il Centro Studi “Sanità in Cifre” non prendere i farmaci prescritti dal medico costa ogni anno alle casse dello stato fino a **3,7 miliardi di euro** in mancata attività di prevenzione, **3,8 miliardi** in inefficienze dovute all’avvio ritardato del trattamento e fino a **11,4 miliardi di euro** in costi di ospedalizzazione



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 ”*

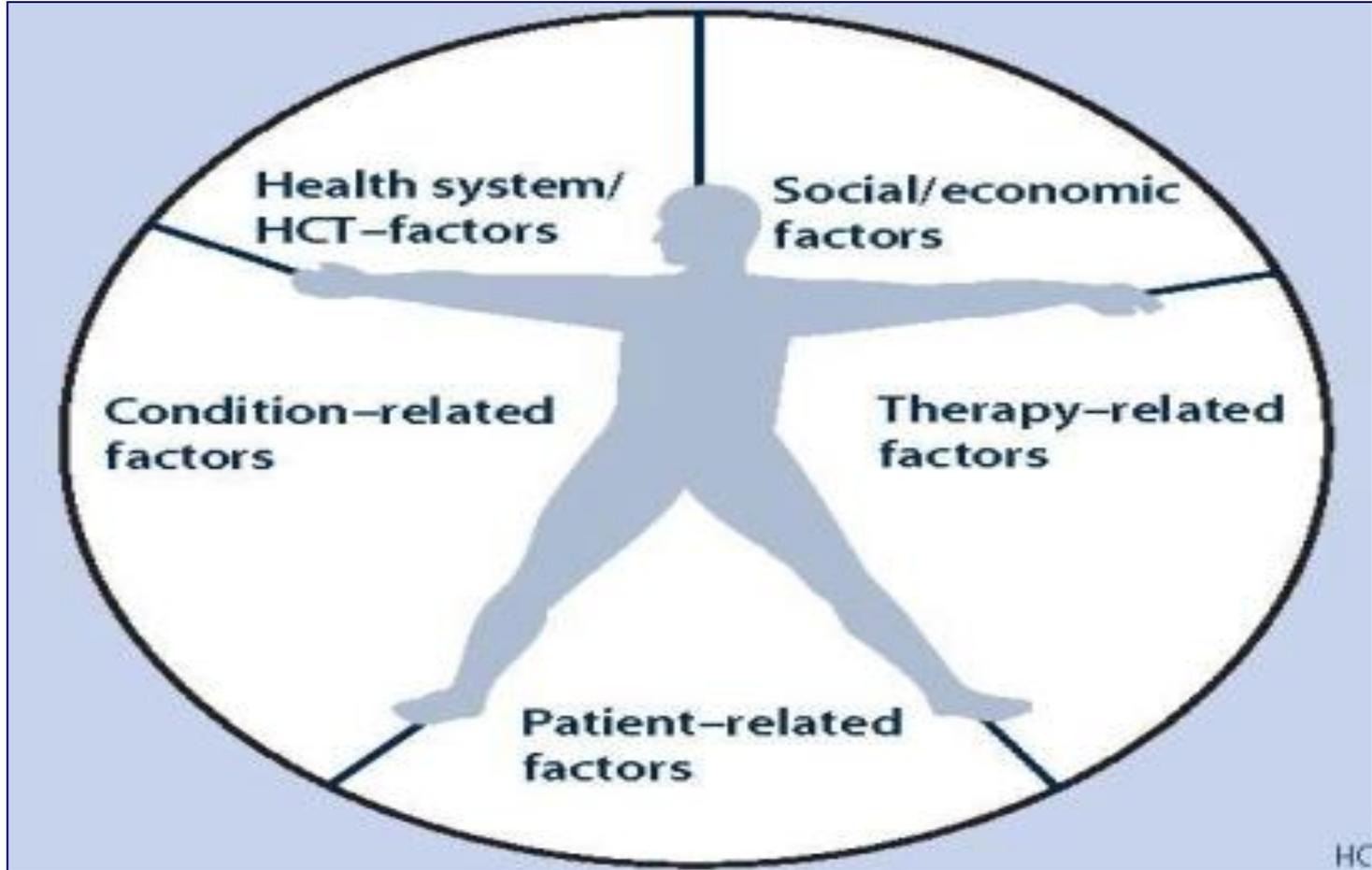
e tecnicamente può essere definito

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

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

“

Dalla Compliance all'Adherence ...



”

Health Belief Model

- 1) Conoscenze di base sulla salute e disposizione ad agire determinata dalla motivazione ad attivarsi per la propria salute
- 2) Percezione di essere esposto ad un rischio (vulnerabilità), rischio determinato dalla conoscenza di essere malato e consapevolezza della gravità del rischio
- 3) Giudizio di efficacia del trattamento prescritto
- 4) Valutazione soggettiva dei benefici che derivano dall'adesione al trattamento considerati in rapporto alle "barriere" imposte dalla cura (costi psicologici, finanziari, sociali, ecc.)
- 5) L'azione di *cues* interni (ad esempio, la comparsa di sintomi) o esterni (comunicazione interpersonale, di massa, ecc.)
- 6) Le esperienze precedenti di malattia
- 7) Le caratteristiche sociodemografiche del paziente
- 8) Le caratteristiche strutturali (costi, durata, complessità, accessibilità, ecc.)
- 9) L'interazione con il medico (qualità, aspettative, ecc.)

Il non raggiungimento degli obiettivi della cura del diabete

- Difficoltà a comprendere la progressione della malattia
- Scarsa definizione dell'obiettivo da raggiungere e del processo di cura
- Terapia inadeguata al raggiungimento dell'obiettivo/scarsa comprensione dei profili di efficacia/tempo dei presidi terapeutici in uso "inerzia clinica"
- Timore dei rischi associati a un management intensivo (*ipoglicemie*)
- **Aderenza del paziente**
- Organizzazione inadeguata (*educazione paziente, integrazione con MMG, ecc*)

“

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)



”

“

Reviews/Commentaries/Position Statements

REVIEW ARTICLE

Diabetes Care. 2004 May 1;27(5):1218-1224.

A Systematic Review of Adherence With Medications for Diabetes

JOYCE A. CRAMER

OBJECTIVE — The purpose of this study was to determine the extent to which patients omit doses of medications prescribed for diabetes.

RESEARCH DESIGN AND METHODS — A literature search (1966–2003) was performed to identify reports with quantitative data on adherence with oral hypoglycemic agents (OHAs) and insulin and correlations between adherence rates and glycemic control. Adequate documentation of adherence 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.

Diabetes Care 27:1218–1224, 2004

als with chronic diseases. Problems with poor self-management of drug therapy may exacerbate the burden of diabetes.

Several studies suggest that a large proportion of people with diabetes have difficulty managing their medication regimens (oral hypoglycemic agents [OHAs] and insulin) as well as other aspects of self-management (1,5,6). Whereas some studies that have assessed adherence among young people with type 1 diabetes (6,7), little is known about adherence to insulin regimens in patients with type 2 diabetes.

This systematic review was undertaken 1) to assess the extent of poor adherence and persistence with OHAs and insulin and 2) to link adherence rates with glycemic control.

RESEARCH DESIGN AND METHODS

Literature search

A systematic literature search was conducted to identify articles containing in-

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.

”

“

Negli Studi dedicati ai farmaci per il diabete la prevalenza dell'aderenza si aggira intorno a percentuali piuttosto basse che possono arrivare fino al 46%.

Nella pratica clinica significa per un diabetologo dover acquisire che meno della metà dei pazienti che ha in cura aderisce alla terapia concordata

Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. Diabet Med. 2015

ADERENZA AI FARMACI PER IL DIABETE: REVISIONE SISTEMATICA

Strumenti di misurazione dell'aderenza	Prevalenza dell'aderenza, % (n. di studi)
OAD	38.5–93.1 (10)
Misure obiettive	
MPR	46.0–89.8 (4)
Altri	75.3–93.1 (2)
Misure soggettive	38.5–83.6 (4)
OAD in monoterapia o una combinazione di OAD e insulina	39.0–92.3 (17)
Misure obiettive: MPR	53.8–69.0 (3)
Misure soggettive	
MMAS-4	40.0–76.2 (7)
Altri	39.0–92.3 (7)

Medication Possession Ratio = MPR

rapporto tra numero di giorni di terapia dispensata e giorni totali di terapia in un certo periodo di tempo, se il valore risulta < 0,8 (o < 80%) è indicativo di mancata aderenza.

OAD: Antidiabetici orali; **MPR:** Medical Possession Ratio; **MMAS-4,** Morisky Medication-Taking Adherence Scale (4-item): Scala Morisky di aderenza all'assunzione del farmaco (4 voci)

”

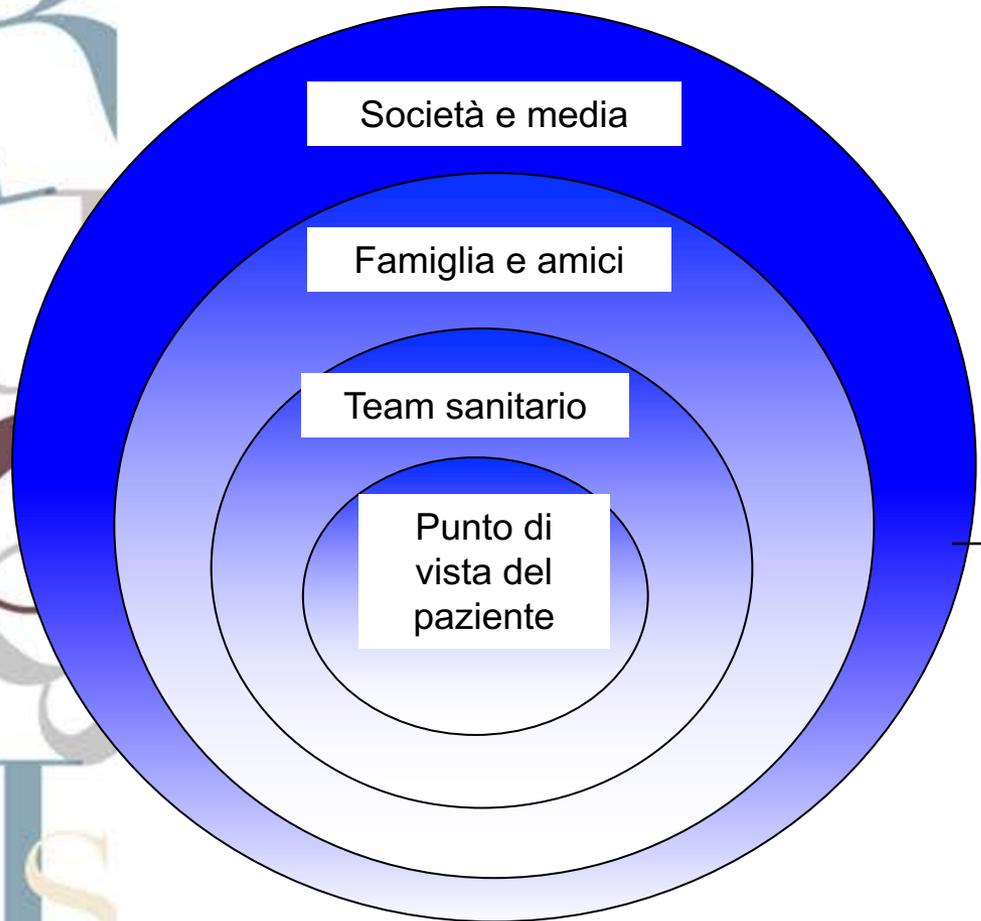
Aderenza e Non-Aderenza

In generale, per la non-aderenza si distinguono diversi possibili fattori etiologici:

1. **Fattori individuali**, legati al paziente (attitudini, abitudini, convinzioni, contesto socio-economico)
2. **Fattori legati al prescrittore** (competenza, conoscenza, attitudini, convinzioni, contesto professionale, **capacità comunicativa**)
3. **Fattori inerenti il sistema sanitario di riferimento** (accessibilità ed equità delle cure)

Sabate E, ed, Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva, WHO, 2003

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

GLASGOW R.E., EAKIN E.G. (PSICOLOGY IN DIABETES CARE, Snoek F.J., Skinner T.C. – New York Willey,2000)

“

Fattori che influenzano l'aderenza

Complessità del
trattamento

Relazione
medico-paziente

Caratteristiche
della persona

”

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 INCONSCE**

- **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**

- **Fasi dell'accettazione**

Rappresentazione di malattia

La modalità con cui viene pensata, interpretata e/o vissuta la propria condizione di salute o malattia

influisce in maniera determinante sull'atteggiamento e sui comportamenti che il paziente stesso assumerà

può ostacolare l'apprendimento della cura

I pazienti non fanno ciò che noi chiediamo

Il mondo del curante ...

Sapere medico
scientifico,validato

Conoscenze scientifiche

Evidenze

Linee guida

Molte **"certezze"** che permettono di proporre strategie terapeutiche

Il mondo del paziente...

Realtà soggettiva estremamente valida
e di vitale importanza per il paziente

Conoscenze empiriche

Comportamenti consolidati
Rassicuranti consuetudini

Problema di integrare
la novità

La richiesta di un cambiamento
smuove gli equilibri preesistenti
dubbi, ansie, perplessità,
aspettative....

Aspetti psicologici e diabete

Nel diabete l'aspetto **emozionale** è determinante nel **favorire o peggiorare** l'andamento della malattia

Importante è comprendere come **le emozioni** possano **agevolare o rallentare** il processo di responsabilizzazione da parte del paziente

*Karlsen B., Idsoe T. et al.,
Patient Education and
Counselling, 2004;53(3):299-308.*



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

TERRY S. COOPER, MD, MSc

TERRY S. COOPER

dante letteratura su depressione e non ade-

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 sistemico. 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.

“

Conseguenze della depressione nel paziente diabetico

- Peggioramento del compenso metabolico (LustmanPJ , 2000)
- Incremento del numero e severità delle complicanze come la retinopatia, la nefropatia e la disfunzione sessuale (de Groot M , 2001)
- Comparsa di fattori di rischio cardiovascolari (KatonWI , 2004; Rubin RR, 2010)
- Aumento della disabilità (EgedeLE, 2004)
- Aumento della mortalità (Egede LE, 2005)
- Scarsa aderenza al trattamento(Gonzales,2008)**



”

Depression Predicts All-Cause Mortality

Epidemiological evaluation from the ACCORD HRQL substudy

The ACCORD trial offers a unique opportunity to examine the relationship between **depression, mortality, and cardiovascular events** in a sample receiving standardized diabetes care. Depression **increases the risk of all-cause mortality** and may increase **the risk of macrovascular events** among adults with type 2 diabetes at high risk for cardiovascular events

Mark D. Sullivan et al. *Diabetes Care* August 2012 ,35 : 8 1708-1715



“

Relazione medico-paziente

Informazioni al paziente

Coinvolgimento al programma terapeutico

Comunicazione(linguaggio,setting,tempo dedicato)

Competenza del medico

Periodicità delle visite di follow-up



”

“

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

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

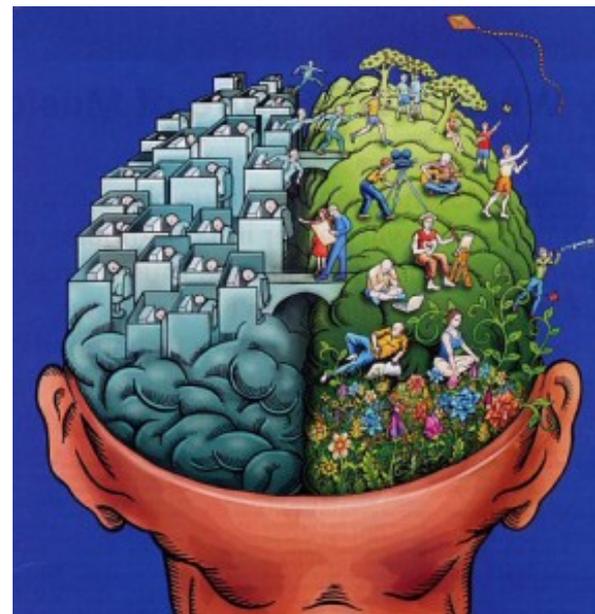


”

“

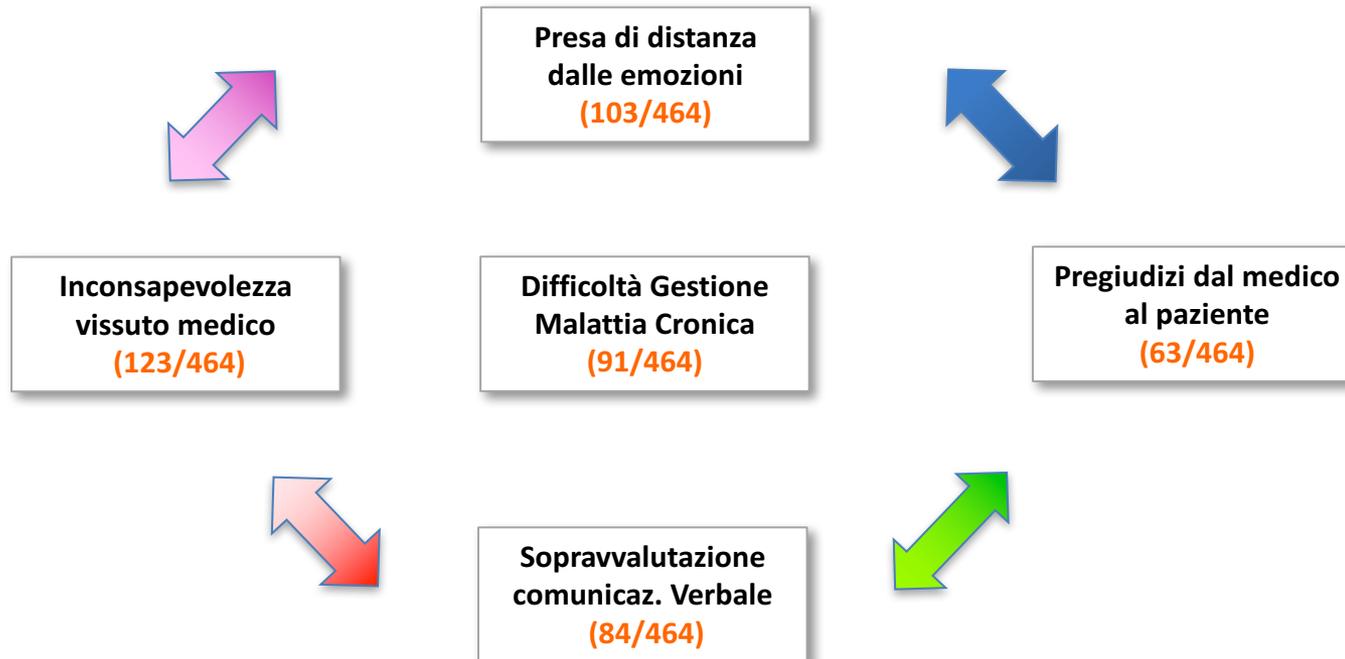
**Un interessante progetto
che ci ha valutati....**

BRAIN&DIA AMD



”

I temi 'chiave' e il loro peso



MixCovery 90%®

Colloquio medico-paziente

Sono presenti 2 competenze specifiche

1) teorico scientifica = medico

2) pratico esperenziale = paziente

A seconda del metodo comunicativo che il medico applica, le priorità del paziente possono apparire con molta difficoltà

Una buona capacità comunicativa impatta fortemente sulla aderenza alle terapie ,influenza i contenuti del colloquio e condiziona il rapporto medico paziente



Comunicazione e Adesione

- E' riconosciuta l'influenza che **la dimensione comunicativa** esercita sull'adesione alle cure
- Lo scambio di informazioni tra medico e paziente **ai diversi livelli di comunicazione** rappresenta un importante impatto sull'andamento della cura

(Myers L.B. ,Mydence K., 1998)



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)



“

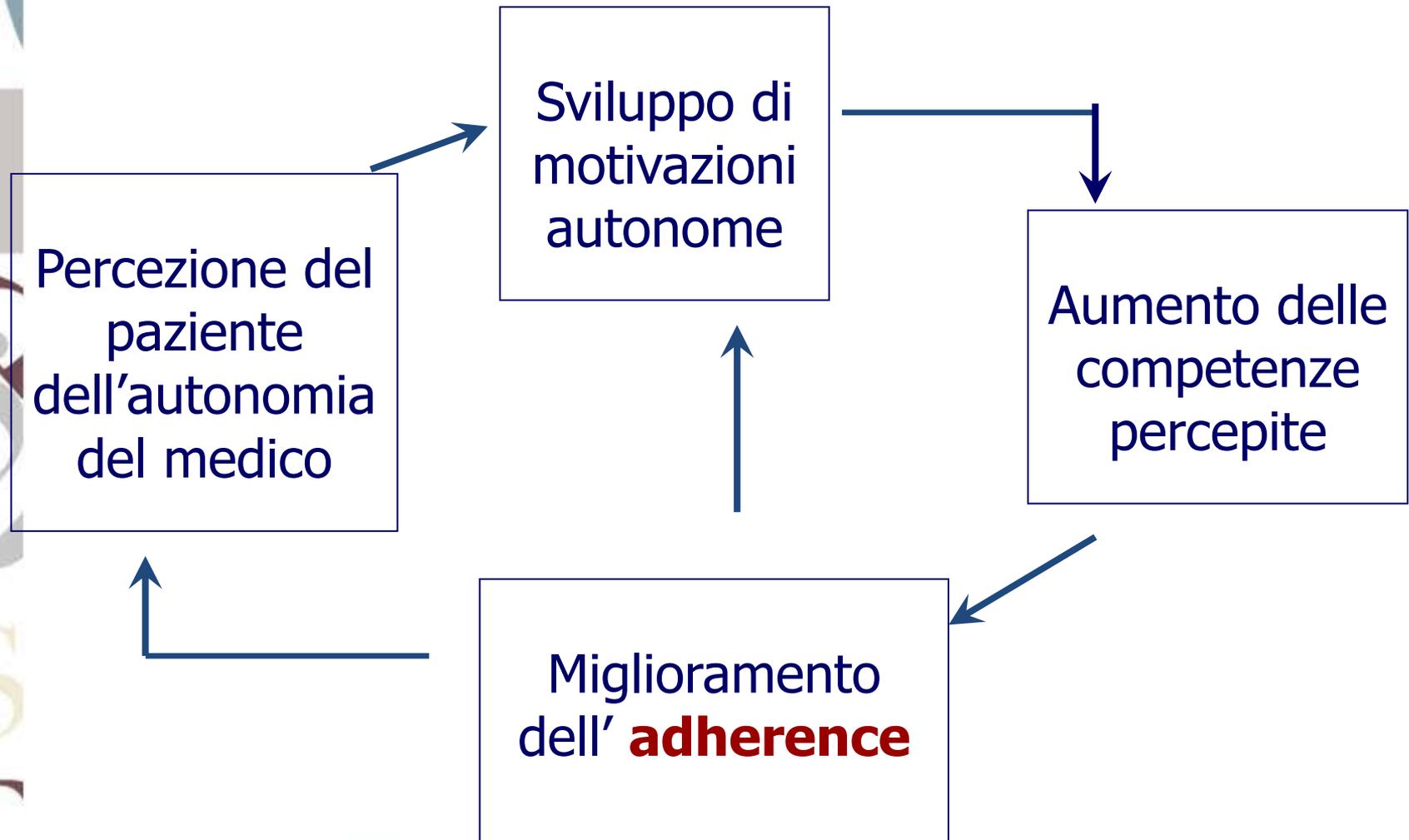
La necessità di coinvolgere il Paziente



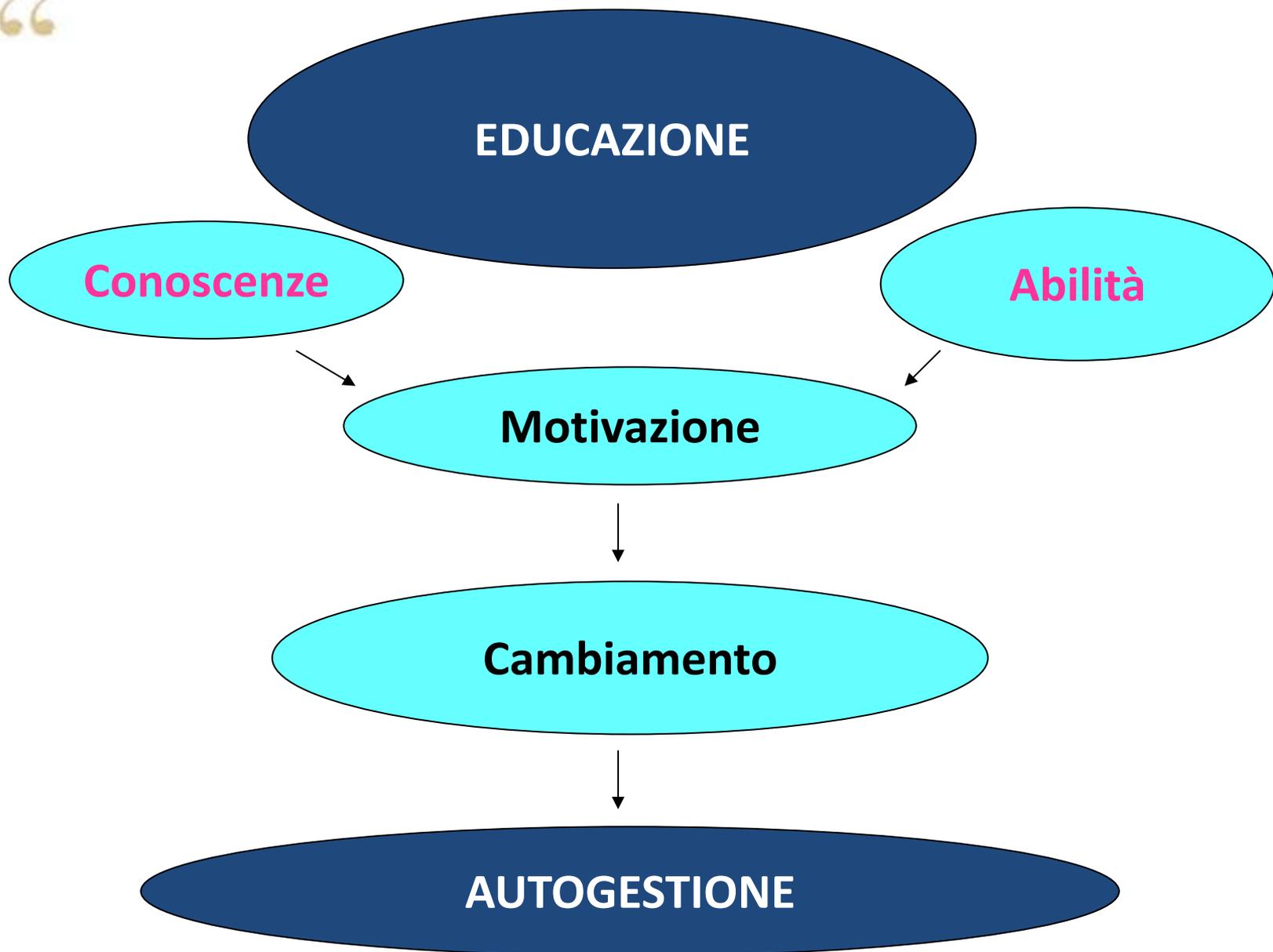
Barrier PA et al. *Mayo Clin Proc.* 2003;78:211-4.

”

Le componenti per l'autonomia del paziente



“



”

Per il miglioramento dell'Aderenza alle prescrizioni terapeutiche...

- ✓ **Realizzare un Counseling efficace che coinvolga il paziente su priorità ed obiettivi**
- ✓ Programmare un follow-up ravvicinato
- ✓ Fare leva su tutto il possibile supporto familiare e sociale che aiuti il paziente nello sforzo di rimanere aderente alle prescrizione terapeutiche
- ✓ Gli interventi richiedono tempi congrui e devono essere realizzati da parte di personale sanitario (medico e non) con formazione specifica
- ✓ Non sono disponibili strategie semplici ed economiche

Haynes RB, et al. JAMA. 2002;288:2880-2883.

Peterson AM, et al. Am J Health Syst Pharm. 2003;60:657-665.



“

Per il miglioramento dell'Aderenza alle prescrizioni terapeutiche...

Adattare lo stile di “visita” a ciascun paziente in modo da coinvolgerli nelle decisioni che li riguardano

Individuare la modalità di comunicazione più efficace per ciascun paziente utilizzando modalità particolari(con informazione accessibile e comprensibile)

Fornire le informazioni più rilevanti con un linguaggio adeguato al livello di comprensione

Valutare le conoscenze, le preoccupazioni, i bisogni, che possono modificarsi nel tempo, maggiormente nei pazienti politrattati complessi

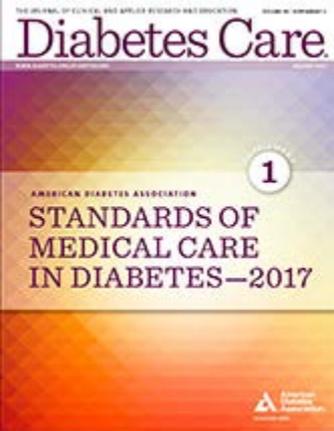
Haynes RB, et al. JAMA. 2002;288:2880-2883.

Peterson AM, et al. Am J Health Syst Pharm. 2003;60:657-665.



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



Standards of medical care in diabetes

Psychosocial assessment and care Recommendations

- It is reasonable to include assessment of the patient's psychological and social situation as an ongoing part of the medical management of diabetes. (E)
- Psychosocial screening and follow-up may include, but is not limited to, attitudes about the illness, expectations for medical management and outcomes, affect/mood, general and diabetes-related quality of life, resources (financial, social, and emotional), and psychiatric history. (E)
- Screen for psychosocial problems such as depression and diabetes-related distress, anxiety, eating disorders, and cognitive impairment when self-management is poor. (B)



“

Psychosocial Care for People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association

- Psychosocial care should be integrated with collaborative, patient-centered medical care and provided to all people with diabetes, with the goals of optimizing health outcomes and health-related quality of life. **A**
- Providers should consider an assessment of symptoms of diabetes distress, depression, anxiety, and disordered eating and of cognitive capacities using patient-appropriate standardized/validated tools at the initial visit, at periodic intervals, and when there is a change in disease, treatment, or life circumstance. Including caregivers and family members in this assessment is recommended. **B**
- **Consider monitoring patient performance of self-management behaviors as well as psychosocial factors impacting the person's self-management.** **E**
- Consider assessment of life circumstances that can affect physical and psychological health outcomes and their incorporation into intervention strategies. **E**

Addressing psychosocial problems upon identification is recommended. If an intervention cannot be initiated during the visit when the problem is identified, a follow-up visit or referral to a qualified behavioral health care provider may be scheduled during that visit. **E**

“

PSYCHOSOCIAL ISSUES IMPACTING DIABETES SELF-MANAGEMENT

Recommendations

- People with diabetes should be evaluated and receive training until they attain competence in diabetes self-care skills and the use of technologies at the time of diagnosis, annually, if/when complications arise, and if/when transitions in care occur. The diabetes care team is encouraged to directly and regularly assess these self-management behaviors. **B**
- Providers should consider the burden of treatment and patient levels of confidence/self-efficacy for management behaviors as well as level of social and family support when making treatment recommendations. **E**

Diabetes Care 2016;39:2126 -2140

”

Phase of living with diabetes

Continuum of psychosocial issues and behavioral health disorders in people with diabetes

Nonclinical (normative) symptoms/behaviors

Clinical symptoms/diagnosis

Behavioral health disorder prior to diabetes diagnosis	None	<ul style="list-style-type: none"> • Mood and anxiety disorders • Psychotic disorders • Intellectual disabilities
Diabetes diagnosis	Normal course of adjustment reactions, including distress, fear, grief, anger, initial changes in activities, conduct, or personality	<ul style="list-style-type: none"> • Adjustment disorders*
Learning diabetes self-management	Issues of autonomy, independence, and empowerment. Initial challenges with self-management demonstrate improvement with further training and support	<ul style="list-style-type: none"> • Adjustment disorders* • Psychological factors affecting medical condition**
Maintenance of self-management and coping skills	Periods of waning self-management behaviors, responsive to booster educational or supportive interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Maladaptive eating behaviors • Psychological factors** affecting medical condition
Life transitions impacting disease self-management	Distress and/or changes in self-management during times of life transition***	<ul style="list-style-type: none"> • Adjustment disorders* • Psychological factors** affecting medical condition
Disease progression and onset of complications	Distress, coping difficulties with progression of diabetes/onset of diabetes complications impacting function, quality of life, sense of self, roles, interpersonal relationships	<ul style="list-style-type: none"> • Adjustment disorders* • Psychological factors** affecting medical condition
Aging and its impact on disease and self-management	Normal, age-related forgetfulness, slowed information processing and physical skills potentially impacting diabetes self-management and coping	<ul style="list-style-type: none"> • Mild cognitive impairment • Alzheimer or vascular dementia

All health care team members (e.g., physicians, nurses, diabetes educators, dieticians) as well as behavioral providers

Behavioral or mental health providers (e.g., psychologists, psychiatrists, clinical social workers, certified counselors or therapists)

Providers for psychosocial and behavioral health intervention

Valutazione psicodiagnostica

Neodiagnosi
o
momento criticità

SF-12
Relazione tra
attività della
vita e salute

WHO5
Stato di benessere
indipendentemente
dal diabete

PAID5
Studia le aree problematiche
rispetto all'essere diabetico

ATT19
Studia l'adattamento
rispetto all'essere diabetico

Se punteggi patologici, si propone la somministrazione di SDS e SAS per la depressione e dell'ansia, se positivi si prevede invio a consulenza psicologica



Valutazione psicodiagnostica

I test psicometrici

Educazione

DSCA

Studia l'impegno
rispetto
all'autoefficacia

DES

Studia l'impegno
rispetto
all'empowerment

Approccio Biopsicosociale

L'approccio dell'operatore sanitario non si esplica soltanto attraverso una diagnosi e una terapia ma anche attraverso una comunicazione personalizzata olistica e integrata che permetta di entrare in relazione con il paziente in tutte le sue sfaccettature:

il corpo, le emozioni, la mente e la sua essenza



“



***Grazie per
l'attenzione***

”

IL PDTA psico-sociale

Gli obiettivi del PDTA psico-sociale sono rivolti a

- » Garantire una presa in carico globale del paziente nell'ambito delle cure abituali e in particolar modo: al momento della diagnosi, all'inizio della gravidanza, all'insorgenza di una complicanza, all'inizio di un percorso di educazione terapeutica.
- » Identificare e gestire gli aspetti motivazionali, emotivi e relazionali del paziente
- » Migliorare la qualità di vita delle persone con diabete
- » Promuovere l'aderence nella gestione e nel trattamento del diabete
- » Facilitare l'empowerment del paziente