

Italian Diabetes Monitor

Monitoring prevention, cure, political, social and economic facts on diabetes care

Analysis of the Diabetes in Italy

Authors:

L. Corsaro
V. Falco
F. Venturi
F. Dotta
S. Frontoni
D. Lauro
A. Nicolucci
K. Vaccaro

Diabetes Monitor

Italian

Monitoring prevention, cure, political, social and economic facts on diabetes care

Diabetes Monitor is published quarterly and is freely available online at www.ibdo.it
This publication is also available in English and Italian

Editors in chief:

Renato Lauro
Giuseppe Novelli

Co-Editors:

Walter Ricciardi

Managing editors:

Francesco Dotta,
segreteria@ibdo.it

Simona Frontoni,
comitatoscientifico@ibdo.it

Advisory group:

Tonino Aceti, Angelo Avogaro, Emanuela Baio, Alfonso Bellia, Massimo Boemi, Graziella Bruno, Marco Cappa, Salvatore Caputo, Paolo Cavallo Perin, Marco Comaschi, Agostino Consoli, Lucio Corsaro, Domenico Cucinotta, Pierpaolo De Feo, Alberto De Micheli, Chiara De Waure, Paolo Di Bartolo, Vincenzo Falco, Bernardino Fantini, Vito Gaudiano, Carlo Giorda, Francesco Giorgino, Ranieri Guerra, Davide Lauro, Sergio Leotta, Renato Lorini, Giulio Marchesini, Domenico Mannino, Lorenzo Mantovani, Attilio Martorano, Gerardo Medea, Roberto Messina, Antonio Nicolucci, Giuseppe Paolisso, Nicola Pinelli, Claudio Pisanelli, Paola Pisanti, Chiara Rossi, Paolo Sbraccia, Federico Spandonaro, Tiziana Spinosa, Stefano Tumini, Ketty Vaccaro, Umberto Valentini, Maurizio Vanelli

Layout and printing:

SP Servizi pubblicitari srl - Gruppo Creativa
Via Alberese, 9 - 00149 Roma
tel. +39 066571140
Fax +39 06233216117

All correspondence and advertising:

IBDO FOUNDATION
Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma
Dir. +39 0697605623
Fax +39 0697605650
segreteria@ibdo.it

© ITALIAN BAROMETER DIABETES OBSERVATORY FOUNDATION, DIABETES MONITOR

All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means without the written prior permission of the ITALIAN BAROMETER DIABETES OBSERVATORY FOUNDATION (IBDO FOUNDATION). Requests to reproduce or translate IBDO FOUNDATION publications should be addressed to the President of IBDO FOUNDATION, C/O FASI Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma Dir. +39 0697605623 Fax +39 0697605650
Email: segreteria@ibdo.it; presidenza@ibdo.it

The content in this magazine is for information purposes only. IBDO FOUNDATION makes no representations or warranties about the accuracy and reliability of any content in the magazine. Any opinions expressed are those of their authors, and do not necessarily represent the views of IBDO FOUNDATION.

IBDO FOUNDATION shall not be liable for any loss or damage in connection with your use of this magazine. Through this magazine, you may link to third-party websites, which are not under IBDO FOUNDATION control.

The inclusion of such links does not imply a recommendation or an endorsement by IBDO FOUNDATION of any material, information, products and services advertised on third-party websites, and IBDO FOUNDATION disclaims any liability with regard to your access of such linked websites and use of any products or services advertised there.

While some information in Diabetes Monitor is about medical issues, it is not medical advice and should not be construed as such.

Analysis of the Diabetes in Italy

Authors:

L. Corsaro; V. Falco; F. Venturi

MediPragma

F. Dotta

*Università di Siena Dipartimento di Scienze Mediche,
Chirurgiche e Neuroscienze e IBDO Foundation*

S. Frontoni

*Università di Roma "Tor Vergata" Dipartimento di
Medicina dei Sistemi e IBDO Foundation*

D. Lauro

*Università di Roma "Tor Vergata" Dipartimento di
Medicina dei Sistemi*

A. Nicolucci

*Center for Outcomes Research and Clinical
Epidemiology (CORE) e IBDO Foundation*

K. Vaccaro

Fondazione CENSIS e IBDO Foundation

Prefazione

Diabetes Monitor è un'indagine diretta ad un campione rappresentativo della popolazione italiana affetta da diabete, con l'obiettivo di analizzare le modalità di gestione della malattia e del trattamento farmacologico specifico.

La peculiarità di questo approccio è la modalità di raccolta dei dati, attuata mediante intervista al paziente. Pertanto, è evidente che il documento non ha alcun intento epidemiologico/statistico, ma rappresenta un formidabile strumento per "catturare" il vissuto del paziente e la sua interpretazione dei dati relativi alla sua malattia.

In questo senso, ad esempio, appare di estremo interesse l'enfasi posta sull'empowerment del paziente, che è verosimilmente alla base del confortante livello (73,7% del campione degli insulino-trattati e 59,7% dei non insulino-trattati) di consapevolezza dichiarata dagli intervistati, riguardo alla conoscenza del proprio valore di emoglobina glicosilata.

Il confronto tra i dati raccolti nell'indagine 2015, con quelli delle precedenti indagini permette, inoltre, un utile confronto tra le fotografie scattate nei cinque anni (2010, 2012, 2013, 2014, 2015), da cui si evince come alcuni dei parametri presi in esame siano significativamente migliorati nel corso degli anni. Esempi emblematici sono rappresentati dall'incremento annuale dell'attività fisica, sia nei soggetti insulino-trattati che in coloro che non assumono terapia insulinica e dall'aumentata conoscenza del valore di emoglobina glicata nei pazienti insulino-trattati.

Sono invece ancora molte le persone con diabete che non sono iscritte ad una associazione di pazienti diabetici (56,7% quelli insulino-trattati e 75,3% tra quello non insulino-trattati), benchè vi sia un trend positivo verso una maggiore partecipazione ed adesione alle forme di associazionismo rispetto agli anni precedenti.

In merito alle fonti di informazione è rilevante la differenza 2015 vs. 2013 delle persone che dichiarano di attingere le proprie informazioni da internet (68% vs 21.2%)

L'obiettivo è quello di continuare a monitorare nei prossimi anni i parametri raccolti fino ad oggi, anche nel tentativo di comprendere e "misurare" l'impatto dell'attuazione del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica sui soggetti affetti da diabete, che di questo Piano rappresentano i veri destinatari finali.

Simona Frontoni

President of the Scientific Committee IBDO Foundation

1. PREMESSA

Nel 2035 le diagnosi complessive di diabete potrebbero arrivare a 595 milioni di casi. Una cifra in continua crescita per effetto della trasformazione degli stili di vita e dell'alimentazione. Anche in Italia, nel 2030 ci potrebbero essere 5 milioni di diabetici.

Oltre ai numeri della malattia, anche le spese sanitarie connesse al diabete, stimate per difetto, rappresentano un peso estremamente gravoso per i sistemi assistenziali oggi e difficilmente sostenibile per il futuro: si va dai 263 miliardi di dollari spesi nell'area Nord America e Paesi Caraibici [1] (ma uno studio recente [2] ha già fatto lievitare questa cifra a 322 miliardi di dollari) ai 147 miliardi dell'Europa. Secondo i dati pubblicati dal gruppo di lavoro sul Burden of Disease sul diabete dell'IBDO Foundation, in Italia oggi sono 3,6 milioni le persone affette da diabete (di cui oltre il 90% da diabete di tipo 2), pari al 6,2% della popolazione con differenze nelle varie fasce di età.



Fonte: *The Burden of Diabetes in Italy*

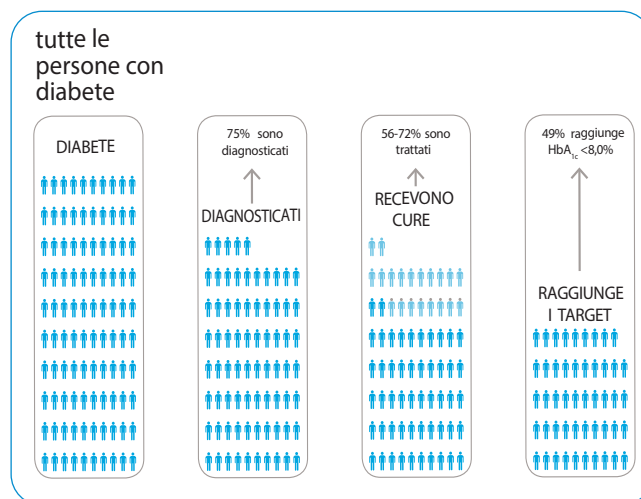
A questi si aggiunge una quota di persone che, pur avendo la malattia, non ne è a conoscenza. Si stima che per ogni tre persone con diabete noto, ce ne sia una con diabete non diagnosticato. Inoltre, si stima che per ogni persona con diabete noto, vi sia almeno una persona ad alto rischio di svilupparlo perché affetto da ridotta tolleranza al glucosio o alterata glicemia a digiuno. In Italia oggi almeno 3,6 milioni sono le persone ad alto rischio di diabete. Se la crescita della prevalenza della malattia continuerà ai ritmi attuali, entro 20 anni potrebbero essere oltre 6 milioni (9% della popolazione totale) le persone affette da diabete [3].

- ✓ 1 cittadino su 16 ha il diabete.
- ✓ Il numero di persone affette è destinato a crescere da 3,6 milioni a 6,1 milioni entro il 2030.
- ✓ Ogni 3 persone con diabete, ce n'è 1 che ha il diabete senza saperlo.
- ✓ Per 1 persona con diabete, ce n'è 1 ad alto rischio di svilupparlo.

Fonte: *Il Diabete: una sfida per i sistemi sanitari, ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF, anno IV speciale 2014.*

È sempre più difficile garantire cure adeguate e oggi oltre la metà delle persone con diabete presenta livelli di controllo metabolico ben lontani dai target raccomandati [4].

La cura del diabete e le difficoltà di raggiungimento dei target metabolici



Fonte: *Il Diabete: una sfida per i sistemi sanitari, ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF, anno IV speciale 2014*

Una crescita così importante è riconducibile a diverse cause:

l'invecchiamento della popolazione: secondo i dati ISTAT, la popolazione degli ultrasessantacinquenni, in cui la prevalenza di diabete è di circa il 15%, è cresciuta di quasi due milioni negli ultimi 10 anni.

l'aumento dell'obesità: in tutte le fasce di età sta crescendo il fenomeno dell'obesità. In presenza di obesità il rischio di sviluppare il diabete è 10 volte più alto. In Italia ci sono oggi 17,6 milioni di adulti in sovrappeso e 4,9 milioni di obesi. Il fenomeno è sempre più evidente anche nell'età pediatrica.

Il peggioramento dello stato socio-economico: è noto che la prevalenza di diabete sia maggiore negli strati sociali con livello culturale ed economico più basso [5].

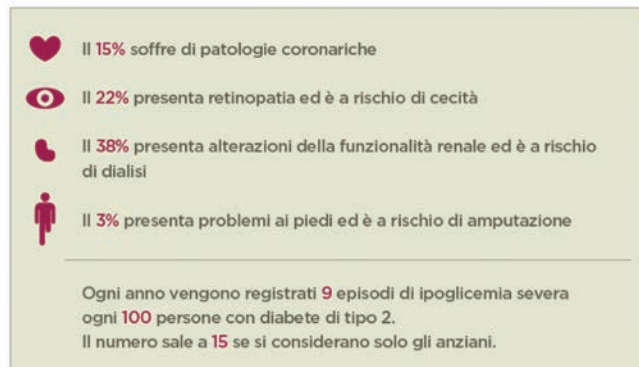
Oltre a ridurre l'aspettativa di vita di 5-10 anni, il diabete è responsabile di complicanze serie.

Le malattie cardiovascolari sono da 2-4 volte più frequenti nelle persone con diabete, rispetto a quelle senza diabete di pari età e sesso, e sono soprattutto le complicanze più gravi (infarto, ictus, scompenso cardiaco e morte improvvisa) a colpire più spesso chi ha il diabete.

La retinopatia diabetica costituisce la principale causa di cecità legale fra i soggetti in età lavorativa.

Il 30-40% dei pazienti con diabete di tipo 1 e il 5-10% di quelli con diabete di tipo 2 sviluppano una insufficienza renale terminale dopo 25 anni di malattia.

Il 15% dei soggetti con diabete sviluppa nel corso della vita un'ulcera agli arti inferiori, e un terzo di questi pazienti va incontro ad amputazione [6].



Fonte: *Il Diabete: una sfida per i sistemi sanitari*, ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF, anno IV speciale 2014.

Da non sottovalutare poi l'importante impatto psicologico che la patologia ha sulla persona. Recentemente gli studi BENCH-D e DAWN2 [7] hanno evidenziato elevati livelli di distress nelle persone con diabete; il distress è la misura in cui il diabete è considerato fonte di preoccupazione o è vissuto come un peso dalla persona affetta.

Da questi due studi una quota importante di pazienti è risultata anche con probabile depressione.

Il DAWN2 ha rilevato, inoltre, che una persona con diabete su 5 si sente discriminata a causa della patologia. Anche nei familiari delle persone con diabete e negli operatori sanitari ha inoltre documentato elevati livelli di distress, nel 51% dei familiari, e frequente il senso di frustrazione per non sapere come essere di supporto ai propri cari affetti dalla patologia.

Tra gli operatori sanitari, il 69% ha riferito di credere che sia necessario migliorare la preparazione formale per comunicare efficacemente, ambito nel quale (nel 51% dei casi) vorrebbero ricevere maggiore formazione [8].



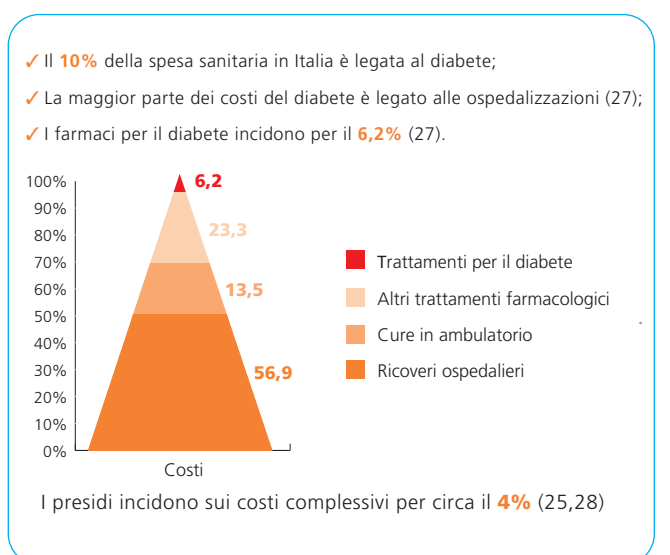
Per una elevata percentuale di PCD il diabete ha un effetto negativo non solo sul benessere fisico e psicologico, ma anche sulla situazione finanziaria, sul rapporto con familiari e amici, sulle attività lavorative e su quelle del tempo libero [9].

Le persone con alto distress mostrano inoltre minore benessere fisico e minore benessere psicologico. Tutti questi aspetti rappresentano aspetti importanti che possono determinare una minore adesione alle raccomandazioni mediche e alle terapie, con impatto negativo sul controllo metabolico.

Date queste premesse, è doveroso ricordare quanto l'impatto economico della malattia diabetica sia veramente importante, se non addirittura di enormi dimensioni.

Il rischio di ricovero in ospedale per specifiche complicanze/comorbidità, a parità di età e sesso, è da due a otto volte maggiore in presenza di diabete. Il costo medio per paziente con diabete è infatti di circa 2.600-3.100 euro l'anno, più del doppio rispetto a persone di pari età e sesso ma senza diabete. E i costi aumentano con l'aumentare dell'età degli assistiti. Tale dato va considerato di particolare rilievo, considerando le previsioni di crescita della popolazione degli ultrasessantacinquenni [10].

Ai costi diretti dell'assistenza vanno aggiunti quelli derivanti da perdita di produttività, pensionamento precoce, disabilità permanente e altri costi indiretti permanenti e altri costi indiretti, che possono riguardare i costi "out of pocket" sostenuti direttamente dalle persone con diabete e le perdite di produttività di chi le assiste.



Fonte: *Il Diabete: una sfida per i sistemi sanitari*, ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF, anno IV speciale 2014.

In questo scenario che conferma come il diabete rappresenti, forse, il più importante problema di salute pubblica del nostro tempo e certamente tra quelli che meritano maggiore attenzione, l'indagine "**Diabetes Monitor**", giunta alla quinta edizione e realizzata come le precedenti dall'Istituto di studi e ricerche di mercato **Medi-Pragma**, si propone come un osservatorio dell'evoluzione degli atteggiamenti delle persone con diabete riguardo alla gestione della malattia e della terapia.

L'indagine **Diabetes Monitor** 2015 è un'indagine condotta con cadenza annuale da Medi-Pragma in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata e con IBDO Foundation. L'osservatorio 2015 ha la stessa struttura delle rilevazioni precedenti e ciò assicura che i dati siano confrontabili negli anni, ma presenta alcuni elementi di novità che non mancheranno di suscitare interesse e discussione tra la sempre più ampia platea di persone che a vario titolo sono coinvolte nella gestione.

1.1 CAMPIONE E METODOLOGIA

L'indagine è stata realizzata mediante interviste personali sia telefoniche che mediante internet su un campione di 600 persone con diabete, distribuite sul territorio nazionale, comprendente sia soggetti che assumono insulina (**IT**), da sola o in combinazione, sia soggetti che assumono solo terapie orali (**NIT**). L'età media dei soggetti **IT** intervistati è risultata pari a 56,8 anni, mentre quella dei soggetti **NIT** è risultata come atteso più elevata: 64,2 anni. I soggetti che assumono insulina (**IT**), comprendendo i soggetti affetti da Diabete di Tipo I, hanno evidenziato un'età media alla diagnosi più bassa, 33,9 anni, rispetto ai 49,8 anni dei soggetti che non assumono insulina.

Dal punto di vista delle caratteristiche demografiche (età, sesso, residenza, tipo di diabete) il campione partecipante all'indagine 2015 è confrontabile con quelli delle rilevazioni precedenti. Ciò consente di ripetere le analisi statistiche (analisi fattoriale e clusterizzazione) sui dati 2015 ponendoli a confronto con la rilevazione dell'anno 2014. Questo approccio, ormai collaudato, ha confermato la struttura dei 2 fattori latenti emersi nelle rilevazioni precedenti in base ai quali è possibile produrre una mappatura dei comportamenti dei soggetti diabetici:

Il **FATTORE 1**, denominato *Compliance* è basato sulle seguenti variabili:

- Tendo a rispettare scrupolosamente le indicazioni del mio medico
- Dal punto di vista dell'alimentazione sono una persona molto attenta

- Mantenere un peso corporeo nella norma contribuisce ad avere un migliore controllo del proprio diabete
- L'autocontrollo della glicemia consente una migliore gestione della terapia

Il **FATTORE 2** – denominato *Autonomia*, è basato sulle seguenti variabili:

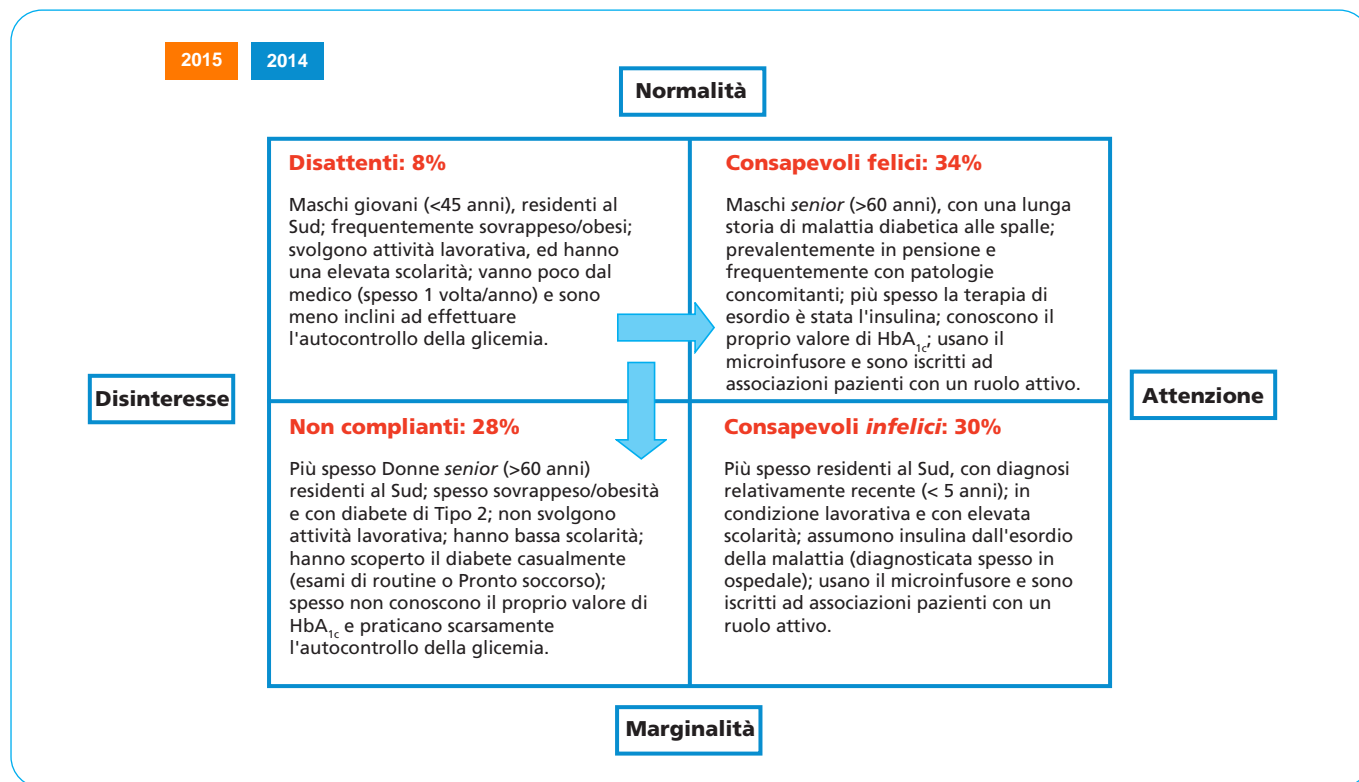
- La sintomatologia del diabete non rappresenta un limite al normale svolgimento della mia vita quotidiana
- Una persona con diabete può condurre una vita assolutamente normale
- Gestisco il mio diabete in modo del tutto autonomo

I due fattori latenti individuati (*Compliance* e *Autonomia*) hanno consentito di individuare 4 gruppi (cluster) tra i partecipanti all'indagine con comportamenti omogenei rispetto alla gestione della propria condizione: i **Consapevoli**, i **Disattenti**, i **Non complianti** e i "**Malati**". Nella *Fig.1* si riportano la consistenza percentuale dei quattro gruppi ed una sintesi delle caratteristiche prevalenti.

Rispetto alla rilevazione precedente (anno 2014) il fenomeno più rilevante è la netta riduzione della quota di soggetti definiti **Disattenti**. Non tutti i **Disattenti**, però, si sono trasformati in **Consapevoli**. Anzi una buona fetta sono migrati nell'area della **Non-compliance**. Sostanzialmente stabile, invece, la quota di soggetti che si sentono "**Malati**".

E' interessante notare, tuttavia, che la migrazione tra i gruppi sembra avere come driver principale la condizione di membro di associazione pazienti da parte del rispondente. In sintesi, i rispondenti non partecipanti ad associazioni di pazienti mostrano una sostanziale crescita dell'area della **Non-compliance** che oggi tocca il 34% mentre si attestava al 20% nella rilevazione precedente. Viceversa tra i partecipanti ad associazioni di pazienti, se da un lato si allarga l'area della **non-compliance** (da 10% a 18%), cresce in maniera robusta l'area dei **Consapevoli** dal 29% al 39%. Insomma, l'associazionismo sembra poter svolgere un ruolo positivo nel creare le condizioni per una migliore aderenza alla terapia.

Fig.1 – Analisi fattoriale e cluster analysis



2. GESTIONE DELLA TERAPIA

2.1 TRATTAMENTO E DIAGNOSI

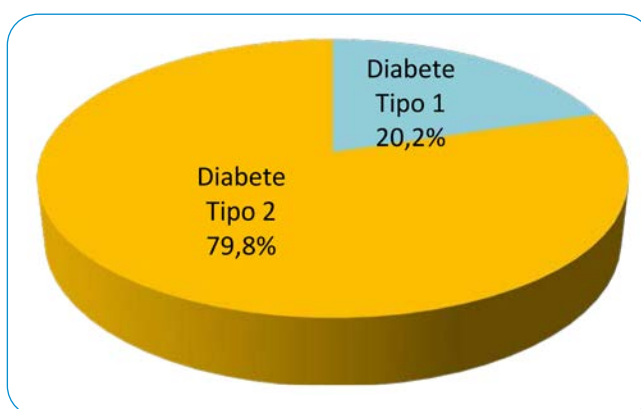
Convenzionalmente le persone con diabete sono classificabili in due tipologie: Tipo 1 e Tipo 2.

Nel primo caso il sistema immunitario distrugge le cellule beta del pancreas responsabili della produzione di insulina e conseguentemente l'organismo non produce (o produce in misura ridottissima) insulina; le persone affette da questa patologia devono assumere giornalmente dosi di insulina. Dal punto di vista epidemiologico, questo tipo di diabete, detto anche diabete giovanile, costituisce in Italia circa il 10% dei diabetici*. Nell'indagine Diabetes Monitor 2015, la proporzione di pazienti intervistati individuabili come affetti da diabete di Tipo I è stata del 20%, circa, e ciò assicura un'adeguata robustezza statistica alle informazioni raccolte.

Nel diabete di Tipo 2 il pancreas non produce abbastanza insulina oppure l'organismo non è in grado di usare adeguatamente l'insulina che produce. Questo colpisce indistintamente uomini e donne, di qualsiasi età e, quanto più il soggetto è in sovrappeso, maggiore è il rischio che sviluppi questa patologia. La proporzione di pazienti diabetici di Tipo II rap-

presenta il 90% dell'intera popolazione affetta da diabete. Nel campione MEDI-PRAGMA questa tipologia di pazienti ha rappresentato l'80% (circa) degli intervistati. (Fig.2)

Fig.2 – Campione Indagine 2015



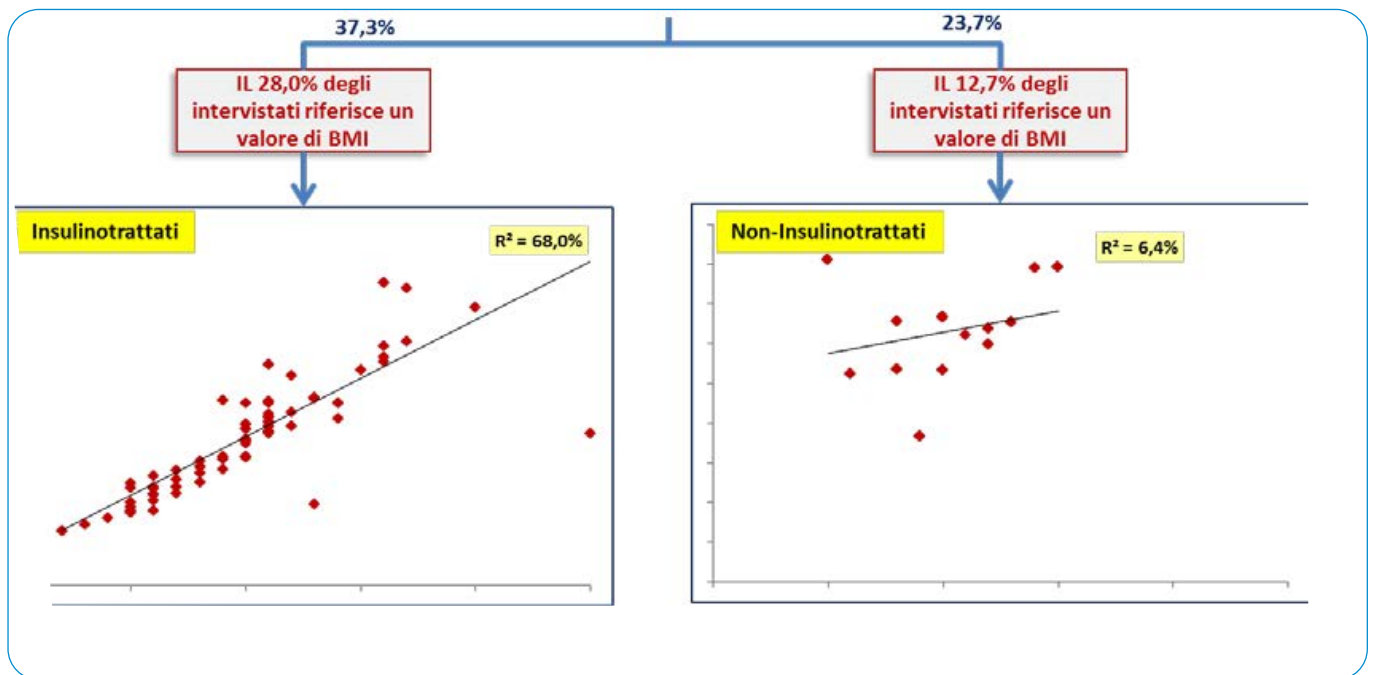
Complessivamente, la prevalenza di obesità nella popolazione indagata nel 2015 è sovrapponibile a quanto rilevato nell'indagine 2014: il 26% vs 24% dei soggetti presenta un valore di BMI ≥ 30 . La presenza di BMI ≥ 30 tra Tipo 1 e Tipo 2 appare più equilibrata: 24% vs 28% rispetto alla rilevazione 2014 in cui si evidenziava una maggiore presenza di obesità tra i diabetici di Tipo 2.

*www.epicentro.iss.it

E' rilevante, invece, la maggiore conoscenza del valore personale di BMI mostrato di rispondenti in questa rilevazione (31%) rispetto alla rilevazione del 2014 (12%). Riguardo alla conoscenza del valore di BMI, induce alla riflessione la *buona memoria* mostrata dai pazienti che assumono insulina a confronto di quella dei pazienti che assumono altre terapia. La Fig.3 dimostra infatti che il valore di BMI fornito dai rispondenti Insulino-trattati è molto spesso sovrapp-

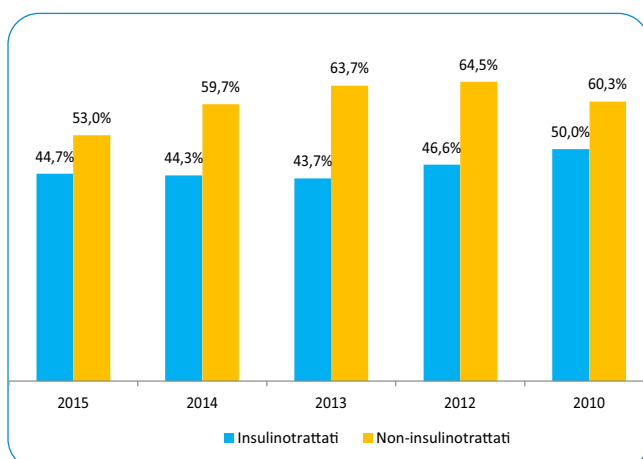
ponibile a quello ottenuto calcolando lo stesso valore utilizzando i dati di peso ed altezza forniti dagli intervistati. Al contrario, i rispondenti Non Insulino-trattati, oltre a riferire di una più sporadica misurazione del BMI, ne ricordano il valore molto raramente. Anche rispetto a questo parametro, gli appartenenti ad associazioni pazienti mostrano maggiore consapevolezza e precisione.

Fig.3 – Correlazione tra valore di BMI dichiarato e valore calcolato in base ai dati individuali forniti



Molto elevate le percentuali di praticanti l'attività fisica, sia complessivamente che, senza particolari differenziazioni, nei sottogruppi:

Fig.4 – Persone che praticano attività fisica con regolarità sul totale degli intervistati



Riguardo alle strategie adottate per tenere il peso corporeo, le risposte si sono concentrate, senza particolari accentuazioni collegate a tipo di diabete o regime terapeutico attuale, sulla adozione di un regime alimentare meno calorico ed il ricorso ai consigli di un esperto medico (Diabetologo e Nutrizionista). Può invece essere rilevante notare che rispetto all'affermazione "Mantenere un peso corporeo nella norma contribuisce ad avere un migliore controllo dei propri livelli di glicemia" l'11% dei rispondenti non aderenti ad associazioni pazienti ha evidenziato una vena di scetticismo dichiarandosi completamente/parzialmente in disaccordo.

L'indagine 2015 mostra che il 44,7% degli IT presenta patologie concomitanti mentre per i NIT la percentuale scende al 53,0% (Fig.5); fra le patologie riportate, i disturbi dell'apparato cardiovascolare e vascolare sono i più frequenti, a seguire l'ipercolesterolemia, la retinopatia, la neuropatia e in ultimo l'obesità. (Tabella 1)

Fig.5 – Presenza di patologie concomitanti.

Tabella 1	2015		2014		2013		2012	
	IT	NIT	IT	NIT	IT	NIT	IT	NIT
Iperensione	65,7%	64,8%	68,1%	62,2%	37,3%	68,2%	71,5%	79,4%
Pregressi eventi cardiovascolari	24,6%	8,8%	36,8%	27,0%	26,7%	35,6%	36,8%	10,1%
Ipercolesterolemia	35,8%	34,6%	19,1%	24,3%	21,2%	24,1%	37,6%	41,6%
Obesità	8,2%	8,2%	14,9%	13,5%	21,1%	16,2%	12,4%	28,3%
Problemi vascolari	21,6%	32,1%	19,1%	8,1%	21,4%	13,5%	12,0%	12,3%
Disturbi neurologici	2,2%	1,9%	4,3%	2,7%	14,3%	13,2%	2,9%	6,0%
Retinopatia	19,4%	9,4%	23,4%	5,4%	24,8%	9,4%	4,4%	3,7%
Neuropatia	15,7%	5,7%	10,6%	0,0%	23,1%	6,2%	6,8%	2,9%

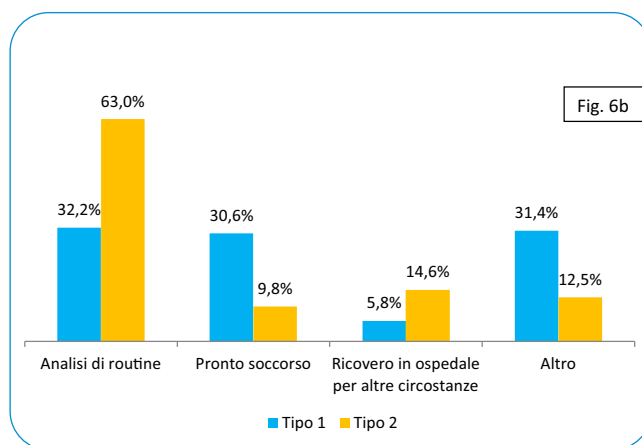
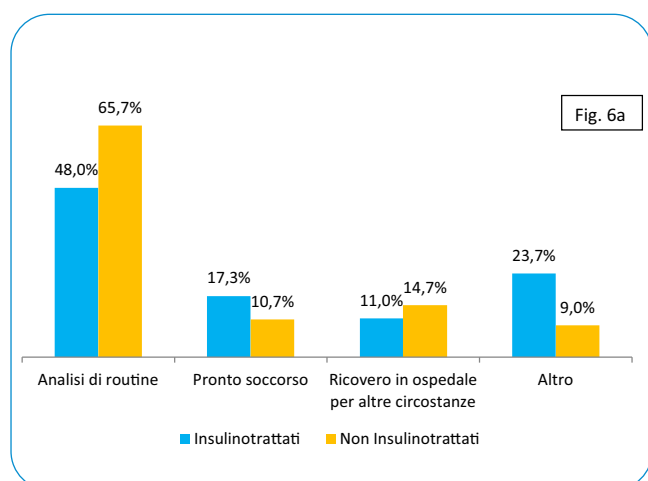
Frequenza dichiarata di patologie concomitanti tra le persone con diabete.

Il quadro delle patologie concomitanti, però, deve essere assunto con cautela poiché si tratta di dichiarazioni rese dagli intervistati che possono essere fortemente influenzate da percezioni personali. Ad esempio, incrociando il BMI dell'intervistato con le patologie dichiarate è emerso che solo un intervistato su 5 tra quelli con BMI ≥ 30 (calcolato sui dati personali forniti) ha incluso l'obesità tra le patologie concomitanti di cui soffre.

2.2 LA DIAGNOSI

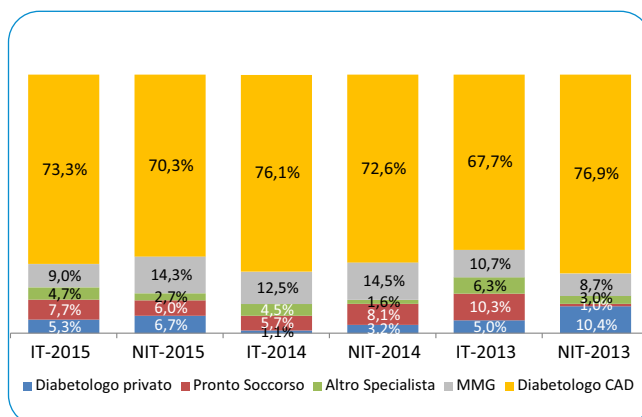
L'occasionalità della diagnosi è ormai una costante in tutte le rilevazioni, in particolare tra i rispondenti che assumono solo terapie orali. Tra le persone che assumono insulina e quelle affette da diabete di Tipo 1, assume maggior rilievo la diagnosi a seguito di un accesso ospedaliero. (Fig.6a e Fig.6b)

Fig.6a e 6b – Circostanze in cui è stato diagnosticato il diabete.



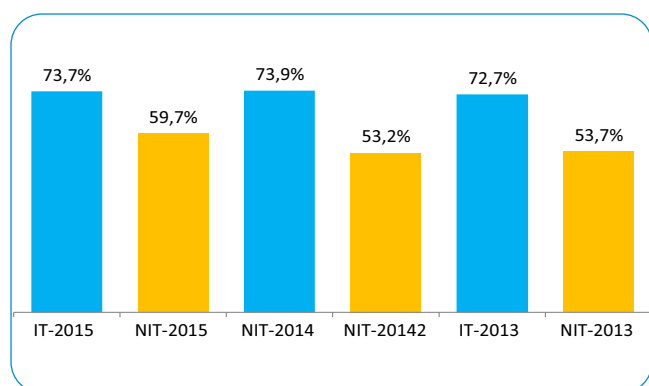
In tutte le rilevazioni il CAD è risultato il luogo principale in cui si impostano le terapie e si ritorna regolarmente per il *follow-up*. Il ruolo delle altre figure professionali si è confermato di secondo piano anche nell'indagine 2015. (Fig.7)

Fig.7 – Medico che ha prescritto il primo trattamento (IT= InsulinoTrattati; NIT= Non InsulinoTrattati).



Oltre al BMI, l'altro parametro chiave che ogni persona diabetica dovrebbe sempre tenere d'occhio è il valore di Emoglobina Glicata. Qui le cose vanno molto meglio rispetto al valore di BMI anche se i pazienti in terapia orale mostrano un gap di conoscenza che sembra appena ridotto rispetto agli insulino-trattati, ma rimane ampiamente deficitario. Sarebbe forse anche ora, alla quinta rilevazione, comprendere meglio i motivi per cui 1 paziente insulino-trattato su 4 non si preoccupa del suo valore di HbA_{1c}. (Fig.8)

Fig.8 – Conoscenza del valore di emoglobina glicata HbA_{1c} (IT= InsulinoTrattati; NIT= Non Insulino Trattati).



2.3 IL TRATTAMENTO DEL DIABETE

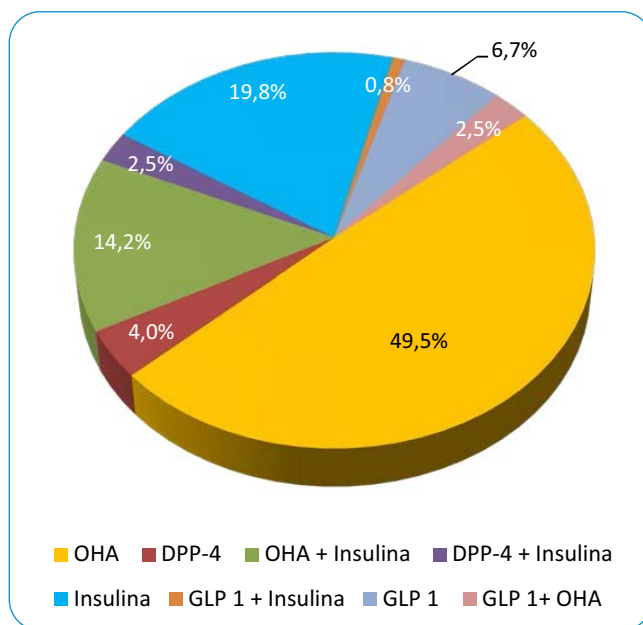
Diabete di Tipo 2

I rispondenti classificati con questa tipologia di diabete hanno la possibilità di essere trattati con diverse combinazioni terapeutiche, sia in base alla gravità della loro condizione sia in base alle preferenze personali. Obiettivo fondamentale della terapia (in 3 casi su 4 avviata dal diabetologo) è infatti di individuare il farmaco/combinazione di farmaci più appropriata alla situazione clinica, ma senza trascurare gli aspetti comportamentali e lo stile di vita del paziente al fine di giungere ad una terapia il più possibile personalizzata. (Fig.9)

Diabete di Tipo 1

Naturalmente in questo gruppo di rispondenti la terapia fondamentale è a base di insuline. Ne esistono di diverse tipologie a seconda di durata e rapidità d'azione, ma anche in base a differenti sistemi di somministrazione. La scelta del sistema di sommini-

Fig.9 – Terapia antidiabetica dei soggetti con diabete di Tipo II



strazione è un elemento critico alla base dell'aderenza alla terapia che in questi pazienti può anche diventare questione esiziale.

Per la somministrazione di insulina, la penna usa e getta si conferma il device più utilizzato ed anche quello maggiormente gradito (indice di gradimento di 8,6 su un valore massimo di 10).

Ancora in incremento l'utilizzo del microinfusore (circa 17%, rispetto al 10% della rilevazione precedente).

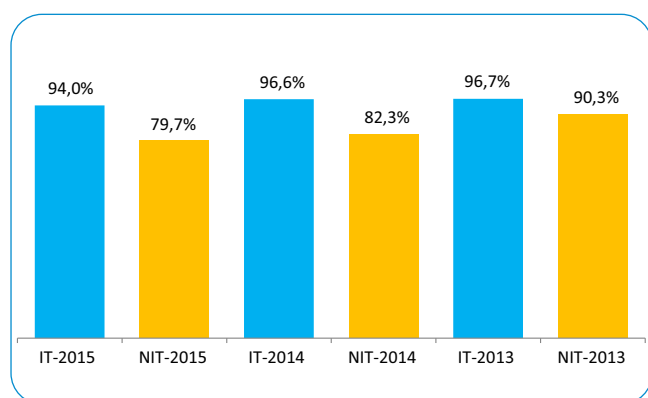
2.4 AUTOCONTROLLO

Un obiettivo fondamentale nella gestione del diabete è mantenere il livello di glicemia nel range fisiologico nell'arco dell'intera giornata. Per questo motivo un attento controllo dei livelli ematici di glucosio nel sangue (autocontrollo) è strettamente necessario. Con gli strumenti attualmente disponibili questa pratica può essere facilmente realizzata in qualsiasi condizione (casa, lavoro, viaggio, ...) a patto naturalmente che vi sia la convinzione e la ferma volontà da parte del diretto interessato.

Sull'utilità e necessità dell'autocontrollo non è neanche il caso di soffermarsi se non per ricordare che

raggiungere e mantenere un adeguato compenso metabolico ha la funzione essenziale di contribuire a prevenire o rallentare l'insorgenza di complicanze acute (chetoacidosi e ipoglicemia) e croniche (retinopatia, nefropatia, micro e macro) fortemente invalidanti e potenzialmente letali. Dall'indagine emerge una adesione molto elevata alla pratica dell'autocontrollo. (Fig. 10)

Fig.10 – Autocontrollo della glicemia. (IT= InsulinoTrattati; NIT= Non Insulino Trattati).



Questa adesione è ancora più elevata tra gli insulino-trattati (IT) aderenti ad associazioni pazienti (99%). Ma viceversa scende fino al 73% tra i Non insulino-trattati (NIT) che non partecipano ad associazioni tra i quali il 10% non ha effettuato l'autocontrollo nemmeno un giorno nell'ultima settimana. Quando praticato, l'autocontrollo viene condotto prevalentemente secondo uno schema predefinito. Il 68% dei soggetti che assumono insulina fanno ricorso allo schema predefinito, mentre tale quota scende al 55% tra i non insulino-trattati.

ASSOCIAZIONISMO

In questa ultima rilevazione si conferma il trend positivo verso una maggiore partecipazione ed adesione alle forme di *associazionismo*. Come già emerso in precedenza i soggetti che assumono insulina presentano percentuali di partecipazione più elevate. (Fig. 11)

Sul totale degli intervistati che partecipano ad associazioni di pazienti, in 2 casi su 3 vengono indicate associazioni locali. Tra quelle nazionali, raccolgono citazioni la FAND, l'AGDI, l'AID e la ANIAD.

Fig.11 – Iscritti alle associazioni di pazienti con diabete. (IT= InsulinoTrattati; NIT= Non Insulino Trattati).

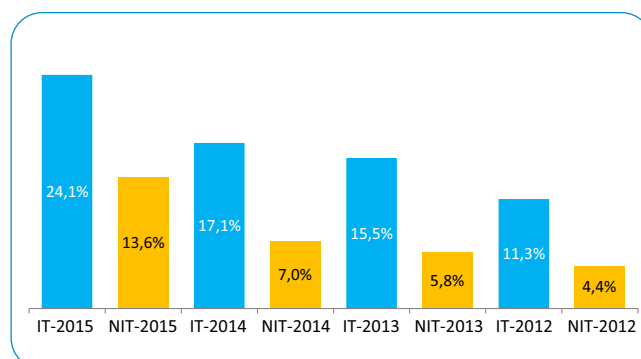
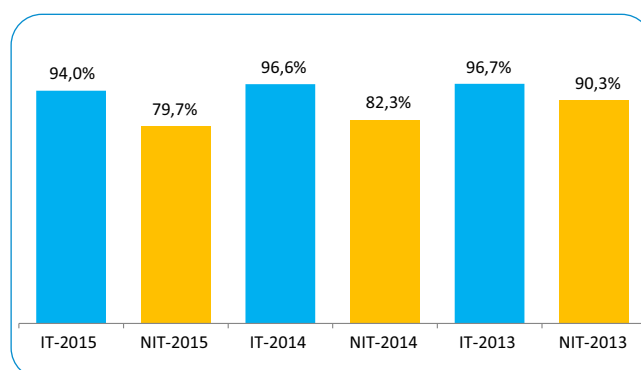


Fig.12 – Associazioni pazienti maggiormente citate. (IT= InsulinoTrattati; NIT= Non Insulino Trattati).



Tra le principali iniziative promosse dalle Associazioni pazienti, l'informazione è al primo posto. E almeno stando ai risultati della presente rilevazione l'efficacia di questa azione di supporto sembra produrre risultati apprezzabili in termini di comportamenti virtuosi adottati dagli associati vs non-associati. (Fig. 13)

Come già emerso nella rilevazione 2014, il ruolo dei medici come fonte di informazione emerge come ulteriormente ridimensionato a favore dell'informazione diretta (carta stampata e internet), ma anche delle associazioni pazienti che, già emergenti l'anno scorso, si propongono con grande evidenza. (Fig. 14)

Fig.13 – Attività promosse dalle Associazioni pazienti

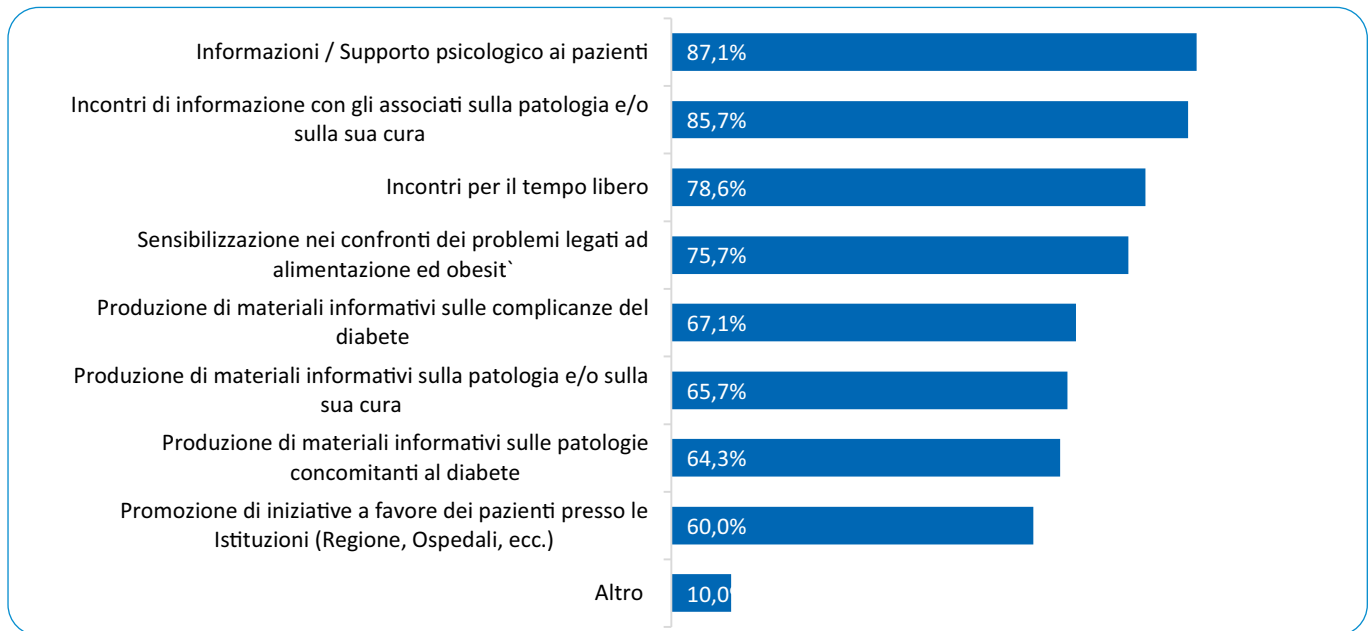
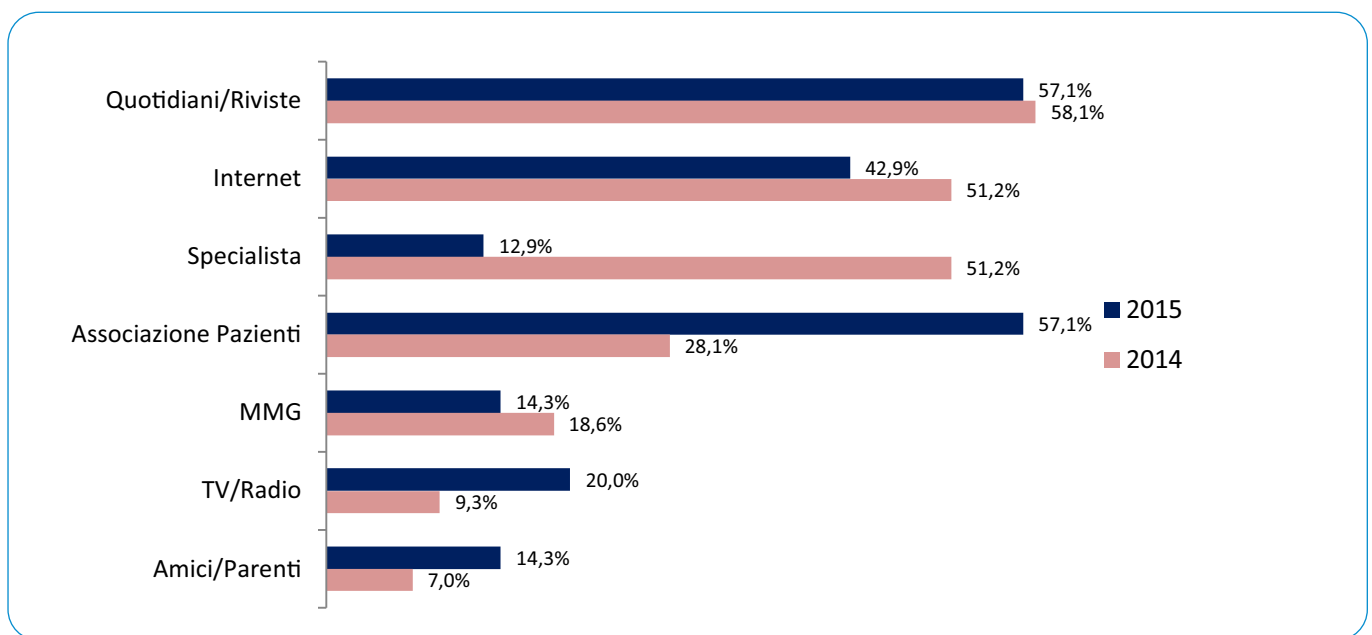


Fig.14 – Fonti di informazioni sul mondo del diabete



3. CONCLUSIONI

Il panorama degli atteggiamenti emergenti dall'indagine **DIABETES MONITOR 2015** è in sostanziale continuità con le rilevazioni precedenti. Ma ciò non dovrebbe essere salutato con favore dal momento che una tale conclusione implica anche che tutti i problemi intorno alla gestione della malattia per i quali un ruolo attivo del paziente non solo è richie-

sto, ma in molti aspetti è indispensabile, non denotano che marginali segnali di miglioramento.

Certo in questa ultima rilevazione la percentuale di persone che "dichiarano" di praticare una qualche forma di attività fisica è cresciuta e rappresenta un segnale confortante. Ma a parte l'attività fisica, dagli altri indicatori non si registrano segnali di sostanziale evoluzione: la misurazione del BMI sembra essere incrementata, ma certo non ci si può accontentare

del 30% di popolazione screenata; la conoscenza del valore di HbA_{1c} è migliore di quella del BMI, ma comunque mancano all'appello un terzo di pazienti; l'autocontrollo della glicemia fa segnare costantemente percentuali elevate di praticanti tra gli insulino-trattati, ma la quota di praticanti non progredisce tra i Non insulino-trattati, anzi sembra addirittura in fase calante.

Probabilmente gli strumenti educativi posti in essere, supporti indispensabili per il successo terapeutico, per prevenire e riconoscere le complicanze e per raggiungere una adeguata autonomia nella gestione quotidiana della malattia non sono adeguati o non sono sufficienti per innescare gli auspicati e necessari comportamenti virtuosi nella popolazione diabetica, in particolare in quella affetta da diabete di Tipo 2. A tale riguardo le Associazioni pazienti possono giocare un ruolo importante e contribuire a raggiungere traguardi rilevanti.

In effetti i dati emersi dall'indagine 2015 riguardo ai comportamenti virtuosi, analizzati dalla prospettiva dell'appartenenza del rispondente ad una associazione di pazienti, sono sensibilmente migliori rispetto alla non adesione a forme di associazionismo.

Occorre, però, considerare che la leva dell'associazionismo potrebbe non essere adeguata per migliorare la compliance complessiva della popolazione diabetica (non solo verso la terapia, ma anche verso gli altri comportamenti prescritti). La clusterizzazione emersa in questa indagine ne è un esempio poiché considerando alcuni i tratti caratteristici del cluster "Non-complianti" scopriamo che si tratta di: Donne senior (>60 anni) residenti al Sud; con diabete di Tipo 2; non svolgono attività lavorativa; hanno bassa scolarità; spesso non conoscono il proprio valore di HbA_{1c} e praticano scarsamente l'autocontrollo della glicemia.

Questo profilo è scarsamente sovrapponibile a quello dei rispondenti che nell'indagine hanno dichiarato di svolgere attività associativa: maschi; residenti al Nord; più spesso con diabete di Tipo 1; elevata scolarità; conoscono molto meglio degli altri cluster i propri valori di BMI e HbA_{1c}. Questa differenza dovrebbe indurre alla riflessione e suggerire di progettare strumenti di coinvolgimento/educazione più mirati.

NOTE

L'indagine **DIABETES MONITOR 2015** è stata condotta da in collaborazione con il Dipartimento di Medicina dei servizi dell'Università di Roma Tor Vergata e con IBDO Foundation ed è stata terminata nel Giugno del 2015.

La riproduzione dei testi e dei grafici è consentita citando la fonte.

BIBLIOGRAFIA

- [1] IDF DIABETES ATLAS - Sixth edition, 2013
- [2] Dall TM, et al. The economic burden of elevated blood glucose levels in 2012: diagnosed and undiagnosed diabetes, gestational diabetes mellitus, and prediabetes. *Diabetes Care*. 2014
- [3] [4] [5] [6] [8] [10] Antonio Nicolucci, Maria Chiara Rossi, a nome del Comitato Scientifico del progetto Burden of Disease, *Il Diabete una sfida per i sistemi sanitari*, Italian Health Policy Brief, anno IV speciale 2014.
- [7] Il **DAWN2** è uno studio multinazionale, interdisciplinare e multi-stakeholder condotto in 17 paesi di quattro continenti: Algeria, Canada, Cina, Danimarca, Francia, Germania, India, Italia, Giappone, Messico, Paesi Bassi, Polonia, Russia, Spagna, Turchia, Regno Unito e Stati Uniti. In ciascun paese è stato coinvolto un campione di 500 adulti (≥ 18 anni): 80 con diabete di tipo 1 e 420 con diabete di tipo 2. È un'iniziativa di partenariato globale tra diverse organizzazioni nazionali e internazionali, tra cui la International Diabetes Federation, l'Alleanza Internazionale delle Organizzazioni dei Pazienti (IAPO), lo Steno Diabetes Center e Novo Nordisk.
- [9] Antonio Nicolucci, *Diabetes Attitudes Wis hes and Needs 2 (DAWN2):Uno studio internazionale, multi-stakeholder sulle problematiche psicosociali riguardanti le persone con diabete e la loro cura*, Italian Health Policy Brief, anno III, numero 13, speciale 2013.

IDF DIABETES ATLAS - Sixth edition, 2013

Dall TM, et al. *The economic burden of elevated blood glucose levels in 2012: diagnosed and undiagnosed diabetes, gestational diabetes mellitus, and prediabetes*. *Diabetes Care*. 2014

*“Principiis obsta:
sero medicina paratur,
cum mala per longas
convaluere moras”*

