

Italian Diabetes Monitor

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



Analisi dei dati del Diabete in Italia

4th Year - December 2017 - N° 6

IBDO FOUNDATION



Principis Obsta

NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY

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.

Analisi dei dati del Diabete in Italia

Authors:

L. Corsaro

Medi-Pragma

S. Frontoni

Università di Roma "Tor Vergata", IBDO Foundation

D. Lauro

Università di Roma "Tor Vergata"

Dipartimento di Medicina dei Sistemi

P. Sbraccia

Università di Roma "Tor Vergata"

Diabetes Web Observatory è un'indagine condotta su un campione di 574 medici e 516 persone con diabete sul territorio italiano. Accanto ai dati dell'indagine campionaria viene presentata anche un'analisi specifica sul web buzz relativo alla patologia diabetica.

Prefazione

DIABETES MONITOR 2017

L'Istituto di studi e ricerche di mercato Medi-Pragma in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata e con IBDO Foundation presenta i dati della settima edizione dell'indagine **Diabetes Monitor**.

Diabetes Monitor è un osservatorio dell'evoluzione degli atteggiamenti delle persone con diabete riguardo la gestione della malattia e della terapia. La natura continuativa dell'indagine statistica ha permesso di evidenziare quali siano le tendenze più comuni quando si parla di atteggiamento della Persona con diabete rispetto alla propria condizione. Il **Diabetes Monitor** distingue cinque momenti di analisi e presa delle decisioni da parte della Persona con Diabete:

- Attitudine verso la malattia
- Diagnosi
- Trattamento
- Autocontrollo
- Fonti informative e associazionismo

L'analisi intende evidenziare solo i temi centrali rispetto al ruolo attivo che la Persona con Diabete assume nella gestione della propria condizione. L'approccio adottato ha consentito la definizione di un unico "ambiente di ricerca" in grado di monitorare il percorso compiuto dall'individuo.

Il **Diabetes Monitor 2017** mette in luce alcuni dei trend emergenti come la necessità di una maggiore appropriatezza della comunicazione medico-paziente relativamente alla gestione delle patologie concomitanti (ad es. Obesità), il bisogno di chiarezza nell'uso di device per l'automonitoraggio della glicemia; l'incremento del livello di disattenzione rispetto alla propria patologia, riconducibile probabilmente all'effetto che i social network hanno sul processo di acquisizione di informazioni, più passiva e indifferenziata.

Il **Diabetes Monitor** si colloca in maniera chiara tra le iniziative di valore sociale condotte da **Medi-Pragma**.

Lucio Corsaro
General Manager Medi-Pragma

METODOLOGIA DI RILEVAZIONE E ANALISI

Metodologicamente **Diabetes Monitor** rientra in quella schiera di indagini statistiche riconducibili alla definizione di *Patient Reported Outcome studies*, cioè nell'ambito di quelle misurazioni che rilevano il percepito del paziente. Essenzialmente le differenze tra misure cliniche (Clinical Outcome) e misure percepite (PRO _Patient-Reported Outcome), consistono in:

- Misure cliniche comprendono misure fisiologiche che richiedono conoscenze professionali specifiche per interpretare e giudicare il risultato clinico oggettivo da parte dell'operatore sanitario.
- Misure percepite di salute e della qualità della vita, spesso hanno più un significato soggettivo per le persone che sono affette dalla malattia, e sono sottoposti a trattamenti, o stanno cercando di ripristinare o mantenere la salute.

Poiché la percezione di salute e della malattia influenza ciò che le persone fanno per la loro salute (per esempio assumere il farmaco, fare analisi cliniche, fare visite mediche, andare in un ospedale, o di ignorare i segni e sintomi), gli stakeholders sono sempre più interessati a risultati *PRO*.

Le misurazioni percepite (PRO) si

differenziano da misure cliniche in tre importanti modi.

1. Le **misurazioni percepite spesso si correlano poco con misure fisiologiche**. Esempio: La capacità di esercizio in laboratorio è solo debolmente legata ad esercitare capacità nella vita quotidiana (Guyatt et al., 1985).
2. Un'altra disconnessione comune è l'osservazione che **due pazienti con lo stesso stato clinico o stato fisiologico possono avere risposte radicalmente diverse per la condizione**. Esempio: non è raro che due pazienti presentino lo stesso tipo di mal di schiena, dovuto allo stesso tipo di motivazione e con valutazioni cliniche di mal di schiena possono presentare diverse abilità al lavoro e diverse risposte al dolore. Un paziente con dolore alla schiena può stare a casa dal lavoro, mentre un altro con lo stesso rating di dolore è in grado di sciare. Nei pazienti con depressione maggiore, a seconda di fattori individuali e ambientali, alcuni pazienti possono continuare a lavorare e prendersi cura delle loro famiglie, mentre altri hanno lasciato il lavoro e rimangono a casa.
3. L'assunzione che **il raggiungimento di risultati clinici e la guarigione fisiologica sia conseguentemente indice di salute percepita del paziente può risultare errato** (Kunz et al., 2008).

Le interviste sono state condotte utilizzando un **questionario appositamente sviluppato da Medi-Pragma**, successivamente alla revisione di una serie di strumenti di ricerca precedentemente realizzati ed implementati in molteplici inda-

gini qualitative e quantitative condotte da **Medi-Pragma** presso persone con diabete.

I criteri metodologici utilizzati per la costruzione del questionario sono stati:

- **l'obiettività:** la **somministrazione, la determinazione e la valutazione dei punteggi riportati dai singoli soggetti prescinde dal giudizio soggettivo** dell'esaminatore o del singolo;
- **la standardizzazione:** si riferisce all'uniformità delle prove ripetute nel tempo (**Diabetes Monitor: 6 anni di rilevazione**);
- **la sensibilità:** relativamente all'identificazione della più idonea ampiezza della gamma dei punteggi di valutazione; **domande semi-strutturate a risposta multipla e/o scale di valutazione Likert**;
- **l'attendibilità,** verifica se il questionario somministrato allo stesso soggetto da persone differenti o in situazioni diverse o con uno strumento diverso, dava sempre lo stesso risultato. (fondamentale per il tipo di rilevazione CATI/CAWI). Attraverso la verifica **test-retest** (stabilità nel tempo);
- **la validità,** si riferisce alla capacità del questionario di misurare effettivamente la variabile o le variabili per la stima delle quali esso è stato costruito. In termini concreti, la **validità riguarda l'interpretazione che viene data della domanda e dei risultati** che si ottengono sia in termini di contenuto sia di costrutto; (es. IT & NIT Vs DM1 & DM2 o valutazione del BMI).

La **comprensibilità del questionario**, nonché la sua **effettiva capacità di raccogliere adeguata-**

mente le informazioni utili al raggiungimento degli obiettivi dello Studio, sono valutate attraverso una **fase pilota** durante la quale si realizza un numero di interviste pari al **5%** del campione totale. Successivamente, poiché il questionario non ha subito modifiche sostanziali, le interviste raccolte nella fase pilota sono confluite nel campione complessivo dello Studio.

Affinché l'attenzione del rispondente sia mantenuta elevata durante tutta la durata dell'intervista e per contenere il più possibile il tasso di rifiuto e gli abbandoni, il questionario è stato costruito in modo tale che la sua compilazione non richiedesse più di **35 minuti**.

Lo strumento di rilevazione così come l'esecuzione di tutto il processo di indagine è stato condotto in ottemperanza con le **linee guida & codici deontologici Ephemra** (European Pharmaceutical Market Research Association), dell'**ASSIRM** (Associazione Italiana Ricerche di Mercato), **ICC, ESOMAR, Farmindustria** e secondo le procedure degli **standard di qualità Medi-Pragma certificati Vision 2001**.

La somministrazione del questionario è stata realizzata in ottemperanza con la normativa Italiana vigente in materia di **leggi sulla privacy, normativa in merito alla farmacovigilanza**.

Il **reclutamento** dei partecipanti all'indagine è avvenuto in modo **randomizzato** tramite l'utilizzo di **banche dati interne a Medi-Pragma**, o attraverso: **panel esistenti di persone con diabete, associazione di persone con diabete, social network e snowball recruiting**.

La metodologia di rilevazione è stata basata su interviste personali integrate **CATI** (*Computer Assisted*

Telephone Interviewing) e **CAWI** (*Computer Assisted Web Interviewing*), così da garantire e ottenere un **campione rappresentativo ed omogeneo della popolazione diabetica italiana**. In questo modo è stato possibile anche assicurare una capillare penetrazione sul territorio dei contatti. In fase di *field* (mediamente ogni 2 settimane) ed al termine dell'indagine campionaria, al fine di garantirsi la massima **qualità e veridicità delle risposte**, è stato effettuato un *recall* di controllo degli intervistati sia online sia telefonico (nella misura del 4%).

Relativamente alla raccolta dei dati telefonici, con l'intento di garantirsi la massima omogeneità del dato rilevato, gli **intervistatori** telefonici coinvolti sono stati in numero esiguo di 8, tutti **con vasta esperienza in indagini statistiche in ambito sanitario**. L'avvio della raccolta dati è stato preceduto da un incontro preparatorio durante il quale agli intervistatori sono stati illustrati metodologia e obiettivi della Ricerca, **così da garantirsi la corretta esecuzione dell'intervista**. La raccolta dei dati online e delle interviste telefoniche è stata realizzata con la **medesima piattaforma software NEBU**. Il sistema operativo NEBU permette:

- **Eliminazione** di tutti i possibili **errori** di questionari rilevati su **cartaceo**.
- I partecipanti che hanno completato il sondaggio on-line hanno usufruito di un **link unico al questionario** (sulla base del singolo indirizzo IP), ciò ha permesso loro di interrompere e/o riprendere il questionario a loro piacimento e contemporaneamente ciò ha permesso di **monitorare/impedire possibili duplicazioni di dati**.

– Il **testing adattivo computerizzato** che provvede automaticamente a gestire il flusso delle domande (salti logici, condizionati, ecc.) segnalando all'operatore e/o al rispondente anche eventuali incongruenze logiche che dovessero emergere sulla base delle risposte fornite. Questo **quality check** consente di ovviare a tali incongruenze direttamente nel corso dell'intervista chiedendo (eventualmente) direttamente all'intervistato di esplicitare le motivazioni alla base delle sue risposte.

L'utilizzo del software **NEBU** permette di usufruire dei vantaggi dei **processi standardizzati** di raccolta dei dati (es. stime campionarie, comparazione fra rilevazioni ripetute, *benchmarking*) evitando, allo stesso tempo, i tipici inconvenienti (rigidità e spersonalizzazione) dei questionari a risposta chiusa.

I **rispondenti** hanno partecipato all'indagine campionaria in forma **anonima, gratuita e su base volontaristica**.

Precedentemente alla conduzione delle analisi è stato effettuato il **data cleaning** e il **test di verifica della coerenza delle risposte**. I dati analizzati sono rappresentativi della **popolazione diabetica diagnosticata italiana (margine di errore campionario $\pm 4\%$)**, distribuita sia per fasce di età (ad eccezione degli ultraottantenni) che per le 4 aree Nielsen. Le differenze tra i sottogruppi discussi in questo rapporto sono statisticamente significativi se non diversamente specificato.

Il campione coinvolto nel **Diabetes Monitor 2017**, coerentemente alle precedenti 6 rilevazioni, viene stra-

tificato in funzione della distribuzione geografica della patologia diabetica, livello territoriale (4 aree Nielsen) e anche per fasce di età della popolazione italiana, sempre includendo il sovra campionamento della popolazione diabetica di Tipo 1 per avere una base dati consistente per questo sottogruppo.

- Criteri di inclusione:
 - Adulti (>18 anni) con possibilità di accesso ad Internet o in grado di realizzare un'intervista telefonica;
 - Autorizzazione al consenso informato e trattamento dei dati;
 - Diagnosi clinica di diabete e in trattamento farmacologico;
- Criteri di esclusione:
 - Incapacità a comprendere o eseguire istruzioni scritte o verbali;
 - Partecipazione ad indagini negli ultimi 3 mesi;

Dal punto di vista delle caratteristiche demografiche (età, sesso, residenza, tipo di diabete) il campione partecipante all'indagine 2017 è confrontabile con quelli delle rilevazioni precedenti. Ciò consente di ripetere le analisi statistiche (analisi fattoriale e clusterizzazione) sui dati 2017 ponendoli a confronto con la rilevazione dell'anno 2016. Le **analisi dei dati** (uni- e multivariate) sono state condotte utilizzando uno specifico software statistico (**SPSS**) ampiamente impiegato nell'ambito delle indagini statistiche e analisi fattoriali a supporto della **cluster analysis**. L'analisi dei **cluster** è stata sviluppata con un approccio **bottom up**: tutti gli elementi rilevati sono considerati *cluster* a sé, e poi l'algoritmo provvede ad unire i cluster più vicini.

Struttura del campione 2017

L'indagine è stata realizzata su un campione di 600 Persone con Diabete (246 con Diabete di Tipo 1 e 354 con Diabete di Tipo 2), distribuite sul territorio nazionale, comprendente sia 300 soggetti che assumono insulina (IT), da sola o in combinazione, sia 300 soggetti che assumono solo terapie orali (NIT).

Nell'indagine Diabetes Monitor 2017, la proporzione di pazienti intervistati individuabili come affetti da diabete di Tipo 1 è stata del 40,7%, e ciò assicura un'adeguata robustezza statistica alle informazioni raccolte. Dal punto di vista epidemiologico, invece, questo tipo di diabete, detto anche diabete giovanile, rappresenta in Italia circa il 10% dei diabetici (www.epicentro.iss.it).

La proporzione di pazienti diabetici di Tipo 2 rappresenta il 90% dell'intera popolazione affetta da diabete. Nel campione Medi-Pragma questa tipologia di pazienti ha rappresentato il 59,3% (circa) degli intervistati. (Fig. 1)

Fig.1 – Struttura del campione Medi-Pragma

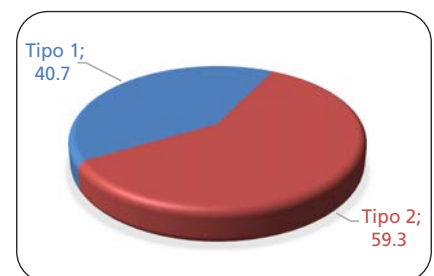
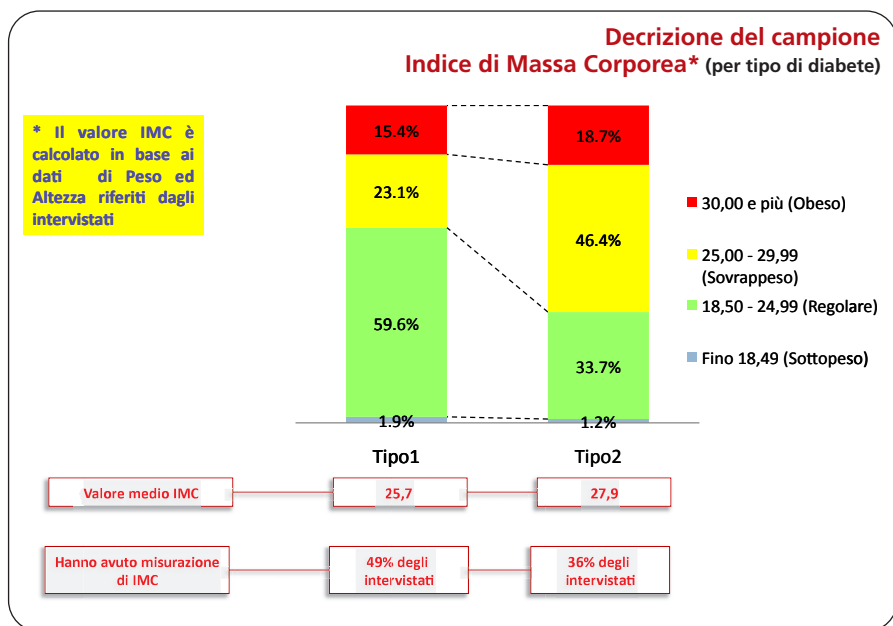
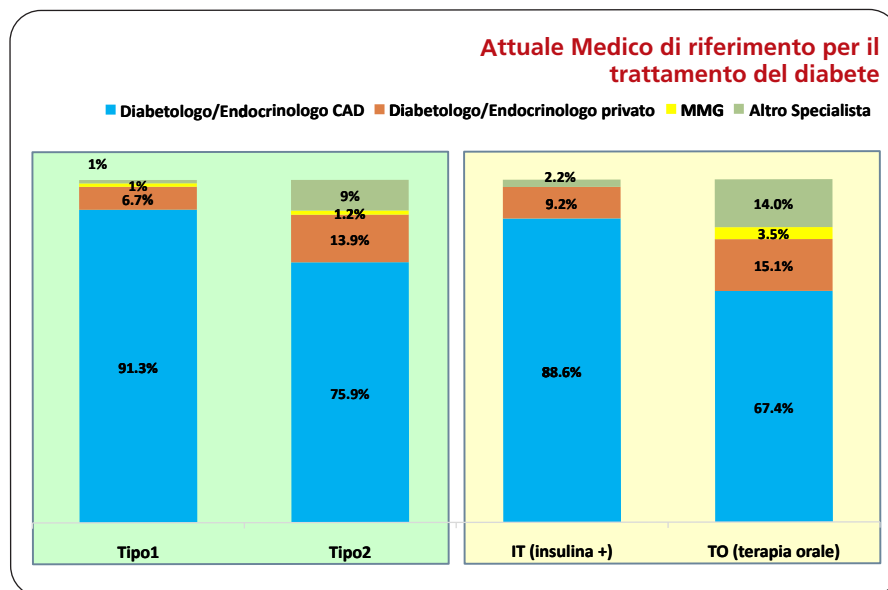


Fig. 2 – Valori di Indice di Massa Corporea



La prevalenza di obesità nella popolazione indagata nel 2017 mostra un aumento nell'ambito dei Tipo 1 rispetto a quanto rilevato nelle indagini precedenti. (fig 2) Sebbene il valore medio di IMC rilevato tra Tipo 1 e Tipo 2 rimane equilibrato: 25,7 vs 27,9 (test T Sign. 0,008), cresce la popolazione che rientra nella categoria Obeso per i T1 con 15,4% rispetto al 4,8% del 2016 mentre rimane stabile la quota nel T2; 18,7%. Diminuiscono a cascata tutte le altre fasce della popolazione T1: Sovrappeso 23,1% (25,8% nel 2016), Regolare 69,6% (66,9% nel 2016) e 1,9% (2,4% nel 2016) per i Sottopeso. Quota che va ad equilibrarsi con un aumento registrato nei T2 rispetto all'anno precedente; da 0,6% del 2016 a 1,2%.

Fig. 3 – Attuale medico di riferimento.



ALCUNI RISULTATI IN SINTESI

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. In tutte le rilevazioni il CAD è risultato il luogo principe 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.3)

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. (Fig.4)

TRATTAMENTO

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.5

Fig. 4 – Conoscenza del valore di emoglobina glicata Hb_{1Ac} (IT= InsulinoTrattati; NIT= Non InsulinoTrattati).

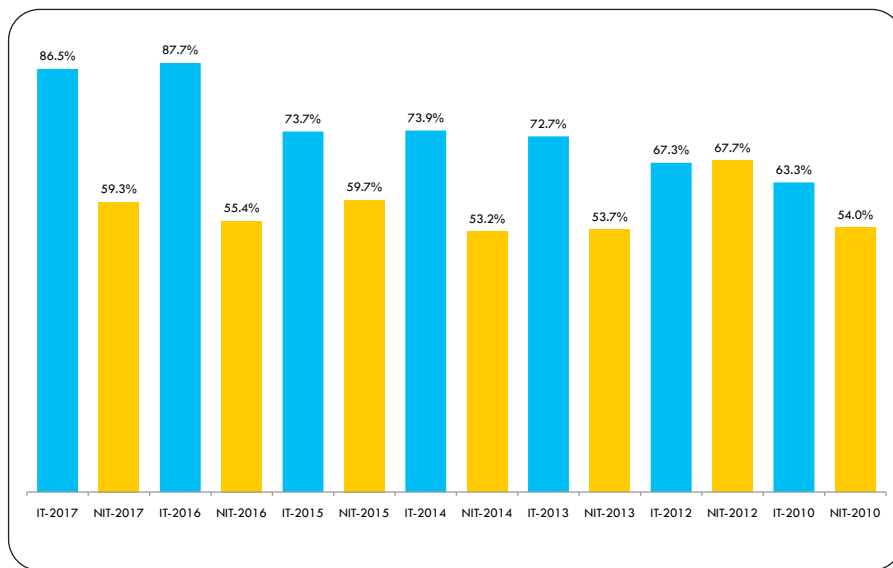
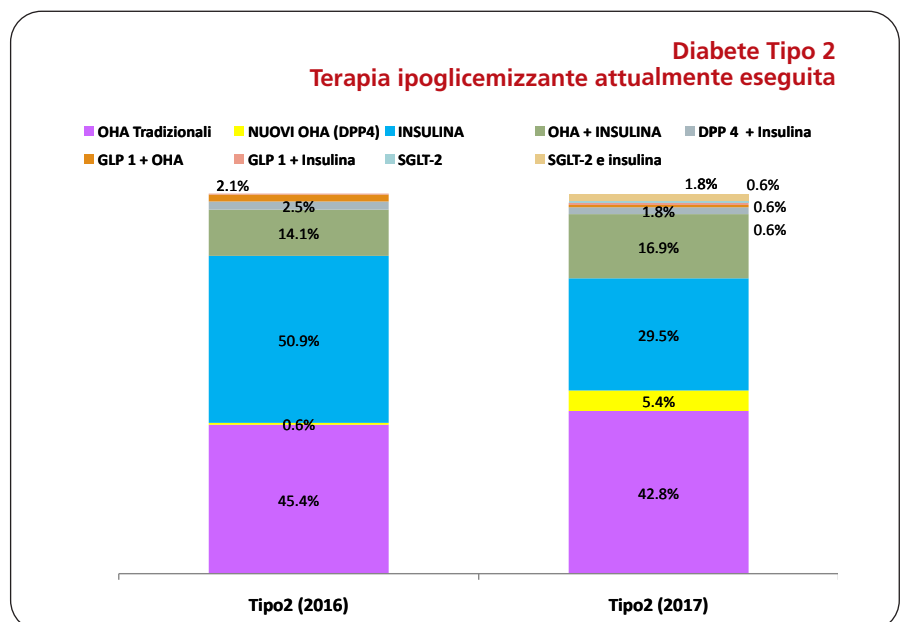


Fig. 5 – Terapia antidiabetica dei soggetti con diabete di Tipo II



Diabete di Tipo I

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 somministrazione è un elemento

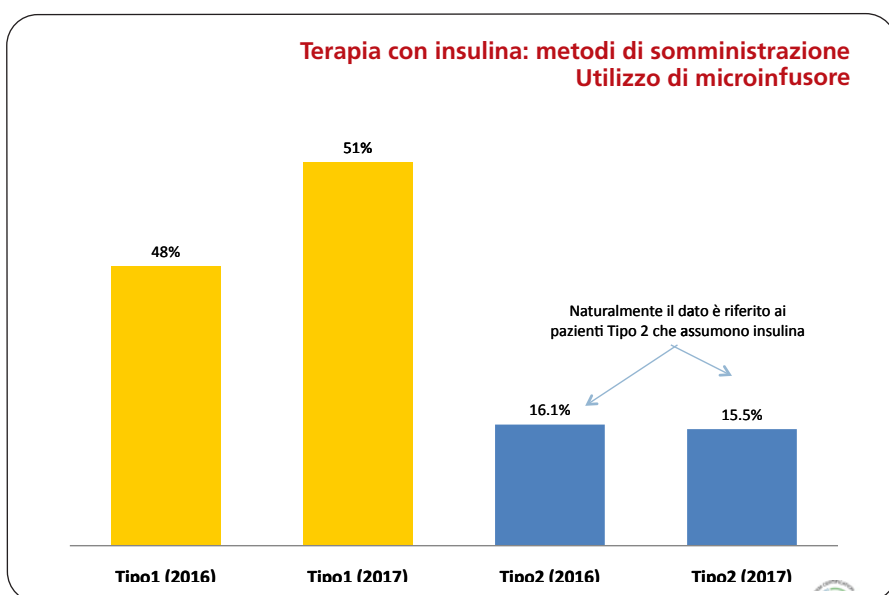
critico alla base dell'aderenza alla terapia che in questi pazienti può anche diventare questione esiziale. Per la somministrazione di insulina, l'utilizzo del microinfusore sembra aver superato la somministrazione tramite la penna usa e getta (rispettivamente 51% Vs 49%). (Fig 6).

fermarsi 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.7)

Questa adesione è ancora più elevata tra gli insulino-trattati (IT) aderenti ad associazioni pazienti (99%). Ma viceversa scende fino al 88% tra i Non insulino-trattati (NIT). Quando praticato, l'autocontrollo viene condotto prevalentemente secondo uno schema predefinito.

Fig. 6 – Terapia con insulina: metodi di somministrazione

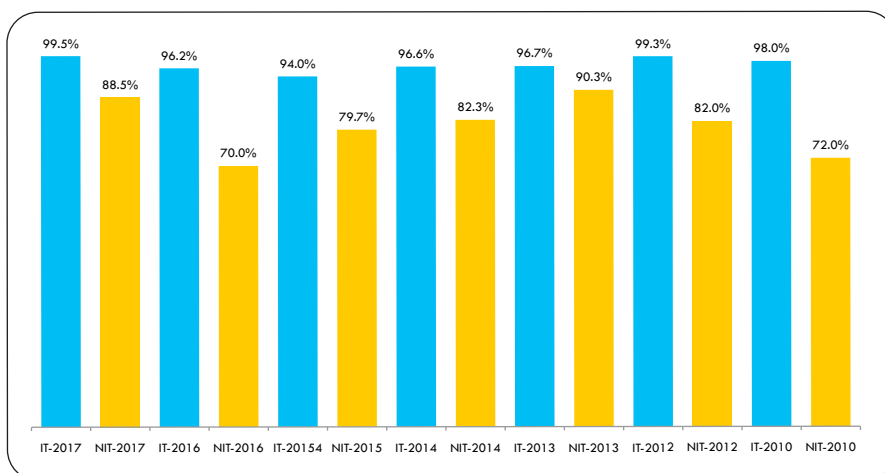


AUTOCONTROLLO

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 so-

Fig. 7 – Autocontrollo della glicemia



Molteplici sono i criteri che vengono presi in considerazione dai rispondenti per valutare il grado di soddisfazione dell'utilizzo dei diversi strumenti di misurazione della glicemia. Gli elementi di valutazione base cioè i requisiti minimi il device deve possedere, "Must Be", sono rappresentati da facilità d'uso, rapidità della risposta, igiene... se assenti provocano sicuramente una grave insoddisfazione e, anche se presenti da soli non bastano a garantire la soddisfazione; Gli elementi "performer" che vanno al di là dei fattori di base e garantiscono la soddisfazione dell'utilizzatore sono rappresentati da connettività (uno degli elementi che ritroveremo anche per quanto riguarda l'analisi delle fonti di informazione), memorizzazione dei risultati, praticità e affidabilità/precisione.

Elementi "inattesi" (delight) che se presenti aumentano il livello di soddisfazione, ma se assenti non ge-

nerano insoddisfazione sono rappresentati dal costo e dalla dimensione; in ultimo gli elementi "indifferenti", elementi ma che non influenzano nel giudizio perché solitamente comuni a tutti gli strumenti sono rappresentati da design/estetica, dolore provocato e quantità di sangue (Kano Model Medi-Pragma). (Fig.8)

L'ATTITUDINE VERSO LA MALATTIA COME SI SEGMENTANO I DIVERSI CLUSTER DI PERSONE CON DIABETE

Per individuare l'atteggiamento degli intervistati nei riguardi del diabete sono state utilizzate tecniche statistiche multivariate (analisi fattoriale e cluster analysis) applicate ad una serie di affermazioni, inerenti **lo stile di vita** adottato, sulle quali bisognava esprimere il proprio grado di accordo. L'analisi fattoriale

ha permesso di individuare **2 fattori principali** che rappresentano le dinamiche latenti che sottostanno ai comportamenti dei pazienti.

Questo approccio, ormai collaudato, permette di trasformare delle "fotografie istantanee" in film così da monitorare il modo in cui i cluster si evolvono nel corso del tempo:

- A livello *strutturale*: cioè di definire se la clusterizzazione iniziale è ancora valida o meno e se i baricentri dei segmenti mantengono la stessa relazione spaziale nel corso del tempo.
- A livello *migrativo*: cioè di stabilire se i cluster conservano lo stesso numero di membri nel corso del tempo e se i cluster trattengono gli stessi membri nel corso del tempo.

L'analisi fattoriale 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:

FATTORE # 1 (asse verticale): *la condizione del diabetico*

- Il diabete rappresenta un limite al normale svolgimento della mia vita quotidiana
- Un diabetico può condurre una vita assolutamente normale
- Gestisco il mio diabete in modo del tutto autonomo

FATTORE # 2 (asse orizzontale): *l'autogestione della malattia*

- Tendo a rispettare le indicazioni del mio medico
- Sono una persona molto attenta all'alimentazione
- Mantenere il peso nella norma contribuisce ad un migliore controllo del diabete.

Fig. 8 – Elementi di valutazione della soddisfazione dei glucosio metri utilizzati dalle persone con diabete

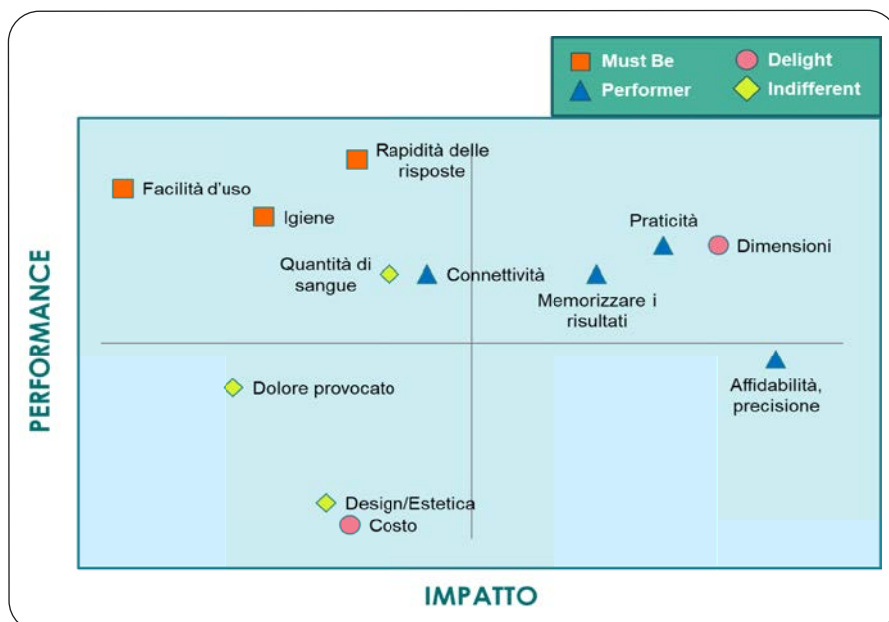


Fig. 9 – Analisi fattoriale

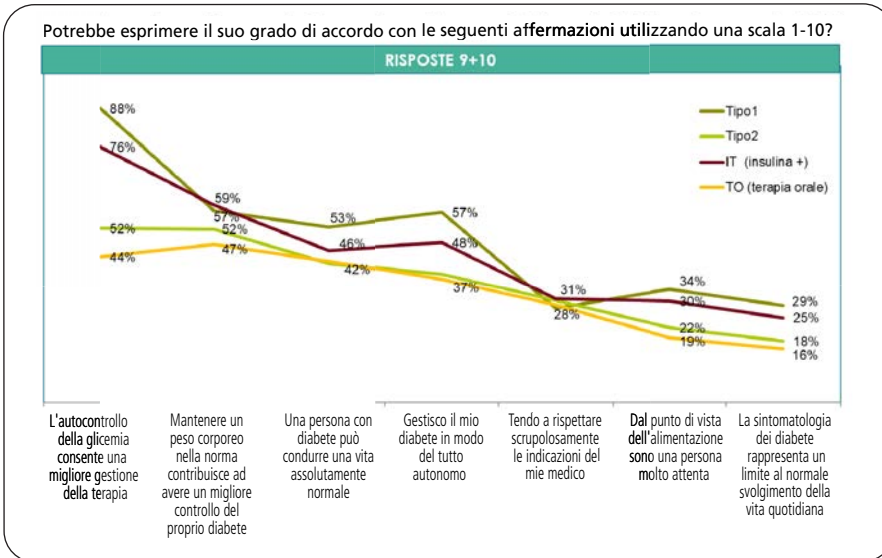
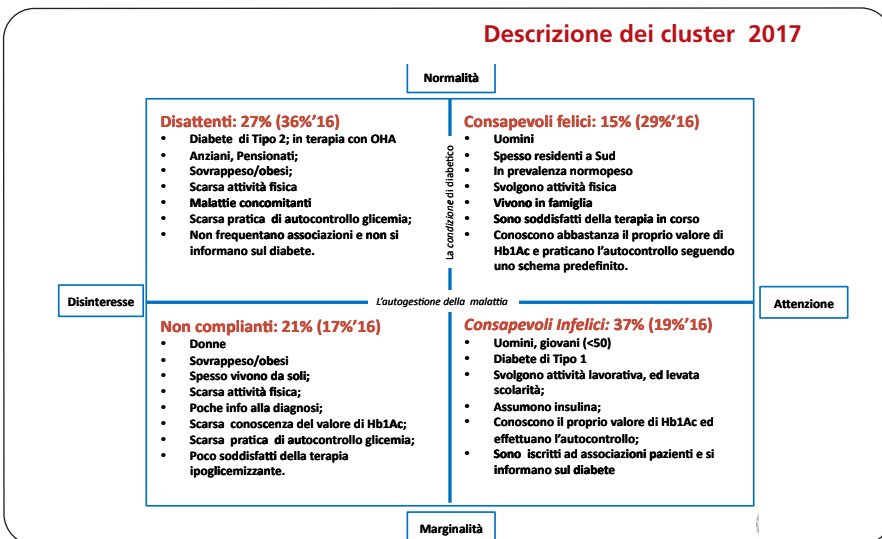


Fig. 10 – Analisi fattoriale e cluster analysis DIABETES MONITOR 2017



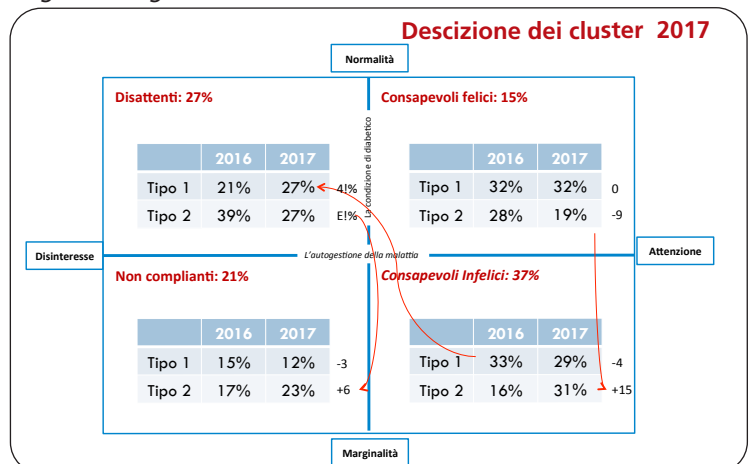
- L'autocontrollo della glicemia consente una migliore gestione della terapia (Fig 9)

L'analisi ha consentito di individuare 4 gruppi (cluster) tra i partecipanti all'indagine con comportamenti omogenei rispetto alla gestione della propria condizione: i **Consapevoli felici**, i **Disattenti**, i **Non complianti** e i **Consapevoli infelici** (i "Malati"). Nella Fig.10 si riportano la consistenza percentuale dei quattro gruppi ed una sintesi delle caratteristiche prevalenti.

L'analisi dei cluster evidenzia che rispetto alla rilevazione del 2016 si è registrato un aumento della collaborazione con il medico e un'adeguata gestione della patologia così come la consapevolezza sulla patologia portando altresì ad un aumento della quota dei **consapevoli infelici** passando dal 19% del 2016 al 37% nel 2017; di cui 33% di tipo 1 e 16% tipo 2). (Fig 11)

L'analisi delle connotazioni valoriali degli assi e dei quadranti forniscono indicazioni in termini di comprensione dei cluster e dal punto di vista del comportamento della persona con diabete. Opportunamente impiegate queste informazioni possono fornire un ausilio rilevante per l'operatore sanitario in sede di impostazione delle strategie terapeutiche e di counseling, per assicurarsi il massimo della collaborazione da parte della persona con diabete. Con particolare riferimento ai consapevoli infelici.

Fig. 11 – Migrazione tra cluster



FONTI INFORMATIVE ED ASSOCIAZIONISMO

Nel 2017 si registra un incremento degli iscritti alle Associazioni Pazienti con Diabete passando da 39,2% dei T1 nel 2016 ad un 52,7% ma l'incremento è notevole nei T2 che passano dal 12,3% ad un buon 43,5% nel 2017. Questo cambia-

mento è esponenziale se lo osserviamo prendendo come parametro di riferimento il tipo di terapia (Fig.12), infatti gli iscritti alle associazioni di pazienti che seguono una terapia orale passano da un 4,7% ad un 57,6% nel 2017 mentre aumentano ma di poco, da 40,7% a 42,4%, anche i pazienti in cura con insulina.

Questo conferma anche lo spostamento delle percentuali nei cluster rilevati, delineando un profilo paziente consapevole della propria situazione ed in cerca di miglioramento, *consapevoli infelici*, come descritto di seguito.

Un altro comportamento interessante da osservare riguarda le fonti, non mediche, utilizzate per cercare informazioni: in costante crescita l'utilizzo di Internet! Di notevole rilievo è la voce "altro", all'interno della quale sono state citate dai rispondenti l'utilizzo delle APP messe a disposizione da aziende farmaceutiche/devices, associazioni di pazienti e società scientifiche, che vanno fortemente ad integrarsi con i canali social. (Fig.13)

Fig. 12 – Iscritti alle Associazioni di pazienti con diabete IT (insulina +) VS TO (terapia Orale)_DIABETES MONITOR 2017

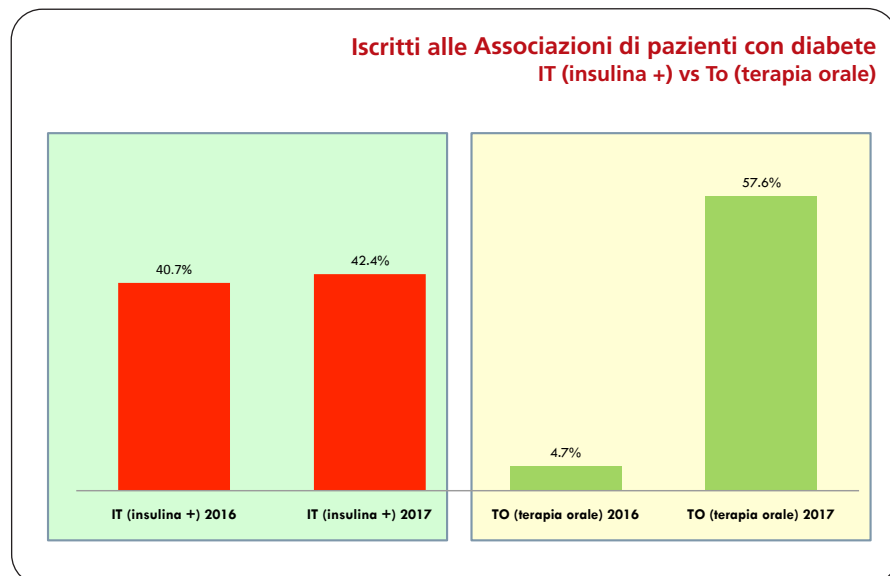


Fig. 13 – Fonti di informazioni non mediche

