

# Italian Health Policy Brief

## La qualità di vita come obiettivo di cura nel diabete

La qualità della vita è universalmente riconosciuta come un obiettivo fondamentale dell'assistenza sanitaria (1), nonostante la sua valutazione non sia ancora entrata a pieno titolo nella pratica clinica. Soprattutto nelle patologie croniche, in continua espansione, gli interventi medici sono sempre più rivolti non solo ad “aggiungere anni alla vita”, ma anche e soprattutto ad “aggiungere vita agli anni” (2), attraverso la riduzione delle complicanze e delle disabilità e la possibilità di garantire un adeguato stato di benessere psico-fisico.

Per tali ragioni, la valutazione dei risultati dell'assistenza nelle condizioni croniche richiede un ampliamento degli indicatori abitualmente utilizzati, con l'inclusione di misure delle capacità funzionali del soggetto, del suo benessere psicologico e della sua percezione soggettiva dello stato di salute (1).

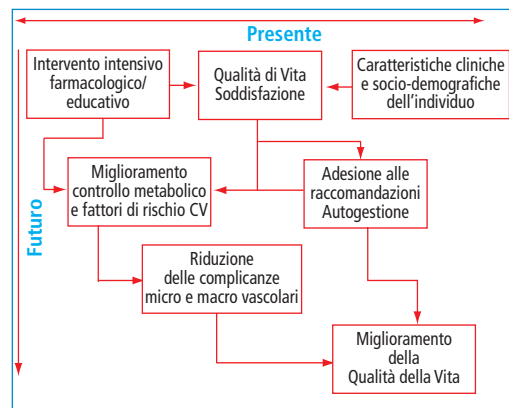
L'importanza di includere la qualità della vita fra i parametri di valutazione della qualità della cura è efficacemente sottolineata dall'American College of Physicians che dichiara: “La valutazione della funzionalità fisica, psicologica e sociale del paziente costituisce una parte essenziale della diagnosi clinica, un determinante cruciale delle scelte terapeutiche, una misura della loro efficacia e una guida per la pianificazione della cura a lungo termine”.

La valutazione della qualità della vita è pertanto divenuta un indicatore fondamentale, non solo per valutare i risultati dell'assistenza, ma anche per stabilire l'efficacia di nuovi trattamenti nell'ambito di sperimentazioni cliniche controllate. A parità di efficacia clinica, si tende infatti a privilegiare quei trattamenti che più riescono ad incidere in senso positivo (o a non incidere negativamente) sulla percezione soggettiva di stato di benessere.

Tali problematiche sono di particolare rilievo nel diabete, gravato da numerose, severe complicanze che possono influire in modo drammatico sullo stato di benessere dell'individuo e ridurre le aspettative di vita. Ma non è solo la severità della malattia ad avere un effetto sulla qualità della vita; diversi aspetti legati alla gestione del diabete possono infatti condizionare, positivamente o negativamente, la percezione del proprio stato di benessere. Tali considerazioni acquistano particolare rilevanza alla luce delle evidenze scientifiche che dimostrano l'importanza di un controllo precoce ed intensivo dei principali fattori di rischio (glicemia, pressione arteriosa, colesterolo, ecc.) per una efficace prevenzione delle complicanze. Il clinico si trova quindi a fronteggiare un difficile equilibrio fra la necessità di trattamenti aggressivi per evitare il rischio futuro di grave compromissione

della qualità della vita a causa delle complicanze croniche e l'accettazione da parte del paziente di politerapie e dei loro possibili effetti collaterali per il trattamento di una condizione a lungo asintomatica (figura 1).

Figura 1. Rapporto fra gestione del diabete e qualità della vita a breve e lungo termine.



Inoltre, nel diabete il coinvolgimento del paziente è fondamentale sia per la gestione della malattia che per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici. A questo proposito, numerosi studi hanno dimostrato che rendere il paziente parte integrante e consapevole della cura migliora l'accettazione della malattia ed ha risvolti positivi sia sui risultati clinici che sulla qualità della vita. Tuttavia, una eccessiva responsabilizzazione del soggetto (automonitoraggio, autogestione della terapia insulinica), la necessità di modificare il proprio stile di vita (abitudini alimentari, attività fisica), il timore delle ipoglicemie, potrebbero condizionare negativamente la capacità di svolgere le attività quotidiane, i rapporti sociali, il benessere psico-fisico, ed essere pertanto responsabili di una scarsa accettazione delle raccomandazioni mediche (3). Inoltre il soggetto, nella prospettiva di ridurre un rischio futuro, e spesso poco percepito, di complicanze, è costretto a modificare comportamenti e abitudini fortemente consolidati nel corso della vita.

Pertanto nella cura al diabete una eccessiva focalizzazione sui parametri clinici, senza una parallela considerazione delle aspettative, delle attitudini e delle percezioni del paziente, potrebbero essere alla base del mancato raggiungimento degli obiettivi terapeutici prefissati, che a lungo termine potrebbe a sua volta concorrere

allo sviluppo delle complicanze maggiori.

Per queste ragioni, i modelli di gestione delle patologie croniche (chronic care models) prevedono una forte centralità della persona con diabete, che si estrinseca non solo in un suo ruolo preminente nella gestione della patologia, ma anche in una maggiore focalizzazione degli aspetti rilevanti della qualità della vita. In altri termini, la qualità dell'assistenza deve essere valutata non solo in relazione al raggiungimento degli obiettivi terapeutici prefissati (indicatori clinici), ma anche alla capacità di garantire adeguati livelli di benessere fisico e psicologico, di integrazione e supporto sociale e di soddisfazione per le cure ricevute (indicatori centrati sulla persona). A questo proposito, l'International Diabetes Federation (IDF) ha sottolineato come i fattori psico-sociali siano di primaria importanza per tutti gli aspetti della gestione del diabete e come il benessere psicologico debba essere considerato di per sé un obiettivo primario delle cure. A questo scopo, le Global Guidelines dell'IDF raccomandano un regolare monitoraggio dello stato di benessere psicologico della persona con diabete, al fine di salvaguardare la sua qualità di vita (4)

### Come si misura la qualità della vita?

Nel misurare la qualità della vita legata allo stato di salute, esiste ampio consenso riguardo gli aspetti che hanno maggiore probabilità di essere influenzati dalle malattie e che quindi devono essere sempre considerati. Tali aspetti possono essere riassunti in tre grosse aree: fisica, psicologica e sociale. L'area fisica si riferisce ai sintomi della malattia e al loro impatto sullo svolgimento delle normali attività quotidiane, quella psicologica comprende dimensioni quali l'ansia, la depressione e le funzioni cognitive, mentre quella sociale riguarda le relazioni interpersonali, familiari e sociali (5).

La qualità della vita è in genere valutata attraverso questionari compilati dal paziente. Questi strumenti, prima di poter essere utilizzati, devono passare al vaglio di rigorosissimi metodi di validazione, che ne garantiscono la validità, la consistenza interna e la riproducibilità (5). Per quanto possa sembrare "strano" ai non addetti ai lavori, la complessità ed il rigore dei metodi

alla base della valutazione della qualità della vita hanno permesso di misurare concetti apparentemente astratti, quali il benessere, la soddisfazione o l'ansia, con un livello di affidabilità, riproducibilità e predittività che nulla hanno da invidiare ai più consueti parametri clinici, quali la glicemia, la pressione arteriosa o i livelli di colesterolo.

### La qualità della vita delle persone con diabete in Italia

Diversi studi condotti in Italia su un totale di circa 10.000 soggetti (QuED, Quality, Equality 1) hanno consentito di fotografare la qualità della vita delle persone con diabete e di valutare quali fattori abbiano un peso maggiore nel condizionarla (6-9). In particolare, questi studi hanno documentato come i fattori socio-economici, interagendo con quelli clinici, possano ulteriormente aggravare l'impatto della malattia sulla percezione del proprio stato di salute e sulla soddisfazione per le cure ricevute. Le indicazioni più forti emerse da questi studi possono essere riassunte nei seguenti punti.

1. Le complicanze del diabete e le patologie concomitanti spesso presenti rappresentano il fattore più importante nel determinare un progressivo deterioramento del benessere fisico e psicologico (6). Sia le complicanze microvascolari (retinopatia, nefropatia, neuropatia) che quelle macrovascolari (patologie cardio-cerebrovascolari e vascolari periferiche) determinano una importante riduzione delle capacità funzionali, del benessere psicologico e della funzionalità sociale. Fra i maschi, una delle complicanze con impatto più negativo è la disfunzione erettile, ancora largamente misconosciuta, di rado riferita dai pazienti e poco indagata dai medici (8). Fra le patologie concomitanti più neglette e più comuni è la depressione, che assume un ruolo importantissimo sia come fattore di rischio indipendente per le malattie cardiovascolari, sia perché compromette la possibilità di coinvolgimento del paziente e la sua adesione alle raccomandazioni mediche.

2. Fra i fattori socio-economici, è da segnalare soprattutto la peggiore percezione della qualità della vita da parte delle donne, che si manifesta in tutte le aree indagate (6), con particolare rilievo per gli aspetti psicologici e con una prevalenza particolarmente elevata di depressione. I soggetti con basso livello di scolarità, che vivono da soli, o con problemi di occupazione rappresentano altre categorie di pazienti a rischio più elevato di cattiva qualità della vita in relazione allo stato di salute. Di converso, all'aumentare dell'età si riduce la funzionalità fisica, ma non il benessere psicologico.
3. Il trattamento del diabete e il coinvolgimento del paziente nella gestione terapeutica giocano un ruolo importante sul vissuto soggettivo dell'individuo e sull'accettazione del diabete. Negli adulti con diabete di tipo 1, le modalità di somministrazione dell'insulina possono condizionare la flessibilità negli stili di vita e la percezione dei disagi legati alla gestione della malattia. Ad esempio, uno studio condotto su oltre 2700 pazienti ha documentato come i soggetti che usano il microinfusore, oltre ad ottenere un miglior controllo metabolico, tendano a sentirsi meno limitati nella gestione della dieta e nelle attività quotidiane e presentino minori paure legate alle ipoglicemie (7).

Nel diabete di tipo 2, l'inizio della terapia insulinica, resa necessaria dal fallimento delle terapie orali, rappresenta di solito un evento con profondo impatto sulla qualità della vita (6). Tuttavia, il coinvolgimento del soggetto nell'automonitoraggio e nell'autogestione della terapia si associano a migliore qualità di vita (9). La percezione degli episodi di iperglicemia e di ipoglicemia da parte del paziente ha inoltre un impatto rilevante sia sul benessere fisico che su quello psicologico; minimizzare le escursioni glicemiche è quindi fondamentale sia dal punto di vista del rischio clinico, che dal punto di vista dell'individuo. In particolare, l'esperienza di una ipoglicemia, specie se severa, rappresenta un evento

traumatico per il paziente, generando ansia e paure di successivi episodi, con un impatto negativo sulla qualità di vita (10). È stato evidenziato come le persone in trattamento per il diabete, specie se con insulina, tendono ad essere più preoccupate per le ipoglicemie che per le complicanze a lungo termine della malattia (11). Tale preoccupazione è spesso responsabile di scarsa adesione alle terapie (mancata assunzione del farmaco per evitare l'ipoglicemia) o di comportamenti errati di compensazione (assunzione di cibi o bevande zuccherate per mantenere la glicemia a valori di sicurezza), determinando di fatto un peggior controllo metabolico (12).

### Le iniziative in corso

#### Lo studio DAWN-2.

Lo studio DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs), condotto nel 2001 in 13 Paesi, ha rappresentato la più grande indagine mai condotta per identificare i fattori psicosociali che possono rappresentare una barriera al raggiungimento degli obiettivi di cura (13-16). Lo studio ha rivelato come il supporto psicosociale ed educativo rappresentano importanti bisogni inevasi per le persone con diabete, sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. In Italia, le "call to action" emerse dallo studio DAWN hanno portato alla nascita della Carta dei Diritti delle Persone con Diabete, oggi tradotta in 9 lingue (17).

Lo studio DAWN-2, logica prosecuzione del primo studio DAWN, rappresenta una risposta all'esigenza sempre più pressante di identificare nuovi modelli assistenziali, caratterizzati da un miglior rapporto costo-efficacia e in grado di soddisfare i bisogni sia delle persone con diabete che degli altri stakeholders coinvolti nella gestione della malattia (18). Lo studio, condotto in 17 Paesi fra cui l'Italia, esamina i punti di vista delle persone con diabete, dei loro familiari e degli operatori sanitari, permettendo per la prima volta di avere un quadro a 360 gradi dei fattori facilitanti e degli ostacoli nella cura del diabete. Grazie alla molteplicità dei punti di vista e dei Paesi coinvolti, verrà fornita ad ogni Paese la possibilità di identificare le aree più problematiche nella gestione della patologia e di trarre ispira-

zione dalle altre esperienze per attivare efficaci manovre di miglioramento. Lo studio si propone altresì di identificare un set standard di misure centrate sul paziente, scientificamente validate, che possano affiancare gli indicatori clinici abitualmente utilizzati nelle iniziative di miglioramento continuo della qualità della cura. L'inchiesta, conclusasi nel settembre 2012, ha visto la partecipazione di oltre 8.000 persone con diabete di tipo 1 e di tipo 2, di oltre 2.000 familiari e di oltre 4.000 operatori sanitari (medici di medicina generale, specialisti, infermieri e dietisti).

Uno degli aspetti innovativi dello studio DAWN-2 riguarda la valutazione dell'impatto del diabete sui familiari delle persone affette. I primi dati mostrano come il 63% degli familiari intervistati siano in ansia per la possibilità che il loro caro sviluppi le complicanze croniche severe della malattia mentre il 66% dei familiari di persone trattate con insulina sono spaventati riguardo la possibilità che la persona amata abbia un'ipoglicemia durante la notte. Il diabete ha un impatto negativo sulle finanze per il 34% dei familiari, mentre la patologia è causa di discriminazioni e di intolleranza per il 20% degli intervistati. Infine, sebbene oltre il 70% degli operatori sanitari abbia dichiarato che il coinvolgimento dei familiari rappresenta un elemento chiave per una adeguata cura del diabete, il 75% dei familiari intervistati non è mai stato coinvolto in programmi educativi.

La disponibilità, a partire dalla seconda metà del 2013, dei dati nazionali, consentirà un'approfondita disamina delle più importanti barriere e dei bisogni assistenziali nel nostro Paese, fornendo importanti elementi per la implementazione in Italia di adeguati modelli di cura cronica, basati sulla centralità della persona con diabete.

#### Lo studio BENCH-D

Nel nostro paese, un ulteriore passo avanti per la valorizzazione di modelli di cura che enfatizzino la centralità della persona è rappresentato dallo studio BENCH-D, condotto, in continuità con lo studio DAWN-2, dall'Associazione Medici Diabetologi in collaborazione con il Consorzio Mario Negri Sud. Lo studio, condotto in 4

regioni (Piemonte, Marche, Lazio, Sicilia), vuole testare un modello di miglioramento continuo dell'assistenza che sia basato non solo su indicatori clinici, ma anche su misure centrate sul paziente, rigorosamente validate da un punto di vista psicometrico. I questionari utilizzati racchiudono molte misure in comune con lo studio DAWN-2 e permetteranno quindi interessanti confronti con altre realtà assistenziali e contesti culturali diversi. I primi dati dello studio BENCH-D confermano l'impatto negativo del diabete su molte dimensioni della qualità della vita, soprattutto nel sesso femminile (19-21). Inoltre, i risultati mostrano l'importanza dell'autonomizzazione della persona con diabete (empowerment) come strumento fondamentale per aumentare l'adesione alle raccomandazioni mediche e per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici stabiliti (22).

### Gli obiettivi e le azioni

Il riconoscimento della qualità della vita come importante mediatore fra decisioni cliniche e risultati è un passo fondamentale per migliorare l'assistenza nelle condizioni croniche, delle quali il diabete rappresenta un caso modello. Infatti, l'efficacia degli interventi volti a ridurre le complicanze del diabete e a migliorare la qualità della vita a lungo termine è mediata dall'impatto dell'assistenza sulla qualità di vita a breve termine. I dati esistenti documentano tuttavia un importante divario fra la rilevanza attribuita dalle persone con diabete agli aspetti di qualità di vita e di soddisfazione e l'attenzione posta su questi problemi dagli operatori sanitari.

E' quindi evidente la necessità di accrescere l'attenzione sugli aspetti della patologia diabetica più rilevanti per la persona che ne è affetta. A tutt'oggi la valutazione del benessere psicologico e della soddisfazione delle persone con diabete non sono tenute in debita considerazione, ed esistono una sostanziale carenza di punti di riferimento per il supporto psicologico ed un bisogno inevaso di formazione per gli operatori sanitari.

La qualità di vita delle persone con diabete deve pertanto diventare un obiettivo primario nella cura della patologia, per

l'enorme rilevanza che essa riveste e per il ruolo che può svolgere nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici. A tale proposito, è necessario implementare una serie di azioni.

1. Aumentare fra gli operatori sanitari la consapevolezza dell'importanza degli aspetti soggettivi e del ruolo chiave che questi aspetti possono svolgere nei processi di autonomizzazione della persona con diabete e nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici;
2. Inserire nel curriculum formativo degli operatori sanitari un percorso che sia in grado di fornire gli strumenti per una iniziale valutazione del benessere psicologico della persona con diabete e il riconoscimento dei soggetti che necessitano in modo specifico di supporto psicologico;
3. Adottare nella pratica clinica strumenti semplici che consentano un primo screening del benessere psicologico, in modo che l'attenzione a questi aspetti diventi una normale componente della cura, da gestire all'interno delle attività del team diabetologico;
4. Inserire gli indicatori di qualità di vita e di soddisfazione nei processi di miglioramento continuo dell'assistenza e conferire a questi indicatori la stessa dignità di quelli più strettamente clinici.

Queste azioni rientrano a pieno titolo nella applicazione dei chronic care models, oggi considerati il punto di riferimento per la gestione delle cronicità, di cui il diabete rappresenta un esempio paradigmatico. In questi modelli, la centralità della persona con diabete è considerata il cardine fondamentale su cui organizzare l'assistenza. A questo fine è tuttavia necessario un forte investimento sull'educazione all'autogestione e sull'organizzazione dell'assistenza sulla base delle priorità concordate con il paziente. Tutte queste attività non possono non tener conto degli aspetti di benessere soggettivo e di soddisfazione, che rappresentano la chiave del successo di qualsiasi strategia di cura cronica e di continuità assistenziale.

## Autori:

Antonio Nicolucci

Capo Dipartimento di Farmacologia Clinica e Epidemiologia Consorzio Mario Negri Sud S. Maria Imbaro (CH) e componente dell'International Publication Planning Committee del DAWN2 Study

Marco Comaschi

Chair DAWN Italia e componente dell'International Advisory Board del DAWN2 Study

Sandro Gentile

Direttore centro Studi e Ricerche Associazione Medici Diabetologi (AMD) e responsabile progetto BENCH-D

Giampiero Marra

Clinical, Medical & Regulatory Director  
Novo Nordisk Italy

Paola Pisanti

Presidente della Commissione Nazionale Diabete del Ministero della Salute  
Ketty Vaccaro, Direttore Welfare del CENSIS

Umberto Valentini

Presidente di Diabete Italia

## Referenze

1. Greenfield S, Nelson EC. Recent developments and future issues in the use of health status assessment in clinical settings. *Med Care* 1992; 30:MS23-MS41.
2. Van den Bos GAM, Triemstra AHM. Quality of life as an instrument for need assessment and outcomes assessment of health care in chronic patients. *Quality in Health Care* 1999; 8:247-252.
3. Weinberger M, Kirkman S, Samsa GP, et al. The relationship between glycemic control and health-related quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Med Care* 1994; 29:1173-1181.
4. International Diabetes Federation. Global guidelines for type 2 diabetes. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2005. Available from: [http://www.idf.org/Global\\_guideline](http://www.idf.org/Global_guideline)
5. Chassany O, Sagnier P, Marquis P, Fullerton S, Aaronson N. Patient-reported outcomes: the example of health-related quality of life – A European guidance document for the improved integration of health-related quality of life assessment in the drug regulatory process. *Drug Inform J* 2002;36:209-238.
6. Nicolucci A, Cucinotta D, Squatrito S, Lapolla A, Musacchio N, Leotta S, Vitali L, Bulotta A, Nicoziani P, Coronel G; QuoLITy Study Group. Clinical and socio-economic correlates of quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2009;19:45-53
7. EQuality1 Study Group—Evaluation of QUALITY of Life and Costs in Diabetes Type 1, Nicolucci A, Maione A, Franciosi M, Amoretti R, Busetto E, Capani F, Bruttomesso D, Di Bartolo P, Girelli A, Leonetti F, Morviducci L, Ponzi P, Vitacolonna E. Quality of life and treatment satisfaction in adults with Type 1 diabetes: a comparison between continuous subcutaneous insulin infusion and multiple daily injections. *Diabet Med.* 2008;25:213-20.
8. De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S, Kaplan SH, Rossi MC, Sacco M, Tognoni G, Valentini M, Nicolucci A; QuED (Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetes) Study Group. Longitudinal assessment of quality of life in patients with type 2 diabetes and self-reported erectile dysfunction. *Diabetes Care.* 2005;28:2637-43.
9. Franciosi M, Pellegrini F, De Berardis G, Belfiglio M, Cavaliere D, Di Nardo B, Greenfield

- S, Kaplan SH, Sacco M, Tognoni G, Valentini M, Nicolucci A; QuED Study Group. The impact of blood glucose self-monitoring on metabolic control and quality of life in type 2 diabetic patients: an urgent need for better educational strategies. *Diabetes Care* 2001;24:1870-7.
10. Currie CJ, Morgan CL, Poole CD et al. Multivariate models of health-related utility and the fear of hypoglycaemia in people with diabetes. *Curr Med Res Opin* 2006; 22: 1523–34.
  11. Workgroup on Hypoglycemia, American Diabetes Association. Defining and reporting hypoglycemia in diabetes: a report from the American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia. *Diabetes Care* 2005; 28: 1245–9.
  12. Barnett AH, Craddock S, Fisher M, Hall G, Hughes E, Middleton A. Key considerations around the risks and consequences of hypoglycaemia in people with type 2 diabetes. *Int J Clin Pract*. 2010;64:1121-9.
  13. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med* 2005;22:1379-85.
  14. Skovlund SE, Peyrot M. The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) program: a new approach to improving outcomes in diabetes care. *Diabetes Spectrum* 2005;18:136-42.
  15. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al. Resistance to insulin therapy among patients and providers. Results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 2005;28:2673-9.
  16. Conference Report: 2nd International DAWN Summit: a call-to-action to improve psychosocial care for people with diabetes. *Practical Diabetes Int* 2004;21(5):201-8.DAWN
  17. Peyrot M, Kovacs Burns K, Davies M, Forbes A, Hermanns N, Holt R, Kalra S, Nicolucci A, Pouwer F, Wens J, Willaing I, Skovlund SE on behalf of the Global DAWN2 Study Group Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2(DAWN2): A multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract* 2012 (in press).
  18. Manifesto dei diritti della persona con diabete. <http://www.aemmedi.it/pages/iniziativa/>
  19. Vespasiani G, Rossi MC, Gentile S, Pellegrini F, Marra G, Pintaudi B, Nicolucci A, BENCH-D Study Group. Correlates of diabetes related stress in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes* 2012; 61 (suppl 1):A207.
  20. Nicolucci A, Rossi MC, Gentile S, Lucisano G, Marra G, Chiodo Martinetto R, Viola R, Vespasiani G, BENCH-D Study Group. Correlates of psychological well-being in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes* 2012; 61 (suppl 1):A208.
  21. Nicolucci A, Gentile S, Lucisano G, Marra G, Pellegrini F, Rossi MC, Vespasiani G, BENCH-D Study Group. Psychological impact of diabetes and clinical outcomes: do women with type 2 diabetes require more intense and specific support? *Diabetologia* 2012; 55(suppl 1):S111.
  22. Rossi MC, Gentile S, Vespasiani G, Lucisano G, Fontana L, Marra G, Nicolucci A, BENCH-D Study Group. Patient empowerment is associated with better quality of life, higher satisfaction with care and better metabolic control in individuals with type 2 diabetes. *Diabetes* 2012; 61 (suppl 1):A205.

**Italian Health Policy Brief**

Anno II - Numero Speciale - Dicembre 2012

**Direttore Responsabile**

Eleonora Benfatto

**Direttore Editoriale**

Walter Gatti

**Comitato degli esperti**

Pierluigi Canonico

Achille Caputi

Claudio Cricelli

Renato Lauro

Andrea Mandelli

Lorenzo Mantovani

Nello Martini

Andrea Messori

Antonio Nicolucci

Walter Ricciardi

Federico Spandonaro

Ketty Vaccaro

Stefano Vella

**Registrazione**

In attesa di registrazione presso il Tribunale  
di Milano