

L'Utilizzo delle Strategie Psicosociali da parte del Personale Medico ed Infermieristico nell'Assistenza ai Diabetici

Risultati dello studio transnazionale Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN)

MARK PEYROT, PHD^{1,2}
RICHARD R. RUBIN, PHD^{2,3}
LINDA M. SIMINERIO, PHD⁴

ON BEHALF OF THE INTERNATIONAL DAWN
ADVISORY PANEL

Obiettivo – Determinare l'utilizzo delle strategie psicosociali da parte dei medici curanti e delle strutture sanitarie nel trattamento dei pazienti affetti da diabete mellito ed i fattori associati all'uso di queste strategie.

Modello di Ricerca e Metodi – Indagine trasversale condotta su campioni nazionali di medici diabetologi e generici ($n = 2,705$) e personale infermieristico specializzato nell'assistenza ai diabetici ($n = 1,122$) ottenuti dallo studio multinazionale DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs). Hanno preso parte allo studio medici ed infermieri/e di ben 13 paesi tra Asia, Australia, Europa e Nord America. Due sono state le strategie psicosociali prese in esame: l'assistenza psicosociale a carico del medico curante, che fornisce sostegno psicosociale ai propri pazienti attraverso personale specializzato nell'assistenza ai diabetici, e l'assistenza specialistica psicosociale, che indirizza i pazienti da specialisti psicosociali.

Risultati – Si è visto che rispetto ai medici, il personale infermieristico ritiene che la prevalenza e la gravità dei problemi psicosociali sia significativamente più elevata ed è ricorso all'uso delle strategie psicosociali con più frequenza, anche quando avevano definito le loro capacità psicosociali non elevate. Sia tra il personale medico che tra quello infermieristico, i diabetologi sono ricorsi più spesso all'aiuto di strategie psicosociali rispetto ai medici generici. I medici ed il personale infermieristico hanno utilizzato le strategie psicosociali molto più di frequente, quando ritenevano che più pazienti presentassero problemi psicosociali e che tali problemi interferissero con il controllo della malattia. I pazienti sono stati di norma indirizzati da specialisti psicosociali con maggior frequenza quando i medici ed il personale infermieristico ritenevano di avere più risorse psicosociali specialistiche su cui contare. Sono state riscontrate alcune sostanziali differenze tra paese e paese su tutti i fattori studiati. Rispetto agli altri paesi, i medici

¹ Dipartimento di Sociologia, Loyola College, Baltimora, Maryland;

² Dipartimento di Medicina della Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimora, Maryland;

³ Dipartimento di Pediatria della Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimora, Maryland;

⁴ University of Pittsburgh Diabetes Institute, University of Pittsburgh medical Center, Pittsburgh, Pennsylvania
Indirizzo per corrispondenza e richieste di ristampa: Mark Peyrot, Loyola College, 4501 North
Charles St., Baltimore, MD 21210-2699. E-mail: mpeyrot@loyola.edu

Ricevuto per pubblicazione il 13 Dicembre 2005 e accettato in forma revisionata il 16 Marzo 2006.

* Una lista completa dei membri International DAWN Advisory Panel può essere reperita nell'APPENDICE. M.P e R.R.R. hanno partecipato come comitato consultivo e hanno ricevuto gli onori, e contributo dalla Novo Nordisk. L.M.S ha partecipato come consulente per la Novo Nordisk, Eli Lilly, Takeda, Sanofi-Aventis, e Amylin.

Abbreviazioni: DAWN, Diabetes Attitudes, Wishes and Needs.

curanti americani fornivano più assistenza psicosociale, tuttavia avevano meno probabilità di rivolgersi a specialisti psicosociali.

Conclusioni – Le strategie psicosociali sono parti importanti del repertorio del personale specializzato nell'assistenza ai diabetici; la comprensione dei loro determinanti può facilitare gli sforzi per aumentare il loro impiego.

I fattori psicosociali possono giocare un ruolo importante nell'assistenza ai pazienti diabetici. Per esempio, i pazienti spesso manifestano elevati livelli di stress emotivo legati alla loro patologia, una condizione che conduce al "burnout" dell'assistenza fornita ai pazienti diabetici (1). I casi di depressione risultano due volte superiori tra le persone affette da diabete rispetto a quelli senza una patologia cronica, e in alcuni studi più del 40% dei pazienti è stato definito depresso (2, 3). La depressione può interferire con l'autocontrollo glicemico ed è associata ad una maggiore morbosità, mortalità e a limitazioni funzionali come anche a costi sanitari più elevati (4-9).

I pazienti con problemi di stress emotivo spesso desidererebbero ricevere un supporto maggiore di quello che invece ottengono (10). Nonostante gli elevati livelli di stress, solo una piccola percentuale di pazienti riceve una terapia psicologica (11), e inoltre medici di base non sempre sono in grado di identificare tutti quelli che necessitano della terapia psicologica, e quelli identificati non ricevono necessariamente la terapia più appropriata (12). Ne consegue una situazione alquanto negativa visto che la ricerca dimostra che la terapia psicologica in medicina di base può ottenere buoni risultati (13, 14). Inoltre, la terapia condotta da specialisti psicosociali può essere efficace per i pazienti rivoltisi per l'assistenza (15). Per esempio, delle recenti meta-analisi hanno evidenziato che il trattamento della salute mentale è associato alla riduzione dei livelli di HbA1c e della depressione (16, 17). I farmaci rappresentano un altro metodo efficace di trattamento (18, 19).

Le strategie attuate dai medici curanti e dalle strutture sanitarie per trattare i bisogni psicosociali dei pazienti affetti da diabete non sono ben chiare. La ricerca qui citata indica che i fattori psicosociali influenzano notevolmente gli esiti del diabete, e la qualità di vita soggettiva ne è un meritevole risultato. È, quindi, importante comprendere come i medici curanti trattino i bisogni psicosociali dei loro pazienti.

L'obiettivo di questo articolo è quello di esaminare le due strategie di assistenza psicosociale che i medici ed il personale infermieristico utilizzano nella gestione dei pazienti diabetici: l'assistenza psicosociale a carico del medico curante, che fornisce sostegno psicosociale ai propri pazienti attraverso personale specializzato nell'assistenza ai diabetici, e l'assistenza specialistica psicosociale, che consiste nell'indirizzare i pazienti da specialisti psicosociali.

Si è ipotizzato che le strategie di assistenza psicosociale fossero associate a diversi tipi di fattori, compresa la natura dei sistemi sanitari (rappresentata dai diversi paesi), la natura del medico curante ed il suo ambiente di pratica professionale, e le percezioni del medico curante delle risorse e dei problemi psicosociali. Specificatamente, è stato ipotizzato che le strategie di assistenza psicologica siano utilizzate più dai diabetologi e dal personale specializzato nell'assistenza ai pazienti diabetici, i quali ritengono che i problemi psicosociali siano più comuni e gravi e affermano di avere una maggiore disposizione di risorse psicosociali.

MODELLO DI RICERCA E METODI

Questo studio ha preso in esame i dati raccolti dallo studio DAWN (Diabetics Attitudes, Wishes and Needs) (20). Con questo articolo si fornisce una visione generale e completa

del modello di studio; delle descrizioni più dettagliate potranno essere reperite in pubblicazioni precedenti (11, 21, 22). Gli obiettivi del più vasto studio DAWN erano quelli di aumentare la comprensione dei fattori psicosociali che influenzano gli esiti del diabete e d'identificare le opportunità per migliorare la gestione psicosociale del diabete.

Lo studio DAWN ha utilizzato un modello trasversale in cui tutti i dati venivano auto-risportati. Le interviste "strutturate" sono state condotte per telefono o di persona nella lingua madre di ogni paese. Le interviste della durata media di 30-50 minuti sono state condotte in 13 paesi rappresentanti 11 regioni: Australia, Francia, Germania, India, Giappone, Paesi Bassi, Polonia, Scandinavia (Svezia, Norvegia e Danimarca), Spagna, UK, ed U.S.A. Tre erano i campioni indipendenti: 2,750 medici (~250 per regione: ~ 200 medicina di base e 50 specialisti), 1,122 infermieri/e (~100 per regione: ~ 50 specializzati/e nell'assistenza in medicina di base e 50 in diabetologia), e 5,104 adulti affetti da diabete mellito (~500 per regione). Questo articolo prende in esame solo i dati campione dei medici e del personale infermieristico.

Indicatori delle strategie psicosociali

I due esiti primari derivano dallo studio delle strategie psicosociali: l'assistenza psicosociale fornita dal medico curante e l'assistenza psicosociale fornita da medici specialisti. L'assistenza psicosociale fornita dal medico curante è stata analizzata sulla base della fornitura da parte del medico curante del supporto psicosociale. Agli intervistati è stata consegnata una lista di strategie e gli è stato chiesto, "Quanto spesso ricorrete ad ognuno dei metodi qui di seguito illustrati per incoraggiare i vostri pazienti diabetici a seguire le vostre raccomandazioni? Sempre, spesso, raramente, o mai? Tra le varie possibilità di risposta si poteva scegliere tra diversi punteggi che andavano da 4 per "spesso" a 1 per "mai". Questo indicatore è la media dei tre items presi dalla lista che rappresentano le strategie psicosociali: "Discutere le loro responsabilità familiari e finanziarie, parlare con le loro famiglie, aiutarli a programmare le loro attività quotidiane.". L'assistenza psicosociale fornita da medici specialisti è stata analizzata sulla base di quanto medico curante abbia indirizzato i pazienti dallo specialista psicosociale. Questo era rappresentato da un solo item: "Mando spesso i miei pazienti diabetici da medici specialisti per ottenere sostegno emotivo o psicologico.". Le varie possibilità di risposta erano classificate in base ad un punteggio da 6 per "pienamente d'accordo" a 1 per "completamente in disaccordo".

Problemi psicosociali e risorse di trattamento

I predittori dell'utilizzo delle strategie psicosociali includono diverse percezioni dei problemi psicosociali del paziente da parte del personale specializzato nell'assistenza ai diabetici e le risorse di trattamento psicosociali fornite dal medico curante.

Prevalenza dei problemi psicosociali dei pazienti

Agli intervistati è stata chiesta la percentuale dei pazienti da loro seguiti che ha riferito una delle seguenti cinque condizioni: stress, ansia, depressione, abnegazione, o logorio; sono state inoltre rivolte delle domande separate per i pazienti con diabete di tipo 1 e di tipo 2. L'indicatore è la media dei 10 items (range 0-100).

Impatto dei problemi psicosociali dei pazienti

Questo indicatore è la media di due items: "I problemi psicologici possono avere solo una modesta responsabilità nella non-compliance" e "Per gran parte dei miei pazienti diabetici non c'è bisogno del supporto psicologico specialistico.". Le possibilità di risposta erano

classificate in base ad una scala di numeri da 1 per pienamente d'accordo a 6 per completamente in disaccordo.

Capacità psicosociali del medico curante

Questa misura è la media di due elementi: "Sono in grado d'identificare i bisogni psicologici dei pazienti" e " di fornire tutto il supporto psicologico che necessitano.". Le varie possibilità di risposta erano classificate in base ad un punteggio compreso tra 6 per "completamente d'accordo" a 1 per "completamente in disaccordo".

Disponibilità di specialisti psicosociali per il medico curante

Questo indicatore è rappresentato da un solo item: "Posso contare su dell'esperienza esterna negli affari emozionali e psicologici qualora ne avessi bisogno.". Le possibilità di risposta erano classificate da 6 per "completamente d'accordo" a 1 per "completamente in disaccordo".

Specialisti psicosociali on-site a disposizione del medico curante

Agli intervistati è stato chiesto: "Quali delle seguenti figure sono presenti nello stesso vostro posto di lavoro?" L'indicatore era se gli intervistati rispondevano affermativamente riguardo una delle seguenti figure: psicologi, psichiatri, psicoterapeuti, o operatori/assistenti sociali. Questo fattore è stato misurato solo tra i medici. È un indicatore di facile accesso agli specialisti psicosociali (al contrario della disponibilità generale sopra analizzata).

VARIABILI NAZIONALI, DEMOGRAFICHE E LAVORATIVE

Per esaminare le differenze nazionali nelle percezioni e strategie psicosociali, ogni analisi include confronti tra paesi. Compresi in ogni analisi vi erano anche i fattori demografici del medico curante: sesso (1= donna o 0= uomo) e età (in anni). Le variabili lavorative includono l'urbanità del luogo di lavoro (4=grande città, 3=altra area urbana, 2=area suburbana, e 1=zona rurale), durata dell'assistenza diabetologica fornita dal medico curante (anni), percentuale dei pazienti "minorenni" (range 0-100), numero dei pazienti trattati che hanno il diabete di tipo 1 o 2, e se si tratta di uno specialista del diabete (1= sì o 0=no).

L'ANALISI STATISTICA

I campioni di medici e infermieri sono stati messi a confronto utilizzando il metodo a due vie ANOVA (professione e specializzazione) per verificare il fatto che i campioni sono stati progettati per avere differenti proporzioni di specialisti versus generici. L'analisi di regressione multipla gerarchica (i blocchi sono i paesi, le caratteristiche degli intervistati, e le percezioni degli intervistati) è stato utilizzata per esaminare le percezioni psicologiche, le risorse, e le strategie in modo separato nei campioni dei medici ed infermieri/e. Le differenze di paesi sono state esaminate come variabili fittizie in cui gli USA sono stati la categoria di riferimento e ogni altro paese è stato confrontato con gli USA. Si sono accertate diversità in base alla nazione in sede di confronto del livello di rispondenza delle caratteristiche e percezioni individuali.

Ogni analisi includeva le misure demografiche e di pratica lavorativa (anni di esperienza lavorativa, luogo di lavoro, percentuale di pazienti minorenni, numero di pazienti trattati con diabete di tipo1 o 2, e se si è diabetologi). Il sesso è stato utilizzato nell'analisi dei medici ma non in quella del personale infermieristico poiché vi erano troppi pochi maschi per eseguirla. L'analisi dell'assistenza psicosociale fornita dal medico curante comprendeva le misure di percezione dei problemi e delle risorse psicosociali, mentre le analisi dei riferimenti agli specialisti psicosociali comprendevano anche la

misura dell'assistenza psicosociale fornita dal medico curante. Il criterio per la significatività statistica è stato fissato a $P < 0.05$ e a due code per tutte le analisi. Tutte le analisi sono state condotte utilizzando la Versione SPSS 13.0 (SPSS, Chicago, IL).

RISULTATI

La Tabella 1 mostra le caratteristiche dei campioni dei medici e del personale infermieristico. Come ci si potrebbe aspettare, questi campioni differiscono su tutti gli indicatori demografici e di esperienza professionale. Inoltre, il personale infermieristico ritiene che i problemi psicosociali siano più frequenti ed abbiano un impatto più grande. I medici sostengono di avere migliori capacità psicosociali e più supporto psicosociale esterno a disposizione. Il personale infermieristico fornisce più frequentemente supporto psicosociale ed indirizza i pazienti da specialisti psicosociali.

La Tabella 2 mostra i termini di correlazione delle percezioni mediche dei problemi psicosociali e le risorse di trattamento e l'uso di strategie psicosociali. In ogni analisi, il paese in cui il medico esercitava è stato relazionato alla variabile dipendente. Per i problemi e le risorse di trattamento percepiti, il paese ha influito per il 3.3-16.5% della varianza; per l'utilizzo delle strategie psicosociali, il paese ha influito per il 12.3-14.9% della varianza. Le caratteristiche dei medici e della pratica lavorativa hanno anche influito per la varianza significativa in tutte le variabili dipendenti. Hanno influito per 0.6-11.0% della varianza nei problemi e risorse percepiti e per il 3.1-3.5% della varianza nelle strategie psicosociali. Le percezioni da parte dei medici dei problemi psicosociali e le risorse hanno influito sulla variazione significativa in entrambe le strategie psicosociali, spaziando da 3.6 a 10.9%.

Come ipotizzato, le strategie dell'assistenza psicosociale sono state utilizzate maggiormente dai medici specialisti, da quelli che ritenevano i problemi più frequenti e più gravi, e da quelli che avevano una maggiore disponibilità di risorse psicosociali. Le caratteristiche del medico curante/pratica lavorativa e le percezioni avevano generalmente rapporti simili con i diversi esiti primari; in solo due casi un fattore presenta un rapporto significativamente positivo con un esito e uno significativamente negativo con un altro esito: 1) Gli anni di esperienza professionale presentavano un rapporto significativamente positivo con il supporto psicosociale fornito dal medico curante e un rapporto negativo con l'indirizzamento al medico specialista. 2) Le capacità psicosociali percepite dagli intervistati presentavano un rapporto significativamente positivo con il supporto psicosociale fornito dal medico curante ed uno significativamente negativo con l'impiego di specialisti psicosociali.

La Tabella 3 mostra i termini di correlazione delle percezioni del personale infermieristico e l'applicazione delle strategie psicosociali. Il paese in cui il personale infermieristico esercitava la professione è stato rapportato ad ogni variabile dipendente. Per i problemi e le risorse percepite, il paese influiva per il 8.4-25.6% della varianza; per l'applicazione delle strategie psicosociali influiva per il 7.0-12.3% della varianza. Le caratteristiche del personale infermieristico e quelle inerenti all'esperienza lavorativa influivano anche per la varianza significativa in tutte le variabili dipendenti, 0.6-3.6% della varianza nelle risorse e problemi percepiti e 2.5-4.6% della varianza nelle strategie psicosociali. Le percezioni del personale infermieristico dei problemi e delle risorse psicosociali influivano per variazione significativa in entrambe le strategie psicosociali, variando da 3.3 a 11.2%.

Come ipotizzato, le strategie d'assistenza psicosociale sono state maggiormente applicate dal personale infermieristico specializzato, da quello che riteneva i problemi più frequenti e più gravi, e da quello che aveva una maggiore disponibilità di risorse psicosociali. Le caratteristiche del medico curante/esperienza lavorativa e le percezioni

hanno generalmente rapporti simili con i diversi esiti primari, sebbene un fattore può non essere significativamente correlato ad entrambi gli esiti.

Tabella 1 – Dati statistici dei campioni di medici e personale infermieristico*

| Misura | Medici | Infermieri | Differenza |
|---|-----------|------------|----------------|
| Paese | | | N/A |
| Australia | 9.2 | 8.9 | |
| Francia | 9.3 | 10.0 | |
| Germania | 9.2 | 8.9 | |
| India | 9.3 | 9.2 | |
| Giappone | 9.3 | 8.9 | |
| Paesi Bassi | 9.2 | 9.3 | |
| Polonia | 9.2 | 8.9 | |
| Scandinavia | 8.8 | 8.9 | |
| Spagna | 9.2 | 8.9 | |
| U.K | 9.2 | 9.1 | |
| U.S.A | 8.0 | 9.0 | |
| Respondent | | | |
| Età(Anni) | 46.6±9.8 | 41.0±8.6 | $P \leq 0.001$ |
| Sesso(Donna) | 27.4 | 95.2 | $P \leq 0.001$ |
| Luogo di Pratica Professionale | 3.1±1.1 | 3.0±1.2 | $P \leq 0.01$ |
| Specialista | 23.5 | 53.4 | N/A |
| Durata di Pratica (Anni) | 16.0±8.9 | 10.6±7.3 | $P \leq 0.001$ |
| N. di Pazienti con Diabete di Tipo 1 | 16.7±28.8 | 12.7±34.5 | $P \leq 0.001$ |
| N. di Pazienti con Diabete di Tipo 2 | 61.7±84.3 | 36.2±76.1 | $P \leq 0.001$ |
| Percentuale di Pazienti Minorenni | 12.1±18.4 | 13.7±20.4 | $P \leq 0.05$ |
| Percezioni | | | |
| Prevalenza problemi psicosociali | 25.1±16.6 | 30.9±18.7 | $P \leq 0.001$ |
| Impatto Problemi Psicosociali | 3.7±1.2 | 4.0±1.2 | $P \leq 0.001$ |
| Capacità Psicosociali del medico curante | 3.9±1.1 | 3.3±1.2 | $P \leq 0.001$ |
| Disponibilità di specialisti psicosociali | 3.9±1.7 | 3.6±1.8 | $P \leq 0.001$ |
| Disponibilità di specialisti psicosociali in sede | 0.3±0.4 | N/A | N/A |
| Supporto psicosociale del medico curante | 2.5±0.6 | 2.7±0.6 | $P \leq 0.001$ |
| Riferimento a un specialista | 2.6±1.4 | 2.8±1.5 | $P \leq 0.001$ |

I dati sono la media ± SD o percento. * Le medie sono aggiustate per la proporzione degli specialisti nei campioni. † La differenza tra le professioni determinate con il controllo per la proporzione degli specialisti nei campioni. NA non applicabile.

CONCLUSIONI

I medici ed il personale infermieristico che hanno preso parte allo studio hanno differenti percezioni delle necessità psicosociali dei pazienti e rispondono a loro anche in modo diverso. Rispetto ai medici, il personale infermieristico ritiene che vi siano maggiori necessità e che i problemi psicosociali hanno un notevole impatto sul controllo del diabete. Questi ritengono di avere meno capacità per prendersi cura di tutti i bisogni psicosociali dei pazienti, anche se forniscono più assistenza psicosociale. Hanno maggiore disponibilità di specialisti psicosociali e indirizzano più spesso i pazienti da queste figure. Queste differenze possono essere una funzione delle differenze nei ruoli professionali e responsabilità dei medici e del personale infermieristico. Una possibilità correlata a che vedere con il differente addestramento dei medici e del personale infermieristico; i primi sono orientati verso la gestione medica, mentre i secondi si concentrano sul supporto nell'autogestione della malattia.

I risultati dell'analisi di regressione differiscono solo modestamente tra i medici ed il personale infermieristico, con differenze di grado più che di tipo. I rapporti che risultano significativi in un solo campione non sono necessariamente significativi nell'altro, ma in nessun caso vi è un rapporto negativo significativo in un campione e uno significativamente positivo nell'altro. Le analisi di regressione rivelano che ogni variabile

indipendente ha un rapporto significativo con una o più variabili dipendenti, e solo una di queste non è significativamente correlata a nessuna variabile dipendente in almeno uno dei campioni (numero di pazienti con diabete di tipo 2 nel campione infermieristico).

Tabella 2 – Analisi di regressione delle strategie e percezioni psicosociali da parte dei medici (coefficienti di regressione standardizzati)

| Variabile indipendente | Prevalenza problemi psicosociali | Impatto problemi psicosociali | Capacità psicosociali del medico curante | Disponibilità di specialisti psicosociali | Disponibilità di specialisti psicosociali in sede | Supporto psicosociale del medico curante | Riferimento a un specialista |
|--|----------------------------------|-------------------------------|--|---|---|--|------------------------------|
| Paese* | | | | | | | |
| Australia | -0.095† | -0.078‡ | 0.025 | -0.043 | 0.053§ | -0.100† | -0.019 |
| Francia | -0.222† | -0.040 | 0.114† | -0.166† | -0.015 | -0.078‡ | 0.055§ |
| Germania | -0.200† | -0.043 | 0.135† | -0.041 | -0.067§ | -0.140† | 0.053§ |
| India | -0.202† | -0.164† | 0.299† | 0.016 | 0.089† | 0.042 | 0.100† |
| Giappone | -0.423† | -0.102† | 0.000 | -0.250† | 0.148† | -0.129† | 0.354† |
| Paesi Bassi | -0.340† | -0.130† | 0.025 | -0.037 | 0.079‡ | -0.266† | -0.019 |
| Polonia | -0.189† | -0.019 | 0.023 | -0.129† | 0.020 | -0.098† | 0.003 |
| Scandinavia | -0.238† | 0.032 | -0.040 | -0.139† | 0.114† | -0.228† | -0.096† |
| Spagna | -0.255† | -0.055 | 0.137† | -0.109† | 0.098† | 0.046 | -0.061§ |
| U.K | -0.231† | -0.047 | -0.059§ | -0.174† | 0.087† | -0.085‡ | -0.029 |
| Respondent | | | | | | | |
| Età(Anni) | -0.068‡ | -0.075‡ | 0.035 | 0.003 | -0.007 | 0.048 | 0.042 |
| Sesso(Donna) | 0.057‡ | 0.046§ | 0.048§ | 0.023 | -0.012 | 0.042§ | 0.023 |
| Luogo di Pratica Professionale | 0.034 | -0.004 | 0.021 | 0.047§ | 0.030 | 0.003 | 0.022 |
| Specialista | 0.030 | 0.103† | -0.167† | 0.038 | 0.293† | 0.108† | 0.077† |
| Durata di Pratica (Anni) | 0.013 | -0.023 | 0.115† | 0.025 | -0.056§ | 0.053§ | -0.062§ |
| N. di Pazienti con Diabete di Tipo 1 | -0.022 | 0.012 | 0.031 | 0.023 | 0.050§ | 0.040§ | 0.073† |
| N. di Pazienti con Diabete di Tipo 2 | 0.061‡ | 0.030 | -0.032 | -0.005 | 0.023 | 0.017 | -0.064‡ |
| Percentuale di Pazienti Minorenni | 0.138† | 0.069† | -0.002 | -0.018 | 0.033 | 0.040§ | 0.025 |
| Percezioni | | | | | | | |
| Prevalenza problemi psicosociali | | | | | | 0.044§ | 0.079† |
| Impatto Problemi Psicosociali | | | | | | 0.115† | 0.175† |
| Capacità Psicosociali del medico curante | | | | | | 0.187 | -0.106† |
| Disponibilità di specialisti psicosociali | | | | | | | 0.215† |
| Disponibilità di specialisti psicosociali in sede | | | | | | | 0.045§ |
| Supporto psicosociale del medico curante | | | | | | | 0.145† |
| Variazione R ² per blocco 1 (paesi) | 0.165 | 0.033 | 0.090 | 0.072 | 0.048 | 0.149 | 0.123 |
| Variazione R ² per blocco 2 (caratteristiche dei respondent) | 0.025 | 0.030 | 0.045 | 0.006 | 0.110 | 0.031 | 0.035 |
| Variazione in R ² per blocco 3 (problemi psicosociali, risorse) | | | | | | 0.036 | 0.109 |
| R ² Totale | 0.190 | 0.063 | 0.135 | 0.078 | 0.158 | 0.216 | 0.267 |

*U.S. è la categoria di riferimento. †P ≤ 0.001; ‡P ≤ 0.01; §P ≤ 0.05.

Le strategie di assistenza psicosociale in questo studio (assistenza psicosociale fornita dal medico curante e assistenza psicosociale specialistica) sono associate positivamente. I medici ed il personale infermieristico che utilizzano più strategie psicosociali hanno più probabilità di cercare assistenza da parte di personale psicosociale specialistico. Quindi, questo studio suggerisce che alcuni medici curanti hanno un orientamento più positivo verso l'assistenza psicosociale rispetto ad altri ed applicano tutte le strategie più rilevanti a loro disposizione per raggiungere una migliore qualità dell'assistenza per i loro pazienti. Tuttavia, i medici con elevate capacità psicosociali auto-

Tabella 3 - Analisi di regressione delle strategie e percezioni psicosociali da parte del personale infermieristico (coefficienti di regressione standardizzati)

| Variabile indipendente | Prevalenza problemi psicosociali | Impatto problemi psicosociali | Capacità psicosociali del medico curante | Disponibilità di specialisti psicosociali | Supporto psicosociale del medico curante | Riferimento a un specialista |
|--|----------------------------------|-------------------------------|--|---|--|------------------------------|
| Paese* | | | | | | |
| Australia | -0.080† | -0.032 | 0.069 | -0.064 | 0.008 | 0.166‡ |
| Francia | -0.239‡ | -0.042 | 0.267‡ | -0.200‡ | -0.089† | 0.085† |
| Germania | -0.175‡ | -0.118§ | 0.229‡ | -0.075 | -0.135‡ | 0.106 |
| India | -0.191‡ | -0.294‡ | 0.403‡ | 0.203‡ | 0.072 | 0.147‡ |
| Giappone | -0.317‡ | 0.017 | -0.119§ | -0.365‡ | -0.137§ | 0.145‡ |
| Paesi Bassi | -0.435‡ | -0.197‡ | 0.105§ | -0.163‡ | -0.178‡ | 0.022 |
| Polonia | -0.214‡ | -0.147‡ | 0.261‡ | -0.115§ | -0.087† | 0.099† |
| Scandinavia | -0.383‡ | 0.029 | 0.088† | -0.290‡ | -0.197‡ | -0.001 |
| Spagna | -0.395‡ | -0.085† | 0.250‡ | -0.174‡ | 0.117§ | 0.016 |
| U.K | -0.242† | -0.054 | 0.068 | -0.199‡ | -0.079† | 0.083† |
| Respondent | | | | | | |
| Età(Anni) | -0.058† | -0.037 | -0.030 | -0.041 | 0.041 | -0.052 |
| Sesso(Donna) | 0.048 | 0.041§ | 0.004 | 0.028 | -0.018 | -0.037 |
| Luogo di Pratica Professionale | -0.016 | 0.079† | -0.011 | -0.022 | -0.006 | -0.070† |
| Specialista | 0.117‡ | 0.111‡ | 0.019 | 0.003 | 0.119‡ | 0.086§ |
| Durata di Pratica (Anni) | 0.022 | -0.061† | 0.061† | -0.014 | 0.009 | 0.015 |
| N. di Pazienti con Diabete di Tipo 1 | -0.006 | 0.011‡ | 0.008 | 0.040 | 0.049 | 0.076§ |
| N. di Pazienti con Diabete di Tipo 2 | 0.098§ | 0.028 | -0.034 | 0.021 | -0.022 | 0.027 |
| Percentuale di Pazienti Minorenni | 0.138 | 0.047 | 0.032 | -0.041 | 0.008 | 0.057 |
| Percezioni | | | | | | |
| Prevalenza problemi psicosociali | | | | | 0.124‡ | 0.116‡ |
| Impatto Problemi Psicosociali | | | | | 0.036 | 0.172‡ |
| Capacità Psicosociali del medico curante | | | | | 0.173‡ | 0.049 |
| Disponibilità di specialisti psicosociali | | | | | | 0.245‡ |
| Supporto psicosociale del medico curante | | | | | | 0.132‡ |
| Variazione R ² per blocco 1 (paesi) | 0.231 | 0.084 | 0.256 | 0.116 | 0.123 | 0.070 |
| Variazione R ² per blocco 2 (caratteristiche dei respondent) | 0.028 | 0.036 | 0.006 | 0.006 | 0.025 | 0.046 |
| Variazione in R ² per blocco 3 (problemi psicosociali, risorse) | | | | | 0.033 | 0.112 |
| R ² Totale | 0.259 | 0.120 | 0.262 | 0.122 | 0.181 | 0.228 |

*U.S. è la categoria di riferimento. †P ≤ 0.001; ‡P ≤ 0.01; §P ≤ 0.05.

percepiti con meno probabilità si rivolgono a personale psicosociale specialistico; se tali medici realmente sono più adatti a risolvere i problemi psicosociali dei pazienti (ridurre il bisogno di andare da uno specialista) o semplicemente suppongono di aver risolto i problemi dei pazienti è una domanda che non può trovare risposta in questo studio.

Le percezioni del medico curante riguardo alla prevalenza e le conseguenze dei problemi psicosociali sono associate sia alle strategie psicosociali ma più fortemente all'indirizzamento del paziente dallo specialista psicosociale che all'assistenza psicosociale fornita dal medico curante. Questo può essere una funzione della natura della nostra misura dell'assistenza psicosociale fornita dal medico curante, che non comprende il trattamento diretto dei problemi psicosociali. Il personale specializzato nel fornire assistenza ai diabetici può trattare i problemi quotidiani dei pazienti nella gestione del diabete, ma possono anche indirizzare quelli con problemi psicosociali più gravi (quelli descritti dai nostri indicatori della prevalenza e conseguenze dei problemi psicosociali) da specialisti psicosociali per un'assistenza migliore.

Le differenze nazionali sono notevoli e influiscono sulla varianza sostanziale nelle variabili dipendenti. Inoltre, interessanti modelli emergono, quando si confrontano un particolare profilo del paese. Per esempio, i medici ed il personale infermieristico in USA forniscono elevati livelli di supporto psicosociale sebbene siano tra i paesi dove i medici curanti hanno le più basse capacità psicosociali; uno dei motivi è che gli USA sono classificati tra i paesi con le più elevate percezioni da parte del medico curante dei bisogni psicosociali dei pazienti (prevalenza ed impatto del problema). Gli USA sono tra i paesi con più bassa disponibilità di specialisti psicosociali on site (nella stessa struttura lavorativa) e hanno anche poca assistenza psicosociale nel team (che è facilitata da quella disponibilità). Un'anomalia è che gli USA hanno un'elevata disponibilità di medici specialisti psicosociali, ma sono pochi i pazienti indirizzati da questi (sebbene la disponibilità e l'indirizzamento siano associati a livello individuale). Questo può essere dovuto ai fattori del sistema sanitario nazionale come la copertura assicurativa per le visite da specialisti psicosociali e suggerisce che le caratteristiche del paese possono non tenere in conto delle preferenze dei medici curanti individuali.

Rispetto al personale non specializzato nell'assistenza ai diabetici, i medici specializzati nell'assistenza ai diabetici si ritengono meno capaci a livello psicologico ed hanno maggiore disponibilità on site di specialisti psicosociali (quest'ultima può essere dovuta al fatto che i diabetologi hanno più probabilità di esercitare nei centri più grandi). Sia i medici che il personale infermieristico specializzato nell'assistenza ai diabetici considerano i problemi psicologici più frequenti e /o gravi, forniscono maggior supporto psicosociale rispetto ai medici generici, e con maggior probabilità si rivolgono ai servizi forniti da esperti psicosociali esterni. I diabetologi, che trattano casi più difficoltosi, possono essere maggiormente consci dei problemi derivanti dal vivere col diabete e l'impatto di queste difficoltà sui pazienti. I diabetologi ricorrono maggiormente agli esperti psicosociali anche quando si confrontano altri fattori che possono incidere sulla differenza (es. problemi percepiti e disponibilità di esperti); forse riflette una maggiore compiacenza/disponibilità dei diabetologi verso le problematiche psicosociali come campo di altri tipi di specialisti.

Il case-mix dei pazienti è connesso a diversi fattori psicosociali. Una maggior proporzione di pazienti minorenni è associata a percezioni di maggior prevalenza dei problemi e/o gravità. Sebbene il numero dei pazienti con diabete di tipo 2 sia associato ad una maggiore prevalenza di problemi, è associata ad un minor utilizzo degli specialisti psicosociali, ed il numero dei diabetici di tipo 1 è associato con un maggior utilizzo degli specialisti psicosociali. Questa situazione può riflettere un utilizzo generalizzato di tutti i tipi di specialisti nella gestione del diabete di tipo 1.

Punti di Forza dello studio e Limitazioni

Questo studio essendo trasversale e correlazionale nel modello fa sì che sia impossibile trarre delle conclusioni riguardo alle relazioni casuali. Per esempio, il personale specializzato nell'assistenza ai diabetici può mandare i propri pazienti da specialisti psicosociali, poiché sono consci della disponibilità di quest'ultimi o diventano consapevoli di ciò, quando tentano di mandare i propri pazienti da questi. Questo studio è anche limitato a misure soggettive dei fattori chiave. Mentre le percezioni dei medici curanti sono importanti, la validità dei risultati di questo studio dovrebbe essere confermata utilizzando misure obiettive degli esiti primari come anche i determinanti (problemi psicologici e risorse).

Sebbene i risultati per il personale infermieristico specializzato nell'assistenza ai diabetici collega in parallelo quelli per i diabetologi, la classificazione delle infermiere specializzate è basata sul numero dei diabetici trattati piuttosto che sul grado/certificazione. Differenze tra il personale infermieristico specializzato e non possono risultare elevate qualora gli specializzati sia personale con grande esperienza e specifico addestramento e/o certificazione nell'assistenza e educazione ai diabetici.

Alcune delle relazioni significative in questi risultati sono piuttosto piccole nella misura assoluta poiché la significatività statistica è più facilmente perseguibile in questo caso con i campioni grandi. Visto che le relazioni qui esaminate hanno ricevuto solo un piccolo studio, abbiamo utilizzato i livelli di significatività convenzionale per aiutare ad identificare le potenziali relazioni degne di ulteriori ricerche. Tuttavia l'importanza delle relazioni più piccole è aperta a varie interpretazioni.

Infine, le interpretazioni delle relazioni empiriche osservate qui presentate sono largamente speculative. Devono essere considerate come ipotesi suggerite da risultati piuttosto che confermate da questi. Per questo richiedono delle conferme attraverso future ricerche.

Implicazioni

I risultati principali di questo studio possono essere riassunti come segue: il personale infermieristico e i diabetologi utilizzano le strategie psicosociali di più rispetto ai medici ed ai non specialisti. Le strategie psicosociali sono state impiegate maggiormente quando i medici generici credevano che più pazienti avessero problemi psicosociali e che questi problemi interferissero notevolmente sul controllo della malattia. Il far riferimento a uno specialista psicosociale risultava più frequente, quando i medici ritenevano di aver a loro disposizione più risorse psicologiche professionali.

Questa ricerca ha preso in esame due strategie per gestire i bisogni dei pazienti affetti da diabete mellito. Entrambe le strategie occupano un posto nel repertorio del personale specializzato nell'assistenza ai diabetici. Tutti i pazienti hanno il diritto di essere curati da medici sensibili ai loro bisogni psicosociali, e tutti i medici curanti dovrebbero ricevere l'addestramento necessario per raggiungere il livello adatto di professionalità.

Tuttavia, è impensabile aspettarsi che qualsiasi personale specializzato nell'assistenza ai diabetici sia in grado di soddisfare tutti i bisogni psicosociali dei suoi pazienti, come è anche impensabile soddisfare tutti gli altri bisogni di assistenza specializzata. Per i medici, rivolgersi al personale infermieristico, che tende a fornire un supporto psicosociale di grado superiore, può risultare un'opzione. Ma spesso questa opzione può non essere sufficiente e ciò porta alla richiesta di un maggior coinvolgimento da parte degli specialisti psicosociali nell'assistenza ai diabetici (23). In un ambiente di lavoro ideale, gli specialisti psicosociali sono usualmente a disposizione come membri del team per l'assistenza ai diabetici. Ciò permette l'integrazione delle problematiche

psicosociali nella normale assistenza multidisciplinare (24). La ricerca ha mostrato che i consulti tra medici di base e gli specialisti psicosociali possono migliorare gli esiti dei pazienti e il grado di soddisfazione del medico di base(25). I pazienti seguiti dagli infermieri/e che monitorizzano lo stato psicosociale e includono questi fattori nella pianificazione dell'assistenza ottengono migliori esiti psicosociali(26). E l'educazione diabetologica comprendendo le tecniche di gestione psicologica produce migliori funzioni cliniche e psicosociali (23, 24). Ma quando gli specialisti psicosociali non fanno parte di un team multidisciplinare, è perfino più importante che i medici curanti abbiano a disposizione uno specialista psicosociale cui i pazienti possono rivolgersi quando necessario.

La disponibilità degli specialisti psicosociali era positivamente correlata ai modelli di riferimento dei medici e del personale infermieristico, depurata della prevalenza percepita e della gravità dei problemi per cui i pazienti si sono rivolti, e le capacità del medico curante per la gestione dei problemi psicosociali. Questo suggerisce che una maggior disponibilità di specialisti psicosociali può accrescere il loro impiego. Altri problemi correlati, a cui non ci si è riferiti in questo studio, riguardano il fatto se gli specialisti psicosociali disponibili sono ritenuti competenti per trattare in modo specifico la patologia diabetica e se le percezioni sulla competenza degli specialisti psicosociali da parte dei medici curanti giochi un ruolo importante nelle loro decisioni di rivolgersi a questi.

Ringraziamenti

Lo studio DAWN è stato intrapreso e finanziato da Novo Nordisk, che ringraziamo per averci fornito l'accesso ai dati presentati in questo articolo. La stesura di questo articolo è stata possibile grazie ad un contributo a M.P. da Novo Nordisk Pharmaceuticals.

APPENDICE

International DAWN Advisory Panel members

Ib Brorly, Denmark; Ruth Colagiuri, Australia; P. Geelhoed-Duijvestijn, the Netherlands; Hitoshi Ishii, Japan; Line Kleibreiil, France; Ru" diger Landgraf, Germany; Torsten Lauritzen, Denmark; David Matthews, U.K.; A. Ramachandran, India; Richard Rubin, U.S.; Frank Snoek, the Netherlands.

BIBLIOGRAFIA

1. Welch GW, Jacobson AM, Polonsky WH: The problem areas in diabetes scale: an evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care* 20:760–766, 1997
2. Anderson RJ, Freeland KE, Clouse RE, Lustman PJ: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 24:1069–1078, 2001
3. Peyrot M, Rubin RR: Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 20: 585–595, 1997
4. Lustman PJ, Anderson RJ, Freeland KE, De Groot M, Carney R, Clouse RE: Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 23:934–942, 2000
5. Rosenthal MJ, Fajardo M, Gilmore S, Morley JE, Nabiloff BD: Hospitalization and mortality of diabetes in older adults: a 3-year prospective study. *Diabetes Care* 21:231–235, 1998
6. Black SA, Markides KS, Ray LA: Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 26:2822–2828, 2003

7. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE: Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 160:3278–3285, 2000
8. Egede LE, Zheng D, Simpson K: Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 25:464–470, 2002
9. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Hirsch IB: The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, selfcare and glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 25:246–252, 2003
10. Beeney LJ, Bakry AA, Dunn SM: Patient psychological and information needs when the diagnosis is diabetes. *Patient Educ and Counseling* 29:109–116, 1996
11. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek F, Matthews D, Skovlund S, the International DAWN Advisory Panel: Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the cross-national diabetes attitudes, wishes and needs (DAWN) study. *Diabet Med* 22: 1379–1385, 2005
12. Lustman PJ, Harper GW: Nonpsychiatric physicians' identification and treatment of depression in patients with diabetes. *Compr Psychiatry* 28:22–27, 1987
13. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV: Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 283:212–220, 2000
14. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM, Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D, Campbell MJ: Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression project randomised controlled trial. *Lancet* 355:50–57, 2000
15. Rubin RR, Peyrot M: Psychosocial problems and interventions in diabetes: a review of the literature. *Diabetes Care* 15: 1640–1657, 1992
16. Snoek FJ, Skinner TC: Psychological counseling in problematic diabetes: does it help? *Diabet Med* 19:265–273, 2002
17. Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S: Systematic review of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 363: 1589–1597, 2004
18. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB: Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebocontrolled trial. *Psychosom Med* 59:241–250, 1997
19. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE: Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 23: 618–623, 2000
20. Alberti G: The DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs) study. *Practical Diabetes Int* 19:22–24, 2002
21. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund S, Snoek F, Matthews D, Landgraf R, Kleinebreil L, the International DAWN Advisory Panel: Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national diabetes attitudes, wishes and needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 28:2673–2679, 2005
22. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund S, Snoek F, Matthews D, Landgraf R, the International DAWN Advisory Panel: Patient and provider perceptions of care for diabetes: results of the cross-national diabetes attitudes, wishes and needs (DAWN) study. *Diabetologia* 49:279–288, 2006

23. Krans HMJ, Porta M, Keen H: *Diabetes Care and Research in Europe: the St. Vincent Declaration Action Programme Implementation Document*. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1992
24. Jacobson AM: The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Eng J Med* 334:1249–1253, 1996
25. Meeuwesen L, Huyse FJ, Meiland FJ, Koopmans GT, Donker AB: Psychiatric consultations in medical outpatients with abdominal pain: patient and physician effects. *Int J of Psychiatry in Med* 24:339–356, 1994
26. Pouwer F, Snoek FJ, van der Ploeg HM, Ader HJ, Heine RJ: Monitoring of psychological well-being in outpatients with diabetes: effects on mood, HbA1c, and the patient's evaluation of the quality of diabetes care: a randomized clinical trial. *Diabetes Care* 24:1929–1935, 2001
27. Rubin RR, Peyrot M, Saudek C: Effect of diabetes education on self-care, metabolic control, and emotional wellbeing. *Diabetes Care* 12:673– 679, 1989
28. Rubin RR, Peyrot M, Saudek C: The effect of a comprehensive diabetes education program incorporating coping skills training on emotional wellbeing and diabetes self-efficacy. *Diabetes Educ* 19:210–214, 1993