

# L'IMPATTO DELL'INSERIMENTO DI NUOVI RUOLI PROFESSIONALI SULLA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE DIABETICO. EVIDENZE DAL PROGETTO EUROPEO MUNROS

## The impact on patients satisfaction of the introduction of new health professional roles. Evidences from the MUNROS EU-funded project

Matteo Ruggeri<sup>1,2,3</sup>, Carlo Drago<sup>4</sup>, Gianfranco Damiani<sup>3,5</sup>, Paolo Francesconi<sup>6</sup>, Elisa Gualdani<sup>6</sup>, Valentina Barletta<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment, Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>2</sup>St. Camillus International University of Health Sciences, Roma

<sup>3</sup>Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

<sup>4</sup>Università Niccolò Cusano, Roma

<sup>5</sup>Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma

<sup>6</sup>ARS Toscana

<sup>7</sup>Azienda USL Toscana Centro SOS DSPO San Giuseppe, Empoli

### Keywords

New professional roles  
Integrated care  
Type 2 diabetes

### Abstract

In this work we will present results relating to the impact of integrated care models on the satisfaction of patients with type 2 diabetes in the Italian context. In particular, attention will be focused on the introduction, within the care pathway of the diabetic patient, of additional professional roles compared to the medical doctors, such as: nurse, pharmacist or other professions (e.g. podiatrist, psychologist). The data were extracted from those collected in the MUNROS project, funded by the European Union in the context of the 7th Framework Program.

Through an analysis of multiple correspondences, an overall satisfaction indicator was constructed. Secondly, through the propensity score matching, we investigated about the variables that had a significant impact on the probability of being treated by Nurses or Pharmacists. This allowed to test whether the inclusion of the pharmacist or nurse in addition to the medical doctor had a statistically significant impact on the patient's satisfaction.

The results of our study show how patients followed by nursing staff with respect to educational support activities, reported a satisfaction indicator of 0.8 against 0.7 of patients who had received assistance only from the doctor. This improvement was statistically significant with a value of  $p < 0.05$ . In the remaining comparisons, an improvement in satisfaction was observed but the differences were not statistically significant.

Our work shows that through the redesign of integrated healthcare according to the logic of the involvement of non-medical health professionals, it would be possible to lighten the workload of doctors without decreasing the level of perceived quality of care.

## Introduzione

I processi di integrazione delle risorse professionali che sono coinvolte nella gestione delle cronicità, meglio noti come "cure integrate", si trovano sempre di più al centro dell'attenzione dei decisori sia a livello europeo che nazionale. L'idea alla base di tali processi è che la delega di alcune attività di educazione e monitoraggio da parte del personale medico verso altre figure professionali, come gli infermieri e i farmacisti, possa rappresentare un'occasione per ridurre i costi lasciando sostanzialmente invariati i livelli di qualità delle cure percepiti dai pazienti [1-7].

---

Corrispondenza: Matteo Ruggeri. Centro Nazionale per l'HTA, Istituto Superiore di Sanità, via Giano della Bella 34, 00161 Roma. E-mail: [matteo.ruggeri@unicatt.it](mailto:matteo.ruggeri@unicatt.it)

Numerosi studi sono stati condotti relativamente agli effetti prodotti dall'introduzione di logiche di lavoro in team nella gestione del diabete. Jesmina et al. [8], nella loro analisi del modello canadese, mostrano che la maggior parte degli indicatori di outcome, la qualità e la continuità delle cure, sono tutti positivamente associati alle pratiche di lavoro in team. Tuttavia non vengono evidenziate relazioni significative che mostrino una diminuzione dei tempi di attesa e di accesso alle cure da parte dei pazienti legata ad un aumento dei livelli di coordinamento fra professionisti sanitari. Già nel 1994 un lavoro dell'*Integrated Diabetes Team* pubblicato sul *British Medical Journal* [9] si prefiggeva l'obiettivo di valutare l'approccio della cura integrata per il diabete. I risultati ottenuti mediante un trial pragmatico randomizzato mostravano come dal punto di vista clinico non ci fossero differenze statisticamente significative tra i pazienti trattati convenzionalmente e quelli con cura integrata, ma la soddisfazione dei pazienti insulino-dipendenti aumentava se assegnati al braccio di cura integrata rispetto al braccio tradizionale. In particolare, i pazienti che ricevevano una cura integrata effettuavano più visite e svolgevano esami e test più frequentemente rispetto ai pazienti del gruppo che riceveva cure convenzionali. Inoltre, i pazienti trattati con cura integrata erano più inclini a credere che la loro condizione fosse sotto il controllo dei loro medici. Il vantaggio più comunemente percepito dell'assistenza integrata era l'accessibilità, il risparmio di tempo e la continuità delle cure. Infine, dal punto di vista economico, i costi per i pazienti trattati con cure integrate erano più bassi rispetto ai pazienti che avevano ricevuto cure convenzionali. Negli anni la gestione integrata nel diabete si è rivelata uno strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti con particolare riguardo all'efficacia degli interventi, all'efficienza delle cure, della salute e della qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata. Oggi sono molti gli approcci di cura integrata implementati in diverse realtà. L'approccio sistemico di tipo *Disease Management*, ad esempio, ampiamente diffuso in campo internazionale, mira a realizzare logiche di integrazione e coordinamento fra professionisti sanitari con il coinvolgimento attivo del paziente, volte al miglioramento della qualità delle cure e degli outcome sanitari. Tale approccio trova la sua applicazione con particolare riferimento alla gestione delle cronicità nel *Chronic Care Model*, che costituisce il riferimento organizzativo di tutte le esperienze più significative in Italia e all'estero. Mattke et al. grazie ad una meta-analisi che ha consentito di effettuare una valutazione dei programmi di *Disease Management*, dimostrano che tale approccio ha migliorato i processi clinici di cura (ad esempio l'aderenza alle linee guida basate sull'evidenza), portato ad un migliore controllo delle malattie, ridotto i tassi di ospedalizzazione e aumentato la soddisfazione dei pazienti e la qualità della vita correlata alla salute [10].

La soddisfazione del paziente può essere utilizzata come indicatore della qualità percepita dell'assistenza [11-14]. La soddisfazione del paziente dipende fortemente dal miglioramento percepito nella qualità della vita e quindi dall'efficacia, dalla sicurezza e dall'adeguatezza dei trattamenti. La percezione che i pazienti hanno della qualità delle cure ricevute è inoltre dipendente dalle modalità di interazione con la forza-lavoro in ambito sanitario. Ciò che condiziona fortemente il rapporto tra professioni sanitarie e pazienti è legato principalmente ai tratti personali dei medici (cordialità, cortesia, rispetto), ai servizi ricevuti (pulizia e qualità del cibo) il tempo trascorso con i pazienti e i fattori relativi alle visite (numero di visite, la durata della visita e il modo in cui le informazioni sulla salute vengono comunicate) [11-13]. Ciò che invece porta ad una riduzione della soddisfazione del paziente è legata alle barriere che riducono la qualità percepita dell'assistenza, che includono scarsa comunicazione e preferenza per un particolare genere di fornitore di assistenza sanitaria. Tuttavia, prendere decisioni, a livello di politica o di singolo fornitore, basandosi esclusivamente sulla soddisfazione del paziente, potrebbe portare a effetti negativi sui costi generali dell'assistenza e su altri indicatori di qualità come i tempi di attesa, le prescrizioni eccessive e i rinvii non necessari. È quindi necessario ricercare un punto di equilibrio tra la massimizzazione della soddisfazione del paziente e la fornitura di cure efficaci e sostenibili [13].

In questo lavoro, con riferimento all'Italia, presenteremo i risultati relativi all'impatto dei modelli di cura integrata sulla soddisfazione dei pazienti affetti da diabete di tipo 2. In particolare l'attenzione sarà concentrata sull'introduzione, all'interno del per-

corso del malato diabetico, di ruoli professionali aggiuntivi rispetto al medico, quali infermiere e farmacista [14]. I dati sono stati estratti da quelli più generali raccolti nell'ambito del progetto *MUNROS*, finanziato dall'Unione Europea nel contesto del *7th Framework Program* [15].

## Metodi

### Il progetto *MUNROS*

Lo studio *MUNROS* (*"Health Care Reform: the impact on practice, outcomes and costs of New roles for health professionals"*), di tipo cross-sectional e di natura osservazionale, finanziato nell'ambito del programma FP7, coinvolge nove Paesi (Repubblica Ceca, Inghilterra, Germania, Italia, Olanda, Polonia, Scozia, Norvegia, Turchia) e ha come obiettivo quello di analizzare le nuove figure professionali e le nuove competenze e responsabilità ricoperte da quelle tradizionali, concentrandosi sui costi sanitari, sugli outcome di salute e sulla soddisfazione dei pazienti allo scopo di migliorare l'integrazione delle cure. Uno dei *work packages* del progetto ha previsto la raccolta di dati primari relativi a pazienti diabetici per comprendere come l'introduzione di nuovi ruoli professionali influenzasse indicatori di qualità percepita dai pazienti, fra cui anche il livello di soddisfazione. Il protocollo dello studio è stato approvato dai comitati etici dei rispettivi Paesi. Per quanto attiene l'Italia, l'approvazione è stata concessa dal comitato etico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore nel 2013.

### Popolazione di studio

I pazienti con diabete di tipo 2 sono stati identificati sia in setting ospedalieri che di cure primarie. I partecipanti sono stati invitati a completare un questionario in cui venivano richiesti dati demografici, stile di vita, esperienze di soddisfazione e assistenza. I Paesi che hanno partecipato al progetto sono stati nove, e sono stati appositamente scelti per evidenziare le differenze nei diversi sistemi di assistenza sanitaria, così da massimizzare la possibilità di osservare un cambiamento di fronte all'introduzione dei nuovi ruoli professionali rispetto a ciò che veniva fatto in precedenza. I Paesi inclusi sono stati: quelli in una fase successiva del processo di transizione da sistemi altamente centralizzati (Repubblica Ceca e Polonia); quelli all'avanguardia dell'innovazione (Paesi Bassi, Scozia e Inghilterra); quelli caratterizzati da sistemi più consolidati e stabili (Germania, Italia e Norvegia) e dalla Turchia, un Paese riformatore di successo nel suo sistema sanitario. Per quanto attiene al diabete di tipo 2, però, non sono stati raccolti questionari per i Paesi Bassi e la Germania.

In questo studio mostreremo i risultati relativi ai pazienti italiani. Costoro sono stati reclutati nella Regione Toscana, che da diversi anni ormai ha applicato il *Chronic Care Model* puntando sul concetto di "medicina di iniziativa", che si basa sulla capacità di coinvolgimento proattivo del paziente mediante attività di supporto educativo e *counseling*. Tale realtà può essere considerata una delle declinazioni più efficaci ed efficienti del *Chronic Care Model* sul territorio italiano.

I partecipanti erano pazienti che frequentavano l'ospedale reclutato o l'unità di assistenza primaria associata e che soddisfacevano i seguenti criteri di inclusione:

- uomo o donna di età uguale o superiore a 21 anni;
- in cura per il diabete di tipo 2;
- capace di comprendere lo scopo dello studio e di completare il questionario;
- con almeno due anni di follow-up.

### Intervento

L'intervento che si è voluto testare è consistito nel coinvolgimento di professionisti sanitari diversi dal medico nel modello di presa in carico di pazienti diabetici. In particolare, le professionalità su cui si è concentrata l'attenzione sono stati:

- a) infermieri,
- b) farmacisti.

Le attività in cui i professionisti erano coinvolti sono state individuate in:

- a) supporto educativo,
- b) monitoraggio.

Nel primo set di attività rientravano: il *counseling*, la fornitura di materiale informa-

tivo, indicazioni sulla corretta autosomministrazione dei farmaci e sui corretti stili di vita. Nel *set* di attività riguardanti il monitoraggio, invece, rientravano: la misurazione della pressione arteriosa, il controllo glicemico, il controllo del peso e del *Body Mass Index* (BMI) e il monitoraggio del piede diabetico.

### Struttura del questionario e variabile di risposta

Il questionario era diviso in sei parti:

- Parte 1: relativa all'anagrafica e alla salute percepita dal paziente (tramite il questionario *EuroQoL*).
- Parte 2: riguardava le cure ricevute per la patologia in esame e la figura professionale che era entrata in contatto con il paziente per fornirgli educazione (rispetto agli stili di vita, al corretto utilizzo della terapia, ecc.) e monitoraggio (misurazione della pressione arteriosa, test della glicemia ecc.). Le figure professionali venivano divise in cinque macro-categorie: *staff* medico, *staff* infermieristico, farmacisti, professionisti collegati alla sanità (psicologi, terapisti occupazionali, psicoterapeuti, dietologi...) e altre figure professionali sanitarie.
- Parte 3: il paziente esprimeva una valutazione circa il livello di coordinamento tra i molteplici dottori/specialisti e il loro *staff* di supporto dentro e fuori l'ospedale e valutava su una scala da 1 (estremamente insoddisfatto) a 7 (estremamente soddisfatto) la sua soddisfazione durante l'ultima visita in ospedale o nello studio del medico/specialista in riferimento a: tempi di attesa, fornitura delle cure, continuità della cura, lunghezza della visita, informazioni ricevute, frequenza delle visite e soddisfazione circoscritta all'ultima visita;
- Parte 4: riguardava l'utilizzo dei servizi sanitari a seconda che si trattasse di pazienti ricoverati (in modo pianificato e non) o pazienti che avevano avuto accesso alle cure in ospedale (come pazienti ambulatoriali) negli ultimi tre mesi;
- Parte 5: veniva richiesta al paziente la disponibilità a pagare per una visita ideale, con la supplementare specifica di indicare un valore;
- Parte 6: vi era un elenco di caratteristiche demografiche relative al singolo paziente (peso, istruzione, occupazione, reddito, stili di vita).

Una volta analizzate le informazioni presenti nel dataset relativo al questionario per i pazienti, sotto un'ottica descrittiva, è stata costruita una variabile che potesse essere esplicativa del livello di soddisfazione generale del paziente rispetto all'assistenza ricevuta, così da poter racchiudere, all'interno di una sola, tutti gli aspetti relativi alla soddisfazione nella parte 3 del questionario. Per costruire tale variabile è stata condotta una analisi delle corrispondenze multiple, che è un tipo di analisi fattoriale basato sulla costruzione di nuove variabili "sintetiche" (dette fattori), ottenute da combinazioni lineari delle variabili originarie. Rappresenta uno strumento per lo studio delle relazioni tra un certo numero di caratteri statistici qualitativi, ognuno caratterizzato da  $m_j$  modalità ( $j=1, \dots, p$ ). Nel nostro caso le variabili attive utilizzate per costruire l'indice sintetico di soddisfazione erano relative alle risposte date dai pazienti rispetto ai livelli di soddisfazione su otto dimensioni:

- 1) tempi di attesa,
- 2) lunghezza della visita,
- 3) fornitura delle cure,
- 4) continuità della cura,
- 5) lunghezza della visita,
- 6) informazioni ricevute,
- 7) frequenza delle visite,
- 8) soddisfazione circoscritta all'ultima visita effettuata.

Ciascuna di queste dimensioni prevedeva sette livelli (modalità) di soddisfazione (con il livello 1 che rappresentava il minimo). Utilizzando tali informazioni, lo score complessivo di soddisfazione è stato costruito individuando, attraverso l'analisi delle corrispondenze multiple, una graduatoria che consentisse di classificare le dimensioni a partire dalla più rilevante, attribuendo poi un sistema di pesi basato sulle frequenze di risposta relative ai singoli livelli e che consentisse all'indicatore complessivo di soddisfazione di assumere il profilo di variabile continua, con la possibilità di assumere valori fra 0 ed 1 (massima soddisfazione).

## Analisi statistica

L'analisi descrittiva si è inizialmente sviluppata su informazioni generali (numero di intervistati, età media tra uomini e donne, fase del trattamento), successivamente invece è stata focalizzata l'attenzione sulle diverse variabili collegate alla soddisfazione del paziente.

In secondo luogo è stato condotto un quasi-esperimento, ovvero uno studio che utilizza una metodologia di randomizzazione *ex post* a seconda delle variabili di interesse presenti in uno studio osservazionale, utilizzando il *propensity score* come strumento per individuare gli accoppiamenti fra gruppo di trattamento e controlli sulla base di alcune caratteristiche di interesse e note. Tale metodo ha consentito di stimare gli effetti sulla soddisfazione dei pazienti diabetici dovuti alla presenza di un professionista sanitario (infermiere o farmacista) coinvolti nel fornire attività educazionali e/o monitoraggio a supporto del medico. In primo luogo sono stati prodotti sei modelli di regressione logit al fine di stimare l'impatto di alcune caratteristiche basali del campione sulla probabilità dei pazienti di ricevere in alternativa:

1. monitoraggio da infermieri;
2. monitoraggio da farmacisti;
3. supporto educativo da infermieri;
4. supporto educativo da farmacisti;
5. monitoraggio e/o supporto educativo da infermieri;
6. monitoraggio e/o supporto educativo da farmacisti.

Le variabili indipendenti incluse nel modello, rappresentative delle caratteristiche di base dei pazienti e necessarie per l'identificazione di criteri di randomizzazione *ex post* che fossero coerenti, sono state:

- età (variabile continua);
- genere (con valore 1 in caso di appartenenza al genere femminile);
- livello di istruzione (variabile dicotomica rispetto al diploma di scuola secondaria)
- presenza di comorbidità associate al diabete di tipo 2 (variabile dicotomica con valore 1 in caso di sussistenza di comorbidità).

In terzo luogo, utilizzando il *propensity score*, i pazienti appartenenti ai sei gruppi di intervento sono stati appaiati con rapporto 1:1 a pazienti aventi le stesse caratteristiche di base ma che avessero ricevuto supporto educativo o monitoraggio o entrambi dai soli medici. L'appaiamento è stato effettuato con reinserimento dei controlli.

I confronti si sono sviluppati osservando le variazioni nella variabile risposta ottenuta nell'analisi delle corrispondenze multiple. La significatività statistica delle differenze è stata infine verificata tramite un t-test appaiato.

## Risultati

### Baseline

Le risposte sono state ricevute da 289 pazienti.

La **Tabella 1** presenta una descrizione della situazione "pre appaiamento", con i valori medi degli indicatori di soddisfazione ricavati dall'analisi delle corrispondenze multiple, a seconda di alcune caratteristiche basali di cui sono riportate le relative numerosità.

Dalla tabella emerge come le attività inerenti il supporto educazione generino maggiori livelli di soddisfazione. Sia il supporto del medico che quello del farmacista e dell'infermiere sembrano essere associati ad alti livelli di soddisfazione. Inoltre emerge come le donne abbiano un livello di soddisfazione maggiore rispetto agli uomini e che anche i soggetti con un grado di istruzione più elevato (laurea) siano maggiormente soddisfatti, così come i pazienti con età maggiore di 60 anni.

**Tabella 1** Livelli di soddisfazione.

CARATTERISTICHE	SODDISFAZIONE	
	supporto educativo (n= 243)*	monitoraggio (n = 187)*
<b>Totale</b>	<b>0,74</b>	<b>0,75</b>
<b>Caratteristiche del paziente</b>		
Uomini (n=157)	0,72	0,75
Donne (n=132)	0,75	0,77
Scuola media (n = 143)	0,62	0,52
Scuola superiore (n = 102)	0,64	0,67
Laurea (n = 44)	0,74	0,82
Età < 60 (n =162)	0,61	0,58
Età > 60 (n =127)	0,85	0,82
<b>Figura professionale coinvolta</b>		
Farmacista (n =62)	0,82	0,86
Infermiere (n =194)	0,87	0,90
Medico (n = 231)	0,86	0,85
Altro professionista (n =15)	0,74	0,72

\*numerosità totale dei pazienti che hanno ricevuto monitoraggio e/o supporto educativo indipendente dalla figura professionale.

### Analisi multivariata

La **Tabella 2** mostra i risultati dell'analisi multivariata condotta utilizzando il metodo logit. Il risultati mostrano che le variabili basali con più alto impatto sull'aumento di probabilità di ricevere monitoraggio e/o educazione da parte sia del farmacista che dell'infermiere sono la presenza di comorbidità e l'età. La variabile di genere (in questo caso il sesso femminile) ha un impatto generalmente negativo ma non significativo. Il solo caso in cui il sesso femminile ha un impatto positivo e significativo ( $p < 0,1$ ) è sulla probabilità di ricevere monitoraggio dal farmacista.

La **Tabella 3** mostra invece i risultati dei quasi esperimenti rispetto ai livelli di soddisfazione dei pazienti che ricevano monitoraggio e/o educazione dai farmacisti o dagli infermieri in confronto con i medici. In generale i risultati sembrano mostrare un aumento dei livelli di soddisfazione dei pazienti che vedono coinvolti nel loro percorso infermieri e farmacisti. Tuttavia, l'unico caso in cui il confronto è da considerarsi significativo è quello in cui i pazienti ricevano educazione dall'infermiere.

**Tabella 2** Analisi multivariata (n =231).

Variabili	Farmacista			Infermiere		
	Educazione	Monitoraggio	Educazione e/o Monitoraggio	Educazione	Monitoraggio	Educazione e/o Monitoraggio
<b>Età</b>	6,71*	3,27*	11,51**	2,46**	6,71*	7,42**
<b>Comorbidità</b>	12,28**	12,84**	14,8**	6,73**	9,50**	8,83**
<b>Istruzione secondaria</b>	5,51	7,72	4,21	7,12	10,03	2,76
<b>Genere femminile</b>	-3,91	2,52*	-8,01	-2,41	-2,38	-2,01

\* $p < 0,10$ ; \*\*  $p < 0,05$

**Tabella 3** Risultati dei confronti fra livelli di soddisfazione utilizzando l'appaiamento per *propensity score* (numero di osservazioni).

Attività	Farmacista+Medico vs Medico		Infermiere+Medico vs Medico	
Educazione	0,76 (n=32)	0,69 (n=32)	0,80** (n=34)	0,70 (n=34)
Monitoraggio	0,83 (n=24)	0,81 (n=24)	0,74 (n= 19)	0,78 (n =19)
Educazione e/o monitoraggio	0,85 (n=18)	0,82 (n=118)	0,87 (n=21)	0,83 (n=21)

\* $p < 0,10$ ; \*\*  $p < 0,05$ .

## Discussione

Il nostro studio dimostra come la percezione del paziente da un punto di vista di soddisfazione del servizio percepito sia strettamente legato alle figure professionali sanitarie con cui viene a contatto. In particolare, su un campione di pazienti italiani presi in carico dalla rete di cure integrate della Regione Toscana, abbiamo dimostrato come il supporto educativo fornito dall'infermiere, che affianca il medico nella gestione di pazienti diabetici, aumenta i livelli di soddisfazione. Questi risultati non sono confermati nel caso del coinvolgimento dell'infermiere in attività di monitoraggio. Il nostro studio ha preso in considerazione anche l'inserimento del farmacista all'interno del percorso del paziente. Tuttavia, i risultati non sono significativi. Uno dei motivi potrebbe essere la bassa numerosità di pazienti che hanno ricevuto supporto educativo o monitoraggio da queste figure professionali. Ulteriori studi potranno esplorare il ruolo del farmacista in modo più robusto.

I nostri risultati si integrano con alcune tendenze già riscontrabili in letteratura che, sebbene siano state prodotte con metodi diversi ed abbiano investigato aspetti relativi all'introduzione di nuovi ruoli professionali differenti dalla soddisfazione dei pazienti, possono essere ricondotte ad un unico razionale di riferimento. Secondo Ouwens et al. [8] la figura dell'infermiere contribuisce a guidare i cambiamenti che stanno avvenendo nell'assistenza sanitaria, partecipando a pieno titolo al team interprofessionale. Questi cambiamenti richiedono un set nuovo o migliorato di conoscenze, abilità e attitudini in materia di benessere e assistenza della popolazione con una rinnovata attenzione per la centralizzazione del paziente, il coordinamento delle cure, l'analisi dei dati e il miglioramento della qualità. Inoltre, anche con riferimento al tipo di attività che vengono messe in atto, i risultati del nostro studio tendono a confermare precedenti evidenze. In uno studio condotto da Wilkes et al. [9] che aveva l'intento di definire il ruolo dell'infermiere in un team multidisciplinare nella gestione di malattie croniche e complesse, i risultati principali mostrano che le attività svolte dagli infermieri possono essere ricondotte a 6 ruoli chiave: consigliere, sostenitore, coordinatore, educatore, membro del team e valutatore. Il rapporto di lavoro dell'infermiere con gli altri professionisti della salute coinvolti nel team agevola questi ultimi alla comprensione dell'approccio della cura integrata, rendendo i team più efficaci. In precedenza, Baker et al. [10] ad esempio, avevano adottato un approccio coordinato per monitorare gli standard di pratica tra gli infermieri specialisti all'interno dei team di valutazione dello screening del seno nel West Midland. I risultati mostravano che la maggior parte delle donne che partecipavano alla valutazione dello screening del seno percepiva l'interazione con un infermiere specialista come altamente benefica per supporto psicologico e informazioni fornite.

Il nostro studio è uno dei pochi ad estrapolare l'impatto del ruolo dell'infermiere sui livelli di soddisfazione dei pazienti diabetici. Il motivo è dovuto alla complessità della patologia che rende difficile l'arruolamento e soprattutto la randomizzazione dei pazienti. Tale problema non è solo relativo alle condizioni cliniche ma anche all'interazione di fattori ambientali, familiari e socio-culturali, che hanno inevitabilmente un impatto sulle modalità di reazione (es.: i livelli di coinvolgimento del paziente) soprattutto in riferimento alle attività di supporto educativo svolte dai professionisti sanitari. L'approccio del quasi-esperimento mediante un processo di randomizzazione fittizia effettuato tramite l'utilizzo del *propensity score* ha consentito di condurre tale analisi in un'ottica comparativa, utilizzando dati raccolti in un contesto non controllato. Il nostro studio utilizza dati provenienti dalla regione Toscana, in cui, grazie all'implementazione del programma di medicina di iniziativa, il ruolo dei professionisti sanitari a supporto del medico è più facilmente osservabile. Tuttavia, tale caso non esaurisce la complessità dello scenario italiano. Anche in altre realtà il ruolo dell'infermiere nell'ottica della *Community Care* ha raggiunto maggiore importanza. In Emilia Romagna, ad esempio, nel 2011, è nata la Casa della Salute: sede di erogazione dell'insieme delle cure primarie rappresentate dai servizi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie. La Casa della Salute, come sistema integrato di servizi, si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: accoglienza e orientamento ai servizi; assistenza ambulatoriale per problemi urgenti; possibilità di completare i principali

percorsi diagnostici che non richiedono l'accesso in ospedale; gestione delle patologie croniche; integrazione e valorizzazione delle competenze delle diverse professionalità coinvolte; condivisione dei percorsi assistenziali.

Ulteriori studi, in un contesto assistenziale diverso, potranno approfondire con maggior dettaglio i risultati ottenuti anche con particolare riferimento alle altre figure professionali (ad esempio il farmacista) e ad altri percorsi di presa in carico di malati cronici (BPCO, Cardiovascolare...).

In un contesto di cambiamento degli scenari di presa in carico e, più in generale della gestione delle cronicità, i *decision makers* dovranno affrontare sfide di sostenibilità sempre più complesse. Oltre che all'introduzione di nuove tecnologie, una attenzione sempre maggiore sarà da rivolgere alla costruzione efficace ed efficiente di nuove architetture organizzative. Il settore sanitario, per quanto pervaso da una alta complessità tecnologica, rimane *labor intensive*. Per questo motivo, l'aumento dei livelli di efficienza dei percorsi assistenziali non può che passare da un ripensamento dei ruoli dei professionisti sanitari. Nondimeno, la ristrutturazione di tali percorsi non potrà essere esente dal preservare gli attuali livelli di qualità dell'assistenza. Per questo motivo, lo studio delle relazioni fra introduzione di nuove figure professionali nei percorsi e livelli di soddisfazione appare quanto mai attuale, sia al fine di comprendere se le azioni finora svolte sono da considerarsi riuscite, sia nel caso in cui si debba scegliere quali direzioni far prendere al processo di ristrutturazione dei sistemi di presa in carico.

## Bibliografia

- [1] Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organizations in the English NHS? The King's Fund 2010; London.
- [2] Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. The King's Fund 2010; London.
- [3] Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews; International Journal for Quality in Health Care 2005; 17(2): 141-46.
- [4] Schoenfelder T. Patient Satisfaction: A valid indicator for the quality of primary care, Primary Health Care 2010; 2: e106.
- [5] Jesmina S, Thinda A, Sarma S. Does team-based primary health care improve patients' perception of outcomes? Evidence from the 08 2007 Canadian Survey of Experiences with Primary Health Health Policy 2008; 105: 71-83.
- [6] Diabetes Integrated Care Evaluation Team. Integrated care for diabetes: clinical, psychosocial and economic evaluation; British Medical Journal 1994; 308.
- [7] Mattke S, Seid M, Ma S. Evidence for the effect of disease management: is \$1 billion a year a good investment; American Journal of Managed Care 2007; 13(12): 670-6.
- [8] Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews; International Journal for Quality in Health Care 2005; 17(2): 141-46.
- [9] Wilkes L, Cioffi J, Cummings J, Warne B, Grad Cert Aged Care, Harrison K. Clients with chronic conditions: community nurse role in a multi-disciplinary team; Journal of Clinical Nursing 2013; 23(5-6): 844-55.
- [10] Baker J Patient satisfaction with clinical nurse specialists practice. Nursing standard 2013; 27 (37): 41-47.
- [11] Lee T, Choi KC, Chan CW, Chair SY, Chan D, Fung SY, Chan EL. The impact on patient health and service outcomes of introducing nurse consultants: a historically matched controlled study; BMC Health services research 2013; Oct 23; 13: 431.
- [12] Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units; International Journal for Quality in Health Care 2001; 13 (5): 385-90.
- [13] Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction; Social Science & Medicine 2001; 52 (4): 609-620.
- [14] Tinelli, M, Ryan, M, Bond, C. Patients' preferences for an increased pharmacist role in the management of drug therapy International Journal of Pharmacy Practice 2009; 17(5): 275-82.
- [15] Bond C, Bruhn H, De Bont A, Van Exel J, Busse R, Sutton M, Svobodova H. The iMPact on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfeSSionals: a study protocol for MUNROS; BMJ open 2016; 6(4).