

HEALTH NEEDS ASSESSMENT

Sintesi di una selezione di articoli sul tema

INDICE

1. [Wright J, Williams R, Wikinson JR “Development and importance of health needs assessment”, BMJ 1998; 316: 1310-1313 \(25 April\)](#)
2. [Williams R, Wright J “Epidemiological issues in health needs assessment”, BMJ 1998; 316: 1379-1382 \(2 May\)](#)
3. [Stevens A, Gillam S “Needs assessment: from theory to practice”, BMJ 1998; 316: 1448-1452 \(9 May\)](#)
4. [Wilkinson JR, Murray SA “Assessment in primary care: practical issues and possible approaches”, BMJ 1998; 316: 1524-1528 \(16 May\)](#)
5. [Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford RJ, Mort M. “Whose priorities? Listening to users and the public”, BMJ 1998; 316: 1668-1670 \(30 May\)](#)
6. [Wright J, Walley J “Assessing health needs in developing countries”, BMJ 1998; 316: 1819-1823 \(13 June\)](#)
7. [Petrou S “Health needs assessment is not required for priority setting”, BMJ 1998; 317:1154 \(24 October\)](#)

Gli articoli originali possono essere scaricati gratuitamente dal sito web del British Medical Journal: www.bmj.com

1. Sintesi liberamente tratta da Wright J, Williams R, Wikinson JR ***“Development and importance of health needs assessment”***, BMJ 1998; 316: 1310-1313 (25 April)

Un approccio sistematico per l'accertamento dei bisogni di salute della collettività è molto importante per una corretta programmazione ed erogazione dei servizi sanitari, in modo da utilizzare le risorse disponibili per rispondere ai bisogni reali della popolazione. Un “bisogno” di salute può essere definito come la capacità di trarre beneficio non solo da un qualsiasi intervento di assistenza sanitaria, ma anche da modificazioni di tutti i determinanti sociali ed ambientali che influenzano in modo rilevante lo stato di salute; ne consegue che molti bisogni di salute non possono essere affrontati con interventi di tipo medico. L'accertamento dei bisogni di salute consiste in un metodo sistematico (non basato soltanto sull'ascolto dei pazienti o sull'esperienza personale dei singoli medici) per l'individuazione dei problemi e dei bisogni di salute della collettività, in modo da poter attuare interventi idonei; bisogna inoltre stabilire delle priorità (attraverso un approccio epidemiologico e qualitativo) in base a considerazioni cliniche, di costo-efficacia e tenendo presente il punto di vista dei pazienti. Questo processo è anche utile per il monitoraggio e la promozione dell'equità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e per affrontare il problema delle disuguaglianze.

Alcuni approcci di accertamento dei bisogni di salute sono falliti per diversi motivi: non chiara comprensione di come deve essere affrontato questo processo, mancanza di tempo, risorse e impegno, difficoltà nell'integrare i risultati ottenuti con la pianificazione in modo da produrre un reale cambiamento.

La serie di articoli seguenti riporta diversi approcci di accertamento dei bisogni.

L'articolo originale può essere scaricato gratuitamente all'indirizzo:

<http://bmj.com/cgi/content/full/316/7140/1310?view=full&pmid=9554906>

2 Sintesi liberamente tratta da Williams R, Wright J ***“Epidemiological issues in health needs assessment”***, BMJ 1998; 316: 1379-1382 (2 May)

L'epidemiologia è in grado di fornire strumenti utili per descrivere i bisogni di salute di una collettività in rapporto a specifiche malattie. Per completare il processo di accertamento dei bisogni di salute, oltre alle stime della distribuzione di specifiche malattie, sarà poi necessario effettuare anche considerazioni sui servizi esistenti, sull'efficacia e sul rapporto costo-efficacia dei vari interventi.

Per l'accertamento dei bisogni da un punto di vista epidemiologico, bisogna:

- dare una corretta definizione di “caso”, che potrà essere modificata nel tempo, in base all'acquisizione di nuove conoscenze, ma che non dovrà cambiare dal punto di vista spaziale per poter generalizzare i risultati ottenuti;
- ricorrere a dati di incidenza (numero di nuovi casi osservati sulla popolazione che può generare l'evento) e prevalenza (numero di casi già presenti sulla popolazione che può generare l'evento) che rappresentano sicuramente un punto di partenza per l'accertamento dei bisogni, anche se non sempre coincidono esattamente con i bisogni.

Esistono quattro criteri che, se rispettati, permettono di effettuare delle generalizzazioni, ovvero di estendere i risultati ottenuti in uno studio a popolazioni diverse da quella iniziale, permettendo quindi di ottenere informazioni sui bisogni di salute della popolazione locale a partire da studi precedenti, risparmiando tempo e risorse:

- correttezza delle definizioni di “caso”;
- attualità dell'informazione ricavata dallo studio;
- validità dello studio per quanto riguarda la rilevazione dei casi e la misura degli altri dati demografici;
- stratificazione dei dati per i fattori confondenti noti.

Gli studi su popolazioni locali di dimensioni molto esigue presentano inoltre problemi statistici, soprattutto nel caso di malattie rare; al proposito, la dimensione minima della popolazione dovrebbe essere determinata in base alla frequenza dell'evento, all'impatto della condizione su coloro che ne vengono colpiti ed al costo del trattamento.

Da queste considerazioni emerge l'utilità del ricorso a banche-dati nazionali che, nonostante possano presentare qualche problema di precisione, possono essere usate per estrapolare una valida descrizione dello stato di salute e dell'utilizzo dei servizi in una ben definita popolazione locale.

L'articolo originale può essere scaricato gratuitamente all'indirizzo:

<http://bmj.com/cgi/content/full/316/7141/1379?view=full&pmid=9563997>

3. Sintesi liberamente tratta da Stevens A, Gillam S “*Needs assessment: from theory to practice*”, BMJ 1998; 316: 1448-1452 (9 May)

Nel campo dell’assistenza sanitaria, attraverso il processo di accertamento dei bisogni, si mira a reperire le informazioni necessarie per attuare dei cambiamenti in grado di incidere positivamente sulla salute della popolazione, tenendo presente che spesso le risorse disponibili sono finite.

Partendo dalla definizione di *bisogno di assistenza sanitaria* come “capacità di trarre beneficio dall’assistenza sanitaria”, questi benefici possono essere determinati considerando sia dati epidemiologici che analisi di costo-efficacia, assieme ad approcci metodologici “comparativi” e “corporativi”. In pratica, se l’accertamento dei bisogni deve essere finalizzato ad un cambiamento, bisogna sapere cosa cambiare e come cambiare. Questo richiede innanzitutto un’analisi dei servizi esistenti: il servizio in esame va scomposto in tante subunità significative, poi si decide cosa misurare, cercando di ottenere informazioni sintetiche. Gli approcci corporativi di accertamento dei bisogni prevedono la raccolta sistematica delle conoscenze e dei punti di vista di tutti coloro che possono fornire informazioni sui servizi sanitari e sui bisogni (personale coinvolto nell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari, clinici e medici di medicina generale fornitori di assistenza sanitaria, utilizzatori dei servizi); questo approccio quindi tiene presente la realtà e le circostanze locali. Gli approcci comparativi di accertamento dei bisogni si basano sul confronto tra i servizi offerti alla popolazione di una certa area geografica e quelli offerti in altre, per valutare se il livello di quel servizio si discosta notevolmente da quello fornito altrove. Ci sono poi gli approcci metodologici epidemiologici e di costo-efficacia che prevedono diverse fasi, di cui molto importante è la determinazione dell’efficacia di un certo intervento, per capire che cosa è efficace e per chi.

Il processo di accertamento dei bisogni di salute deve essere trasformato in uno strumento pratico e concreto e, per questo, è importante soddisfare i seguenti requisiti:

- reperire informazioni locali e di buona qualità sui servizi esistenti, sull’incidenza e la prevalenza di una certa condizione nei gruppi e nei sottogruppi che ricorrono a quel servizio, sull’efficacia degli interventi. Ciò non è facile, ma spesso i dati nazionali epidemiologici e di efficacia possono essere un utile punto di partenza;
- coinvolgere i professionisti della salute
- fare in modo che il processo di accertamento dei bisogni sia in stretto rapporto con il processo di pianificazione, in modo che esso porti veramente ad un miglioramento dei servizi offerti
- assicurare che il processo di accertamento dei bisogni non sia solo efficace, ma anche efficiente e efficace in rapporto ai costi.

L’articolo originale può essere scaricato gratuitamente all’indirizzo:

<http://bmj.com/cgi/content/full/316/7142/1448?view=full&pmid=9572762>

4. Sintesi liberamente tratta da Wilkinson JR, Murray SA ***“Assessment in primary care: practical issues and possible approaches”***, BMJ 1998; 316: 1524-1528 (16 May)

E' necessaria una strategia sistematica di accertamento dei bisogni di salute per favorire il processo di definizione delle priorità e permettere cambiamenti in grado di soddisfare i bisogni locali di salute. Questo processo può essere condotto a diversi livelli (internazionale, nazionale, regionale, ministeriale, locale, di specifiche settori di attività, di piccolo quartiere, individuale) e vari approcci (da quelli globali a quelli specifici per malattie) possono essere utilizzati ad ogni livello; inoltre esistono differenti fonti d'informazione e metodiche di accertamento dei bisogni.

Gli approcci di accertamento dei bisogni possono essere condotti in forma individuale o da gruppi di lavoro (composti da personale della comunità, dell'ospedale, di altri servizi, dal volontariato ...) e condotti con il coinvolgimento della popolazione. I gruppi di lavoro offrono grossi vantaggi, in quanto permettono un maggior coinvolgimento e raccolgono diverse esperienze, informazioni e punti di vista.

All'inizio il processo di accertamento dei bisogni dovrebbe portare a risultati rapidi, in modo da stimolare tutti i partecipanti ad andare avanti nel processo. Nella maggior parte dei casi, le priorità dipendono dalle caratteristiche demografiche, dalle malattie più comuni e dai bisogni sociali della popolazione; bisogna considerare la frequenza, l'impatto ed il costo della varie malattie.

L'approccio che viene proposto in questo articolo è attuabile per singoli settori di attività, per gruppi di attività e per popolazioni di circa 100.000 persone (le dimensioni dei nuovi gruppi di assistenza primaria) e consiste di cinque fasi:

- raccogliere informazioni sulla pratica clinica quotidiana per evidenziare i bisogni di salute nel campo dell'assistenza primaria;
- raccogliere dati sull'ospedalizzazione (l'utilizzo dell'ospedale però è spesso influenzato più dalla domanda e dall'offerta che dal bisogno), dati sull'utilizzo dei servizi territoriali e dati del censimento (per mettere in luce le diseguaglianze sociali di salute). Si possono effettuare incontri per presentare questi dati, in modo da raccogliere le diverse opinioni su quali sono i bisogni;
- coinvolgere la popolazione; spesso i professionisti della salute considerano i bisogni di salute in termini di servizi e prestazioni sanitarie, mentre i cittadini potrebbero avere un'opinione diversa su cosa potrebbe renderli "più sani" (lavoro, abitazione, mezzi di trasporto pubblici ...);
- intraprendere indagini, tramite posta, per ricavare informazioni sulla morbosità che non possono essere facilmente reperite da altre fonti;
- confronto delle informazioni ottenute dalle diverse fonti, per definire le priorità.

Il processo di accertamento dei bisogni è ciclico: la valutazione di quanto sono state soddisfatti i bisogni mette in luce i bisogni che non sono ancora stati affrontati, anche perché i bisogni cambiano nel tempo. Tutto questo richiede tempo e risorse; inoltre, molti importanti bisogni di salute non possono essere affrontati soltanto dai servizi sanitari.

L'articolo originale può essere scaricato gratuitamente all'indirizzo:

<http://bmj.com/cgi/content/full/316/7143/1524?view=full&pmid=9582151>

5. Sintesi liberamente tratta da Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford RJ, Mort M. **“Whose priorities? Listening to users and the public”**, BMJ 1998; 316: 1668-1670 (30 May)

In questi ultimi anni il coinvolgimento pubblico nella definizione dei bisogni di salute è aumentato, tuttavia la qualità di queste consultazioni sulle priorità dell'assistenza sanitaria è ancora discutibile. I vari approcci utilizzati possono essere classificati in base al fatto che forniscano o meno informazioni (“*informed*”, “*uninformed*”) a chi vi partecipa ed al fatto che permettano o meno di prendere parte a discussioni e dibattiti per arrivare a raccomandazioni (“*deliberated*”, “*undeliberated*”). Le giurie dei cittadini e le consultazioni di gruppi di utenti soddisfano entrambi i criteri, mentre i questionari semplici non ne soddisfano alcuno; i *focus group* stimolano la discussione ma senza fornire informazioni, nella situazione opposta sono i questionari contenenti informazioni scritte. Tutti questi approcci possono essere soggetti a critiche. Alcuni studi hanno dimostrato che le metodiche “*informed*” e “*deliberated*” stimolano la partecipazione alla definizione delle priorità.

Esistono diversi motivi per cui bisognerebbe coinvolgere le comunità locali nelle decisioni che riguardano l'erogazione dell'assistenza primaria: definire i bisogni solo sulla base dell'esperienza dei medici di medicina generale potrebbe essere pericoloso, in quanto la percezione dei bisogni da parte dei medici differisce da quella dei pazienti e la domanda è diversa dal bisogno. Il coinvolgimento delle comunità locali deve comunque essere condotto correttamente, permettendo la partecipazione al processo decisionale anche alle persone appartenenti a gruppi di popolazione svantaggiati, per garantire che venga rispettato il principio dell'equità nell'assistenza sanitaria.

I professionisti della salute attualmente non sono molto preparati a confrontarsi con il coinvolgimento pubblico; questo comporta infatti di lavorare con dei gruppi che rappresentano diversi interessi della comunità e tutto ciò richiede grosse abilità e flessibilità. D'altra parte, la popolazione locale non è abituata ad assumere un ruolo attivo. Un ulteriore problema è costituito dal fatto che questo processo di accertamento dei bisogni, realizzato con la partecipazione della collettività, porterà verosimilmente ad evidenziare bisogni diversi e forse anche contrastanti tra loro, con la conseguenza che sarà difficile confrontare questi differenti punti di vista ed opinioni.

Esistono dunque grosse difficoltà e sono necessari anche cambiamenti nell'organizzazione e nel finanziamento dell'assistenza primaria; tuttavia, ci sono grandi possibilità per un accertamento dei bisogni basato sul coinvolgimento della comunità, nell'ambito dell'assistenza primaria, al fine di garantire la promozione della salute e la riduzione delle disuguaglianze.

L'articolo originale può essere scaricato gratuitamente all'indirizzo:

<http://bmj.com/cgi/content/full/316/7145/1668?view=full&pmid=9603758>

6. Sintesi liberamente tratta da Wright J, Walley J “*Assessing health needs in developing countries*”, BMJ 1998; 316: 1819-1823 (13 June)

Nei Paesi in via di sviluppo, affinché i servizi sanitari siano in grado di rispondere ai bisogni di salute delle popolazioni locali, servono informazioni accurate e aggiornate. Queste ultime possono essere reperite da:

- *database sanitari di routine*: possono essere nazionali, regionali o locali; essi possono consentire la realizzazione di un’analisi epidemiologica sullo stato di malattia, tuttavia le informazioni sono spesso imprecise, incomplete, non aggiornate e spesso è difficile generalizzare le informazioni ottenute. Informazioni più dettagliate, pertinenti e accurate su uno specifico problema possono essere ottenute da studi di popolazione, che però richiedono tempo ed hanno elevati costi economici;
- *valutazioni da parte della comunità*: si tratta di metodiche di accertamento dei bisogni attuate con il coinvolgimento delle popolazioni locali. Esse consentono di evidenziare i bisogni della popolazione, di promuovere la partecipazione delle comunità nella pianificazione sanitaria e di evidenziare i punti di forza e di debolezza dei servizi così come vengono percepiti dalla comunità.

Nel processo di accertamento dei bisogni sarebbe bene utilizzare entrambe le fonti di informazioni, in modo da consentire il controllo e la validazione dei risultati, e quindi la possibilità di generalizzare i risultati.

Nei Paesi in via di sviluppo, in situazioni di emergenza, indipendentemente dalla causa, i bisogni di salute sono sempre simili: acqua pulita in quantità adeguata, misure igieniche, cibo in quantità sufficiente, possibilità di riparo (compresi vestiti e coperte), assistenza sanitaria essenziale. Sono inoltre importanti il coinvolgimento della comunità, un buon sistema di sorveglianza dello stato di salute e di malnutrizione e la pianificazione per il futuro.

Il peso globale di malattia, che deve tener conto sia della morbosità che della mortalità, può essere espresso attraverso il DALY (anni di vita aggiustati per la disabilità). L’utilizzo del DALY, pur presentando alcuni limiti (ad esempio, possibile incompletezza dei dati necessari per calcolarlo), è utile per identificare i bisogni di salute internazionali e per pianificare i servizi sanitari essenziali nazionali.

Infine, il processo di accertamento dei bisogni deve far sì che i risultati ottenuti siano tradotti in politiche e azioni in grado di produrre dei cambiamenti positivi.

L’articolo originale può essere scaricato gratuitamente all’indirizzo:

<http://bmj.com/cgi/content/full/316/7147/1819?view=full&pmid=9624079>

7. Sintesi liberamente tratta da Petrou S ***“Health needs assessment is not required for priority setting”*** (letters), BMJ 1998: 317:1154 (24 October)

In merito alla serie di articoli sopra riportati su *“health needs assessment”*, l'autore di questa lettera sostiene che la definizione delle priorità dei servizi di assistenza sanitaria effettuata basandosi sui bisogni di salute può condurre ad un uso non efficiente delle risorse. L'approccio economico nella definizione delle priorità, invece, si basa su stime dei costi aggiuntivi e dei benefici che si otterrebbero modificando la distribuzione dei costi tra i diversi programmi di assistenza sanitaria, lasciando inalterato il budget globale; esso consente quindi di rendere massimi i guadagni di salute nell'ambito delle risorse disponibili.

L'articolo originale può essere scaricato gratuitamente all'indirizzo: www.bmj.com