

HEALTH NEEDS ASSESSMENT

Francesca Valent

Direttore SOC Istituto di Igiene ed Epidemiologia Clinica, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

Health needs assessment (HNA), che letteralmente significa “analisi dei bisogni di salute”, è un metodo sistematico per considerare le problematiche sanitarie di una determinata popolazione, che porta a concordare priorità e allocazione di risorse per migliorare lo stato di salute e ridurre le disuguaglianze. La sua utilità sta nel fatto che, anche in considerazione del continuo calo delle risorse e delle crescenti attese della popolazione, è preferibile definire preventivamente i bisogni a cui si dovrà rispondere piuttosto che cercare risposte quando questi si rendono manifesti.

I bisogni di salute possono manifestarsi a diversi livelli:

- 1) **bisogno percepito** - il soggetto riconosce dei cambiamenti rispetto al suo stato di salute - possono essere espressi attraverso desideri o volontà;
- 2) **bisogno espresso** - si manifesta attraverso una domanda - il soggetto richiede aiuto per superare il cambiamento di salute
- 3) **bisogno formalizzato** - i professionisti identificano gli interventi appropriati per i bisogni espressi
- 4) **bisogno istituzionale** - deriva dalla comparazione tra bisogni espressi e bisogni formalizzati, ha a che fare con la severità dei problemi, con la disponibilità a cambiare, con la disponibilità di risorse, con la valorizzazione degli aspetti legati all'equità tra differenti soggetti/popolazioni.

Accanto a questi bisogni, tuttavia, non bisogna dimenticare che esistono bisogni, che, pur essendo reali, il soggetto non percepisce come tali; domande che non vengono espresse, mentre il soggetto esprime magari solamente un disagio; bisogni non formalizzati, perché a fronte di una domanda, magari ritenuta non importante, non si trova o non si cerca una soluzione; risposte istituzionali non fornite, perché i problemi sono considerati non prioritari o perché mancano le risorse.

L'HNA è un metodo che necessita di contestualizzazione: va calato in un preciso luogo, in un dato momento temporale e riferito ad una determinata popolazione. La sua dimensione deve essere collaborativa, con il coinvolgimento di tutti gli stakeholders.

L'HNA identifica delle priorità nelle possibili azioni ed è finalizzato a dare luogo ad azioni concrete sostenibili che portino a fornire risposte ai bisogni emergenti. I processi di HNA si prestano a molteplici chiavi di lettura, riguardando le percezioni dei cittadini, dei professionisti della sanità, dei manager della sanità e il punto di vista delle organizzazioni e richiedono, pertanto, diversi tipi di valutazione: valutazione dei valori espressi dai diversi soggetti, valutazioni epidemiologiche, valutazioni economiche.

Proprio in virtù di questa corallità, i processi di HNA possono rafforzare il coinvolgimento della comunità nei processi decisionali, migliorare il lavoro di gruppo, contribuire allo sviluppo professionale di competenze ed esperienza, migliorare la comunicazione sia tra le diverse agenzie coinvolte che con il pubblico, e migliorare l'uso delle risorse.

Il processo di HNA non è, tuttavia, sempre privo di ostacoli. Le principali sfide riguardano la difficoltà di lavorare trasversalmente, condividendo le informazioni con altri soggetti, sviluppare un linguaggio comune tra diversi settori, ottenere un mandato dall'alto, accedere ai dati necessari, mantenere l'impegno e la motivazione del team, riuscire a tradurre i risultati (teorici) in azioni (concrete) efficaci.

Il processo di HNA si può schematizzare mediante una sequenza di 5 diverse fasi:

- 1) inizio del processo – identificazione della popolazione da studiare, che deve essere definita in relazione a luogo, contesto, esperienza sociale, esperienza di una particolare condizione di salute; definizione degli obiettivi; individuazione degli stakeholders; quantificazione delle risorse necessarie; previsione dei rischi;
- 2) identificazione delle priorità di salute – profilo della popolazione; raccolta dati; riconoscimento dei bisogni; valutazione delle condizioni e dei determinanti di salute;
- 3) valutazione delle possibilità di azione per una determinata priorità di salute – scelta delle condizioni e dei determinanti di salute ai quali sia attribuibile il più alto impatto; valutazione delle possibili azioni efficaci ed accettabili;
- 4) pianificazione del cambiamento – chiarire gli scopi del cambiamento; fare un piano d'azione; predisporre una strategia per il monitoraggio e la valutazione; preparare un piano per la gestione del rischio;
- 5) revisione del processo e avanzamento – apprendere dal processo svolto fino a quel momento; misurare l'impatto – passare alla priorità successiva.

Il primo step, fondamentale, prevede la quantificazione del carico di malattia. In questa fase può essere utile calcolare diverse misure di frequenza di malattia, quali l'incidenza e la prevalenza,² o anche misure più complesse, come il DALY (disability adjusted life year, anno di vita aggiustato per la disabilità).³ Queste misure possono essere calcolate partendo da dati già disponibili (i cosiddetti “dati correnti” o “basi dati amministrative”) oppure raccogliendo dati ex novo appositamente per lo scopo.

L'incidenza di malattia (o più propriamente il “tasso di incidenza”) è una misura epidemiologica che indica la “rapidità” con cui, nella popolazione in studio, si verificano i nuovi casi di una determinata malattia. Questa misura è influenzata dalla presenza di fattori di rischio, che aumentano la rapidità con cui le persone si ammalano, o di interventi di prevenzione del rischio, che invece, se efficaci, riducono la comparsa di nuovi casi. La prevalenza, invece, misura, nella popolazione, il numero complessivo di persone che sono affette da una certa malattia o che presentano una determinata caratteristica. È una misura molto utile per quantificare il carico assistenziale determinato da una certa condizione perché ci dice quante persone nella popolazione sono affette da una particolare malattia e necessitano di prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative da parte del sistema socio-sanitario.

Il DALY, invece, è una misura composita, relativamente nuova, che, deriva dalla somma degli anni di vita sana persi per morte prematura e di quelli persi per comparsa di disabilità in una certa popolazione in un arco temporale. Il principale vantaggio di questa misura è che, essendo espressa in “anni”, permette di confrontare l'impatto sulla salute che hanno condizioni anche molto diverse tra loro, quali una malattia che determina rapidamente il decesso ed un'altra che invece è raramente mortale ma è causa di un certo grado di disabilità. Il DALY è la misura che è stata utilizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per descrivere il carico di malattia legato a numerose condizioni nel Global Burden of Disease Study. A prescindere dalla particolare misura che si sceglie di utilizzare per quantificare la rilevanza di un certo problema di salute in una popolazione, bisogna tenere presente che la semplice fornitura ai decisori del risultato del calcolo non è sufficiente. È necessario, infatti, tradurre il semplice “dato”, inteso come elemento quantitativo o qualitativo che rappresenta con un certo grado di attendibilità un fenomeno o un contesto, in “informazione”, ossia il dato analizzato ed associato ad altri elementi di contesto. Anche l'informazione, tuttavia, potrebbe non essere sufficiente al decisore. Si impone, allora, la necessità, partendo dalle informazioni, di produrre della “conoscenza”, che deriva dalla valutazione di dati e informazioni inseriti anche all'interno di contesti differenti. Purtroppo, anche produrre conoscenza non è garanzia che consegua un'azione. Nella realtà, ci si trova a fare i conti anche con le risorse disponibili, con interessi dei vari attori interessati (es. pazienti, professionisti delle cure



Figura 1.

primarie, professionisti ospedalieri, governo, manager delle organizzazioni sanitarie, stampa, volontariato, assicurazioni, produttori e fornitori di servizi, ecc.), con i conflitti con altri settori e programmi, con le attese dei media e della popolazione.

Prima di avviare un processo di HNA, è opportuno porsi una serie di domande:

- qual è il problema?
- qual è la dimensione e la natura del problema?
- quali sono i servizi disponibili?
- cosa desiderano i pazienti?
- qual è la soluzione più appropriata ed efficace (sia in termini clinici che di costi)?
- quali sono le implicazioni sulle risorse?
- quali sono gli esiti per valutare se il cambiamento è avvenuto?

Già una ventina di anni fa si riconosceva l'importanza di guardare ai bisogni dell'intera popolazione anziché dei singoli pazienti,⁴ perché solo una visione di questo tipo può evitare i pericoli di un approccio "top-down" che fornisce servizi sanitari sulla base del convincimento di alcuni circa i bisogni della popolazione anziché sulla base di quelli che sono i reali bisogni di quella popolazione. L'HNA può, infatti, dimostrarsi utile per far coincidere quanto più possibile i bisogni, le domande e l'offerta di servizi sanitari, che non raramente sono, invece, disgiunti, come esemplificato nella Figura 1.

Bibliografia

1. Brusaferrò S., Barbone F., Valent F. L'analisi dei bisogni sanitari della popolazione. (Italian) Tendenze nuove. 2011;3:235-258.
2. Williams R, Wright J. Epidemiological issues in health needs assessment. BMJ. 1998;316:1379-1382.
3. World Health Organization. Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/. [Consultato il 04 settembre 2017].
4. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. BMJ. 1998;316:1310-1313.