

# Summer School “Metodi per la salute”

## Report

A cura di Veronica Merotta

19 giugno – Modulo base

### **I fattori che influiscono sulla salute e sul ricorso ai servizi sanitari. Le fonti sanitarie**

***Vittorio Mapelli, Università di Milano***

I fattori che influiscono sullo stato di malattia e salute hanno diversa natura: genetica-biologica (età, genere), ambientale-naturale (clima, traffico, inquinamento, etc.), ambientale-sociale (reddito, istruzione, professione). La presenza di questi fattori incide sull'insorgere del bisogno e sulla propensione a chiedere servizi di cura. Sull'uso dei servizi influisce, poi, l'offerta, in particolare, il numero di servizi esistenti, la loro distribuzione sul territorio e la loro funzionalità.

È importante tener conto dei bisogni inespressi, i quali dipendono in parte, dalla condizione socio-economica degli individui, in parte, dalla accessibilità dei servizi (lontananza delle strutture, barriere di comunicazione, barriere legali-normative, etc.). L'informazione è cruciale affinché la cura sia efficace e costituisce un forte discriminante nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi. In termini economici, la domanda di cura dipende dalla disponibilità a ricevere/acquistare servizi sanitari, dalla percezione di essenzialità/non essenzialità del bisogno e da una valutazione dei costi collegati.

La domanda di cura non coincide con il bisogno di cura, ma costituisce solo “la punta dell'iceberg” del bisogno, perché non include i bisogni inespressi e quelli auto-curati. Questa porzione di bisogno espresso coincidente con la domanda di cura, ed è destinata a crescere a fronte di un aumento delle aspettative di vita.

Osservando la salute in termini di spesa da una prospettiva delle Aziende Sanitarie, la salute viene letta come **servizio**: qui il concetto di salute è associato al tema della responsabilità individuale, intesa come la (non) scelta di tutelarsi dai rischi, ed è in conflitto con la concezione di salute come atto solidaristico, che offrire cure indistintamente a tutti coloro che ne abbiano bisogno. A fronte della scarsità di risorse, dell'invecchiamento della popolazione, in molti paesi (non in Italia) si è aperto il dibattito sul comportamento da assumere di fronte alla mancanza di responsabilità individuale (fumo, utilizzo di alcol, etc.) e sull'eventualità di porre dei limiti alla cura universalistica. È giusto curare chi era ubriaco alla guida? Sì, ma è anche giusto chiedere rimborso dei costi sostenuti; tuttavia, un atteggiamento di questo genere va contro la libertà di scelta e rende labile il confine tra ciò che è ritenuto giusto e sbagliato, perché concetti socialmente stabiliti. Ad incidere enormemente sulla spesa sanitaria sono la cronicità e il bisogno continuativo di cura, due aspetti destinati ad intensificarsi con l'innalzamento dell'età media: da uno studio è emerso che il 10% dei pazienti assorbe il 73% della spesa e restringendo il target, il 5% ne assorbe quasi il 60%.

Il dibattito su uguaglianza (cure per tutti) ed equità (efficiente distribuzione di risorse e servizi) comporta anche due diversi approcci valutativi al sistema di cura: valutare la distribuzione dei benefici (prospettiva della domanda) o valutare l'efficacia del prelievo fiscale (prospettiva dell'offerta).

Il tema dell'uguaglianza, a sua volta, può essere tradotto in diversi approcci: uguaglianza orizzontale, ovvero uguaglianza di trattamento, oppure uguaglianza verticale, diversi trattamenti a fronte di diversità di partenza. In particolare, la **definizione di uguaglianza** può essere intesa come:

1. **Distribuzione di risorse in base al numero di persone**, senza guardare alle tipologie di bisogno;
2. **Opportunità di accesso**, secondo cui a bisogni equivalenti deve corrispondere il medesimo possibilità di accesso ai servizi (es. tempi e costi di percorrenza uguali per raggiungere l'ospedale);
3. **Uguaglianza di uso dei servizi**, il cui obiettivo è far sì che i più svantaggiati conoscano e usino i servizi;
4. **Uguaglianza di salute**, che si prefigge di ottenere lo stesso outcome, la stessa efficacia di cura tra pazienti con il medesimo stato di malessere, pur tenendo conto delle differenze di partenza.

Il problema della seconda e terza tipologia di uguaglianza, è la difficile sostenibilità economica: uguaglianza intesa come opportunità di accesso per realizzarsi, dovrebbe prevedere piccole strutture sanitarie diffuse in modo capillare nel territorio; uguaglianza come usuale uso dei servizi, propone assistenza "intensiva" proprio a coloro che più ne hanno bisogno (anziani e malati cronici) le cui cure costituiscono i DRG più onerosi.

Inoltre, salute può essere intesa come **uguaglianza di rischio**, causato dalle scelte politiche o dalle condizioni di partenza, o **uguaglianza di risultato**, dovuto alle modalità di trattamento sanitario. Su questa accezione duplice, è possibile sviluppare quattro definizioni più dettagliate di salute e quindi quattro modi per valutarla:

1. situazione di rischio
2. uguaglianza di accesso ai servizi
3. uguaglianza di uso dei servizi
4. uguaglianza di risultato

Alla domanda, perché si studia la salute? è possibile dare diverse risposte: per ragioni legate alla condizione di salute in senso stretto (es. funzionamento delle politiche della ASL, esistenza di disuguaglianze, funzionalità di nuove tecnologie), in termini di consumi (variabilità dei consumi e delle prescrizioni, valutazione dei trattamenti, percorsi diagnostici, governo della domanda, etc.) e in termini di spesa (costo di cura delle malattie, variabilità di spesa, *risk adjustment*, permanenza di spesa, etc.).

Quando si studia la salute, i dati che si osservano possono essere rapportati a tutta la popolazione (**dati pro capite**) oppure agli utenti che usano i servizi (**dati per utente**): a seconda del target di riferimento verranno messi in luce aspetti molto diversi. Il consiglio è di utilizzare il confronto con i pazienti complessivi e non con il totale della popolazione perché è fuorviante così come lo è parlare di spesa media per abitante (bipolarità tra coloro che non usano mai servizi e coloro che assorbono quasi interamente la spesa sanitaria – cronici e anzianissimi).

Un ulteriore suggerimento è collegare i consumi sanitari alla condizione socio-economica attraverso un **linkage del codice fiscale**: al professor Mapelli risulta che per motivi di studio sia possibile avere accesso ai dati sensibili con codice fiscale criptato. Questo è stato confermato dal docente che ha presentato gli studi longitudinali, Nicola Caranaci.

#### **Fonti e rapporti statistici indicati:**

ISTAT e Ministero Salute (per dettagli sulle ricerche si rimanda alle slide), INAIL (infortuni sul lavoro), AIFA (Agenzia Italiana sul farmaco), OSMED, SIMG (Health search), ERA (atlante mortalità evitabile per genere e asl, ultimo disponibile: 2007), SHARE (Survey for health, ageing and retirement in Europe, su pensionati, salute e prima infanzia), WHO (ricerca Global burden of disease), OECD (statistiche sulla salute per i 34 paesi aderenti), OASI (Osservatorio dell'Università Bocconi di Milano sull'evoluzione delle politiche regionali socio-sanitarie e della spesa relativa), Rapporto Osserva Salute (Università Cattolica di Milano, confronto tra indicatori di salute per più regioni).

#### **Gli studi longitudinali**

##### ***Nicola Caranaci, Istat e Regione Emilia Romagna***

Sono stati introdotti ed approfonditi i seguenti concetti:

- epidemiologia descrittiva ed epidemiologia analitica
- le distorsioni: bias da recall (da ricordo), da selezione (dovuta agli abbandoni), da informazione (dovuta alla consapevolezza di essere osservati)
- Studi esposti-non esposti in coorte
- studio caso-controllo
- studi sperimentali
- Misure di frequenza
- Densità di incidenza
- Prevalenza
- Rischio relativo e rischio attribuibile

#### 20 giugno - Metodi qualitativi

#### **I modelli sanitari**

##### ***Annalisa Ornaghi, Università di Milano-Bicocca***

I sistemi sanitari esistenti sono riconducibili ai seguenti tre sistemi:

- A prevalenza di mercato (USA)
- Misto (sistema bismarkiano)
- National Health Service (sistema beveridgiano)

## 1) Modello USA

Nel sistema sanitario statunitense, fruitori e fornitori interagiscono direttamente senza mediazione di terzi. Se da una parte questo modello permette massima libertà di scelta, efficienza ed economicità perché si paga quello che effettivamente si consuma, dall'altra esclude i meno abbienti e richiede contributi onerosi ai più malati. Tale sistema è ritenuto iniquo dal momento che il 15% della popolazione non ha assicurazione sanitaria in quanto privo di possibilità economiche sufficienti per poter stipulare forme assicurative di tutela.

Sono tre programmi sanitari attraverso cui il sistema statunitense è implementato: **Medicare** (rivolto agli over65, disabili gravi e affetti da malattie terminali), **Medicaid** (per chi ha basso reddito, under21, ciechi e anziani disabili) e le **assicurazioni private**. Tutta la popolazione attiva (problema degli infortuni sul lavoro) e le donne in età fertile (questione della gravidanza) sono esclusi dai programmi sanitari, i quali devono autotutelarsi stipulando un'assicurazione medica individuale.

## 2) Modello BISMARCIANO

Nato nel 1883 in Germania, il sistema sanitario promosso dal Primo Ministro Bismark, in Germania, era una forma di assicurazione per malattia rivolta ai lavoratori, poi estesa alle loro famiglie e infine anche ai pensionati. La popolazione è suddivisa in casse assistenziali in base alla professione, secondo una logica occupazionale. L'assicuratore è un soggetto non profit, in accordo con lo Stato, e non è inserito in un contesto di libero mercato: non vi è, quindi, libertà di scelta per i cittadini tra una molteplicità di casse assicurative alternative, ma, a seconda della professione (settore artigianato) e della categoria occupazionale (dirigente, funzionario, operaio, etc.), esiste una sola cassa assicurativa. Questo sistema si può ritrovare in tre forme di assistenza sanitaria diversa:

- **modello a rimborso**, secondo cui l'utente anticipa il costo della prestazione alla struttura medica erogatrice, e poi viene rimborsato dalla propria assicurazione;
- **modello contrattuale**, secondo cui il consumatore ottiene la prestazione medica in uno dei centri convenzionati con la propria cassa alla quale ogni mese versa un contributo assicurativo fisso ed infine la cassa stessa paga la prestazione al centro di cura utilizzato;
- **modello integrato**, in cui il produttore di prestazione è anche l'assicuratore, pertanto il cliente-paziente può ottenere la prestazione sanitaria esclusivamente in tale centro medico.

## 3) Modello BEVERIDGIANO

È il sistema a dominanza pubblica, nato nel 1946 in Inghilterra si ispira al principio secondo cui la salute non è solo assenza di malattia ma benessere fisico e psichico, come sancito nel 1948, due anni dopo, dall'OMS. Il sistema sanitario italiano si è allineato al modello universalistico tra il 1978 e il 1991 adottando i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), un insieme minimo di prestazioni sanitarie che devono necessariamente essere assicurate nel paese attraverso le Regioni; ogni istituzione regionale, inoltre, può integrare ai LEA altre prestazioni (es. Emilia Romagna che ha introdotto la medicina omeopatica, che viene quindi assicurata in tutti gli ospedali).

## La ricerca qualitativa per la salute

**Mario Cardano, Università di Torino**

Importante adottare il metodo all'oggetto di osservazione e al target. I **problemi della ricerca qualitativa** sono collegati alla **impossibilità di generalizzare e comparare** le attività di studio; tuttavia ciò non fa della ricerca qualitativa una ricerca meno valida di quella quantitativa. Si tratta di due metodologie di ricerca diverse per finalità e approcci. Per difendere la validità della ricerca qualitativa è importante sostenere il metodo e i risultati, attraverso un **"resoconto narrativo"** in cui vanno giustificate le scelte compiute e le modalità di misurazione utilizzate. La nota metodologica non va costruita ex ante ma in itinere e completata ex post: deve continuamente modellarsi al contesto e alla rivisitazione delle scelte che vengono prese in corso di attività. Ad esempio, nell'intervista discorsiva, le domande poste dall'intervistatore si modellano al flusso del discorso e non è da escludere che si allontanino dal disegno iniziale dell'intervista. Si consiglia di ricordare la finalità principe della ricerca qualitativa: "elaborare una risposta accettabile ad una domanda interessante con un'argomentazione convincente".

Infine, si suggerisce di rendere robusta la struttura di ricerca del ricercatore per ridurre al minimo i possibili attacchi alla "mancanza" di metodo: rendere quindi chiare le scelte, esplicitare i limiti dei risultati e argomentare perché la propria tesi è più convincente di altre, pur nei suoi limiti.

### 21 giugno – metodi quantitativi

#### **Analisi descrittive per la salute**

**Annalisa Ornaghi Università di Milano Bicocca e Sara Della Bella, Università di Trento**

Per le analisi quantitative è stato utilizzato SPSS, *Statistical Package for Social Science*, un software di *data mining* e di analisi statistica.

il software è stato utilizzato in laboratorio per fare le seguenti elaborazioni attraverso delle simulazioni ed esercitazioni:

- Creare data set
- Creare identificativi
- Assegnare i valori mancanti (*missing*)
- Etichettare
- Tavole di contingenza
- Frequenze
- Varianza
- Confronto tra medie
- Grafici
- Filtri (AND/OR)

## **I modelli multifattoriali**

***Mario Lucchini, Università di Milano-Bicocca***

Il programma utilizzato per svolgere alcuni esercizi guidati è stato STATA, un software statistico che permette di organizzare ed elaborare dati, produrre statistiche e grafici, oltre che stimare una grande varietà di modelli econometrici. Nello specifico, nel corso dell'esercitazione il software è stato utilizzato per realizzare delle regressioni. Sono stati svolti esercizi relativi ai seguenti due modelli:

- Modello di regressione lineare bivariata/multipla
- Modello di regressione logistica