



PROSPETTIVE IN SALUTE PUBBLICA

GLI STUDI QUALITATIVI E IL LORO RUOLO NEL PROMUOVERE IL PROGRESSO DELLA SALUTE PUBBLICA

Alberto Perra

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Negli ultimi anni si è verificato un ricorso sempre più frequente all'indagine qualitativa finalizzata ad acquisire le conoscenze necessarie per l'azione in salute pubblica (1-2). Metodi di ricerca qualitativa, quali studio di documenti, osservazione passiva, osservazione partecipante, ma soprattutto intervista in profondità e focus group, sono diventati strumenti di lavoro ben standardizzati di molti operatori sanitari (3-4). Anche per la realizzazione degli studi sperimentali randomizzati e controllati (Randomised Controlled Trial-RCT o semplicemente trial) si fa sempre più ricorso ai metodi qualitativi, ad esempio per decidere quale sia l'*outcome* con la partecipazione dei potenziali beneficiari (5) o per misurarlo (6-7). Come spiegare questo progresso e questa maggiore sensibilità, soprattutto nel mondo degli operatori della salute pubblica, verso la ricerca qualitativa quando solo pochi decenni orsono tale ricerca veniva spesso definita per incertezza epistemologica "non-quantitativa"?

Da un punto di vista concettuale si può ipotizzare che il cambiamento sia cominciato già nel dopoguerra, quando l'OMS propose una nuova definizione di salute, intesa come "stato di completo di benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", aprendo in tal modo a delle prospettive di "misura" della salute che tenessero conto di opinioni, percezioni, convinzioni e credenze delle singole persone, sempre associabili all'approccio tradizionalmente quantitativo di prevalenza o incidenza delle malattie.

La convinzione che l'approccio alla salute debba essere olistico è andato rafforzandosi negli ultimi decenni e con esso il ruolo affidato ai metodi qualitativi nell'identificazione dei problemi di salute ma anche nella valutazione degli interventi, in campo clinico individuale, nell'ambito della salute della collettività.

Oggi, la ricerca qualitativa riscuote sempre più interesse nella misura in cui si mostra capace di rispondere a domande alle quali i metodi quantitativi tradizionali rispondono male o affatto. Tali domande hanno in genere a che fare con il modo di vedere noi stessi nel rapporto con il mondo che ci circonda nei mille momenti della nostra vita; tale personale "modo di vedere" è in generale un forte determinante della nostra salute. Si spiega in tal modo l'obiettivo della ricerca qualitativa che si definisce come "lo sviluppo di concetti che ci aiutino a comprendere fenomeni in contesti naturali, assegnando la giusta enfasi ai significati, esperienze, punti di vista delle persone" (8). In certe situazioni, questa comprensione può diventare essenziale se si vogliono mettere in atto interventi di salute efficaci.

Su questa base concettuale in cui si ipotizza che la ricerca qualitativa, descrivendo il punto di vista delle persone, contribuisca alla comprensione dei fenomeni quantificati dalla ricerca "tradizionale" quantitativa, si sono venute creando diverse opportunità e modalità di integrazione fra i due approcci. Anche quando i risultati apparissero in conflitto,

analisi più accurate possono al contrario condurre a conclusioni più robuste dello studio (9). Schematicamente si possono identificare almeno tre modalità di integrazione fra gli studi quantitativi e qualitativi (8, 10). Una prima opzione è costituita dall'utilizzare i metodi qualitativi preliminarmente rispetto a quelli quantitativi con l'intento di orientarne e ottimizzarne l'uso. Un esempio recente è costituito dalla sperimentazione del sistema di sorveglianza nutrizionale dei bambini della scuola primaria "OKkio alla SALUTE", preceduto dalla realizzazione di uno studio qualitativo con focus group allo scopo di comprendere il grado di accettazione e le modalità di partecipazione desiderate da parte delle famiglie dei bambini. In altre situazioni, seconda modalità, l'uso dell'approccio quantitativo e qualitativo è contemporaneo e sinergico. È il caso sempre più frequente anche in Italia (come verrà documentato nei prossimi numeri del BEN, Nda) per la definizione dei profili di salute o di comunità e la successiva identificazione delle priorità di salute. Per selezionare tali priorità, a fianco di parametri tradizionalmente utilizzati nella ricerca quantitativa per definire l'importanza delle malattie, come prevalenza e incidenza, si utilizzano criteri qualitativi basati sulla percezione e sulle opinioni delle popolazioni interessate. Una terza modalità è rappresentata da situazioni dove la ricerca quantitativa non ha strumenti per spiegare meglio fenomeni complessi. Tale opportunità si presenta tipicamente quando sia ►

no in corso cambiamenti di strategia o di organizzazione dei servizi sanitari e a tal scopo sia necessario il punto di vista dei cittadini, professionisti sanitari e decisori. Un esempio significativo (cfr. p. iii, NdA) nel nostro Paese è costituito dal Progetto IGEA, mirante a promuovere la messa in funzione sul territorio nazionale di un modello di gestione integrata della malattia diabetica. Per indagarne l'accettabilità e mettere a punto le strategie di cambiamento, il Progetto ha realizzato focus group e interviste in profondità con persone con diabete e loro familiari, operatori sanitari a tutti i livelli e responsabili sanitari.

Tuttavia, viviamo in un'epoca in cui gli operatori sanitari si interrogano sempre più frequentemente sulla qualità dell'informazione su cui basano la propria azione, clinica o in salute pubblica o comunitaria; soprattutto nel campo della salute pubblica, a coloro che si apprestano a studiare degli interventi si presentano realtà complesse, non solo rispetto alla natura e al significato diverso che le persone anche nella stessa comunità possono assegnare a un particolare problema di salute, ma anche all'intervento stesso, la cui accettabilità, solo per citare un esempio, può essere estremamente variabile. Il successo di tali interventi quindi è legato alla capacità degli operatori nel reperire e nell'utilizzare la *evidence* di diversa provenienza: esperti, gruppi di interesse, utilizzatori, studi quantitativi come anche quelli qualitativi (11).

Nel campo della ricerca quantitativa, durante gli ultimi decenni, sono state messe a punto delle tecniche che permettono di valutare criticamente la qualità degli studi e della loro documentazione in letteratura, in maniera tale che ogni professionista possa facilmente sviluppare competenze per valutare criticamente la *evidence* a sua disposizione. In tale contesto, viene spontaneo porsi la domanda di quanto possa essere considerata *evidence* quella prodotta dagli studi qualitativi. Similmente a quanto è stato fatto per gli studi quantitativi, anche per gli articoli sulla ricerca qualitativa sono stati pubblicati diversi set di criteri e *checklist* per una loro valutazione critica (12-13). Pur senza entrare nel dettaglio, alcuni criteri ampiamente condivisi in letteratura dovrebbero essere considerati dai lettori nella valutazione critica degli articoli su studi qualitativi. Depongono a

favore della qualità degli studi qualitativi la chiarezza con cui sono formulati gli obiettivi dell'indagine e le ipotesi di ricerca, il quadro teorico concettuale di riferimento, la scelta adeguata dei metodi di indagine utilizzati in rapporto agli obiettivi, che devono essere espliciti, sistematici e riproducibili. La scelta del campione è un indicatore importante di qualità. Ciò che conta non è la sua rappresentatività, così come la conosciamo dall'epidemiologia, ma la probabilità che i gruppi di popolazione da coinvolgere offrano una percezione/opinione più completa possibile del fenomeno in studio. Sono da considerare attentamente anche i metodi utilizzati per l'analisi dei dati, come la tradizionale *long table analysis* ancora utilizzata per i focus group che producono una grande messe di dati non sempre facilmente analizzabile (14). Di particolare importanza è la triangolazione che consiste anche nella lettura dello stesso set di dati qualitativi effettuata indipendentemente da diverse persone anche con diverse professionalità o con diversi metodi di analisi.

In conclusione, la ricerca quantitativa classica quantifica eventi e fenomeni di interesse socio-sanitario, mentre quella qualitativa, studiando gli individui e il loro personale punto di vista, trova e documenta le ragioni di quegli eventi e fenomeni. Quando saputi usare sinergicamente, i due approcci costituiscono per gli operatori sanitari uno strumento utile non solo per migliorare la propria conoscenza dei problemi ma anche e soprattutto per ideare e progettare azioni con maggior probabilità di successo. Nonostante stia aumentando anche nel nostro Paese l'uso della ricerca qualitativa per la salute pubblica, l'interesse e l'offerta di formazione da parte delle istituzioni impegnate nella promozione della salute pubblica potrebbe aumentarne ulteriormente l'uso e ottimizzare i risultati dell'integrazione con la ricerca quantitativa. ■

Riferimenti bibliografici

1. Sandelowski M. Using qualitative research. *Qual Health Res* 2004;14(10):1366-86.
2. Huston P, Rowan M. Qualitative studies: their role in medical research. *Can Fam Physician* 1998;44:2453-8.
3. Sofaer S. Qualitative research methods. *Int J Qual Health Care* 2002;14(4):329-36.
4. Cohen D, Crabtree B. Qualitative research guidelines project. 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.qualres.org/>
5. Ziebland S, Featherstone K, Snowdon C, et al. Does it matter if clinicians recruiting for a trial don't understand what the trial is really about? Qualitative study of surgeons' experiences of participation in a pragmatic multi-centre RCT. *Trials* 2007;8:4.
6. Sturt J, Hearnshaw H, Farmer A, et al. The diabetes manual trial protocol. A cluster randomized controlled trial of a self-management intervention for type 2 diabetes. *BMC Fam Pract* 2006;7:45.
7. Woolhead GM, Donovan JL, Dieppe PA. Outcomes of total knee replacement: a qualitative study. *Rheumatology* 2005;44(8):1032-7.
8. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. *BMJ* 1995;311:42-5.
9. Moffatt S, White M, Mackintosh J, et al. Using quantitative and qualitative data in health services research. What happens when mixed method findings conflict? *BMC Health Serv Res* 2006;8:6:28.
10. Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qual Health Res* 1998;8(3):362-76.
11. Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(Suppl 1):6-20.
12. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, et al. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Epidemiol Community Health* 2002;56(2):119-27.
13. Greenhalgh T, Taylor R. How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997;315:740-3.
14. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks (CA):Sage Publications; 3rd Ed. 2000.

PROGETTI NAZIONALI

LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE NEL NOSTRO PAESE (PROGETTO IGEA): STUDIO QUALITATIVO SULL'ACCETTABILITÀ DEL NUOVO MODELLO ASSISTENZIALE DA PARTE DEGLI OPERATORI E DEI CITTADINI

Angela Giusti

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

In Italia, il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-08 prevede la realizzazione di progetti regionali finalizzati, nel caso del diabete, a prevenire le complicanze tramite l'adozione di programmi di gestione integrata della malattia (1). Attualmente esiste una grande eterogeneità nell'offerta dei servizi, documentata anche da indagini nazionali (2). Il nuovo modello che le regioni si accingono a implementare prevede la gestione condivisa della malattia da parte del medico di medicina generale, dello specialista, del gruppo multidisciplinare del centro di diabetologia e della persona con diabete (3). Questo richiede una revisione del paradigma assistenziale e di cura delle malattie croniche e il passaggio ad un modello di autonomia di gestione e di *empowerment*.

Come spesso accade, con il cambiamento si attivano una serie di interrogativi. Quanto è accettabile, dal punto di vista dei cittadini, questo nuovo modello assistenziale? La gestione integrata richiederà un cambiamento culturale anche da parte dei professionisti, chiamati a operare in modo multidisciplinare e integrato. Come viene percepita questa nuova modalità di lavoro? E ancora: gli utenti la considerano veramente un valore aggiunto rispetto all'assistenza attuale? E quali sono le informazioni ritenute importanti per la gestione della malattia nel momento del passaggio al nuovo modello assistenziale? Di fronte ad una situazione nuova e poco studiata i metodi qualitativi consentono di esplorare il fenomeno, restituendo il punto di vista delle persone che lo vivono e lo vivranno direttamente nel proprio quotidiano.

Nell'ambito del Progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità nel corso del 2006-07, è stato realizzato uno studio per ottenere dati di tipo qualitativo sull'accettabilità del modello di gestione integrata della malattia, sui suoi punti di forza e di debo-

lezza e sui bisogni di informazione delle persone con diabete di tipo 2.

Per le sue caratteristiche esplorative combinate alla necessità di tradurre parte dei risultati in azioni concrete, lo studio si colloca nell'area in cui la fenomenologia si incontra con la ricerca-azione. Per la costruzione del disegno di ricerca e la descrizione dei risultati si è fatto riferimento alle linee di indirizzo disponibili in letteratura sull'uso della ricerca qualitativa nell'ambito della salute della popolazione (4-6). La Figura illustra le diverse fasi dell'indagine.

Lo strumento scelto per la raccolta dei dati è stato il focus group, prevedendo di usare l'intervista semi-strutturata in gruppo nel caso in cui si fossero presentate agli incontri meno di 4 persone. La scelta iniziale dei gruppi è stata fatta secondo criteri stabiliti dal gruppo di ricerca, includendo le fasce sociali principalmente interessate alla gestione integrata della patologia diabetica: le persone con diabete di tipo 2, i famigliari, gli operatori della rete dei servizi e le associazioni di pazienti. In fase di stesura del protocollo è stata anche costruita la griglia semi-strutturata delle domande, predisposta la guida del facilitatore e definite le modalità di trattamento dei dati. Sette focus group sono stati realizzati fra ottobre 2006 e gennaio 2007; un ulteriore focus di approfondimento è stato organizzato a dicembre 2007. I partecipanti sono stati in totale 82. La scelta dei partecipanti è avvenuta secondo un campionamento iterativo, di convenienza, su gruppi omogenei, al fine di descrivere la pluralità dei significati che i partecipanti attribuiscono alla propria esperienza. Il campionamento iterativo è un modo ricorsivo di procedere: la costruzione del campione non si esaurisce con la scelta dei primi gruppi di partecipanti, ma prosegue durante tutto il ciclo dell'indagine e può portare all'individuazione di nuovi gruppi sociali, anche quando ►



Figura - Fasi dell'indagine realizzata e momenti dell'iterazione

l'analisi dei dati sta volgendo al termine. Similmente, l'analisi dei dati non inizia a conclusione della raccolta dei dati come avviene invece nella ricerca quantitativa, ma avviene parallelamente alla raccolta dei dati, già durante i focus group e le interviste. Le iterazioni intervenute nel corso dell'indagine sono illustrate nella Figura. Un esempio di campionamento iterativo è rappresentato dall'iterazione A: i gruppi coinvolti nella prima fase dell'indagine vivevano in una zona ad alta urbanizzazione, dove l'assistenza alla malattia diabetica era gestita prevalentemente da Centri Diabetologici. Si è quindi deciso di procedere secondo il metodo del *confirming and disconfirming cases*, andando a cercare persone che, essendo già seguite in gestione integrata, potessero dare una lettura diversa della propria realtà assistenziale. Questo ha portato a selezionare, a indagine già avviata, un nuovo gruppo di partecipanti in una zona dove questo modello di assistenza è già attivo da diversi anni. Un ultimo gruppo è stato aggiunto durante l'analisi dei dati; l'accessibilità geografica è parso essere un elemento importante della qualità percepita dell'assistenza al diabete e questo ha portato a selezionare un ulteriore gruppo di partecipanti ad analisi quasi conclusa. Sono così state incluse nell'indagine persone con diabete e/o loro famigliari che vivevano in una zona isolata dai grandi centri urbani (Figura, iterazione B).

I focus group e le interviste sono stati condotti da ricercatrici con esperienza pluriennale che hanno basato la conduzione su una serie di domande di apertura predefinite. Va ricordato che la griglia delle domande e la guida per la conduzione sono strumenti usati per orientare la discussione verso gli obiettivi conoscitivi previsti dal protocollo dell'indagine, senza però limitare il potenziale di espressione dei partecipanti. Il ricercatore mantiene quindi un proprio margine decisionale sull'opportunità o meno di seguire lo svolgimento naturale della discussione, nel caso in cui questa porti su temi che non sono direttamente collegati agli scopi della ricerca. Questa flessibilità costituisce uno dei valori aggiunti della metodologia qualitativa che consente di cogliere induttivamente significati imprevisti che difficilmente emergerebbero con altri strumenti di rilevazione più strutturati. Tutte le registrazioni audio/video sono state trascritte mantenendo, laddove possibile, gli elementi rilevanti

della comunicazione paraverbale. La trascrizione è uno dei momenti critici della ricerca qualitativa e richiede una specifica allocazione di tempo o di risorse economiche; una buona trascrizione richiede infatti circa 4 ore di lavoro per ogni ora di registrazione. Per la codifica dei contenuti si è proceduto inizialmente in maniera deduttiva, ricavando dagli obiettivi della ricerca e dalla griglia delle domande alcune categorie descrittive. In questo modo l'analisi ha portato a distinguere due grandi ambiti di contenuto, il primo relativo all'accettabilità del modello di assistenza al diabete e il secondo relativo ai bisogni informativi. Obiettivi secondari, emersi induttivamente durante la realizzazione dell'indagine, sono stati la descrizione degli aspetti fondamentali delle relazioni tra il personale socio-sanitario e le persone con diabete e il progressivo delinearsi dei bisogni formativi degli attori coinvolti nella gestione integrata della malattia diabetica. L'analisi del contenuto e la codifica dei testi sono stati fatti usando il software NVivo v.7.0. Va però sottolineato che l'uso del software, pur semplificando la gestione dei dati, soprattutto nella fase di classificazione, non migliora la qualità dell'analisi né riduce il carico di lavoro necessario alla lettura e rilettura attenta, alla trascrizione e alla codifica del testo.

I risultati dello studio saranno presentati in un rapporto tecnico nell'ambito delle attività del Progetto IGEA (7). La rilevazione dei dati con strumenti qualitativi ha permesso di rispondere ai quesiti iniziali di ricerca fornendo al contempo nuovi spunti di riflessione. Sono stati individuati i nodi critici dell'assistenza alla malattia diabetica, ossia le caratteristiche che un sistema dovrebbe avere per rispondere ai bisogni delle persone e per essere quindi accettabile, soprattutto in un'ottica di comparazione tra l'esistente e l'atteso. Inoltre, è stato possibile evidenziare una serie di aspettative, ma anche di timori, sia da parte delle persone con diabete sia da parte dei professionisti. I bisogni informativi e formativi emersi sono stati analizzati e utilizzati operativamente nella progettazione del percorso formativo previsto dal Progetto IGEA per tutti gli operatori e le associazioni di pazienti coinvolti nell'implementazione del nuovo modello assistenziale (8). Allo stesso modo, la campagna informativa sul passaggio al nuovo modello assistenziale, attualmente in fase di elaborazione, si è avvalsa dei risultati dello studio.

In conclusione, la flessibilità degli strumenti ha permesso di esplorare ambiti poco noti ma percepiti come importanti dai partecipanti. I risultati hanno consentito di elaborare alcuni strumenti operativi e, in fase di programmazione delle attività, di prevedere alcune reazioni dell'utenza e dei professionisti, preparando in tal modo con tempestività le risposte più adeguate. ■

Riferimenti bibliografici

1. Maggini M. Il Progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica). *Not Ist Super Sanità* - Insero BEN 2009;22(4):iii-iv.
2. Aprile V, Baldissera S, D'Argenzio A, et al. *Risultati nazionali dello studio QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone nelle Regioni Italiane)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007 (Rapporti ISTISAN 07/10).
3. Progetto IGEA. *Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2008.
4. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320(7226): 50-2.
5. Cohen DJ, Crabtree BF. Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Ann Fam Med* 2008;6(4):331-9.
6. Cohen D, Crabtree BF. Qualitative research guidelines project. 2006. Disponibile all'indirizzo: www.qualres.org
7. Giusti A, Gawronski O, Maggini M. *La gestione integrata del diabete. Risultati di una indagine qualitativa sulla percezione e i bisogni informativi*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporti ISTISAN in stampa).
8. Giusti A, Maggini M, Raschetti R. La gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Piano di formazione. In: Progetto IGEA. *La gestione integrata del diabete di tipo 2 nell'adulto. Obiettivi e organizzazione. Manuale di formazione per gli operatori sanitari*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2009. p. 107-19.

Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Alberto Perra,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it