

un'età media di 60 anni. Circa l'8% dei record ha passato il primo stadio di valutazione, mentre, al secondo stadio, solo il 3,3% è stato considerato EA. Gli EA sono più frequenti nei soggetti anziani, maggiormente donne, con ammissione a seguito di accesso al pronto soccorso. I reparti di dimissione sono stati prevalentemente la Terapia intensiva e la Chirurgia.

Tutte queste variabili (età, residenza, sesso e stato civile), insieme all'indice di comorbilità di Charlson, sono state inserite nel modello di analisi multivariata da cui è scaturito che il ricovero proveniente dal pronto soccorso è associato ad un più alto rischio di EA, così come la durata della degenza e il fatto di venire dimesso dalla Terapia intensiva o dalla Chirurgia (vedi tabella). Non vi è invece nessuna associazione fra la presenza di EA e le eventuali comorbilità del paziente.

CONCLUSIONI

Le caratteristiche organizzative sono le principali determinanti della possibile presenza di EA, mentre la vulnerabilità del paziente (eventuali comorbilità) gioca un ruolo decisamente minore. Le strutture sanitarie dovrebbero implementare programmi di management e sviluppare modelli organizzativi volti prevalentemente alla sicurezza del paziente.

Letizia Orzella

Analisi di sesso e genere nelle revisioni sistematiche: un'indagine qualitativa

Runnels V, Tudiver S, Doull M et al

The challenges of including sex/gender analysis in systematic reviews: a qualitative survey

Systematic Reviews 2014, 3: 33

INTRODUZIONE

Sesso e genere influenzano fisiologia, fisiopatologia, clinica, diagnostica, terapie e mortalità. Quando si parla di sesso ci si riferisce alla differenza biologica, genetica e fisiologica tra persone di sesso maschile e femminile, mentre il genere indica le differenze di ruolo, relazioni, comportamenti che a livello sociale vengono di solito ascritte alle donne e agli uomini. Per molti anni gli studi clinici sono stati condotti prevalentemente sugli uomini e i risultati trasferiti automaticamente sulle donne, nonostante le molte differenze, come quelle di tipo biologico e anatomico.

Il metodo della revisione sistematica (RS), elaborato dalla Cochrane Collaboration, si basa sulla raccolta, selezione e valutazione di studi clinici con l'obiettivo di sintetizzare le migliori evidenze disponibili per informare i decisori. Molto spesso, però, nelle RS sono assenti analisi di sesso e genere e questo ha sollevato preoccupazioni sulla qualità e applicabilità dei loro risultati all'interno della stessa Cochrane Collaboration e del Campbell & Cochrane Equity Methods Group. Runnels e i suoi collaboratori, che appartengono a tale gruppo, hanno dunque condotto uno studio ad hoc per individuare le problematiche che chi si occupa di RS deve affrontare per realizzare revisioni della letteratura che includano le analisi di sesso e genere.

METODO

Gli autori hanno realizzato una serie di interviste con questionario a risposte aperte a un gruppo multidisciplinare di 23 esperti prima della loro partecipazione al workshop 'Combining forces to improve systematic reviews: gender, equity and bias', organizzato dal Gruppo di Lavoro sull'Analisi Genere/Sesso nelle RS di cui

RISULTATI DEL MODELLO DI ANALISI MULTIVARIATA

Variabile	Odds ratio	Intervallo di confidenza
Età		
0-64	1	
≥65	1,4	0,75-2,61
Sesso		
M	1	
F	0,77	0,41-1,42
Durata degenza	1,03	1,01-1,04
Tipo di ricovero		
Elezione	1	
Emergenza	3,47	1,60-7,53
Reparto dimissione		
Medicina	1	
Chirurgia	2,29	1,00-5,21
Terapia intensiva	4,8	1,47-15,66
Indice Charlson	0,93	0,74-1,16



essi stessi fanno parte. Agli intervistati è stato chiesto di identificare le difficoltà e i problemi più 'spinosi' associati alla conduzione di analisi di sesso e genere nelle RS. Le risposte ottenute sono state analizzate usando una descrizione interpretativa.

RISULTATI

L'analisi delle risposte ha evidenziato quattro tipologie di difficoltà: concettuali; metodologiche; legate alla disponibilità e qualità dei dati; pratiche e legate alle scelte politiche. Rispetto alle difficoltà concettuali, secondo gli intervistati vi è poca conoscenza, sia tra coloro che fanno RS che tra i clinici, dei concetti di sesso e genere, termini spesso erroneamente utilizzati in modo interscambiabile. Le problematiche metodologiche sono collegate, invece, alla necessità di disporre di maggiori strumenti metodologici che guidino i revisori nel condurre analisi di sesso e genere.

Per quanto riguarda invece la disponibilità e qualità dei dati, gli intervistati hanno sottolineato che gli stessi studi clinici inclusi nelle RS spesso non presentano dati disaggregati per sesso senza esplicitarne le motivazioni. Quando invece questi dati vengono riportati in modalità disaggregata, sono spesso comunque di bassa qualità.

Secondo gli intervistati, l'assenza di studi pri-

mari che considerino queste differenze è dovuta al fatto che ancora si ritiene che sicurezza ed efficacia dei trattamenti non siano influenzate da genere e sesso. La mancanza di studi clinici che considerino queste variabili fa sì che spesso gli stessi revisori tendano a non inoltrarsi in analisi sesso/genere per le quali mancano dati. Tra le difficoltà pratiche evidenziate dagli intervistati, quella più ricorrente è l'aggravio del carico di lavoro nel momento in cui un revisore proponga di inserire analisi di sesso/genere in una RS. Dal punto di vista delle scelte politiche, gli intervistati hanno sottolineato la più generale necessità che a livello di sistema si richieda più trasparenza nel riportare i dati dei trial clinici e più attenzione alle determinanti di sesso e genere.

CONCLUSIONE

Lo studio di Runnels et al. identifica le principali difficoltà che deve affrontare chi conduce RS, volendo attuare analisi di sesso e genere, e evidenzia che ancora molto deve essere fatto anche in termini di strumenti metodologici, nonostante alcune linee guida, come la Cochrane and Campbell Health Equity Checklist e l'Equity Extension of PRISMA, siano già disponibili. Tutte queste difficoltà aiutano anche a capire perché le politiche esistenti, che incoraggiano o rendono obbligatoria l'integrazione di analisi di sesso e genere in ambito sanitario, siano spesso disattese nella ricerca e nelle RS. D'altra parte, l'esistenza e la persistenza di queste politiche è importante per aumentare la consapevolezza della necessità di analisi di sesso/genere e per rimediare all'esclusione dai trial clinici di donne e minoranze. Sono necessari, però, una volontà politica e un monitoraggio continuo affinché ne venga assicurata l'implementazione. Gli autori sottolineano che la comunità di studiosi e ricercatori che si occupa di RS sta iniziando a muoversi nel campo dell'analisi sesso/genere. I partecipanti al sottogruppo metodologico e al workshop tematico continueranno il loro lavoro congiunto per migliorare la qualità e l'applicabilità dei risultati delle RS, con l'obiettivo di incrementare i livelli di salute e l'equità di accesso all'assistenza.

Alessandra Lo Scalzo