

Raccomandazioni con il metodo GRADE: come considerare l'equità nel valutare la forza delle evidenze sintetizzate

Welch VA, Akl EA, Pottie K et al

GRADE equity guidelines 3: health equity considerations in rating the certainty of synthesized evidence

J Clin Epidemiol 2017 Apr 4. pii: S0895-4356(17)30340-2

INTRODUZIONE

Il metodo GRADE (Grading Recommendations Assessment and Development Evidence) è un sistema strutturato per analizzare e presentare in modo sintetico e chiaro le prove scientifiche a sostegno di un intervento sanitario. L'approccio si basa sulla distinzione per *outcome* delle prove di efficacia, alle quali è associata una valutazione della qualità/certezza delle evidenze reperite. Vengono poi prodotte tavole delle evidenze e una sintesi di risultati (*Summary of Findings - SoF*) che ha un formato semplice e di facile lettura e si rivolge ad un'audience composta (pubblico in generale, pazienti, terzi paganti, medici, industria e decisori).

Le disuguaglianze di salute sono differenze negli esiti di salute che possono essere evitate tramite azioni finalizzate a rimuovere le barriere e/o agire su quegli aspetti che impediscono agli appartenenti a specifici sottogruppi di popolazione – definiti da determinate caratteristiche – di fruire di un determinato intervento sanitario e/o di vederne ridotta l'efficacia per cause legate alla propria posizione/status nella società. Queste disuguaglianze possono essere legate al luogo di residenza, alla razza/cultura/etnia, al genere, all'occupazione, allo status socioeconomico, al capitale sociale, etc. A questo riguardo gli autori usano l'acronimo PROGRESS Plus ad indicare le variabili che possono determinare queste differenze negli esiti di un'azione sanitaria (Place of residence, Race/ethnicity/culture/language, Occupation, Gender/sex, Religion, Education, Socioeconomic status, or Social capital + personal, relational and time-dependent characteristics).

Evidenziare le modalità con cui considerare l'E-

quità come un *outcome* nella valutazione delle evidenze effettuata tramite metodo GRADE è importante, poiché permette di individuare azioni mirate là dove vi siano evidenze che gli esiti di salute siano diversi a seconda dell'appartenenza ad un certo sottogruppo di popolazione.

METODO

Linea guida condivisa, sviluppata dai membri del gruppo di lavoro GRADE e da altri metodologi.

RISULTATI

Gli autori hanno elaborato una serie di metodi che possono essere usati per valutare l'equità. Tra essi il considerare l'inclusione di questo *outcome* nelle tabelle di sintesi dei dati, valutare le differenze di efficacia legata all'appartenenza a gruppi sociali più o meno svantaggiati, considerare che possono esservi differenze di partenza nei profili di rischio legate all'appartenenza etnica e alla condizione socioeconomica, e che ciò implica impatti differenti sugli effetti assoluti.

Un primo metodo sottolineato dal gruppo di lavoro della Welch è comprendere l'equità tra gli *outcome* nel momento iniziale di esplicitazione del PICO (Popolazione, Intervento, Comparatore, *Outcome*) su cui ci si baserà nell'analisi e valutazione degli studi inclusi. Nel caso in cui non si reperiscano evidenze su questo *outcome*, ciò va esplicitamente evidenziato per sottolineare la necessità di maggiori studi e ricerche su questo punto. Per esempio nella linea guida *Preventing dental caries: community water fluoridation* (Atlanta 2013), il gruppo di lavoro ha incluso l'equità come *outcome* del proprio framework analitico e nelle tabelle di sintesi (SoF), con l'obiettivo di ridurre l'effetto delle disuguaglianze socioeconomiche nella diffusione di carie dentali. La revisione ha individuato tre studi, ma rispetto a questo *outcome* le evidenze erano scarse. Gli autori hanno però sottolineato la necessità di studi e maggiore ricerca proprio su questo aspetto.

Per la valutazione delle differenze di efficacia legate all'appartenenza a gruppi sociali più o meno svantaggiati, il gruppo di lavoro della Welch sottolinea che riportare l'effetto medio

che un intervento ha nella popolazione non permette di identificare le differenze di efficacia che si possono avere per particolari sottogruppi di popolazione. Esse possono essere attribuibili a condizioni socioeconomiche e etniche specifiche e rilevabili usando approcci statistici appropriati. D'altra parte spesso gli studi primari, ma anche le revisioni sistematiche, non fanno questo tipo di analisi che è invece fondamentale per ridurre le disuguaglianze di salute. Per esempio, rispetto al legame tra ipertensione ed appartenenza etnica, la *Eighth Joint National Committee (JNC 8) Guideline* sulla gestione del soggetto iperteso raccomanda, per la popolazione nera, un tipo di terapia diverso da quello raccomandato per altri gruppi etnici. È stato possibile fornire questa raccomandazione differenziata perché è stata cercata e reperita evidenza a riguardo: nel trial ALLATH i ricercatori hanno infatti svolto un'analisi per sottogruppi che ha dimostrato che l'ictus aumentava per il sottogruppo etnico di colore, se veniva trattato con stessa terapia del sottogruppo dei bianchi. Se non fosse stata fatta questa analisi, sarebbe aumentata la disuguaglianza di salute tra questi due gruppi, sfavorendo quello di colore nella cura dell'ipertensione.

CONCLUSIONE

Considerare l'equità come un *outcome*, e ricercare e valutare la forza delle evidenze reperite su di esso non è un processo lineare e semplice. I trial spesso non riportano informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche ed etniche, e sono rare le analisi che si focalizzano sull'efficacia in diversi sottogruppi di popolazione. Talvolta poi le analisi per sottogruppi che non sono significative statisticamente non vengono riportate. D'altra parte, secondo gli autori, è necessario continuare su questa strada e includere l'equità nelle raccomandazioni basate sul GRADE secondo i metodi indicati, anche per segnalare alla comunità di ricercatori la necessità di maggiori evidenze su questo tipo di *outcome*.

Alessandra Lo Scalzo

Area Innovazione, Sperimentazione e Sviluppo
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali,
Agenas

Screening del cancro della tiroide: i rischi oltrepassano i benefici?

US Preventive Services Task Force
Screening for thyroid cancer. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement
JAMA 2017; 317: 1882-1887

Sosa JA, Duh K-Y, Doherty G
Striving for clarity about the best approach to thyroid cancer screening and treatment: is the pendulum swinging too far?
JAMA Surg 2017 May 9. doi: 10.1001/jamasurg.2017.1338

Welch HG
Cancer screening, overdiagnosis, and regulatory capture
JAMA Intern Med 2017; 177: 915-916

Davies L, Morris LGT
The USPSTF recommendation on thyroid cancer screening. Don't "check your neck"
JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2017. Published online May 09, 2017. doi:10.1001/jamaoto.2017.0502

Il cancro della tiroide rappresenta circa l'1-2% di tutti i tumori, con una incidenza di 4,1 casi/100.000 per gli uomini e 12,5/100.000 per le donne. Secondo stime del Registro Tumori italiano, nel 2015 erano oltre 15.000 i nuovi casi attesi, di cui tre quarti nel sesso femminile. Tra le donne, questo tumore è globalmente al quarto posto in ordine di frequenza (5% di tutti i casi) e addirittura al secondo posto sotto i 50 anni di età (14%). Nel nostro Paese l'incidenza del tumore della tiroide ha subito un netto incremento fino al 2005 (+11,4% l'anno tra gli uomini e +17,5% tra le donne) che si è tuttavia arrestato negli anni più recenti, al netto dell'effetto causato dal progressivo invecchiamento della popolazione. La sopravvivenza resta molto elevata (oltre il 90% a 5 anni dalla diagnosi nelle forme differenziate) e i rilievi autoptici certificano in effetti che il cancro della tiroide risulta più comune di quanto si pensi, anche se spesso non dà segni di sé perché cresce molto lentamente ed è poco invasivo. Poiché nelle aree dove il gozzo è endemico, per mancanza di iodio, vi è una maggiore incidenza di neoplasie tiroidee, l'unica forma di