

Gli studi trasversali

F. Barazzoni, A. Ghirlanda

Gli *studi trasversali*, detti anche di *prevalenza* (o in inglese *cross-sectional study*), appartengono al gruppo degli studi osservazionali nei quali il ricercatore non assegna il soggetto ad alcuna esposizione. In questo tipo di studio la determinazione dell'esposizione ad un particolare fattore di rischio - o la presenza di qualsiasi altra condizione del soggetto - e la registrazione del risultato avvengono in modo simultaneo ovvero allo stesso momento. Per questa ragione lo studio trasversale non è utilizzato per testare ipotesi epidemiologiche ovvero per discriminare tra l'esposizione ad un fattore di rischio o ad una condizione e l'insorgenza della malattia. Esso è sostanzialmente utilizzato per descrivere frequenze di malattie, o di condizioni, in relazione a variabili quali ad esempio l'età e il sesso (chi è affetto dalla malattia), il luogo di occorrenza (dove avviene più o meno frequentemente) o al tempo (quando accade). Lo studio trasversale può quindi essere considerato come una "fotografia istantanea" del gruppo di persone esaminate e quindi la valutazione della presenza di un fenomeno nel preciso istante in cui si è deciso di compiere il rilevamento. Questi studi sono tra quelli più frequentemente utilizzati per quantificare l'entità di un fenomeno rispettivamente per effettuare una valutazione iniziale prima di avviare studi più complessi ed impegnativi. Pertanto, da questo profilo, lo studio trasversale serve anche per formulare ipotesi eziologiche [1,2,3].

Le campagne di screening - per la loro caratteristica di indagine a tappeto o di sottogruppi a rischio - sono considerate appartenenti al gruppo degli studi trasversali. I principali vantaggi e svantaggi degli studi trasversali sono descritti nella tabella che segue.

Vantaggi

- Rapidità d'esecuzione
- Costi relativamente contenuti per la sua realizzazione
- Immediatezza dei risultati
- Permette il calcolo della prevalenza di una malattia o di condizioni croniche e quindi del loro andamento nel tempo

Svantaggi

- Non si addice a malattie o condizioni rare
- Non è appropriato per malattie o condizioni di breve durata
- Non è adeguato per testare ipotesi eziologiche ma solo per formularle, non permettendo una valutazione della relazione causa-effetto (ovvero se il fattore supposto è all'origine della malattia o viceversa)
- Non permette di calcolare il rischio relativo; il valore può essere stimato mediante il calcolo dell'odds ratio

Bibliografia

- [1] Signorelli C. Elementi di metodologia epidemiologica. Società Editrice Universo, Roma 2001.
- [2] Grimes D. A., Schulz K. F. An overview of clinical research: the lay of the land. The Lancet 2002; 338: 57-61.
- [3] Hennekens C.H., Buring J.E. Epidemiology in medicine. Little Brown and Company, Boston-Toronto 1987.

Glossario: "Epidemiologia in pillole" (3)

1. Evidence-based medicine

Consiste nell'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore evidenza disponibile nella presa di decisioni sulla cura di ogni paziente. Ne consegue che la pratica della EBM comporta l'integrazione della competenza clinica individuale con la migliore evidenza clinica esterna disponibile che deriva dalla ricerca sistematica. Con il termine di competenza clinica individuale si intende pertanto l'abilità e la capacità di giudizio che ogni medico acquisisce tramite la propria esperienza e la pratica clinica. Per una migliore evidenza clinica esterna disponibile si intende la ricerca clinica di rilievo, spesso risultante dalle scienze fondamentali della medicina, ma specialmente la ricerca clinica centrata sul paziente che integra l'accuratezza e la precisione dei test diagnostici (comprendendo in questo caso anche l'esame clinico), la forza dei marker prognostici, l'efficacia e la sicurezza della terapia, della riabilitazione e della prevenzione [1]. Recentemente l'EBM è stata definita come la competenza clinica (clinical expertise) in grado di integrare gli aspetti seguenti [2]:

- la *componente esterna* (research evidence) ovvero i risultati degli studi clinici più attendibili associata
- alla *componente interna* (clinical state and circumstance) ovvero lo stato clinico del paziente, il setting clinico e le circostanze cliniche e tenuto conto
- della *componente "paziente"* (preferences and actions) ovvero le preferenze, i valori e le azioni del paziente.

La pratica dell'EBM consiste sostanzialmente in cinque passi che possono essere così riassunti:

1. tradurre il problema clinico in un quesito sufficientemente esplicito per trovare la risposta,
2. ricercare la risposta nell'ambito della migliore evidenza (prove) attualmente disponibile,
3. stimare la validità (probabilità di coincidenza con la verità), l'importanza (dimensione dell'effetto) e l'utilità (applicazione clinica) dell'evidenza trovata,
4. applicare l'evidenza nella pratica clinica,
5. verificare il risultato ottenuto e correggere il tiro [1].

2. Follow-up

Situazione in cui i ricercatori sono consapevoli delle conseguenze ("outcome") di ogni paziente che ha partecipato allo studio [3].

3. Gruppo di controllo

Il gruppo della popolazione che non riceve il trattamento sperimentato. In molti studi il gruppo di controllo riceve comunque il trattamento standard generalmente riconosciuto o il miglior trattamento convalidato dall'"evidence" [3].

4. Incidenza

L'incidenza è il numero di nuove occorrenze di un evento clinico nel corso di un periodo di tempo determinato tra gli individui in cui quell'evento è suscettibile di manifestarsi [4].

5. Individuo

L'individuo è il singolo paziente e contemporaneamente è il membro di una popolazione, vale a dire di un gruppo di individui con i quali egli condivide alcune caratteristiche [4].

Bibliografia

- [1] Sackett D., Rosenberg W., Gray M., Haynes B., Richardson S. Evidence-Based Medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996. 312:71-72.
- [2] Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS et al. EBM: how to practice and teach EBM. 2d ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 2000.
- [3] The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the Medical Literature. Ed. Gordon Guyatt, MD; Drummond Rennie, MD. AMA Press, USA. 2002: 401-442.
- [4] Morabia A. L'epidemiologia clinica. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma. 1999.

Dott. med. F. Barazzoni e
Dott. med. A. Ghirlanda
Settore sanitario - Direzione generale EOC
Viale Officina 3
6501 Bellinzona
e-mail: settore.sanitario@eoc.ch