

- 1 Antibiotici e bisturi
- 1-3 Estroprogestinici e trombofilia
- 4-5 Banca dati comparativa SNLG
- 6 Dalla Letteratura
- 7 Audit e linee guida
- 8 Diagnostica per immagini

RIVISTA QUADRIMESTRALE DEL
SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA - ISS

Antibiotici e bisturi dalla carta alla pratica

Ancora una volta, con l'aggiornamento della linea guida «Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto», l'SNLG ha voluto porre l'accento sull'importanza di fornire indicazioni concrete e strumenti utili affinché le raccomandazioni formulate non rimangano solo parole scritte su un pezzo di carta ma entrino a far parte della pratica clinica quotidiana delle aziende ospedaliere italiane. Allegati costruiti appositamente e tabelle esemplificative forniscono, in questa nuova edizione della linea guida pubblicata nel 2003, indicazioni chiare in merito all'opportunità di effettuare o meno la profilassi antibiotica. Per fare ciò, il gruppo di lavoro ha analizzato nelle diverse specialità chirurgiche una serie di interventi per ognuno dei quali, in caso di reale utilità della profilassi, ha esplicitato sia quali fossero i farmaci più indicati sia i modi e i tempi della loro somministrazione. La riedizione della linea guida rappresenta infatti un modello da cui le singole unità operative possano prendere spunto per l'elaborazione di documenti costruiti ad hoc tenendo conto sia della realtà epidemiologica locale sia della politica antibiotica delle singole aziende sanitarie.

Inoltre, per coinvolgere maggiormente gli operatori sanitari e rendere più facile e interattiva la consultazione dei protocolli di profilassi proposti dal panel, l'SNLG ha pensato di inserire nel proprio sito web una pagina che permetta di visualizzare, per uno o più interventi contemporaneamente, le indicazioni fornite dal panel.

La versione aggiornata della linea guida e il link alla tabella interattiva sono disponibili sul sito: http://www.snlg-iss.it/lgn_antibiotico-profilassi_perioperatoria_adulto_2008

“

La linea guida fornisce un modello e gli strumenti per formulare istruzioni operative valide nel contesto specifico

”

Trombofilia: prevenire i rischi da estroprogestinici

Una conferenza di consenso promossa dall'Istituto Superiore di Sanità e dal CeVEAS ha fatto il punto sul rischio trombotico associato all'uso dei contraccettivi estroprogestinici

Il 18 e 19 settembre 2008 si è svolta a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità, la conferenza nazionale di consenso «Prevenzione delle complicanze trombotiche associate all'uso di estroprogestinici in età riproduttiva».

Gli obiettivi erano molteplici: prima di tutto valutare il rischio trombotico associato all'uso di questo tipo di anticoncezionali e indagare quali fattori ne favoriscano eventualmente l'aumento. Infatti, sebbene il rischio assoluto di trombosi venosa legato all'uso dei contraccettivi estroprogestinici rimanga comunque basso, esistono alcuni fattori associati alla trombofilia che aumentano il rischio relativo e che possono essere individuati attraverso la raccolta di un'anamnesi personale e familiare accurata.

Per ridurre il rischio di trombosi nelle donne che utilizzano i con-

traccettivi estroprogestinici, si è valutata la validità dei test attualmente disponibili per individuare una predisposizione genetica o acquisita alla trombofilia.

L'opportunità di far eseguire di routine questo tipo di esami prima di prescrivere gli estroprogestinici è ancora dibattuta: a fronte dei possibili benefici nell'identificazione dei soggetti a rischio, questi esami presentano infatti un alto tasso di errore diagnostico e una scarsa capacità predittiva e potrebbero quindi causare una sovradiagnosi e indurre una medicalizzazione non necessaria delle donne.

Gli esperti hanno quindi valutato le possibili implicazioni dell'esecuzione su vasta scala di questi test, sia dal punto di vista clinico, sia da quello psicologico ed etico, sia da quello dell'informazione da fornire alle donne.

Le valutazioni effettuate e le raccomandazioni elaborate al termine della conferenza in quello che è il documento preliminare di consenso sono riportate a pagina 2. ▲



Il punto su **estroprogestinici e rischio**

Quali sono i rischi associati all'uso degli estroprogestinici?

La contraccezione con estroprogestinici, utilizzata su scala mondiale da milioni di donne da oltre 40 anni, è efficace, ben tollerata e con bassa frequenza di complicanze. Tra queste la più rilevante è la trombosi venosa. Nelle donne in età fertile si tratta di un evento molto raro. Pur non essendo disponibili dati certi per l'Italia, è stimabile complessivamente attorno a 4-7 casi l'anno ogni 10.000 donne, 1-2 dei quali sono attribuibili agli estroprogestinici. La contraccezione con estroprogestinici produce anche un aumento molto piccolo del rischio di trombosi arteriosa, stimabile tra 0,06 e 0,4 casi l'anno ogni 10.000 donne rispetto a un rischio di base di circa 2 casi ogni 10.000 donne in età fertile.

Nel resto del documento, visto il bassissimo rischio arterioso, ci si concentrerà solo sul rischio di trombosi venosa.

Quali fattori condizionano l'entità del rischio trombotico nelle donne che assumono contraccettivi estroprogestinici?

I principali fattori che aumentano il rischio di trombosi venosa, nelle donne che assumono contraccettivi estroprogestinici, sono:

Fattori individuali

- precedenti episodi trombotici
- familiarità
- obesità (BMI ≥ 30)
- trombofilia*

Fattori intercorrenti

- intervento chirurgico
- immobilità prolungata
- traumi
- puerperio (i primi 21 giorni)

* Definita come un aumento della tendenza alla trombosi causata da ipercoagulabilità del sangue di origine congenita o acquisita.

Il rischio di trombosi venosa con i contraccettivi estroprogestinici di terza generazione (contenenti desogestrel o gestodene come progestinico) è circa doppio rispetto a quello legato agli anticoncezionali di seconda generazione (levonorgestrel).

Il rischio di trombosi venosa associato all'uso di estroprogestinici è maggiore durante il primo anno in cui una donna inizia per la prima volta ad assumere un qualunque tipo di contraccettivo estroprogestinico.

Quali strategie sono da raccomandare per ridurre le complicanze trombotiche?

Prima di prescrivere una contraccezione con estroprogestinici si raccomanda:

- la raccolta di un'anamnesi personale e familiare con particolare attenzione agli eventi trombotici;
- l'offerta attiva di informazione e la discussione con la donna sul rischio individuale di trombosi e sulla possibilità di ridurlo.

Non si raccomanda, né prima di prescrivere un contraccettivo estroprogestinico né durante l'uso, l'esecuzione di routine di:

- esami ematochimici generici;
- test generici di coagulazione;
- test specifici per trombofilia (compresi i test genetici).

Anche in presenza di un'anamnesi familiare positiva per eventi trombotici non si raccomanda l'esecuzione dei test specifici di predisposizione genetica o acquisita alla trombosi al fine di prescrivere una contraccezione con estroprogestinici.

Al momento della prescrizione, si raccomanda un contraccettivo a

minor rischio trombotico (progestinico di seconda generazione con 20-30 μg di estrogeni).

Quali test sono disponibili per l'identificazione del rischio trombotico e quale validità hanno?

Rispetto ai più comuni test ematochimici, i test specifici di trombofilia presentano globalmente una maggiore complessità che si associa a una più alta variabilità dei loro risultati.

Nella pratica corrente è stato rilevato un elevato tasso di errore diagnostico, per ridurre il quale se ne raccomanda l'esecuzione solo in laboratori qualificati.

In aggiunta, lo scarso valore predittivo dei test di predisposizione genetica o acquisita è il motivo per cui non se ne raccomanda l'uso di routine.

In considerazione dell'ampio utilizzo, il più delle volte inappropriato, dei test di predisposizione genetica, se ne elencano i tipi e le caratteristiche.

A. I seguenti test identificano una predisposizione genetica alla trombosi:

- mutazione fattore V Leiden (etero/omozigote);
- mutazione protrombina G20210A (etero/omozigote);
- deficit di proteina C;
- deficit di proteina S;
- deficit di antitrombina.

Le prime due alterazioni sono relativamente frequenti nella popolazione generale (3% circa ciascuna), ma aumentano di poco il rischio assoluto di trombosi. Le altre tre alterazioni sono invece molto più rare (prevalenza dallo 0,02% allo 0,5%), ma aumentano maggiormente il rischio assoluto.

Altri test disponibili non identificano condizioni genetiche per le quali sia documentato un aumentato rischio trombotico e sono pertanto sconsigliati.

B. I seguenti test identificano una predisposizione acquisita alla trombosi:

- anticoagulante tipo lupico (LAC);
- anticorpi antifosfolipidi;
- alti livelli di fattore VIII;
- iperomocisteinemia.

Questi fattori di rischio sono più frequenti di quelli precedenti e comportano un aumento di rischio variabile, maggiore per i primi due e minore per l'iperomocisteinemia e il fattore VIII alto.

Quali sono le implicazioni cliniche, psicologiche e organizzative in caso di un'applicazione su vasta scala dei test per la valutazione del rischio?

Pur non essendo raccomandato, l'utilizzo dei test sta diventando una pratica diffusa.

Sul piano clinico, la loro scarsa predittività li rende a rischio di sovradiagnosi e di eccessiva medicalizzazione in caso di applicazione su vasta scala.

di trombosi

Un risultato negativo potrebbe essere falsamente rassicurante, mentre un risultato positivo potrebbe scoraggiare l'uso della contraccezione con estrogeni in donne che potrebbero giovarsene. In particolare, la mutazione eterozigote del fattore V Leiden o della protrombina (alterazioni che rappresentano le mutazioni più frequenti) e la carenza di proteina C costituiscono un rischio da confrontare con i potenziali benefici della contraccezione con estrogeni, da valutare caso per caso.

Invece il deficit congenito di antitrombina, l'omozigosi e la doppia eterozigosi (fattore V Leiden e protrombina), nonché i difetti multipli, sono alterazioni molto rare che comportano un rischio trombotico più alto, tale da sconsigliare l'uso di questo tipo di contraccettivi.

Infine per quanto riguarda la carenza congenita di proteina S, non ci sono informazioni sufficienti per una chiara raccomandazione.

Sul piano psicologico, l'esecuzione e l'esito positivo dei test sembrano non avere un impatto avverso nella maggioranza delle donne in contesti nei quali è fornito un adeguato counselling prima e dopo i test. Pertanto è fortemente raccomandato offrire un counselling adeguato nella fase precedente al test e al momento della comunicazione del risultato.

Un medico che, applicando le raccomandazioni di questa conferenza di consenso, prescriva la contraccezione con estrogeni senza richiedere l'esecuzione di test di predisposizione genetica, segue una buona pratica clinica.

Sul piano organizzativo, l'inappropriata diffusione di questi test comporta costi non giustificati per il Servizio sanitario nazionale e per i cittadini.

Che informazione dare alle donne che intendono iniziare una contraccezione con estrogeni sul rischio di trombosi venosa?

Occorre informare la donna sui seguenti argomenti:

- la trombosi venosa in età fertile è molto rara;
- la contraccezione con estrogeni aumenta il rischio di circa 2 volte ma il rischio assoluto rimane molto basso (1-2 casi l'anno ogni 10.000 donne; a titolo di confronto, il rischio di trombosi venosa in gravidanza è intorno a 6 casi ogni 10.000 gravidanze);
- il rischio non è uguale in tutte le donne;
- il rischio è più elevato durante il primo anno d'uso;
- il rischio non è uguale per tutti i contraccettivi estrogenici;
- gli interventi chirurgici, i traumi e l'immobilità prolungata aumentano il rischio e richiedono che la donna segnali al medico che sta assumendo estrogeni;
- gli stili di vita salutari riducono il rischio trombotico;



- i test per individuare la predisposizione al rischio sono molto usati ma non sono raccomandati.

Le informazioni andrebbero date con l'intento di facilitare una decisione consapevole da parte della donna riguardo la prescrizione di estrogeni e di eventuali test di predisposizione.

Quale informazione è necessaria per le donne positive ai test specifici per la trombofilia?

In caso di avvenuta esecuzione di test specifici per la trombofilia, occorre informare la donna sui seguenti argomenti:

- complessità, variabilità e possibilità di errore diagnostico;
- scarso valore predittivo;
- rischio di rinuncia alla contraccezione con estrogeni;
- possibilità di falsa rassicurazione e di sovradiagnosi;
- rischio di ansia;
- misure di prevenzione della trombosi.

Si raccomanda in ogni caso che tutte le informazioni siano offerte attivamente prima dell'eventuale esecuzione del test.

Quali misure di politica sanitaria sono auspicabili per la prevenzione delle complicanze trombotiche nelle donne che utilizzano estrogeni?

Considerata la carenza di conoscenze epidemiologiche, in particolare italiane, su molti aspetti affrontati dalla conferenza di consenso, si raccomanda l'esecuzione di studi epidemiologici sul rischio trombotico venoso e sui fattori che lo influenzano, in particolare la contraccezione con estrogeni. Tali studi dovrebbero rappresentare una delle priorità del sistema sanitario per il finanziamento della ricerca indipendente.

Inoltre, in considerazione del minor rischio trombotico attribuibile ai contraccettivi estrogenici a basso contenuto estrogenico e contenenti levonorgestrel, si raccomanda la revisione della politica di rimborsabilità con l'inserimento in fascia A di questi prodotti.

In considerazione della grande variabilità dei risultati e del tasso di errore dei test di trombofilia, si raccomanda l'attivazione di politiche di accreditamento e di controllo di qualità dei laboratori a livello regionale. È fondamentale che le autorità sanitarie si impegnino in una campagna di comunicazione per informare i professionisti sanitari sulle raccomandazioni, in particolare sull'uso inappropriato dei test specifici di predisposizione genetica e acquisita. Si raccomanda che il sistema sanitario si impegni a vari livelli nell'informazione alle donne sull'uso sicuro della contraccezione con estrogeni. ▲

Banca dati

Perché una banca dati comparativa

Negli ultimi anni la crescente produzione di linee guida da parte di società scientifiche, enti governativi o gruppi di esperti ha contribuito in maniera importante a colmare il gap esistente tra la ricerca scientifica e la pratica clinica. Allo stesso tempo, si è però resa necessaria la creazione di uno strumento che aiutasse le diverse figure professionali (operatori sanitari, manager, decisori, ecc) a individuare, reperire e valutare criticamente le numerose linee guida esistenti e riguardanti la medesima tematica. È con questo scopo che il Sistema Nazionale Linee Guida, con il finanziamento del Ministero della Salute e la collaborazione del Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CeVEAS) dell'Azienda USL di Modena, ha creato una banca dati pubblica, di facile accesso e in lingua italiana per consentire ai ricercatori ma soprattutto agli operatori sanitari di poter accedere alla sintesi e al confronto delle linee guida reperite favorendo così un approccio critico alle caratteristiche di validità e trasferibilità delle linee guida stesse.

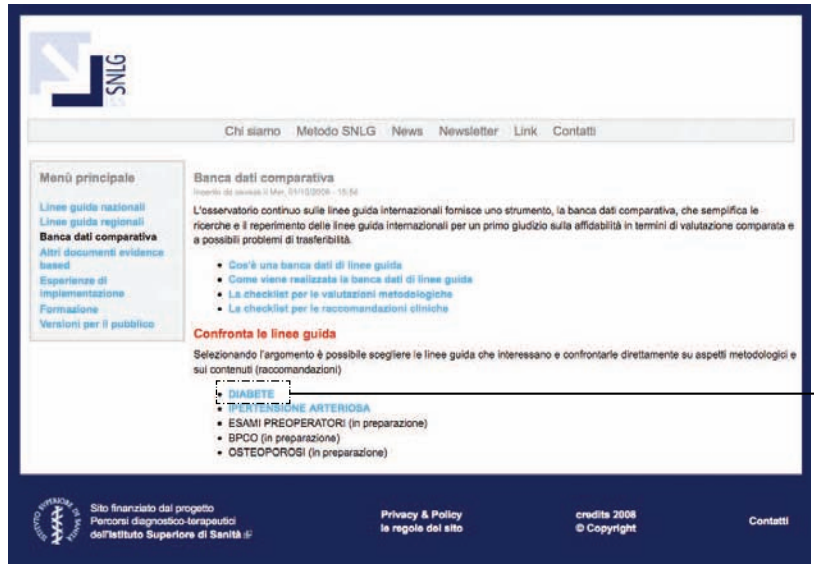
La Banca dati comparativa SNLG, costruita a partire dal modello della National Guideline Clearinghouse™ (NGC) statunitense, mette a disposizione degli utenti la possibilità scegliere le linee guida da confrontare fra quelle a disposizione e di visualizzare solo alcuni aspetti del tema trattato. È possibile effettuare il confronto sia su aspetti metodologici di elaborazione della linee guida, sia sulle raccomandazioni raccolte in grandi aree (ad esempio, diagnosi, prevenzione, screening, terapia farmacologica, eccetera). Il confronto viene poi visualizzato in tabelle che permettono di individuare gli aspetti di accordo e disaccordo fra le diverse linee guida.

Argomenti affrontati nella Banca dati comparativa:

- Diabete
- Ipertensione arteriosa
- Esami preoperatori*
- BPCO*
- Osteoporosi*
- Ipercolesterolemia*
- Screening del polmone*
- Screening della prostata*
- Ictus*

* In preparazione.

www.snlg-iss.it/banca_dati_comparativa



Confronto sugli aspetti metodologici

Selezionando le linee guida che interessano e cliccando su "INVIA" è possibile confrontare sugli aspetti metodologici fino a un massimo di quattro linee guida contemporaneamente.



Gli aspetti metodologici in sintesi

Breve commento sulla qualità metodologica delle linee guida valutate mediante lo strumento AGREE.

Le raccomandazioni in sintesi

Sintesi del contenuto delle raccomandazioni suddivise nelle stesse aree tematiche utilizzate per il confronto. In questa sintesi vengono sottolineati gli aspetti su cui esiste accordo e quelli sui quali non tutte le linee guida danno indicazioni univoche.

Come è stata realizzata la Banca dati comparativa SNLG

Per selezionare le linee guida da analizzare e confrontare, il metodo seguito al momento parte da una ricerca bibliografica in banche dati biomediche, siti di agenzie sanitarie nazionali o governative e delle principali società scientifiche (italiane ed estere) coinvolte nei problemi sanitari oggetto della ricerca. Il materiale reperito viene poi selezionato valutandone la pertinenza rispetto all'argomento affrontato, la presenza di raccomandazioni per la pratica clinica, la rappresentatività scientifica e la generalizzabilità e l'applicabilità delle rac-

comandazioni alla popolazione italiana. Inoltre viene valutata la validità interna delle linee guida, per verificare la presenza di almeno uno di tre criteri essenziali:

- produzione della linea guida da parte di un gruppo multidisciplinare
- presenza di un sistema formale di classificazione del livello di prova e di forza delle raccomandazioni (grading)
- reperimento delle prove di efficacia (studi primari) attraverso una metodologia sistematica.

comparativa

Diabete Mellito Tipo 2

La revisione sistematica della letteratura ha portato al reperimento di 1324 documenti. Da questi sono state selezionate e valutate qualitativamente sei linee guida pubblicate nel periodo gennaio 2006 - gennaio 2008 (vedi pagina [Metodologia](#) per i dettagli su strategia di ricerca e modalità di valutazione e di selezione dei documenti reperiti).

Le sei linee guida analizzate affrontano la gestione del paziente affetto da diabete mellito tipo 2 nei suoi molteplici aspetti. Due linee guida sono state prodotte dalla stessa istituzione (Joslin Diabetes Center & Joslin Clinic) e sono quindi accorpate come un unico documento.

Linee guida confrontate:

- **AACE 2007** - Diabetes Mellitus Clinical Practice Guidelines Task Force. American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Management of Diabetes Mellitus. Endocrine Practice 2007; 13 (Suppl 1) May/June.
- **ADA 2008** - American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes, 2008
- **AMD 2007** - Diabete Italia - SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito. Linee-guida e raccomandazioni. 2007
- **HAS - AFSSAPS 2006** - Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation); recommandations, 2006
- **ICSI 2006** - Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Management of Type 2 Diabetes Mellitus, 2006
- **JOSLIN 2006/07** - Diabetes Center & Joslin Clinic. Clinical Guideline for adults with diabetes 2010/06 and Clinical Guideline for Pharmacological Management of Type 2 Diabetes 1/12/07

Confronta le linee guida

È possibile confrontare fino a un massimo di quattro linee guida contemporaneamente. Il confronto può essere effettuato su aspetti metodologici relativi alla elaborazione delle linee guida, oppure sul contenuto (cioè sulle raccomandazioni) delle linee guida.

Confronta le linee guida sugli aspetti metodologici

È sufficiente selezionare le linee guida che interessano dall'elenco qui sotto e cliccare su "INVIA".

Selezione le LG da confrontare sul metodo

AACE 2007
 ADA 2008
 AMD 2007
 HAS - AFSSAPS 2006
 ICSI 2006
 JOSLIN 2006/07

Confronta le linee guida sulle raccomandazioni

Vista la vastità dell'argomento, le raccomandazioni contenute nelle linee guida sono state organizzate in 9 aree tematiche principali. La tabella che segue mostra quali sono le aree affrontate dalle diverse linee guida. Per confrontare le raccomandazioni delle linee guida basta selezionare le linee guida che interessano (fino a un massimo di 4) sulla pulsantiera orizzontale della tabella, selezionare poi le aree tematiche in verticale e cliccare sul pulsante "INVIA".

	AACE 2007	ADA 2008	AMD 2007	HAS 2006	ICSI 2006	JOSLIN 2006/07
Contenuti generali	■	■	■	■	■	■
Diagnosi	■	■	■	■	■	■
Screening	■	■	■	■	■	■
Prevenzione primaria	■	■	■	■	■	■
Gestione/ Autogestione	■	■	■	■	■	■
Terapia non farmacologica	■	■	■	■	■	■
Terapia farmacologica	■	■	■	■	■	■
Prevenzione e gestione delle complicanze	■	■	■	■	■	■
Aspetti organizzativi dell'assistenza	■	■	■	■	■	■
Popolazioni specifiche di pazienti	■	■	■	■	■	■

SINTESI DEI PRINCIPALI ASPETTI METODOLOGICI DELLE LINEE GUIDA CONFRONTATE

SINTESI DELLE PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI DELLE LINEE GUIDA

Le linee guida selezionate

Elenco delle linee guida selezionate per il confronto. Cliccando sul nome dell'istituzione che ha prodotto la singola linea guida, è possibile collegarsi al rispettivo sito web.

Confronto sulle raccomandazioni

Selezionando fino a un massimo di quattro linee guida sulla pulsantiera orizzontale della tabella e una o più aree tematiche su quella verticale, è possibile confrontare le raccomandazioni delle diverse linee guida.

Il passo successivo consiste nell'applicazione dello strumento AGREE (Appraisal of Guidelines REsearch & Evaluation in Europe) che valuta sia la qualità di quanto riportato in una linea guida, sia la qualità di alcuni aspetti delle raccomandazioni, analizzando la probabilità che essa riesca a raggiungere gli obiettivi auspicati. Tre metodologi applicano lo strumento in modo indipendente: le medie dei punteggi AGREE assegnati a ogni linea guida sono consultabili nella sezione dedicata alla sintesi dei principali aspetti metodologici. Una volta selezionate, le linee guida vengono analizzate mediante due tabelle sinottiche. La prima riassume gli aspetti metodologici con

i quali è stata elaborata la linea guida (chi l'ha prodotta, quando, presenza di un gruppo multidisciplinare, schema di grading, eccetera). La seconda riassume le raccomandazioni, organizzandole in grandi aree tematiche, come «diagnosi», «prevenzione primaria», «terapia non farmacologica», «terapia farmacologica», «prevenzione e gestione delle complicanze», «aspetti organizzativi dell'assistenza». Questo aspetto ha anche un riscontro pratico per chi poi andrà a interrogare la banca dati: ogni utente potrà infatti visualizzare il confronto delle raccomandazioni relativamente alle aree tematiche di interesse. ▲

→ **Diabete: screening sì, ma solo se la pressione è alta**

La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) ha aggiornato la linea guida del 2003 riguardante lo screening per il diabete di tipo 2 negli adulti asintomatici, raccomandandone l'esecuzione nei soggetti con pressione alta (maggiore di 135/80 mmHg). Per valori di pressione uguali o minori di 135/80 mmHg, invece, non ci sarebbero prove sufficienti per valutare il rapporto tra rischi e benefici dello screening: in questo caso, la nuova linea guida indica che l'esecuzione dello screening, se ritenuta necessaria per motivi clinici, sia accompagnata da un'adeguata informazione al paziente riguardo questa incertezza. In accordo con le raccomandazioni dell'American Diabetes Association, inoltre, la linea guida indica la misurazione della glicemia a digiuno come esame di elezione per la diagnosi del diabete.

Ann Intern Med 2008; 148: 855-868

→ **Un vademecum per gli antibiotici in chirurgia**

Sono essenziali per prevenire le infezioni dei siti chirurgici, ma devono essere usati con criterio per evitare di aumentare la resistenza dei batteri ai farmaci: partendo da queste considerazioni lo Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) ha elaborato una serie di indicazioni per un'applicazione razionale della profilassi antibiotica perioperatoria. La linea guida descrive i criteri per valutare rischi e benefici della profilassi in base alle caratteristiche del paziente e dell'intervento da effettuare. Entrando poi nel dettaglio dei diversi tipi di operazione – sia negli adulti sia nei bambini – la linea guida fornisce indicazioni sull'opportunità, sui

modi e sui tempi di somministrazione degli antibiotici e sui criteri di scelta dei farmaci da utilizzare. Infine il documento contiene alcune raccomandazioni per l'implementazione nella pratica clinica delle indicazioni fornite, suggerendo anche le possibili strade da seguire per superare gli eventuali ostacoli.

<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/104/index.html>



→ **Cancro alla prostata: PSA sconsigliato ai più anziani**

Gli uomini al di sopra dei 75 anni non avrebbero alcun beneficio nel sottoporsi allo screening per il tumore della prostata effettuato con il test del PSA. Trattare i casi di cancro così rilevati, infatti, porterebbe ben pochi vantaggi a questo tipo di pazienti, a fronte dei possibili effetti avversi: incontinenza urinaria, disturbi dovuti all'esecuzione della biopsia, effetti psicologici legati ai risultati falsi positivi. È quanto si legge nel recente aggiornamento della linea guida della U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) sullo screening per il tumore della prostata, che contiene una raccomandazione che sconsiglia l'esecuzione del test del PSA nei soggetti anziani, mentre ribadisce (come già riportato nella versione precedente del documento, redatta nel 2002) la mancanza di prove scientifiche per valutarne l'opportunità negli uomini al di sotto dei 75 anni.

Ann Intern Med 2008; 149: 185-191

→ **Colesterolo sotto esame per i bambini**

Secondo i pediatri statunitensi una buona educazione alimentare, che preveda la restrizione dell'apporto di colesterolo e di grassi saturi, non è sufficiente per prevenire i danni cardiovascolari nei bambini. L'American Academy of Pediatrics (AAP), infatti, ha elaborato



nuove raccomandazioni sullo screening dei livelli di colesterolo e di lipidi nei bambini, che introducono anche la possibilità di interventi farmacologici per abbassare il colesterolo in particolari situazioni. In sintesi, il testo elaborato raccomanda lo screening attraverso il profilo lipidico ogni 3-5 anni a partire dai 2 anni di età per i bambini con una storia familiare di dislipidemie o di disturbi cardiovascolari manifestatisi prematuramente, oppure con particolari fattori di rischio. Dal punto di vista del trattamento, il documento ribadisce che il controllo del peso rimane la prima scelta nel caso di bambini obesi o sovrappeso con valori alti di trigliceridi o livelli bassi di HDL; tuttavia, nel caso di concentrazioni elevate di LDL o in presenza di uno o più fattori di rischio o di una storia familiare di disturbi cardiovascolari, suggerisce di prendere in considerazione la somministrazione di farmaci per abbassare il colesterolo.

Pediatrics 2008; 122: 198-208

→ **Malattie sessuali: giova parlarne**

Il counselling è uno strumento efficace per ridurre il rischio di contrarre infezioni trasmesse sessualmente, non solo negli adolescenti attivi ma anche negli adulti ad alto rischio. Lo affermano gli esperti statunitensi della U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), che nell'aggiornamento della linea guida dedicata a questo tema raccomandano azioni di counselling specifico. I risultati dei 15 studi randomizzati classificati dagli esperti di buona qualità indicano una riduzione che va da 3 al 13% dell'incidenza di infezioni quando è stato effettuato il programma di counselling. Non ci sono prove sufficienti, invece, per suggerire interventi analoghi negli adolescenti non attivi sessualmente e negli adulti non ad alto rischio.

Ann Intern Med 2008; 149: 491-496

Audit e linee guida

Marco Geddes da Filicaia è il direttore sanitario del Presidio ospedaliero di Firenze centro. Nell'ambito della sua attività di epidemiologo, ha recentemente pubblicato per Il Pensiero scientifico la «Guida all'audit clinico».

Lo abbiamo intervistato per fare il punto proprio sul ruolo dell'audit clinico come strumento di verifica della qualità dell'assistenza.

Qual è la corretta definizione di audit clinico?

Per me la più completa è quella riportata nel glossario del libro: «un'iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione fra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario, sottoponendo i risultati di tali modifiche a nuove verifiche».

Per clinici intende il personale interno alla singola unità operativa?

Sì, i clinici sono i medici, gli infermieri e tutti gli altri operatori coinvolti nel processo assistenziale.

Un altro punto non banale mi sembra quello della revisione tra pari.

L'esperienza insegna che perché un audit funzioni lo scambio di osservazioni deve avvenire davvero con una modalità paritaria, senza considerare i rapporti gerarchici del reparto. Ovviamente dipende dalle personalità coinvolte, ma nella pratica spesso gli infermieri patiscono del timore reverenziale nei confronti dei medici, e tendono a stare zitti. In loro soccorso dovrebbe venire il «facilitatore», cioè una persona esterna al reparto che partecipa all'audit con un ruolo di coordinamento e che veglia sul suo corretto svolgimento.

L'aggettivo «strutturato» della definizione allude alla presenza del facilitatore?

A quella e al fatto che l'incontro è svolto seguendo una metodologia ben precisa e preparata in anticipo.

A che livello avviene il contatto tra l'audit inteso come uno strumento di verifica della qualità dell'assistenza e la produzione di linee guida?

L'audit prevede che il confronto tra la propria attività clinica e i risultati debba essere effettuato rispetto a uno standard di riferimento. La questione dell'individuazione di uno standard è tutt'altro che banale. Ecco che un documento come una linea guida prodotta dal SNLG in molti casi può risolvere il problema, dato che le raccomandazioni ivi contenute, basandosi su una revisione scrupolosa della letteratura e sulla condivisione di un panel multidisciplinare, corrispondono a un riferimento di qualità. In loro assenza, a livello locale, ho visto proporre documenti di tutti i tipi: nei migliori dei casi si tratta di produzioni di società scientifiche settoriali, ma spesso erano semplici «copia e incolla» di nozioni libere, anche datate.

Sulla base della sua esperienza, quali sono i principali ostacoli alla diffusione dell'audit?

Dividerei gli ostacoli in due categorie: quelli di tipo materiale e quelli di tipo culturale. Tra gli ostacoli materiali cito per prima la bassa qualità della documentazione clinica. Le informazioni riportate sui registri operatori e sulle schede di visita anestesiologicala sono troppo spesso incomplete. Anzi, ho notato che nonostante la diffusione dei computer, la modalità di compilazione è degenerata rispetto a cinquant'anni fa: la scrittura è ancora a mano, la calligrafia è sempre più incomprensibile.

E i sistemi informatici avanzati per la gestione degli ospedali di cui si parla tanto?

Non conosco bene la realtà ospedaliera a nord degli Appennini, ma posso assicurare che nel Centro-Sud d'Italia la gestione informatizzata dell'ospedale non è sviluppata a livello sistemico. Al massimo la si può trovare in qualche isola d'eccellenza. Nel 2007 in Gran Bretagna il 95% dei pazienti trasfusi era identificato tramite il bracciale elettronico. Da noi queste cifre sono un miraggio.

Altri ostacoli materiali?

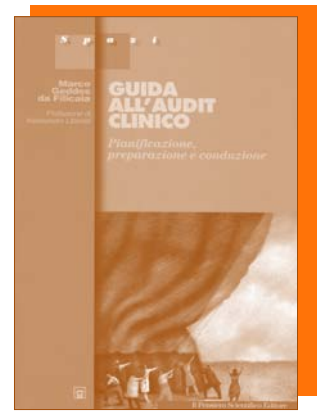
Un altro, che può sembrare banale: nelle nostre strutture mancano gli spazi. Manca il locale in cui riunirsi, le sedie, i tavoli.

E per quanto riguarda quelli culturali?

Anche su questo fronte siamo indietro. Da noi manca la conoscenza e la padronanza di una metodologia di confronto e di discussione. Non c'è l'abitudine a segnalare i casi, specie se problematici. Sto pensando all'audit sugli errori e sui «quasi errori»: la mentalità ancora dominante è che «i panni sporchi si lavano in famiglia». A ciò bisogna aggiungere il quadro normativo italiano che non incoraggia la segnalazione. Chi la fa teme ripercussioni sul piano personale.

In alcune realtà, come quella della sua Azienda ospedaliera, l'audit viene praticato con una certa frequenza. È riuscito a innescare cambiamenti positivi tra i clinici?

Nella mia azienda, l'audit è considerato un'attività regolare. E i cambiamenti prodotti sono visibili nel modo di lavorare di chi vi partecipa, ma non solo. Gli operatori coinvolti ora sono facilitati a lavorare in team, con gli infermieri che diventano i veri paladini del rispetto delle procedure e con i medici che si sentono più supportati nella condivisione della responsabilità della cura. E la mentalità di condivisione si allarga anche ai pazienti, e soprattutto ai loro familiari, che vengono coinvolti con più facilità nella verifica e nel controllo dell'assistenza ricevuta, con loro massima soddisfazione. ▲



Diagnostica per immagini: uniformità e appropriatezza

Il fegato, per le sue caratteristiche di filtro della circolazione ematica, è sede di molteplici tipi di lesioni tumorali, benigne e maligne, che, se identificate precocemente, possono essere trattate con un approccio terapeutico efficace. Perché possa essere fatta una diagnosi precoce, è fondamentale che venga scelta un'adeguata metodica d'indagine.

Spesso però questa scelta risulta complessa e lasciata al caso o presa a seconda della disponibilità locale di una o più delle metodiche di diagnostica per immagini che oggi la scienza ci offre.

I passi avanti fatti nell'ultimo decennio in questo campo e l'introduzione di metodiche e apparecchiature sempre più sofisticate hanno da un lato incrementato notevolmente le capacità diagnostiche degli operatori sanitari, ma dall'altro hanno anche creato una notevole diffomità di comportamenti. Allo stato



attuale, la realtà ospedaliera nazionale è infatti caratterizzata da una disponibilità non omogenea di apparecchiature e da una sostanziale incertezza sulle potenzialità diagnostiche e cliniche delle diverse tecniche. Ecco perché il Sistema Nazionale Linee Guida, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha costituito un gruppo di lavoro che fornisce, attraverso una revisione sistematica di studi clinici recenti, raccomandazioni chiare e precise per la scelta della metodica d'indagine più appropriata a seconda della storia clinica

del paziente preso in esame. Data l'alta frequenza di lesioni a livello epatico e l'importanza di una diagnosi precoce, il primo scenario clinico affrontato dagli esperti è stato proprio quello della diagnosi di lesioni focali epatiche in diverse tipologie di pazienti, da quelli oncologici a quelli con epatopatie croniche. È stata così creata la nuova linea guida SNLG intitolata «Impiego della diagnostica per immagini delle lesioni focali epatiche», pubblicata e distribuita lo scorso ottobre, nella quale sono contenute le raccomandazioni nate dalla discussione degli esperti e dall'analisi degli studi clinici selezionati. Ecco le principali:

- nei pazienti oncologici, si raccomanda l'uso dell'ecografia con mezzo di contrasto (CEUS) come esame di primo livello, mentre nei pazienti con epatopatie croniche (cirrotici e non) la metodica raccomandata è l'ecografia di base.

“
Metodiche d'indagine appropriate per diagnosi precoci e corrette
”

- per la caratterizzazione di lesioni focali epatiche e per una loro conferma diagnostica si raccomanda l'utilizzo della CEUS.
- per la stadiazione locoregionale di lesioni primitive viene consigliato (ma non raccomandato) l'uso della TC e della RMN, limitando l'uso delle tecniche invasive solo come supporto a un eventuale intervento.
- per la valutazione del follow up in pazienti sottoposti a terapie oncologiche, non viene raccomandata alcuna metodica di diagnostica per immagini.

A questo documento seguiranno nuove linee guida che affronteranno il tema della diagnostica per immagini in scenari clinici diversi con l'intento di contribuire a una maggiore chiarezza e uniformità nell'impiego delle tecniche di diagnostica per immagini nelle aziende ospedaliere italiane. ▲

Per saperne di più: http://www.snlg-iss.it/lgn_diagnostica_immagini_lesioni_focali_epatiche

DATE DA RICORDARE

3-4 Dicembre 2008

Conferenza annuale NICE
Manchester

1-4 Novembre 2009

6th international g-i-n conference 2009
Lisbona

NOVITÀ DAL WEB

La **Cochrane Library** ha messo a disposizione sul proprio sito web i Podcast con i riassunti dei documenti pubblicati negli ultimi quattro fascicoli del 2008. È possibile scaricare i file audio all'indirizzo: <http://cochrane.org/podcasts/>



n° 3
Novembre 2008

Rivista quadrimestrale del Sistema nazionale linee guida - ISS

Direttore responsabile
Roberto Satolli

Cristina Morciano,
Letizia Sampaolo

Direttore scientifico
Alfonso Mele

Impaginazione
Giovanna Smiriglia

Redazione
Raffaella Daghini,
Lisa Triscioglio

Illustrazioni
Mitra Divshali

Collaboratori
Giulia Candiani,
Luca Carra,
Salvatore De Masi,
Alfonso Mele,

Editore
Zadig srl - via Calzecchi 10
Milano

Registrazione al Tribunale
di Milano n. 492 del 20/09/02