

Linee guida e appropriatezza



Luca de Fiore

Presidente della Associazione Alessandro Liberati – Network Italiano Cochrane

Nel tempo di scrivere queste righe c'è stato un diluvio di tweet con lo *hashtag* #guidelines. Colpa – o merito? – delle linee guida per la dieta degli americani (*Dietary Guidelines for Americans*) del Governo federale statunitense¹. Alle raccomandazioni dovranno uniformarsi i policy maker di tutta la nazione, i servizi delle mense scolastiche che preparano da mangiare ogni giorno a 30 milioni di bambini, i 5 mila servizi di assistenza comunitaria per gli anziani, i cuochi che allestiscono il rancio per i soldati statunitensi, gli addetti ai servizi di salute materno-infantile che si prendono cura di circa 8 milioni di mamme e neonati.

Peccato che sul contenuto delle linee guida non ci siano due persone che vadano d'accordo. È una storia un po' lunga per essere raccontata in dettaglio: basti sapere che già il lavoro preparatorio di questo documento è stato oggetto di un'analisi commissionata e pubblicata sul *British Medical Journal* che, oltre a contestare nel merito buona parte del lavoro di revisione della letteratura condotto dal panel di esperti, ha sottolineato i numerosi conflitti di interesse che potenzialmente condizionavano l'operato della commissione². La controversia ha portato a una lettera aperta di centinaia di nutrizionisti di molti Paesi del mondo che hanno violentemente attaccato il settimanale della *British Medical Association*, chiedendo di ritirare l'articolo³. Ad oggi, il *BMJ* attende il parere di alcuni referee da lui nominati che, come in altri casi simili che si sono verificati nei mesi scorsi, suggeriranno alla direzione della rivista la decisione da prendere.

Tra gli elementi all'origine del problema hanno molto rilievo le scelte metodologiche che informano il lavoro dei ricercatori. Il campo della scienza dell'alimentazione è particolarmente a rischio, anche perché la rilevazione delle abitudini dietetiche e alimentari è per lo più affidata a questionari o a osservazioni empiriche: il pericolo di distorsione dei dati raccolti è molto elevato, così come i condizionamenti dei comportamenti dei partecipanti agli studi: se sai di essere "osservato" da qualcuno che controlla le tue abitudini, è probabile che i comportamenti che seguirai potranno essere più virtuosi, così come la sincerità nel rispondere a delle survey potrà risultare influenzata dal tuo amor proprio. In generale, però, la ricerca nutrizionale è poco affidabile e costruire linee guida su un terreno così poco solido si rivela un esercizio temerario⁴.

Se le linee-guida nutrizionali statunitensi sono state definite da Walter Willett⁵ "a disservice to the American public", non si può dire ci sia maggiore consenso su raccomandazioni altrettanto importanti, come quelle sugli screening mammografici. L'*American College of Obstetrics and Gynecology* raccomanda l'avvio degli screening a partire dai 40 anni; l'*American Cancer Society* ha da poco modificato le indicazioni precedentemente fornite: esame annuale dopo i 45 anni e non più dai 40⁶. Comunque troppo presto e di frequente per la *U.S. Preventive Service Task Force*, che suggerisce la cadenza biennale e solo a partire dal cinquantesimo compleanno della donna⁷. Particolare non trascurabile: prima di questa data sarà la donna a decidere cosa fare, consigliata dal proprio medico, sulla base della propria storia e del conseguente profilo di rischio.

La mancata concordanza tra linee guida sulla stessa materia può

disorientare sia il medico sia i decisori di politica sanitaria. In certi casi, però, il mancato accordo può rivelarsi provvidenziale. Pensiamo, per esempio, al caso delle linee guida per il controllo della ipercolesterolemia redatte dall'*American College of Cardiology* (ACC) in collaborazione con l'*American Heart Association* (AHA). Per qualcuno si è trattato di una rivoluzione positiva, per altri un azzardo⁸. Ad ogni modo, se n'è discusso al punto che il board del *New York Times* ha sentito il bisogno di intervenire con un editoriale per raccomandare cautela nell'affidarsi al calcolatore del rischio integrato nelle linee guida e sollecitare un approfondito confronto col proprio medico⁹. Cautela quanto mai opportuna se autori italiani facevano successivamente notare che "l'applicazione delle nuove linee guida ACC/AHA potrebbe causare fino a 38.400 nuovi casi di miocardite severa e fino a 16.640 nuovi casi di rhabdomiolisi negli Stati Uniti"¹⁰.

Viviamo la paradossale situazione di una medicina (e di una sanità e di una salute) sempre più complessa a cui si pretende di rispondere con la definizione ininterrotta di nuove categorie, classificazioni e percorsi. Da una parte viene enfatizzato il valore dell'autonomia decisionale di un cittadino (o di un malato) finalmente consapevole e dall'altra si richiede che il clinico segua itinerari quanto più rigidi possibile.

Già a distanza di pochi anni dalla loro iniziale popolarità come effetto della diffusione dei principi della medicina basata sulle prove, delle linee guida non si parlava più come di regole da seguire né come sintesi derivata dalla selezione e interpretazione della letteratura a beneficio di un medico troppo impegnato per poterle studiare¹¹. Piuttosto, le linee guida dovevano orientare il clinico che necessariamente avrebbe dovuto tenere conto nell'applicarle dei fattori culturali e di contesto: valori e punti di vista di tutte le parti in causa, dentro e fuori la professione. Ancora: qualsiasi decisione non avrebbe potuto prescindere "dagli aspetti organizzativi e strutturali dell'ambiente clinico".

Se vogliamo – e vogliamo – le linee guida sono un'opportunità di autovalutazione, di controllo e di crescita per l'organizzazione, molto più di quanto non possano esserlo per il singolo professionista. E l'adozione di raccomandazioni non può mai – o quasi – configurarsi come una scelta personale ma come un progetto di ricerca che una comunità di pratica più o meno ampia decide di intraprendere mettendo se stessa in discussione¹².

Pensare di legare la responsabilità professionale all'aderenza delle proprie scelte alle indicazioni di linee guida è un'ingenuità: in primo luogo perché è una "soluzione" solo apparente, perché è concretamente impraticabile per la molteplicità e incoerenza dei documenti ai quali il medico può teoricamente riferirsi. Anche provare a stabilire una sorta di gerarchia di valore delle raccomandazioni sulla base di un'ipotetica diversa autorevolezza della fonte non è giustificato da evidenze: la qualità delle linee guida non dipende dalla istituzione o dalla associazione che le redige.

Se applicare le linee guida non può essere un indicatore di responsabilità del medico, conoscerle e discuterne il contenuto con i colleghi forse sì. Ma, anche in questo caso, la dimensione entro la quale ragionare è di sistema: può un Servizio Sanitario Nazionale

che ha completamente abbandonato ogni attività formativa e informativa indipendente assegnare al singolo professionista la responsabilità di aggiornarsi? C'è poco da fare: da giovani eravamo convinti che l'origine di qualsiasi problema fosse "più a monte". Facevamo un po' ridere, ma forse avevamo ragione.

¹ <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/> - Ultimo accesso 9 gennaio 2016.

² Teicholz N. The scientific report guiding the US dietary guidelines: is it scientific? *BMJ* 2015;351:h4962.

³ Vedi le Rapid responses all'indirizzo <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4962/rapid-responses> - ultimo accesso 11 gennaio 2016.

⁴ Ioannidis JPA. Implausible results in human nutrition research. *BMJ* 2013;347:f6698.

⁵ Walter Willett è il direttore del Dipartimento di Nutrizione della Harvard University.

⁶ Per una sintesi vedi <http://goo.gl/s56Pz> - Ultimo accesso 8 gennaio 2016.

⁷ www.screamingforbreastcancer.org/ - Ultimo accesso 10 gennaio 2016.

⁸ Martin SS, Blumenthal RS. Concept and controversies: The 2013 ACC/AHA risk assessment and cholesterol treatment guidelines. *Ann Intern Med* 2014;160:356-8.

⁹ The Editorial Board. Cholesterol guidelines under attack. *NY Times* 2013; 18 novembre. Ultimo accesso 9 gennaio 2016.

¹⁰ Lippi G, Mattiuzzi C. Nuove linee guida per il trattamento dell'ipercolesterolemia: eccesso di una cosa buona? *Recenti Prog Med* 2014;105:317-21.

¹¹ Grilli R. Le linee guida nell'era dell'assistenza basata su prove di efficacia: da semplici raccomandazioni a politiche assistenziali condivise. In: Liberati A (a cura di). *La medicina delle prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.

¹² Ballini L, Liberati A. *Linee guida per la pratica clinica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.

✉ luca.defiore@pensiero.it

Il nuovo archivio online di Quaderni acp... i numeri a quasi 3 anni dalla pubblicazione online

Sono passati quasi tre anni dalla pubblicazione online del nuovo archivio di Quaderni acp, dove si possono trovare e scaricare integralmente tutti gli articoli dal 2003 fino ad oggi. A giugno del 2013 fu abbandonata la vecchia tecnologia di indicizzazione degli articoli, integrando direttamente nel nostro portale (www.acp.it) il motore di ricerca di Google. Questo passaggio ci ha consentito di rinunciare all'utilizzo delle parole chiave in quanto il nuovo motore è capace di leggere interamente il contenuto dei file pdf archiviati, e di conseguenza avere un'ottima indicizzazione anche su Google Scholar.

Periodicamente vengono effettuate delle rilevazioni che ci consentono di comprendere l'andamento della frequentazione del nuovo archivio, il numero di articoli scaricati e a quali rubriche della rivista corrispondono.

L'ultima rilevazione risale al 12 febbraio di quest'anno e le statistiche ci dicono che abbiamo avuto **46.012** visualizzazioni delle pagine dell'archivio, a cui hanno fatto seguito **42.785** download degli articoli. In particolare segnaliamo che le due rubriche più scaricate sono **Info genitori** e **Formazione a distanza**. Sono sicuramente numeri importanti che, oltre agli apprezzamenti e i consigli ricevuti dai nostri lettori, ci danno indicazioni sul cammino da seguire.