

Glossario dei Termini

Il glossario include la definizione di tutti i termini e acronimi presenti nella checklist per aiutare l'interpretazione delle voci incluse. Nell'elenco i termini associati sono divisi in categorie che descrivono i vari aspetti dello sviluppo di una linea guida.

Termine	Definizione
<i>Gruppi, individui e organizzazioni coinvolte nel processo di sviluppo di una linea guida</i>	
Gruppo di sviluppo della linea guida	Gruppo composto non solo da personale sanitario ma anche da stakeholders, pazienti e chi di loro si prende cura, ricercatori e staff tecnico coinvolti nello sviluppo della linea guida. Può essere costituito da diversi sotto gruppi, o commissioni, con compiti specifici, quali la commissione di vigilanza, il panel della linea guida, i rappresentanti dei consumatori e degli stakeholders. Alcuni individui possono essere membri di diversi sottogruppi o commissioni (ad esempio medici membri sia del panel della linea guida che di sottogruppi di lavoro). ^{1,2}
Commissione di vigilanza	Commissione che vigila sul processo di sviluppo della linea guida, i cui compiti includono la definizione delle priorità, la selezione delle linee guida per lo sviluppo degli argomenti proposti, la selezione e il reclutamento dei membri del panel della linea guida, l'approvazione della versione finale della linea guida per la sua pubblicazione e diffusione. Può essere anche chiamata commissione esecutiva o comitato consultivo per la linea guida. ²
Panel della linea guida	Decide gli argomenti che devono essere trattati nella linea guida, formula i quesiti, sviluppa e trova accordi sulle raccomandazioni della linea guida usando i sommari dell'evidenza preparati dal gruppo di lavoro; sottoscrive il documento finale della linea guida per l'approvazione da parte del comitato di vigilanza. I membri del panel della linea guida possono essere chiamati anche 'panelists'. ²
Direttore (del panel della linea guida)	Rappresenta il leader del panel della linea guida. E' un individuo "neutrale" con esperienza di coordinamento di gruppi di specialisti medici, di pazienti e di chi di loro si prende cura. ^{3,4} Persona qualificata ed esperta in strategie che ottimizzano i processi di gruppo, garantendo a tutti i membri del gruppo pari opportunità di contribuire e di esprimere liberamente la propria opinione senza sentirsi intimiditi. Non deve essere necessariamente esperto di un argomento clinico specifico. ^{3,4}
Co-direttore (del guideline panel)	Dovrebbe essere nominato quando il panel della linea guida è particolarmente ampio o l'argomento è particolarmente complesso. I co-direttori dovrebbero inoltre avere esperienza nella gestione di gruppi e appartenere ad una disciplina (clinica o metodologica) differente rispetto a

	quella del Direttore. ^{3,4}
Gruppo di lavoro	Un gruppo di persone incaricate delle preparazione e sviluppo degli aspetti tecnici della linea guida come ad esempio assistere il panel della linea guida nella formulazione dei quesiti PICO, condurre revisioni sistematiche, valutare la qualità dell'evidenza, preparare le tavole riassuntive sull'evidenza e i documenti di background per le discussioni del panel della linea guida, scrivere la linea guida, rivedere i commenti da parte degli stakeholders e dei rappresentanti del pubblico. Lavora a stretto contatto con il panel della linea guida per assicurarne il raggiungimento degli obiettivi.
Segreteria	Un gruppo di persone incaricate del supporto al gruppo di sviluppo della linea guida nella preparazione dello sviluppo e stesura della linea guida (ad esempio organizzazione degli incontri e teleconferenze, distribuzione dei documenti). ²
Stakeholders	Singoli, gruppi o organizzazioni coinvolti nella organizzazione ed erogazione di servizi sanitari nonchè interessati al contenuto e outcomes della linea guida. Tra gli stakeholders vi possono essere fornitori di servizi sanitari, società o associazioni di medici specialisti, esperti in malattie, istituzioni di ricerca e policy-maker . ^{1,2}
Utenti	Gli utenti del servizio sanitario includono: (a) singoli pazienti, (b) coloro che si prendono cura dei pazienti, includendo familiari e amici dei pazienti, (c) cittadini (sia in quanto potenziali pazienti che in quanto contribuenti del servizio sanitario attraverso la tassazione, le assicurazione o i pagamenti diretti), (d) volontari e organizzazioni di comunità che rappresentano l'interesse dei pazienti, degli assistenti e del pubblico, (e) rappresentanti degli interessi dei pazienti e di altri gruppi di utenti. Vengono descritti collettivamente come 'consumatori' (senza alcuna assunzione consumistica in questo contesto) e sono distinti da altri utilizzatori delle linee guida quali i medici specialisti, i committenti e i fornitori di servizi. ⁵
Persone che si prendono cura dei pazienti o care giver	Forniscono assistenza e/o supporto ai pazienti (ad esempio i familiari, gli amici) e hanno conoscenze specifiche sui temi considerati importanti dai pazienti stessi
Portavoce	Chi rappresenta un paziente o un gruppo di pazienti, in grado di farsi portavoce dei loro bisogni specifici. ⁶
Organizzazioni sponsor	Le organizzazioni che stanziavano i fondi per lo sviluppo della linea guida e che ne promuovono successivamente la pubblicazione e diffusione.

Società scientifiche	Organizzazioni no profit a cui appartengono specialisti in una determinata disciplina medica e il cui lavoro si concentra in un'area specifica o argomento medico in particolare (ad esempio Società Italiana di Chirurgia Toracica o Società Europea di Cardiologia). Le società professionali sono spesso coinvolte nello sviluppo di linee guida specifiche e prendono posizioni politiche su problematiche mediche e di promozione della salute. Possono essere chiamate anche organizzazioni professionali, società mediche o associazioni.
Organizzazioni di terze parti	Organizzazioni o gruppi che intendono adottare o adattare una linea guida pur non essendo stati coinvolti direttamente nel suo sviluppo. Possono essere rappresentati da dipartimenti governativi o ministeri della salute che non hanno sufficienti risorse per sviluppare linee guida ex novo, o che amministrano contesti di popolazione o sistemi sanitari simili a quelli considerati nella linea guida già esistente.
Linee guida e argomenti	
Linea guida	Un documento riguardante una patologia o condizione che include raccomandazioni per un adeguato trattamento dei pazienti affetti da questa patologia o condizione. La linea guida dovrebbe basarsi sulla migliore evidenza scientifica disponibile e dovrebbe essere di ausilio per coloro che effettuano prestazioni in ambito medico, promuovendo una migliore conoscenza e competenza. Le linee guida possono essere specifiche a seconda dell'ambito: clinico, di politiche sanitarie, dei servizi sanitari, di sanità pubblica e altri. ²
Gruppi target	Lo specifico gruppo o insieme di fornitori di servizi sanitari per ai quali sono indirizzate le linee guida di pratica clinica. ⁷ Il target primario consiste negli utenti finali della linea guida. Per esempio, se la linea guida è per le cure primarie allora il principale target a cui è destinata saranno i medici di medicina generale e il personale infermieristico. Il target secondario può includere altri gruppi ai quali la linea guida può essere applicata, come manager dei servizi sanitari, direttori ospedalieri e policy-maker. ⁸
Argomento della linea guida	L'argomento della linea guida descrive la patologia, condizione o area generale di interesse che verrà trattata nella linea guida (ad esempio ostruzione polmonare cronica). I produttori della linea guida devono considerare di dar priorità a quegli argomenti che hanno maggiore potenziale in termini di miglioramento per i servizi sanitari e per gli outcomes clinici. ⁹
Argomenti trattati della linea guida	Si riferisce agli argomenti trattati nella linea guida. Per esempio, se la linea guida tratterà la diagnosi di una malattia, il trattamento di una malattia o entrambe, questa si concentrerà su argomenti dove c'è molta incertezza o diversità di approccio nella pratica. Il panel della linea guida deve considerare e decidere sulle varie tematiche che possono essere trattate dentro la linea

	guida e che saranno di interesse per per il target a cui è destinata. Posso essere anche definiti ambiti della linea guida e saranno anche strettamente connessi ai quesiti PICO sviluppati nella linea guida. ⁹
Fasi e processi nello sviluppo della linea guida	
Definizione delle priorità	La definizione delle priorità consiste nell'identificazione, bilanciamento e ordinamento delle priorità degli stakeholders. Questa garantisce che l'interesse e le risorse siano rivolte a quelle aree in generale (per esempio l'ostruzione polmonare cronica, il diabete, malattie cardiovascolari, tumori, prevenzione) dove le raccomandazioni cliniche forniranno maggiori benefici in termini di salute alla popolazione generale. Tale approccio deve poter contribuire alla programmazione sanitaria futura anche in risposta a situazioni esistenti potenzialmente difficili. ¹⁰
Peer review	Il processo di sottomissione di lavori accademici o di ricerca ad una valutazione scrupolosa da parte di altri ricercatori. La peer review di una linea guida o di raccomandazioni da parte di persone con interessi e competenze simili alle persone che le hanno sviluppate è svolta con l'obiettivo di assicurarne validità e accuratezza. I peer reviewer possono essere anche <i>interni</i> , ovvero colleghi della stessa organizzazione che non siano stati coinvolti direttamente nella produzione della linea guida, o <i>esterni</i> , individui completamente indipendenti ed estranei allo sviluppo della linea guida. ^{2,6}
Diffusione	Il processo attivo di diffusione dell'informazione, quali le linee guida, agli utenti finali per assicurare la massima visibilità, utilizzo, e implementazione. Diversi metodi di diffusione possono essere utilizzati come la versione cartacea e online della linea guida, un manuale per la consultazione rapida, una applicazione mobile per la linea guida, l'inclusione delle raccomandazioni della linea guida in sistemi per il supporto di decisioni cliniche, una versione della linea guida specifica per gli utenti, materiale didattico che descriva le raccomandazioni, conferenze con gli utilizzatori finali eccetera.. Tutti i prodotti che vengono sviluppati oltre al documento principale della linea guida vengono chiamati generalmente prodotti derivati . ¹¹
Implementazione	L'inclusione nella pratica clinica delle raccomandazioni presenti nelle linee guida . Un piano di implementazione dovrebbe includere l'identificazione di potenziali barriere, criteri e indicatori per valutare l'efficacia con dati anche alla baseline, risorse necessarie, bisogni formativi, identificazione dei meccanismi o network esistenti, metodi per monitorare il processo di implementazione, meccanismi di feedback e reporting e definizione di traguardi e tempistica. ^{2,11}
Adattamento di una linea guida	Un approccio sistematico per utilizzare e adattare linee guida esistenti, prodotte per un contesto, in un contesto nuovo con differenti caratteristiche culturali e organizzative. Il processo di

	adattamento di una linea guida e delle sue raccomandazioni deve assicurarsi che la linea guida adattata risponda a specifiche prerogative sanitarie e che sia idonea alle esigenze, priorità, leggi, politiche e risorse del nuovo contesto di riferimento. ¹²
Dinamiche di gruppo	Le dinamiche di gruppo riguardano le modalità ed i tempi di interazione tra i membri di un gruppo di lavoro. Per esempio, l'interazione dei membri del panel durante un incontro per il raggiungimento del consenso per la formulazione delle raccomandazioni. ³
Metodologie di consenso	Tecniche utilizzate in ambito decisionale per raggiungere accordi su un determinato argomento. Il consenso può essere sia formale che informale; esempi di metodi di consenso formale includono il metodo Delphi e le tecniche di gruppo nominali. ¹
Quorum	Il numero minimo di membri del gruppo che deve essere presente per rendere validi una riunione, votazione o processo di voto. ¹
Traguardi fondamentali	Il raggiungimento delle fasi principali del processo di sviluppo della linea guida. Esempi includono: il completamento di revisioni sistematiche, lo sviluppo delle raccomandazioni, o la pubblicazione del report della linea guida. ³
<i>Considerazioni nello sviluppo di una linea guida</i>	
Dichiarazione di conflitto di interessi	Rappresenta la dichiarazione di qualsiasi conflitto di interessi, potenziale o esistente, inclusi interessi finanziari, intellettuali o di altro genere che siano pertinenti l'argomento del progetto o delle riunioni. La dichiarazione di conflitto interessi, inoltre, dovrebbe includere ogni interesse rilevante di altri soggetti che anche potenzialmente, potrebbero influenzare in maniera inappropriata il giudizio degli esperti, come ad esempio quello di familiari, impiegati, colleghi di lavoro o chiunque condivida con l'esperto interessi personali, finanziari o professionali. ²
Conflitto di interessi	Una divergenza tra interessi privati individuali e obblighi professionali tale che un osservatore esterno possa sollevare ragionevolmente dei dubbi che le azioni o decisioni possano essere mosse da convenienze individuali, in termini economici, di avanzamenti accademici, di fatturato dell'attività clinica o di miglioramento della condizione sociale. In questa definizione rientra anche una relazione di tipo economico o intellettuale che potrebbe incidere sulle capacità dell'organizzazione o del singolo di affrontare liberamente il quesito scientifico. ¹³
Sponsorizzazioni commerciali	Può riguardare individui o organizzazioni, includendo finanziamenti per lo sviluppo della linea guida. Di particolare importanza è la possibilità che gli sviluppatori della linea guida possano sentirsi pressati da parte dello sponsor nel redigere raccomandazioni favorevoli agli interessi dello sponsor stesso. Le sponsorizzazioni commerciali possono essere sia nella forma della ricerca finanziata dall'industria, sia mediante prestazioni cliniche (da cui un membro del comitato può

	<p>ricavare una parte sostanziale dei suoi guadagni), consulenza, iscrizione ad associazioni per cui viene percepito un rimborso di qualsiasi natura.¹⁴</p>
Ostacoli al cambiamento	<p>Dovrebbe essere considerato prioritario lo sviluppo di linee guida le cui raccomandazioni promuovono cambiamenti nella pratica clinica. Gli ostacoli al cambiamento possono essere presenti a diversi livelli del sistema sanitario e includono ostacoli strutturali (ad esempio carenza di risorse, disincentivi finanziari), ostacoli organizzativi (ad esempio un insieme di competenze inadeguate, mancanza di strutture o dotazioni), ostacoli da parte dei colleghi (ad esempio gli standard di cura locale non in linea con la pratica desiderata), ostacoli di interazione tra pazienti e professionisti (ad esempio problemi di comunicazione delle informazioni), e concorrenza tra le priorità individuate. Esistono diversi metodi per identificare gli ostacoli, che possono differire a seconda delle risorse, del contesto e del tipo di linea guida.¹¹</p>
Equità (nella sanità)	<p>L'equità in sanità è la misura del grado con la quale le politiche sanitarie sono in grado di distribuire benessere equamente. E' la assenza di differenze sistematiche o potenzialmente risolvibili nella condizione di salute, nell'accesso alle strutture sanitarie e ad ambienti in grado di migliorare la salute, nel trattamento tra popolazioni o gruppi di cittadini diversi per caratteristiche sociali, economiche, demografiche o geografiche. L'inequità nella sanità deriva da una differenza nella condizione di salute e nell'accesso ai servizi sanitari tra differenti classi sociali, gruppi etnici e tra popolazioni in differenti aree geografiche. Il panel della linea guida deve tenere in considerazione se e in quale misura le raccomandazioni avranno impatto in termini di equità nella sanità. Ci si può anche riferire come diseguaglianze nella sanità.^{1,10,15}</p>
Valori, preferenze e utilità	<p>Includono conoscenze, attitudini, aspettative, valori e opinioni etiche e morali dei pazienti e di chi si prende cura di loro; gli obiettivi per la vita e per la salute dei pazienti; esperienza pregressa di alcuni sintomi (per esempio mancanza di respiro, dolore, dispnea, perdita di peso); preferenza e importanza di outcomes desiderabili e non desiderabili; percezione dell'impatto della condizione o del trattamento sulla qualità della vita e sul benessere del paziente. Interazione tra l'implementazione dell' intervento, l'intervento stesso, e altri contesti relativi al percorso terapeutico del paziente; preferenze per percorsi terapeutici alternativi; preferenze riguardanti i contenuti e gli stili di comunicazione, le informazioni e il coinvolgimento nei processi decisionali e di cura. L'insieme di questi aspetti viene definito "utilità" in letteratura economica. Un intervento stesso può essere considerato la conseguenza di una raccomandazione (ad esempio il peso di dover ricevere una medicazione o il sottoporsi ad intervento chirurgico) ed un livello di importanza o valore e' associato a questo. I valori e le preferenze di chi verrà influenzato dalle</p>

	raccomandazioni dovrebbero essere integrati nel processo di sviluppo della guideline. ⁵
Trasparenza	La trasparenza riguarda la chiara e dettagliata documentazione e presentazione di tutti i metodi e processi utilizzati per lo sviluppo della linea guida, inclusi i partecipanti coinvolti, l'evidenza e le informazioni riscontrate in letteratura, i giudizi formulati durante qualsiasi processo decisionale, specialmente nella formulazione delle raccomandazioni. La trasparenza può consentire ad altri di seguire ed arrivare alla produzione della stessa linea guida se ne viene replicato il processo di sviluppo.
Attendibilità della linea guida	Il grado di attendibilità delle conclusioni e raccomandazioni della linea guida, determinato dai metodi e approcci utilizzati, inclusi i tempi e l'indipendenza editoriale (come descritto nella seconda versione di AGREE, nel report sulle linee guida dell'Institute of Medicine e nel Guideline International Network). Può essere anche definita qualità della linea guida. ^{4,16,17}
<i>Revisione dell'evidenza e considerazione su informazioni aggiuntive</i>	
Protocollo	Documento in cui vengono riportate le fasi di sviluppo della linea guida e la metodologia utilizzata. Nel protocollo sono riportate le domande di ricerca alle quali si vuole rispondere, le modalità di raccolta ed analisi delle informazioni, il framework ed i metodi di consenso utilizzati per formulare le raccomandazioni.
Quesiti PICO	Acronimo composto da: Popolazione/Pazienti; Intervento; Confronto; Outcome (Esito); termine facile da ricordare ed utilizzato nello sviluppo di specifici quesiti in ambito medico che devono trovare una risposta all'interno della linea guida. Un quesito generato utilizzando il PICO guiderà nella ricerca dell'evidenza, in particolare per ricercare informazioni sui pazienti e il loro stato di salute, gli interventi di interesse che sono stati effettuati o che dovrebbero esserlo, i possibili confronti tra l'intervento attuale e le sue alternative e gli outcome desiderabili o raggiunti. ²
Popolazione	Gruppo di individui con caratteristiche comuni (ad esempio, stessa condizione clinica o area geografica di residenza). La popolazione identificata nella linea guida è l'insieme di tutte quelle persone che costituiscono il target delle raccomandazioni (ad esempio adulti con il diabete mellito). ¹⁸
Comorbidità	U La presenza di una patologia o condizione clinica del paziente che si aggiunge alla patologia in

	studio(ad esempio BPCO e diabete mellito). ^{6,19}
Percorso clinico (o percorso di cura)	La sequenza di pratiche, procedure, test, interventi e trattamenti che dovrebbero essere svolti per fornire una cura appropriata alle persone con una particolare condizione clinica. ⁶
Outcomes (Esiti)	L'impatto che i test, trattamenti, le politiche sanitarie, programmi o gli altri interventi hanno su persone, gruppi o popolazioni. Gli outcomes di interventi volti ad un miglioramento in sanità pubblica sono rappresentati, ad esempio, da un cambio dello stato di salute della popolazione. Nella pratica clinica, gli outcomes potrebbero essere rappresentati da: il numero di pazienti che sono guariti da una malattia, il numero di ricoveri ospedalieri, il miglioramento o peggioramento delle condizioni del paziente (ad esempio abilità funzionali, sintomatologia o prognosi della malattia). ⁶
Outcomes importanti per i pazienti	Esiti per cui il paziente sarebbe disposto a ricevere il trattamento anche se associato a eventi avversi, disturbi o costi elevati. Tra questi esiti sono inclusi riduzione della mortalità, morbosità ed altri esiti segnalati dagli stessi pazienti. ^{20,21}
Qualità della vita associata alla salute	La combinazione del benessere fisico, mentale e sociale di una persona; non strettamente la assenza di patologie. Costituisce un esempio di outcome importante per i pazienti. ¹
Outcomes surrogati	Outcomes indirettamente associati ad outcomes importanti per i pazienti in termine di salute (ad esempio la densità ossea come surrogato per le fratture ossee. Possono essere chiamati anche outcomes indiretti o sostitutivi. ²¹
Importanza degli outcomes	Classificare l'importanza relativa degli outcomes desiderabili (ad esempio riduzione della mortalità, miglioramento della qualità della vita legata alla salute) e non desiderabili (ad esempio effetti collaterali, costi) per l'intervento in studio consente al panel della linea guida di determinare l'influenza dei particolari outcomes e dei risultati/stime dei loro effetti avrà nella formulazione delle raccomandazioni. L'importanza relativa degli outcomes può cambiare a seconda dei differenti valori e preferenze o quando si considera dal punto di vista dei pazienti, clinici o policy-maker. Nel framework GRADE, gli outcomes sono valutati come: 1)critici; 2) mportanti ma non critici; 3)di scarsa importanza per il processo decisionale. ²¹
Magnitudine degli effetti	La misura della differenza o dell'effetto relativo di un intervento su un outcome nel gruppo di intervento confrontato con quelli nel gruppo di controllo. Viene chiamata anche <i>effect size</i> . ⁶
Revisione sistematica	Una revisione esaustiva della letteratura pubblicata che tratta un argomento in ambito medico che risponde ad uno specifico quesito. Una ampia ricerca è condotta basandosi su una strategia di ricerca ben definita. Gli studi vengono valutati, anche qualitativamente, ed i risultati riassunti a seconda della domanda di ricerca in questione. ²

Raccolta dell'evidenza	Nel contesto delle revisioni sistematiche, il processo di ricerca sistematica e ottenimento di tutti gli studi scientifici di interesse per un quesito specifico. Il processo inoltre include l'ottenimento di altra evidenza da altre risorse che potrebbero essere non pubblicate. ²
Criteri di selezione	I criteri usati per decidere quali studi e quali tipi di studi dovrebbero essere inclusi o esclusi nella raccolta dell'evidenza per lo sviluppo di una linea guida. Vengono chiamati anche criteri di inclusione ed esclusione. ⁶
Opinione degli esperti	Un'interpretazione dell'evidenza. Talvolta basata su evidenza di alta qualità, come ad esempio uno studio clinico randomizzato o degli studi osservazionali ben condotti, altre volte basata su informazioni raccolte in modo non sistematico, riassunte idealmente per iscritto. L'opinione degli esperti viene spesso confusa con la nozione di evidenza che è non disponibile da una ricerca sistematica o non sistematicamente riassunta. Viene spesso utilizzata come pretesto per non raccogliere sistematicamente evidenza.
Valutazione economica	Un insieme di metodi quantitativi rigorosi utilizzati per valutare da un punto di vista delle risorse utilizzate, e degli outcomes attesi, uno o più interventi, programmi o strategie. La valutazione economica può coinvolgere differenti tipologie di studi come l'analisi costo-efficacia, l'analisi costo-beneficio e modelli economici. ²
Qualità dell'evidenza	Descrive il livello di confidenza o certezza nella stima degli effetti di un intervento su uno specifico outcome in una data popolazione. Anche chiamata forza dell'evidenza, confidenza nelle stime, certezza nell'evidenza, livelli di evidenza. ²²
Tabelle/profili di evidenza, tabelle riassuntive dei risultati	Una tabella che riassume i risultati/stime di effetto degli studi per ciascun outcome di interesse e la qualità dell'evidenza ad essi associata. La tabella fornisce un riassunto sintetico delle informazioni chiave necessarie per prendere decisioni e, nel contesto di una linea guida, fornisce un riassunto delle informazioni chiave alla base di una raccomandazione. ^{6,23}
<i>Raccomandazioni e formulazione delle raccomandazioni</i>	
Framework analitico	Un framework che delinea i criteri che il panel della linea guida utilizza per revisionare l'evidenza e analizzare le informazioni di interesse per giungere alla raccomandazione. L'analisi potrebbe concentrarsi sul bilanciamento tra effetti desiderati ed indesiderati, supportata dalla qualità dell'evidenza, dalla dimensione della differenza tra costi e benefici, la certezza circa la variabilità in termini di valori e preferenze, l'utilizzo delle risorse, equità ed altri fattori (ad esempio GRADE/DECIDE Evidence to Recommendations framework). ²⁴
Raccomandazione	Una serie di azioni raccomandate da una linea guida basate su quesiti clinici, reperimento dell'evidenza e considerazione di altre informazioni nel framework analitico. Le raccomandazioni

	nelle linee guida possono essere collegate a interventi clinici, attività in ambito sanitario o politiche sanitarie governative. ²
Raccomandazione condizionale	Una raccomandazione sulla quale il panel della linea guida nutre dubbi sulla possibilità che possa portare a conseguenze desiderabili piuttosto che indesiderabili. Spesso vi è la necessità di porre specifiche condizioni nell'attuazione di questo tipo di raccomandazioni. Conosciuta anche come raccomandazione debole nel framework GRADE. ²⁵
Raccomandazione per la ricerca	Una raccomandazione da utilizzarsi soltanto in ambiti di ricerca. Il panel della linea guida dovrebbe fare raccomandazioni per la ricerca quando vi è una notevole incertezza circa gli effetti desiderabili e non desiderabili di un intervento. Una ricerca più approfondita potrebbe ridurre tale incertezza, e i potenziali vantaggi e risparmi che ne derivano sono superiori ai possibili rischi del non fare raccomandazioni di ricerca. La formulazione delle raccomandazioni per ulteriori ricerche dovrebbe essere quanto più specifica possibile. Definire esplicitamente la popolazione, l'intervento, il confronto e gli outcomes (PICO) renderà le raccomandazioni per la ricerca più utili. ^{24,26}
Forza delle raccomandazione	La forza della raccomandazione rispecchia il grado di confidenza dei produttori della linea guida sul fatto che gli effetti desiderabili derivanti dal seguire la raccomandazione siano superiori agli effetti indesiderabili. ^{24,25}
Indicatori di performance	Sono criteri che possono essere misurati per valutare la qualità delle cure (ad esempio medici che seguono un particolare percorso diagnostico-terapeutico per la gestione del caso clinico). Tali scelte di pratica clinica, se associate a delle raccomandazioni forti, possono essere utilizzate come criteri di qualità. ²⁴
Acronimi utilizzati nella checklist	
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II; Un tool validato attraverso collaborazioni internazionali per la valutazione del processo di sviluppo pratico di linee guida e della qualità dei report. ¹⁶
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation approach; sviluppato da un gruppo di lavoro internazionale, GRADE è un sistema che fornisce un approccio trasparente alla valutazione della qualità dell'evidenza e della forza delle raccomandazioni e viene utilizzato da molte organizzazioni internazionali. Esso affronta problematiche metodologiche e pratiche relative alla revisione sistematica e allo sviluppo e disseminazione delle raccomandazioni. ²⁷
USPSTF	United States Preventive Services Task Force; organizzazione governativa che sviluppa raccomandazioni su prestazioni cliniche di prevenzione quale screening, servizi di consulenza e

	medicina preventiva. L'organizzazione ha sviluppato uno specifico framework per la giudicare la qualità dell'evidenza e valutare le raccomandazioni. ²⁸
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REFERENCES

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual: Appendix L – Abbreviations and Glossary. 2012; <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-appendix-l-abbreviations-and-glossary-pmg6d/l2-glossary>. Accessed July 21, 2013.
2. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
3. Kunz R, Fretheim A, Cluzeau F, et al. Guideline Group Composition and Group Processes: Article 3 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):229-233.
4. Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. 2011; http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13058. Accessed April 22, 2013.
5. Kelson M, Akl EA, Bastian H, et al. Integrating Values and Consumer Involvement in Guidelines with the Patient at the Center: Article 8 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):262-268.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Glossary. 2013; <http://www.nice.org.uk/website/glossary/glossary.jsp>. Accessed July 21, 2013.
7. National Health and Medical Research Council. Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines. 2011; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp133-and-cp133a>. Accessed April 22, 2013.
8. Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D. Identifying Target Audiences: Who Are the Guidelines For?: Article 1 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):219-224.
9. Atkins D, Perez-Padilla R, MacNee W, Buist AS, Cruz AA. Priority Setting in Guideline Development: Article 2 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):225-228.

10. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. 2013; http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index.html. Accessed July 26, 2013.
11. Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, et al. Disseminating and Implementing Guidelines: Article 13 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):298-303.
12. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009; <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>. Accessed July 5, 2013.
13. Schunemann HJ, Osborne M, Moss J, et al. An official American Thoracic Society Policy statement: managing conflict of interest in professional societies. *Am J Respir Crit Care Med*. Sep 15 2009;180(6):564-580.
14. Boyd EA, Akl EA, Baumann M, et al. Guideline Funding and Conflicts of Interest: Article 4 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):234-242.
15. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 12. Incorporating considerations of equity. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):24.
16. AGREE Research Trust. The AGREE Enterprise Website. 2013; <http://www.agreetrust.org>. Accessed July 21, 2013.
17. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012;156(7):525-531.
18. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, et al. Deciding What Type of Evidence and Outcomes to Include in Guidelines: Article 5 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):243-250.
19. Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, et al. How to Integrate Multiple Comorbidities in Guideline Development: Article 10 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):274-281.

20. Guyatt G DP, Montori V, Schünemann HJ, Bhandari M,. Putting the patient first: In our practice, and in our use of language. *ACP journal club*. Jan-Feb 2004;140(A11).
21. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):395-400.
22. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):401-406.
23. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. Apr 2011;64(4):383-394.
24. Schünemann HJ, Oxman AD, Akl EA, et al. Moving from Evidence to Developing Recommendations in Guidelines: Article 11 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):282-292.
25. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66(7):719-725.
26. Brown P BK, Chalkidou K, Chalmers I, Clarke M, Fenton M, et al,. How to formulate research recommendations. *BMJ*. Oct 14 2006;333(7572):804-806.
27. The GRADE working group. GRADE Working Group. 2013; <http://www.gradeworkinggroup.org>. Accessed July 21, 2013.
28. U.S. Preventive Services Task Force. Methods and Processes. 2013; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/methods.htm>. Accessed July 21, 2013.