



ANGOLO DI PENNA

Ebm o processo decisionale condiviso? Al paziente servono entrambi

di Nino Cartabellotta*

Evidence-based medicine (Ebm) e processo decisionale condiviso (Pdc) sono due competenze professionali indispensabili per migliorare la qualità dell'assistenza, ottimizzare l'utilizzo delle risorse e migliorare l'esperienza di cura dei pazienti, ma la loro potenziale sinergia continua a essere sottovalutata.

Se l'Ebm - secondo Sackett - «inizia e finisce con il paziente» il medico dopo aver identificato e valutato le migliori evidenze disponibili e averle integrate con la sua esperienza, decide rispettando aspettative, valori e preferenze del paziente, di fatto lo step più complesso e meno documentato dell'Ebm. Attraverso il Pdc, medico e paziente collaborano per raggiungere una decisione condivisa dopo aver valutato insieme rischi e benefici delle differenti opzioni diagnostico-terapeutiche, tenendo in considerazione valori, preferenze e condizioni specifiche del paziente. Di fatto, il Pdc rappresenta l'intersezione tra le capacità comunicative centrate sul paziente e l'Ebm, con l'obiettivo di garantire la migliore assistenza basata sulle migliori evidenze, nel pieno rispetto delle preferenze del paziente.

Ebm e Pdc si sono evolute parallelamente e in maniera indipendente, ma nessuno dei due approcci può raggiungere i propri obiettivi in assenza dell'altro, rendendo indispensabile una proficua convivenza. Infatti, senza un adeguato Pdc l'Ebm non può essere attuata, perché le evidenze non verrebbero esplicitamente introdotte nel consulto clinico, discusse con il paziente e integrate nelle decisioni cliniche. Infatti, il medico che ritiene di intuire le preferenze del paziente commette un clamoroso errore, perché i pazienti costruiscono preferenze informate solo attraverso riflessioni informate dalle evidenze. Dal canto loro, i pazienti che devono poi mettere in atto le decisioni condivise e convivere con le loro conseguenze, dovrebbero essere consapevoli che solo il Pdc permette di integrare i propri valori e preferenze con le evidenze e le competen-

ze del medico. Analogamente, in assenza di un adeguato riferimento alle evidenze scientifiche, il Pdc risulta sterile perché vari step sono indissolubilmente legati all'Ebm: a esempio, le discussioni con i pazienti sulla storia naturale della loro malattia e sui benefici e rischi delle varie opzioni diagnostico-terapeutiche devono sempre essere informate dalle migliori evidenze. Se il Pdc non le prende in considerazione, le preferenze dei pazienti non saranno realmente informate, anche se condivise con il medico.

All'attuale disallineamento tra Ebm e Pdc ha contribuito il fatto che opinion leader, ricercatori e docenti dei due approcci si sono formati, hanno lavorato, collaborato e pubblicato in contesti differenti. A esempio, Charles C et coll. (Soc Sci Med 1997;44:681-692) hanno definito il Pdc come competenza core della comunicazione medico-paziente, senza alcun riferimento all'Ebm che in quegli anni, peraltro, muoveva i suoi primi passi.

Dal suo canto, affondando le sue radici nell'epidemiologia clinica, l'Ebm si è focalizzata principalmente su metodi e strumenti per facilitare la ricerca, la valutazione e la sintesi delle evidenze, dedicando poca attenzione a come condividerle con il paziente e integrarle nel processo decisionale. Il disallineamento tra i due approcci viene alimentato nei programmi di formazione di studenti e professionisti: infatti, le opportunità di apprendere l'Ebm sono sempre più numerose, ma si focalizzano prevalentemente sulla formulazione del quesito clinico e sulla ricerca/valutazione critica delle evidenze e la loro integrazione nelle decisioni cliniche è uno step assente o solo accennato.

Al fine di integrare i due approcci è innanzitutto indispensabile includere il training sul Pdc nell'insegnamento dell'Ebm, al fine di colmare una clamorosa lacuna; in secondo luogo le linee guida dovrebbero raccomandare il Pdc in alcune situazioni determinanti: in particolare quando il profilo rischio-beneficio è molto simile

nelle varie opzioni terapeutiche, se le incertezze della ricerca non permettono di identificare l'approccio più efficace, oppure quando il profilo benefici-rischi degli interventi sanitari è strettamente legato alla compliance del paziente.

Il medico del terzo millennio non dovrebbe più praticare la medicina senza un continuo riferimento a evidenze scientifiche aggiornate, ma nemmeno senza conoscere e rispettare le preferenze informate del paziente. Medici e pazienti devono essere consapevoli e facilitare in maniera attiva la relazione interdependente di questi approcci perché se l'Ebm ha bisogno del Pdc e questo necessita dell'Ebm, i pazienti hanno bisogno di entrambi!

Peccato che in Italia i percorsi formativi universitari e specialistici continuano sistematicamente a ignorare la rilevanza dell'insegnamento dei due approcci, tagliando fuori le nuove generazioni di medici da conoscenze e skills ormai consolidate a livello internazionale.

* **Presidente Fondazione GIMBE**