

IL COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE NELLE DECISIONI TERAPEUTICHE. ANALISI DI 235 CONSULTAZIONI NELLA MEDICINA GENERALE

Ricerca

SILVIA FONTANESI, CLAUDIA GOSS

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica,
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica,
Università di Verona

INTRODUZIONE

Negli ultimi trent'anni numerosi fattori hanno contribuito a modificare il rapporto medico-paziente, riconoscendo a quest'ultimo un ruolo di maggior coinvolgimento nelle decisioni che riguardano la sua salute e un ruolo di "esperto di sé" e dei problemi associati alla propria malattia (Lipkin et al., 1995). Il paziente, meglio di chiunque altro, può definire la propria esperienza di malattia, l'impatto che questa ha sulla vita quotidiana, sul suo stile di vita e il grado di influenza che su di essa hanno i propri valori e preferenze. L'esigenza di tenere conto di questi aspetti ha progressivamente valorizzato l'importanza di quello che viene definito un "approccio centrato sul paziente" (Smith, 1997; Mead et al., 2000), in cui il medico applica un ascolto attivo, formula domande aperte, fornisce risposte empatiche e incoraggia le richieste del malato. Nel modello centrato sul paziente si pone maggiore attenzione agli aspetti che riguardano l'incontro tra il disturbo e quel particolare individuo. Indagare le idee e le emozioni del paziente, l'impatto della malattia sulla sua vita e le sue aspettative diventano aspetti importanti, quanto il corretto riconoscimento della sintomatologia (Moja et al., 1998).

Accanto al modello centrato sul paziente più recentemente si è sviluppato l'approccio *shared decision making* che pone maggior attenzione al coinvolgimento del paziente nelle fasi decisionali del trattamento, soprattutto in presenza di diverse opzioni terapeutiche (Charles et al., 1997, 1999). Questo tipo di approccio può essere considerato come un'evoluzione del modello centrato sul paziente, nel quale si pone particolare attenzione alla fase informativa e all'esplorazione delle preferenze del paziente (Wensing et al., 2002). L'intento globale della strategia comunicativa del modello *shared decision making* è quello di rendere il paziente maggiormente consapevole che ci sono importanti decisioni da prendere, e che queste decisioni non possono essere prese solamente dal medico (Charles et al., 1997).

È importante, quindi, che i medici coinvolgano i pazienti nella comprensione della natura del problema, dei pro e dei contro delle diverse opzioni terapeutiche, aiutandoli ad arrivare ad una decisione condivisa.

Il coinvolgimento, recentemente, è stato definito come

la "capacità del paziente di avere un ruolo attivo nelle decisioni e nei piani riguardanti la sua cura" (Wetzels et al., 2004).

OBIETTIVI

Lo scopo di questo lavoro è di valutare l'attendibilità della versione italiana della scala OPTION e di descrivere come i Medici di Medicina Generale (MMG) coinvolgono i loro pazienti nel processo decisionale.

METODI

Lo strumento utilizzato per la valutazione del coinvolgimento è la scala OPTION

La scala OPTION, acronimo inglese che sta per *observing patient involvement* ("osservare il coinvolgimento del paziente"), è il primo strumento valido e attendibile progettato per misurare il grado con cui gli operatori sanitari coinvolgono i pazienti nelle decisioni che riguardano la loro salute (Elwyn et al., 2003). L'OPTION è una scala a dodici *item*, ognuno dei quali rappresenta diverse competenze utili per coinvolgere il paziente nelle decisioni terapeutiche. Per valutare l'esistenza di una competenza viene usata una scala a cinque punti, da 0 a 4 (0 = comportamento non osservato e 4 = comportamento mostrato a un ottimo livello). Nel manuale si trovano i criteri di assegnazione dei punteggi. Lo strumento è stato creato per valutare lo *shared decision making* specialmente nel contesto della Medicina Generale (MG), ma è abbastanza generico da poter essere usato in tutti i tipi di consultazioni mediche. In breve, lo strumento valuta le seguenti abilità del medico: definire in maniera chiara i problemi che necessitano una decisione; formulare le opzioni in maniera comprensibile e fornire sufficienti informazioni sulle diverse possibilità terapeutiche; valutare il ruolo che il paziente preferisce avere nelle decisioni che riguardano la propria salute e la modalità con cui preferisce essere informato; valutare la comprensione del paziente rispetto alle informazioni fornite e offrirgli esplicite opportunità per porre delle domande; esplorare le idee/preoccupazioni del paziente rispetto alla gestione del problema; esplicitare il bisogno di prendere una decisione. La versione originale inglese della scala e il suo manuale sono stati tradotti

in italiano per la prima volta per questo studio. Inoltre, questo è il primo studio che utilizza la versione italiana della scala OPTION per valutare il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni riguardanti la propria salute.

Campione

In questo lavoro sono state analizzate 235 interviste che provengono da uno studio precedente (Del Piccolo et al., 1998). Lo studio originale includeva tutti i pazienti che in un periodo di due mesi si erano recati dal MMG per un nuovo problema. L'età dei pazienti era compresa tra i 19 e i 70 anni, con una media di 45. I maschi costituivano il 32% del campione.

Caratteristiche dei medici

I sei medici che hanno partecipato a questo studio, sono stati reclutati da ambulatori vicini al Policlinico Universitario di Borgo Roma a Verona. Questi medici dopo essere stati contattati, sono stati i primi che hanno accettato di collaborare. Nessuno di loro aveva frequentato corsi di formazione specifici in tecniche comunicative e/o sull'approccio *shared decision making*. I medici erano tutti maschi, l'età media era di 46 anni, il numero medio di anni di esperienza nella MG era di 17 anni e la media dei pazienti assistiti 1512.

RISULTATI

Dall'analisi delle 235 interviste è emerso che:

- l'OPTION nella sua versione italiana è risultato uno strumento valido e attendibile per valutare il livello con cui medici coinvolgono i pazienti nel processo decisionale. Il Kappa di Cohen per i singoli *item* oscilla tra 0,43 e 0,73 (media 0,53) e il coefficiente di correlazione intraclasse sul punteggio totale è di 0,88, indicando un moderato/buono accordo tra i due valutatori;
- si è osservata la tendenza generale dei medici ad ottenere bassi livelli di coinvolgimento. Infatti, la media del punteggio totale è 10, tenendo conto che il punteggio può oscillare tra 0 (totale assenza di coinvolgimento) e 48 (massimo livello di coinvolgimento ottenibile). Infine la distribuzione dei punteggi totali nella maggior parte delle interviste è risultata asimmetrica tendendo a punteggi molto bassi.

Più in generale è possibile affermare che:

- nel 73% delle interviste il medico NON afferma che c'è più di un modo di affrontare il problema identificato;
- nell'82% delle interviste il medico NON valuta il modo preferito dal paziente di ricevere informazioni per facilitare il processo di decisione;
- nel 75% delle interviste il medico NON elenca le opzioni;

- nell'80% delle interviste il medico NON spiega i pro e i contro delle azioni;
- in nessuna intervista il medico valuta il livello di coinvolgimento preferito dal paziente;
- il medico ha fatto un minimo tentativo (punteggio 1) o ha raggiunto un minimo livello di abilità (punteggio 2) nei seguenti comportamenti:
 - offrire al paziente esplicite opportunità di far domande (97% delle interviste);
 - prestare attenzione a un problema identificato (80% delle interviste);
 - esplorare le idee/aspettative del paziente (74% delle interviste);
 - controllare se il paziente ha capito l'informazione (71% delle interviste);
 - esplorare le preoccupazioni/paure del paziente (62% delle interviste);
 - indicare la necessità di prendere una decisione o rimandarla (93% delle interviste);
 - segnalare la necessità di rivedere/rimandare la decisione (67% delle interviste).

Queste osservazioni confermano che i medici, senza corsi di formazione specifici, ottengono livelli molto bassi di coinvolgimento del paziente nel processo decisionale.

CONCLUSIONI

Coinvolgere il paziente nella cura e nelle questioni che riguardano la propria salute è un elemento di centrale interesse soprattutto per il MMG, ma anche per tutti gli operatori sanitari che quotidianamente devono creare le condizioni affinché il paziente sia in grado di poter affrontare un processo decisionale.

Per prima cosa occorrono una serie di abilità comunicative che, non sempre, vengono insegnate nei corsi di formazione, e che spesso sono percepite dai medici stessi come una carenza. Corsi di formazione specifici servirebbero, dunque, per far diventare anche le abilità comunicative-relazionali parte del bagaglio culturale di ogni medico, adattabile a qualsiasi settore della medicina.

Il medico si trova di fronte a una sfida lanciata dal cambiamento del contesto sociale in cui di solito avveniva la comunicazione con il paziente.

Il medico ha dunque in mano una grossa potenzialità per poter rendere il paziente partecipe e protagonista attivo nella gestione della propria salute. Il risultato finale sarà quello di aumentare il grado di soddisfazione del paziente e la probabilità di successo del piano d'azione concordato con il raggiungimento di una migliore qualità di cura.

Bibliografia a richiesta