

Shared Decision Making nel Nursing

di *Milena G. Guarinoni*

Università degli Studi di Brescia - Infermiera

Sommario

Dal 1982, nei Paesi Anglosassoni, si è sviluppato un nuovo modello per la presa di decisioni nell'ambito sanitario che rappresenta un cambio di paradigma rispetto a quelli tradizionalmente utilizzati dai professionisti sanitari. Il modello - denominato Shared Decision Making - prevede una attiva partecipazione nella presa di decisioni che coinvolge l'assistito e il professionista.

Il presente articolo ha la finalità di esplorare la letteratura che riguarda il modello dello Shared Decision Making in ambito infermieristico.

Parole chiave

Decisioni, Infermiere, Assistito, Condivisione, Pratica basata sulle prove di efficacia.

Summary

From 1982 in Anglo-Saxon countries a model for decision-making has developed in healthcare. It represents a paradigm shift compared to traditionally used by health professionals models. The new model -so called Shared Decision Making- provides active participation in decision-making of patients and health professional workers.

Keywords

Decisions, Nursing, Patient, Sharing, Evidence Based Practice.

Premessa

Il metodo infermieristico (altrimenti denominato processo di nursing) è un modello logico, che si basa sulla metodologia scientifica del problem-solving estrinsecandosi operativamente in una sequenza di fasi:

- Accertamento
- Formulazione della diagnosi infermieristica
- Pianificazione degli obiettivi specifici del paziente/famiglia/comunità
- Pianificazione degli interventi infermieristici più idonei per il perseguimento degli obiettivi
- Attuazione degli interventi
- Valutazione dei risultati.

L'intero processo di nursing si caratterizza per essere una guida predefinita ma flessibile finalizzata a un'assistenza efficace e individualizzata.

Nel modello classico del processo di nursing, durante le due fasi di pianificazione, in particolare, l'infermiere è invitato a promuovere la partecipazione attiva del paziente, in

quanto questi sono i momenti in cui devono essere prese le decisioni cliniche, relativamente agli obiettivi che si desiderano raggiungere e agli interventi da attuare per il perseguimento degli stessi.

Paternalismo, informazione, condivisione nella presa di decisioni: tre modelli distinti

Nel recente passato, i pazienti sono stati considerati incapaci di prendere decisioni inerenti gli aspetti della propria salute divenendo così i destinatari passivi dell'assistenza infermieristica. In tempi più recenti, tuttavia, numerosi documenti e articoli di letteratura infermieristica (soprattutto di derivazione anglosassone) suggeriscono la necessità che gli infermieri incoraggino i loro assistiti ad appropriarsi di un ruolo più attivo, partecipando in misura maggiore al processo decisionale assistenziale.

Sebbene in letteratura si trovino spesso descritti quattro modelli che riguardano la relazione tra sanitario e paziente per la presa di decisioni (Veatch, 1972, Emanuel, 1992), tre sono i paradigmi che vengono maggiormente utilizzati.

Il modello *paternalistico*, altrimenti detto parentale o sacerdotale, prevede che sia il professionista sanitario colui che decide il miglior trattamento o intervento per il paziente, il quale ne viene poi solo informato. Questo modello ha fatto nascere l'etichetta di paziente, il quale deve assumere un ruolo passivo contrapposto a quello attivo del sanitario per l'asimmetria delle competenze che tali ruoli generano. Entro questo modello si è sviluppata la necessità di far firmare al paziente il “consenso informato”, risultato di un paternalismo che, tuttavia, cerca in qualche modo di trasferire la responsabilità della scelta da chi la compie (sanitario) a chi la “subisce” (paziente).

All'estremo opposto del modello paternalistico, si colloca il modello *informativo*, chiamato anche scientifico o ingegneristico, nel quale la persona viene semplicemente informata circa le possibili soluzioni, ma lasciata sola nel processo decisionale.

Il modello della *shared decision making (SDM)* rappresenta un cambiamento di paradigma relazionale rispetto ai due estremi sopraccitati. In questo tipo di processo gli attori sono il sanitario, che condivide le informazioni cliniche, e il paziente, che condivide con il professionista i propri valori e preferenze. Entrambe le figure, dunque, risultano essere esperte: l'infermiere per quanto attiene l'assistenza infermieristica, il paziente per quanto riguarda la propria vita e il proprio essere. La decisione circa gli obiettivi da raggiungere e la tipologia di interventi da attuare, diviene così un processo condiviso. Si tratta di un modo armonico e piacevole che permette di interagire serenamente anche di fronte a decisioni critiche. Vi è una uguaglianza di dignità e rispetto, una parità di contributi di valore che manca negli altri modelli. Solo in questo, infatti, ci può essere una vera condivisione di autorità e di responsabilità etica (Friesen-Storms et al., 2014).

Va comunque sottolineato che, nella maggior parte dei casi, all'interno dei tre modelli descritti, vi sono notevoli sfumature per quanto concerne l'utilizzo; ciò è stato evidenziato in una ricerca etnografica (Millard, 2006), che ha studiato le interazioni di

22 infermieri con 107 pazienti. Ne è emerso che, all'interno della condivisione decisionale tra le due figure, si può passare dal totale coinvolgimento sino alla completa assenza di coinvolgimento attraverso un continuum di cinque tipologie comportamentali: completo coinvolgimento (l'infermiere invita il paziente a partecipare nella presa di decisioni che riguardano tutti gli aspetti della propria assistenza), coinvolgimento parziale (l'infermiere invita il paziente a partecipare nella presa di decisioni che riguardano alcuni aspetti assistenziali), coinvolgimento forzato (l'infermiere invita alla partecipazione nella presa di decisioni solo dopo essere stato messo in discussione da parte del paziente), non coinvolgimento nascosto, non coinvolgimento palese.

Il modello della SDM

Sebbene i principi di SDM siano ormai ben documentati (la prima menzione del concetto si ritrova nel President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; Making Health Care Decisions del 1982) e nel mondo anglosassone risulti come concetto ormai popolare, le sue definizioni variano notevolmente. Interessante a tal proposito è la revisione della letteratura di Clark NM (2009) finalizzata a determinare lo stato dell'arte della SDM come concetto che riceve un'attenzione considerevole da parte del nursing clinico. Nei venti articoli inclusi nello studio, due sono i concetti che emergono nella maggioranza delle definizioni di SDM: "preferenze del paziente" e "opzioni". Lo stesso studio di Dy (2007) sulla revisione degli strumenti per la misurazione delle decisioni condivise, conclude sostenendo che la varietà e diversità degli strumenti presenti in letteratura dimostrano una vasta gamma di costrutti coinvolti nel concetto di SDM.

Nel 1997 Charles, Gafni, e Whelan, elencarono quattro elementi caratteristici e imprescindibili nel processo decisionale condiviso: (1) la presenza di almeno due partecipanti; (2) entrambe le parti adottino misure atte alla partecipazione; (3) entrambe le parti condividano le informazioni necessarie; e (4) le decisioni siano concordate da entrambe le parti.

Un decennio dopo Makhoul e Clayman, (2006) descrivono, invece, come elementi essenziali la definizione e spiegazione del problema, la presentazione delle opzioni possibili, la discussione degli aspetti a favore e contro le singole opzioni, la condivisione di valori e preferenze del paziente, la verifica delle capacità del paziente e della sua auto-efficacia, la verifica sulle conoscenze e sulle raccomandazioni del professionista sanitario, la verifica della reale comprensione da parte del paziente, la presa della decisione o il suo esplicito rinvio, l'organizzazione del follow-up. Sono considerati inoltre ideali i seguenti elementi aggiuntivi: imparzialità delle informazioni, definizione del ruolo e grado di coinvolgimento desiderato del paziente, presentazione di prove di efficacia, tra cui le probabilità di esiti in relazione al tipo di trattamento.

Per quanto attiene all'utilizzo della SDM nella pratica routinaria, il modello sviluppato da Elwyn et al. nel 2012, ad oggi risulta quello che meglio sintetizza il processo

decisionale per la pratica clinica (**fig.1**). Si tratta di un modello semplificato che illustra il processo del passaggio dalle preferenze iniziali dell'assistito alle preferenze informate. In questo modello il concetto di deliberazione (o decisione) ha significato di processo in cui il paziente diviene consapevole della scelta, comprende le proprie opzioni e ha il tempo e il supporto necessari per considerare quali siano gli aspetti che ritiene più importanti. Parlare di scelta significa trasmettere la consapevolezza che esista una scelta. Parlare di opzioni significa che gli assistiti vengono informati circa le opzioni di trattamento in maniera molto dettagliata. Parlare di decisioni significa che i pazienti sono supportati nell'esplorazione di ciò che per loro è più importante, divenendo consapevoli. Con il termine supporto decisionale Elwyn fa riferimento a due tipologie di strumenti: uno che ha un utilizzo che richiede un minor tempo e può essere utilizzato nel momento di interazione tra professionista e assistito e uno che necessita di tempi più lunghi, destinato all'utilizzo da parte dei pazienti prima e/o dopo l'incontro clinico (articoli, DVD, web). Scopo dell'intero processo è quello di passare dalle preferenze iniziali, basate sulle sole conoscenze personali, alle preferenze informate, ossia quelle che si basano su che cosa è più importante per il soggetto innestandosi però sulla comprensione dei possibili benefici e danni.

Questo modello, sviluppato per la pratica clinica, evidenzia con chiarezza che l'autodeterminazione, principio etico sul quale si basa la SDM, non significa l'abbandono dell'assistito nel momento della scelta.

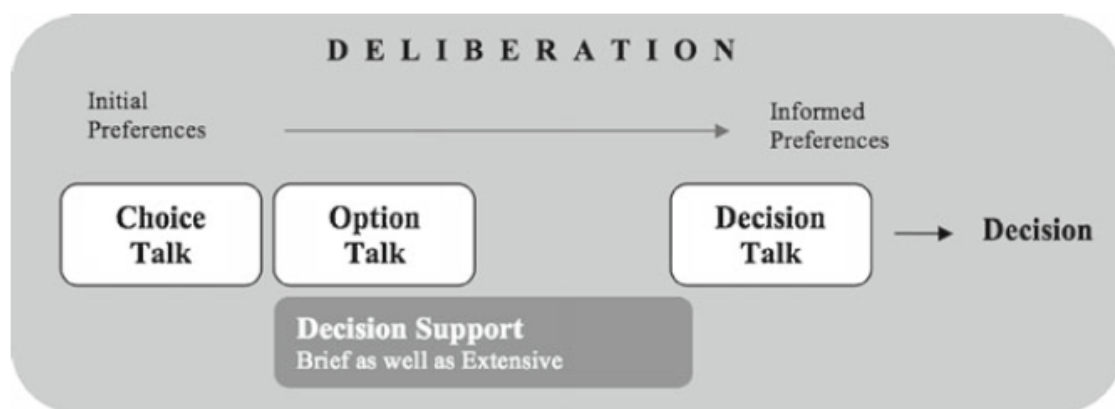


Fig.1. Il modello deliberativo nella SDM secondo Elwyn et al. 2012

Da sottolineare, inoltre, che Noreen M. Clark (2009) evidenzia che, anche qualora vi sia un'unica opzione possibile, il processo decisionale condiviso deve comunque essere preso in considerazione, poichè la scelta ricadrà tra il trattamento e il non trattamento. Sebbene la decisione in un caso del genere sia limitata, essa risulta comunque importante.

I fondamenti della SDM nell'infermieristica: relazione, conoscenza, responsabili

Il primo passo che gli infermieri dovrebbero compiere è quello di riconoscere l'importanza di esplorare il desiderio dell'assistito nell'essere coinvolto o meno nel processo decisionale, tenendo anche presente che i pazienti potrebbero, inizialmente, declinare ogni responsabilità decisionale e cambiare idea una volta informati della gamma di opzioni a loro disposizione (Dena J. Schulman-Green, 2005).

È dimostrato che il grado di coinvolgimento degli assistiti nella presa di decisioni è in funzione della qualità e della profondità della relazione che intercorre tra infermiere e paziente (Millard, 2006). Una migliore qualità e una maggiore profondità relazionale (dove per qualità relazionale si intende che essa sia impostata con cura e non lasciata al caso, mentre profondità significa lo sviluppo dell'empatia), infatti, aiutano a conoscersi meglio e ad avere un rapporto maggiormente improntato sulla fiducia.

La relazione rappresenta il veicolo per lo scambio di informazioni e il contestuale scambio di potere (potere derivante dalla conoscenza) dall'infermiere al paziente e viceversa. Al fine di realizzare un reale coinvolgimento del paziente nelle scelte cliniche che lo riguardano il potere tra assistito e clinico deve essere equilibrato.

Accade però che gli operatori sanitari non siano sempre a proprio agio nella gestione del processo decisionale condiviso, può essere infatti che non riconoscano un conflitto decisionale, oppure concentrino i propri interventi soprattutto nell'offrire informazioni senza approfondire i valori o le preferenze dei pazienti. Obiettivo della relazione tra infermiere e assistito in tale processo, dovrebbe invece essere quello di raggiungere una decisione di elevata qualità (Ratliff et al 1999, Elwyn et al., 2006).

Ciò che sicuramente non va trascurato è che, affinché la decisione possa essere davvero centrata sull'assistito e rispondente alle sue esigenze, gli infermieri hanno bisogno di opportunità per sviluppare e utilizzare nuove competenze. Una strategia per agevolare questo processo, secondo Millard L. Hallett C. & Luker K. (2006), potrebbe essere quella di poter dedicare più tempo alla costruzione di relazioni nella pratica infermieristica.

Dal modello paternalistico allo SDM: strumenti a supporto dei professionisti che devono sviluppare le competenze per il supporto ai pazienti

Negli ultimi anni, assieme a una notevole ricerca internazionale per promuovere la SDM c'è stata una proliferazione di ausili (DAS) per il sostegno alla partecipazione attiva dell'assistito. Questi DAS sono stati sviluppati e resi disponibili in vari formati (elettronici e non) e sono progettati da un lato per aiutare i pazienti a comprendere i benefici e i rischi inerenti le opzioni di trattamento disponibili, dall'altro per far prendere coscienza all'assistito dei propri valori. Ciò permette all'assistito di partecipare attivamente con l'infermiere alla scelta delle opzioni che meglio soddisfano i valori individuali e le esigenze personali (O'Connor, Fiset, et al., 1999; O'Connor, Rostom, et al., 1999).

Alcuni studi sulla valutazione dei DAS hanno riportato risultati interessanti in relazione a un migliore funzionamento cognitivo, a una partecipazione più attiva e soddisfacente

nel processo decisionale (Molenaar S et al., 2000), alla percezione della salute globale e alle funzionalità fisiche (Ruland, 1999), a una migliore conoscenza, e infine hanno portato a una riduzione del conflitto decisionale (O'Connor, Rostom, et al, 1999;. O'Connor et al ., 2001).

Sebbene, come già evidenziato nell'incipit, le teorie infermieristiche abbiano sempre sottolineato l'importanza di includere i punti di vista, i valori e le preferenze dei pazienti nella pianificazione assistenziale, l'implementazione di strumenti a supporto della SDM, nelle pratiche infermieristiche questo risulta essere ancora una novità. Sarebbero necessarie ulteriori ricerche come quella attivata presso il Centro per il processo decisionale condiviso e la ricerca infermieristica in Norvegia, il cui obiettivo è migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti e i risultati di salute attraverso una migliore partnership paziente-sanitario utilizzando strategie e strumenti per il loro supporto (De Geest, 2005).

SMD e benefici attesi/reali

A questo punto è necessario chiedersi quali benefici ci si possa attendere dall'utilizzo del modello della SDM e quali benefici reali, a oggi, siano stati dimostrati.

In un modello che si basi sulla presa di decisioni condivise ci si aspetta, dall'assistito, una maggiore compliance, una maggiore accettazione del trattamento e una maggior soddisfazione, il miglioramento dello stato funzionale e una migliore qualità della vita (Korner, 2013).

George (2013), in uno studio, ha concluso che dare ai pazienti un ruolo più attivo nella presa di decisioni relativamente ai propri bisogni di salute contribuisce a ridurre le spese mediche e a migliorare la salute, l'alfabetizzazione sanitaria e il controllo delle malattie. Tale pratica, inoltre, è stata associata a una migliore soddisfazione del paziente rispetto al semplice processo del consenso informato: i pazienti hanno maggiori probabilità di aderire al trattamento quando partecipano al processo decisionale.

Una revisione sistematica della Cochrane Collaboration (Stacey et al., 2014), che ha verificato se tale processo di condivisione produca anche outcomes positivi sulla salute e in generale sul benessere dell'assistito, è giunta alle seguenti conclusioni: è sicuramente dimostrato con prove di elevata qualità, che il supporto nella presa di decisioni, rispetto al processo decisionale tradizionale (che sia di tipo paternalistico o informativo), migliora la conoscenza delle opzioni legate alla propria salute e riduce il conflitto decisionale legato alla sensazione di disinformazione e scarsa chiarezza circa i propri valori personali; ha evidenziato con prove di qualità moderata che il processo di aiuto decisionale stimola le persone ad assumere un ruolo più attivo e migliora la percezione del rischio; vi è, invece, evidenza di bassa qualità che tali aiuti decisionali migliorano la congruenza tra l'opzione scelta e i valori del paziente.

Rispetto agli studi meno recenti, questa revisione sistematica aggiornata sulle SDM ha aggiunto evidenze circa una migliore informazione all'assistito sulle opzioni basate su prove di efficacia, un aumento delle scelte basate sui valori dei pazienti, e una migliore

comunicazione tra sanitario e paziente.

Un' ulteriore revisione (Hauser, 2015), successiva a quella sopraccitata ha dimostrato inoltre che la partecipazione attiva degli assistiti nel processo decisionale può migliorare i risultati clinici e psicosociali legati al paziente. Tra le altre cose, può promuovere la volontà e la disponibilità a intraprendere i primi passi di trattamento, migliorare la percezione del rischio e permettere di avere aspettative più realistiche. In questa revisione sono stati inclusi Trial Randomizzati Controllati che hanno indagato in modo esplicito l'effetto della partecipazione del paziente sotto forma di SDM rispetto agli outcomes correlati alla malattia. Ne è derivato che la SDM migliora la soddisfazione globale dei pazienti e la loro fiducia nelle decisioni prese; che ciò possa influenzare positivamente gli endpoint correlati alla malattia è una questione invece ancora dibattuta. In 12 dei 22 studi, i risultati nei pazienti che avevano ricevuto un intervento SDM, non hanno infatti mostrato alcun esito migliore rispetto a quelli dei rispettivi gruppi di controllo. Tuttavia i restanti dieci studi hanno dimostrato un miglior esito malattia-correlato per coloro che hanno sperimentato la SDM relativamente agli esiti correlati alla malattia, rispetto ai gruppi di controllo. Purtroppo l'eterogeneità delle malattie presenti negli studi inclusi non ha consentito l'identificazione di patologie che si avvantaggerebbero in maniera particolare della SDM. Sono invece emersi due studi in cui l'aderenza al trattamento è stata migliorata grazie all'intervento rispetto ai gruppi di controllo e, di conseguenza, ciò ha portato un vantaggio per tutti gli endpoint legati alla patologia.

In poche parole la SDM porta a una maggiore adesione al trattamento, questo farebbe sì che vi siano migliori risultati legati alla patologia. Tuttavia, a oggi, non esistono prove abbastanza forti che sostengano la reale efficacia degli interventi di SDM rispetto agli esiti sulla patologia.

Il vissuto dei pazienti rispetto alla SDM

Sebbene studi nazionali e internazionali abbiano rilevato che meno del 15% delle persone che hanno accesso a percorsi di salute ritenga che la responsabilità delle decisioni debba essere esclusivamente a carico degli operatori sanitari, una delle principali critiche addotte alla Shared Decision Making è che spesso l'assistito stesso non vuole essere coinvolto nel processo decisionale per molteplici motivi: perché non si sente esperto in materia, perché prova insicurezza, perché in realtà, a causa del metodo paternalistico cui è stato abituato non capisce il motivo per il quale debba entrare in gioco in prima persona. Non tutti i pazienti, dunque, vogliono essere partecipanti attivi e alcuni possono scegliere di mantenere la tradizionale passività, tipica del ruolo del paziente poiché "l'infermiere conosce meglio" (Webb & Hope 1995 Cahill 1998). Paradossalmente, questi pazienti che non partecipano alla scelta, non possono essere considerati passivi, piuttosto starebbero attivamente scegliendo di adottare un ruolo passivo. È attraverso il veicolo della relazione infermiere-paziente che il desiderio dell'assistito di vivere un ruolo passivo deve essere identificato.

Una crescente evidenza suggerisce che le preferenze del paziente verso la partecipazione al processo decisionale clinico, differiscono a seconda di età, sesso, stato socio-economico e gravità del problema di salute. Secondo George (2013), di norma, sono i pazienti più giovani e maggiormente istruiti a preferire la condivisione nel processo decisionale di assistenza sanitaria. I pazienti più anziani, gli immigrati, e le persone con demenza possono essere meno interessate a prenderne parte, tuttavia sarebbero proprio i gruppi più vulnerabili che potrebbero trarne maggiore vantaggio.

Spesso capita che gli infermieri non siano consapevoli della prospettiva e delle preferenze dei loro pazienti quando si tratta di partecipare al processo decisionale clinico, tendendo a sopravvalutare la loro preferenza ad assumere un ruolo attivo. Allo stesso tempo, i pazienti hanno spesso un ruolo passivo rispetto alle proprie preferenze. Ciò indica che gli infermieri non coinvolgono con successo i pazienti nel processo decisionale clinico (Florin 2006).

Al fine di comprendere quale sia il vissuto della persona che viene coinvolta nella presa di decisioni relativa alla propria salute sono stati elaborati studi di tipo qualitativo che possono far comprendere meglio agli operatori quali siano le reali motivazioni che soggiacciono agli atteggiamenti che le persone possono avere dinnanzi al loro coinvolgimento nelle scelte relative alla propria salute (Millard, 2006).

A tal proposito Biley FC (1992), in uno studio qualitativo ha individuato tre categorie: la prima, 'Se io mi sento abbastanza bene', descrive gli stati dello "Stare troppo male" per essere coinvolto nel processo decisionale al "sentirsi bene", che permette un maggiore coinvolgimento. La seconda categoria, "se possiedo abbastanza conoscenze", descrive situazioni che, prima, richiedono conoscenza tecnica, ("l'infermiere sa meglio"), in cui i pazienti preferiscono assumere un ruolo passivo nel processo, altre situazioni che sono meno tecniche e per le quali i pazienti necessitano di un minor numero di informazioni, ma ancora preferiscono essere passivi, e, infine, "io conosco meglio", ossia, situazioni nelle quali i pazienti preferiscono essere coinvolti attivamente nel processo. La terza categoria, "Se posso", descrive i vincoli organizzativi o la libertà che può limitare o incoraggiare la scelta e la partecipazione al processo decisionale. Questi risultati supportano la tesi che i pazienti sono disposti a cedere il controllo decisionale e sono molto disposti a lasciare agli infermieri le decisioni.

Sicuramente uno degli aspetti che determinano la propensione o meno delle persone a essere coinvolte è la provenienza culturale. Sebbene la maggior parte dei pazienti voglia essere informato circa la propria diagnosi, si è notato nello studio che le preferenze del paziente relativamente all'informazione e alla partecipazione varia tra e all'interno delle culture. A supporto di ciò, Rana F. Obeidat (2013) in un suo lavoro sugli assistiti provenienti da paesi non occidentali, conclude che gli infermieri dovrebbero valutare le origini culturali degli assistiti e, in particolare, per quanto riguarda i pazienti provenienti da paesi non occidentali dovrebbero verificare con maggior accuratezza la loro conoscenza e il desiderio di partecipare al processo decisionale condiviso e fornire supporto alle decisioni in base alle loro esigenze.

Gli ambiti di maggiore applicazione della SDM

Il modello della SDM dovrebbe essere applicato ogni qual volta esista una decisione che debba essere presa in ambito sanitario. Esempi di tali decisioni possono andare dalla scelta di essere sottoposti a una mastectomia totale o parziale, di sottoporsi a test prenatali, fino alla decisione di avviare una terapia farmacologica per abbassare i livelli ematici di colesterolo. Le decisioni cliniche possono anche riguardare compromessi tra la qualità della vita e la durata della vita, così come tra gli effetti benefici e gli effetti collaterali del trattamento (De Geest, 2005).

È, in particolare, nella gestione delle malattie croniche che il processo decisionale condiviso è ritenuto necessario per la piena realizzazione dell'empowerment, dell'assistenza centrata sul paziente e dell'autodeterminazione. Le persone con malattie croniche, infatti, devono affrontare molte sfide nel prendersi la responsabilità della propria malattia, e il modello della SDM può essere visto come un'opportunità per loro; la mancanza di tale opportunità, potrebbe addirittura arrivare a impedire l'autogestione dei pazienti influenzandone così la prognosi (Zoffmann, 2008).

Vi è inoltre consenso che la SDM nella cura della salute mentale abbia il potenziale per migliorarne i risultati, compresi quelli in linea con un significativo recupero della salute mentale (Wills, 2010).

SDM e Evidence Based Practice (EBP)

Non resta ora che domandarsi se EBP e SDM possano convivere, o se l'una scaldi necessariamente l'altra.

Se si parte dall'originale pensiero che sta alla base dell'EBP è necessario ricordare che tre sono le fonti di informazione che devono essere integrate: le prove che dimostrano l'efficacia dell'intervento, l'esperienza clinica del professionista e i valori del paziente. In realtà, la pratica basata sulle evidenze, di solito, si concentra solo sulle prove di efficacia e sull'esperienza clinica senza prendere in considerazione i valori del singolo paziente; questo fa sì che una delle maggiori critiche che vengono rivolte all'EBP sia proprio il fatto di non prendere in considerazione il soggetto, ma di voler applicare tout court le migliori evidenze scientifiche disponibili.

In un interessante articolo pubblicato dalla prestigiosa rivista JAMA, Victor Montori (2013), uno dei massimi esperti di EBP al mondo, sottolinea che le preferenze del paziente possono portare alla scelta di non basare le proprie decisioni sulle linee guida in quanto è necessario ricordare che prendersi cura dei pazienti non è un compito lineare. Anche se le linee guida possono essere un aiuto non devono sostituire l'impegno dei sanitari e dei pazienti nel prendere le decisioni condivise. Questa è la pratica ottimale della EBP.

Il processo di SDM, dunque, risulta essere fondamentale nel processo di integrazione dei valori del singolo paziente e l'EBP.

Conclusioni

Sebbene il metodo infermieristico preveda la partecipazione attiva dell'assistito nelle fasi decisionali, nella letteratura italiana e nella pratica infermieristica del nostro Paese non vi è traccia del modello dello Shared Decision Making.

Le cause che possono essere di ostacolo allo sviluppo di tale modello sono sicuramente molteplici e alcune meritano una riflessione. Secondo Botes (2002) è fondamentale che vi sia la piena maturità di un concetto scientifico affinché poi venga utilizzato in una disciplina e, come si è visto, quello di SDM, è un concetto che non ha ancora raggiunto la piena maturità. Esistono, inoltre, ostacoli pratici all'utilizzo di questo modello, che richiede competenze molto approfondite da parte dell'infermiere, sia di tipo comunicativo, sia competenze avanzate nella ricerca delle migliori evidenze disponibili. Utilizzare lo SDM significa, infatti, non conoscere solo il "gold standard" utilizzabile in una determinata situazione, ma sapersi anche documentare su tutte le possibili alternative, sui benefici attesi e sui relativi rischi. Ancora oggi gli infermieri sono poco preparati da questo punto di vista. Per quanto riguarda, poi, le competenze di tipo comunicativo è necessario che l'infermiere abbia la capacità e l'abitudine all'ascolto attivo e sia in grado di sospendere ogni giudizio nei confronti dell'assistito. Esistono, inoltre, ostacoli di tipo organizzativo: affinché possa avvenire un processo di scelta condivisa che abbia le caratteristiche sopra descritte è necessario darsi del tempo: parlare e ascoltarsi comporta, infatti, che siano disponibili spazi e tempi che spesso nelle nostre organizzazioni non hanno posto.

Esistono, poi, ostacoli di tipo culturale, sia da parte degli operatori, sia da parte degli assistiti. Come si è detto in precedenza il modello paternalistico ha avuto una diffusione tale per cui ancor oggi spesso alcuni pazienti non sentono il bisogno di esprimere il proprio parere, ritenendo che sia competenza del professionista conoscere quale sia la scelta migliore da compiere. Ancora non vi è la cultura della soggettività di ogni persona come portatrice di bisogni e valori unici.

A tal proposito è necessaria una riflessione rispetto alla decisione del paziente di affidarsi totalmente al professionista. Il primo passo che l'infermiere deve compiere è quello di comprendere come si ponga il paziente nei confronti del modello dello SDM. Qualora fosse chiara una non adesione a questo metodo da parte dell'assistito, è importante capirne la motivazione che spinge la persona a lasciare nelle mani dell'infermiere le scelte che lo riguardano. Sebbene sia impossibile ipotizzare tutte le cause che portano a tale scelta, va sottolineato che ve ne possono essere alcune per cui valga la pena tentare di sollecitare l'assistito e altre per cui anche la "non scelta" vada invece accolta con rispetto, sottolineando che in qualsiasi momento la persona decidesse di condividere un pezzo di processo sarà sempre la benvenuta.

L'integrazione della SDM nella EBP è un salto paradigmatico che l'infermieristica italiana dovrebbe compiere come risposta etica alle necessità assistenziali della persona che, da un lato, deve poter contare su un'assistenza che si basi sulle migliori prove di efficacia, ma che dall'altro possa conciliarle con l'unicità del suo essere.

Bibliografia

- Biley, F. C., 1992. Some determinants that effect patient participation in decision-making about nursing care. *J Adv Nurs.*, 17(4), 414-421.
- Botes, A., 2002a. Concept analysis: some limitations and possible solutions. *Curatationis*, 25(3), 23-27.
- Cahill, J., 1998. Patient participation--a review of the literature. *J Clin Nurs.*, 7(2), 119-128.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T., 1997. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.*, 44(5), 681-692.
- Clark, N. M., Nelson, B. W., Valerio, M. A., Gong, Z. M., Taylor-Fishwick, J. C., & Fletcher, M., 2009. Consideration of shared decision making in nursing: a review of clinicians' perceptions and interventions. *Open Nurs J.*, 3:65-75.
- De Geest, S., Dobbels, F., Fluri, C., Paris, W., & Troosters, T., 2005. Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung, and heart-lung transplant recipients. *J Cardiovasc Nurs.*, 20(5 Suppl), S88-98.
- Dy, S. M., 2007. Instruments for evaluating shared medical decision making: a structured literature review. *Med Care Res Rev.*, 64(6), 623-649. Epub 2007 Sep 2005.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Barry, M., 2012. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.*, 27(10), 1361-1367. Epub 2012 May 1323.
- Elwyn, G., O'Connor, A., Stacey, D., Volk, R., Edwards, A., Coulter, A., Whelan, T., 2006. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BM J*, 333(7565), 417. Epub 2006 Aug 2014.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L., 1992. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA.*, 267(16), 2221-2226.
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M., 2006. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *J Clin Nurs.*, 15(12), 1498-1508.
- Friesen-Storms, J. H., Bours, G. J., van der Weijden, T., & Beurskens, A. J., 2015. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *Int J Nurs Stud.*, 52(1), 393-402.
- George, T. P., 2013. How nurses can encourage shared decision making. *Nursing*, 43(8), 65-66.
- Hauser, K., Koerfer, A., Kuhr, K., Albus, C., Herzig, S., & Matthes, J., 2015. Outcome-Relevant Effects of Shared Decision Making. *Dtsch Arztebl Int.*, 112(40), 665-671.
- Korner, M., Ehrhardt, H., & Steger, A. K., 2013. Designing an interprofessional training program for shared decision making. *J Interprof Care.*, 27(2), 146-154.
- Makoul, G., & Clayman, M. L., 2006. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns.*, 60(3), 301-312. Epub 2005 Jul 2026.
- Millard, L., Hallett, C., & Luker, K., 2006. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs.*, 55(2), 142-150.

- Molenaar, S., Sprangers, M. A., Postma-Schuit, F. C., Rutgers, E. J., Noorlander, J., Hendriks, J., & de Haes, H. C., 2000. Feasibility and effects of decision aids. *Med Decis Making.*, 20(1), 112-127.
- Montori, V. M., Brito, J. P., & Murad, M. H., 2013. The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA*, 310(23), 2503-2504.
- O'Connor, A. M., Fiset, V., DeGrasse, C., Graham, I. D., Evans, W., Stacey, D., ... Tugwell, P., 1999. Decision aids for patients considering options affecting cancer outcomes: evidence of efficacy and policy implications. *J Natl Cancer Inst Monogr.* (25), 67-80.
- O'Connor, A. M., Rostom, A., Fiset, V., Tetroe, J., Entwistle, V., Llewellyn-Thomas, H., ... Jones, J., 1999. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BM J.*, 319(7212), 731-734.
- O'Connor, A. M., Stacey, D., Rovner, D., Holmes-Rovner, M., Tetroe, J., Llewellyn-Thomas, H., ... Jones, J., 2001. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* (3), CD001431.
- Obeidat, R. F., Homish, G. G., & Lally, R. M., 2013. Shared Decision Making Among Individuals With Cancer in Non-Western Cultures: A Literature Review. *Oncology Nursing Forum*, 40(5), 454-463 410p.
- Ratliff, A., Angell, M., Dow, R. W., Kuppermann, M., Nease, R. F., Jr., Fisher, R., ... Sox, H. C., 1999. What is a good decision? *Eff Clin Pract.*, 2(4), 185-197.
- Ruland, C. M., 1999. Decision support for patient preference-based care planning: effects on nursing care and patient outcomes. *J Am Med Inform Assoc.*, 6(4), 304-312.
- Schulman-Green, D. J., Naik, A. D., Bradley, E. H., McCorkle, R., & Bogardus, S. T., 2006. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Educ Couns.*, 63(1-2), 145-151. Epub 2006 Jan 2006.
- Shared decision making and the use of a patient decision aid in advanced serious illness: provider and patient perspectives. (1982). *Health Expectations*, 18(6), 3236-3247 3212p.
- Stacey, D., Legare, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, ... K. B., Wu, J. H., 2014. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.*, 1:CD001431.
- Veatch, R. M., 1972. Models for ethical medicine in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship? *Hastings Cent Rep.*, 2(3), 5-7.
- Webb, C., & Hope, K., 1995. What kind of nurses do patients want? *J Clin Nurs.*, 4(2), 101-108.
- Wills, C. E., 2010. Sharing decisions with patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 48(3), 4-5.
- Zoffmann, V., Harder, I., & Kirkevold, M., 2008. A person-centered communication and reflection model: sharing decision-making in chronic care. *Qual Health Res.*, 18(5), 670-685.