

# IL PROCESSO DECISIONALE CONDIVISO IN MEDICINA GENERALE

*di Alessandro Addoriso*

sociologo

## INTRODUZIONE

Condividere le decisioni fra medico e paziente sta diventando anche in Italia sempre più un tema di grande interesse nel mondo della sanità. Questa condivisione si raggiunge attraverso un processo denominato nella versione anglofona Sharing Decision Making (SDM), alla quale noi preferiamo la versione nostrana di Processo Decisionale Condiviso (PDC). Tale processo è stato definito come un approccio in cui medici e pazienti condividono le migliori scelte disponibili presenti al momento al fine di consentire al paziente, supportato dal medico, di prendere una decisione.<sup>1</sup>

I principi, anche etici, sui quali si basa il PDC sono noti da molti anni e possono essere riassunti essenzialmente nel principio di autodeterminazione dell'individuo e quello dell'autonomia relazionale. Mentre il primo riguarda l'intrinseca e inalienabile esigenza dell'individuo di determinare le proprie scelte, soprattutto quelle che riguardano il proprio benessere, il secondo fa riferimento al fatto che le scelte, benché formalmente in autonomia, in realtà siano condizionate dalle relazioni interpersonali e dalla reciproca dipendenza in cui l'individuo è implicato.

Questi principi possono rappresentare un superamento del cosiddetto "consenso informato" in quanto semplice trasferimento di informazioni e conseguente rispetto delle scelte operate dal paziente. I professionisti della salute dovrebbero perciò essere in grado di trovare un punto di equilibrio fra le migliori pratiche cliniche e questi principi, anche se ciò non risulta affatto semplice come testimoniano le perplessità di molti medici su quei pazienti che non vogliono essere coinvolti nelle decisioni che riguardano la propria salute.

Per iniziare a raccogliere elementi conoscitivi che possano entrare nel dibattito culturale e professionale su questo tema, abbiamo svolto una breve indagine, da Settembre a Novembre 2017, presso un gruppo di medici di Medicina Generale che si sono resi disponibili.

La ricerca è stata commissionata dal Circolo veneto di ASS.I.M.S.S. (Associazione italiana di Medicina e Sanità sistemica).

## METODOLOGIA

Il metodo, già utilizzato in ricerche analoghe, è stato quello del Delphi, che si basa su gruppo di esperti chiamati a confrontarsi su un tema specifico. Il confronto non avviene in situazione di compresenza, come ad esempio in un *focus group*, bensì tramite il ricercatore cui fanno riferimento i partecipanti, nel caso specifico tramite posta elettronica.

La prima fase, definita spesso come primo *round*, è consistita nell'invio ai partecipanti di un primo questionario composto da otto domande cosiddette "aperte" cioè non a risposta predefinita. Dei venti medici cui è stato inviato il questionario hanno risposto in quindici.

Dopo aver analizzato le risposte, si è costruito un secondo questionario basato su concetti e temi emersi dall'analisi, spedendolo ai rispondenti del primo *round*. In tal modo si è dato inizio al cosiddetto secondo *round* del Delphi. A questa fase hanno risposto nove medici.

## ANALISI PRIMO ROUND

In riferimento alla prima domanda del questionario, volta a conoscere quale fosse l'opinione dei rispondenti, in base alle proprie conoscenze, sul Processo Decisionale Condiviso, le risposte hanno individuato alcune aree concettuali: utilizzo, valore strumentale e un certo scetticismo, pur se temperato.

Le seguenti risposte testimoniano che il PDC è conosciuto ed utilizzato, pur con gradi diversi di applicazione e di riflessione sul processo medesimo.

---

<sup>1</sup> Friedberg M. et al.: *A demonstration of shared decision making in primary care highlights barriers to adoption and potential remedies*, Health Affairs 32, n.2, 2013

Medico 4: “ [...]un altro modo di esercitare la professione che ahimè non può essere di esclusiva del contesto del Medico di Medicina Generale e del suo paziente”

Medico 11: “è parte integrante dell'attività del MMG, assieme all'EBM costituiscono l'approccio specifico della MG”.

Medico 14: “Lo considero applicabile in situazioni abbastanza selezionate”

Medico 8: “Nel mio setting, quello dell'Ass. primaria, è comunque una pratica comune esercitata probabilmente in maniera spontanea”.

In altre risposte il PDC è visto come uno strumento professionale utile e importante:

Medico 7: “Strumento interessante che ha, secondo me, molto più valore del banale consenso informato”.

Medico 10: “Credo che il PDC sia una postura professionale irrinunciabile [...]”

Medico 12: “Si tratta di una competenza professionale utilissima nella pratica clinica.”

Infine emerge un certo scetticismo sulla praticabilità attuale del PDC, anche riconoscendone la validità teorica:

Medico 15: “Allo stato attuale è un'utopia anche se prima o poi è processo che dovrà diventare prassi”

Medico 13: “Teoricamente ideale ma in pratica abbastanza complicato da mettere in atto”

Medico 6: “Si tratta di un modo un po' ideale di affrontare le situazioni complesse [...]”

Medico 3: “Ritengo [...] sia un passaggio molto importante nella relazione medico paziente, seppure difficile da mettere in pratica”

La seconda domanda del questionario chiedeva ai rispondenti di indicare come il PDC possa essere utilizzato in ambito di Assistenza Primaria. Alcune risposte hanno riguardato le condizioni necessarie affinché ciò possa accadere, sottolineando la necessità di selezionare il paziente idoneo:

Medico 8: “ [...]Buona competenza del professionista nell'esercizio di questa abilità. Buona motivazione del paziente ad assumersi responsabilità per la propria salute. [...]Selezionando situazioni, condizioni o problemi di salute idonei”

Medico 14: “va scelto attentamente il problema ma soprattutto la persona”.

Medico 10: “ritengo utile “un protocollo” il cui primo punto dovrebbe prevedere l'esplorazione di quanto il paziente vuole essere coinvolto nel processo decisionale”

Medico 6: “ [...]la pratica del PDC andrebbe conosciuta e pianificata rispetto ad alcune situazioni particolari e presumibilmente complesse”

Il PDC prevede il passaggio attraverso tre tappe: introduzione alla scelta, descrizione delle opzioni e aiuto ai pazienti nel prendere decisioni. La terza domanda chiedeva ai medici di indicare, a parer loro, quale di questi passaggi ritenesse più impegnativo e come si possa renderlo più agevole. In buona parte i rispondenti hanno indicato nella fase di aiuto al paziente nel prendere decisioni quella più difficile e impegnativa:

Medico 3: “Credo che il passaggio più difficile per me sia il terzo [...]”

Medico 12: “la terza fase è la più difficile in quanto è facile passare dall'orientamento alla circonvoluzione [...]”

Medico 11: “la difficoltà sta nel non forzare la decisione del paziente [...]”

Medico 13: “la fase c in quanto anche in presenza di una buona informazione appare difficile per il paziente attuare scelte adeguate e non puramente emozionali”

Ma anche la descrizione delle opzioni non appare semplice:

Medico 6: "La descrizione delle opzioni non potrà essere sempre chiara o definibile, oppure il quadro emergente potrebbe essere confuso, o anche la possibilità di scelte multiple complicherà la descrizione; soprattutto è difficile capire che cosa il paziente (e i familiari) avranno compreso sia della situazione, sia delle opzioni"

Medico 10: "La descrizione delle opzioni soprattutto quando le opzioni sono gravate da grande incertezza"

La quarta domanda del questionario chiedeva ai partecipanti se riscontrassero l'utilità del PDC in generale o in casi specifici e veniva chiesto di riportare un'esperienza con i propri pazienti.

Anche in questo caso le risposte si sono ripartite fra le due possibilità, c'è chi ritiene utile utilizzare questo approccio in maniera generalizzata:

Medico 3: "Credo che il PDC sia utile in generale [..]"

Medico 6: "ritengo che il PDC sia da applicare sempre [..]"

Medico 7: "Il PDC è utile in generale anche se il peso e l'importanza del suo uso è diverso nelle varie situazioni"

Medico 10: "Credo che in generale sia utile, garantendo sempre la possibilità che il paziente deleghi. Lo ritengo indispensabile quando le proposte di cura sono gravate da incertezza"

Altri, invece, lo ritengono più indicato in situazioni specifiche:

Medico 12: "non è universalmente applicabile [..]"

Medico 13: "Penso sia da riservare a casi particolari e in presenza di un livello culturale adeguato [..]"

Medico 14: "penso sia applicabile a casi specifici perché la maggior parte delle persone preferisce non avere il carico di capire e decidere"

Medico 15: "Casi di patologia cronica in cui è indispensabile sviluppare l'empowerment del paziente"

Purtroppo pochissimi rispondenti hanno riportato una loro esperienza specifica, come ha fatto questo medico:

Medico 1: "recidiva di carcinoma della prostata in paziente di 85 anni, operato una decina di anni prima. Aveva rifiutato al tempo qualunque terapia. A 85 anni, dopo una emiplegia, abbiamo discusso degli approfondimenti diagnostici e delle possibili terapie. Ha rifiutato qualunque intervento conscio di aver vissuto la sua vita e ritenendo di non dover chieder altro"

Con la successiva domanda veniva chiesto ai medici quali competenze occorressero per poter adottare il processo decisionale condiviso e quali essi ritenessero di possedere già.

Diversi rispondenti hanno indicato come risposta il "counselling", precisando di avere già questa competenza:

Medico 3: " Abilità di counseling"

Medico 4: "Io sono counsellor sistemico"

Medico 10: "credo necessaria [...] una solida competenza comunicativo- relazionale. Credo che il mio percorso formativo di counselling sia in questo senso una risorsa"

Medico 14: "credo sia necessario disporre degli strumenti di base del counselling, che ritengo di possedere."

Altri medici hanno parlato, più in generale, di capacità empatiche e comunicative:

Medico 1: " capacità comunicative, di dialogo [...]Rispetto delle convinzioni altrui, anche non dovessero essere accettabili [...] Conoscenza del paziente, delle aspettative e della sua capacità di gestire paure, emozioni"

Medico 7: "Sono necessarie sicuramente abilità comunicative (che si apprendono e non sono così scontate)[...]"

Le successive due domande sono state formulate per fare emergere quelli che fossero ritenuti dai rispondenti i principali punti di forza e le criticità del PDC.

Per quanto riguarda i primi, le risposte hanno riguardato spesso la relazione fra curante e paziente:

Medico 4: "[...]è il tipo di relazione che viene ad instaurarsi tra il curante ed il proprio paziente che dà vita al modello"

Medico 6: "[...]benefici relazionali con pazienti e familiari"

Medico 7: "Con il Paziente è necessario costruire un'alleanza "terapeutica" questa costruzione passa sicuramente attraverso un PDC"

Medico 8: "Penso che questo modello migliori: la qualità della relazione, la fiducia reciproca nelle relazioni di cura [...]un eccellente laboratorio in progress per qualificare il professionista che lo utilizza con competenza"

Medico 9: " in particolare farei leva sul fatto che s'instaura un rapporto di fiducia più solido e sincero col paziente"

Medico 10: "è accertato che la condivisione attiva del processo decisionale favorisce l'autonomia del paziente, migliora la relazione paziente – professionista [...]"

altre risposte hanno sottolineato i vantaggi per l'attività del professionista:

Medico 3: "Innanzitutto il miglioramento della qualità della vita (lavorativa e non) del professionista sanitario. L'altro vantaggio è secondo me costituito da un utilizzo più appropriato delle risorse [...]"

Medico 12: "la riduzione della conflittualità con i pazienti più esigenti ed impegnativi"

Medico 10. " [...]riduce l'incidenza di errori medici e può ridurre il ricorso ad azioni legali da parte dei pazienti"

Per quanto riguarda, invece, i punti considerati deboli del PDC, la gran parte delle risposte punta sulla necessità di tempo per attuarlo:

Medico 1: " [...]Scarso tempo a disposizione per parlare a fondo con i pazienti"

Medico 3: "[...]il problema principale è quello del tempo"

Medico 8:" Il modello prevede: tempi che possono essere troppo lunghi[...]"

Medico 10: " [...] vedo il tempo una reale criticità"

Medico 12: " [...]in particolare alla perdita di tempo sia per il medico che per il paziente"

Infine, con l'ultima domanda del primo *round* del Delphi, si chiedeva ai medici quali professionisti della salute ritenessero interessati al PDC. In larga maggioranza le risposte hanno sottolineato che tale processo possa e debba interessare tutti coloro che si occupano, in termini professionali, di salute.

Medico 1: "credo che tutti i professionisti della salute [...] siano interessati al modello PDC.  
Medico 4: "Dovrebbero essere tutti, altrimenti di che cosa stiamo parlando?"  
Medico 7: "Credo che il PDC possa essere di tutte le professioni sanitarie ognuna nel proprio ambito"  
Medico 8: "tutti gli attori del sistema a prescindere dalla disciplina e dalla specialità sono interessati a questo modello"  
Medico 10: "Tutti, anche se credo che coloro che operano nell'ambito delle cure primarie siano (o dovrebbero essere) particolarmente interessati"

Alcuni fra i rispondenti hanno voluto specificare anche quali professionisti:

Medico 3: "Oltre i medici di famiglia[...] penso ai chirurghi e agli oncologi per le malattie acute, ai diabetologi, ai cardiologi e agli pneumologi per le malattie croniche"  
Medico 12: "penso che proprio gli psicologi per il particolare rapporto con i loro paziente, possano essere i più interessati ad adottare il PDC"  
Medico 13: "medici specialisti e MMG ,infermieri,psicologi ,dietologi,assistenti sanitari,medici che si occupano di prevenzione"

## **ANALISI SECONDO ROUND**

Nel secondo *round* si sono approfonditi alcuni dei temi emersi dalle risposte date al primo questionario. In particolare, si è tentato di entrare maggiormente negli aspetti più concreti del PDC, chiedendo ai medici di rispondere in base alla propria esperienza.

La prima domanda voleva indagare sul tema dell'utilizzo del PDC rispetto a casi specifici, come emerso da numerose risposte del primo *round*, chiedendo se la selezione dei casi specifici dovesse essere prerogativa del curante e su quali criteri essa dovesse basarsi.

Le risposte, alcune molto articolate, hanno approfondito il concetto di selezione del paziente:

Medico 4: "ritengo che sia la situazione, la complessità del caso a dover richiedere l'applicazione dell' APC"  
Medico 5:" [...]ci sono casi nei quali l'iniziativa parte dal curante, altri, nei quali è il paziente che coinvolge, chiede o anche pretende la cooperazione decisionale e operativa"  
Medico 8: "secondo me la selezione potrebbe essere fatta dal curante, ma anche dal paziente"  
Medico 9: "secondo me dovrebbe essere anche possibile che altre figure professionali e lo stesso paziente / familiare esprimano questa esigenza"  
Medico 10: "la selezione fa parte del rapporto tra MMG e paziente in quanto rientra nei termini di personalizzazione delle cure"  
Medico 12: "Senza dubbio prerogativa del curante garantendo comunque equità delle cure a tutti"

Alcune risposte sui criteri da adottare per l'eventuale selezione hanno evidenziato la complessità della stessa ma anche l'adattabilità dei criteri:

Medico 5: “[..] ritengo che un criterio di selezione possa essere l'incertezza diagnostico/terapeutica o la necessità di scegliere tra opzioni terapeutiche potenzialmente rischiose o di esito precario. Un caso particolare potrebbe essere rappresentato dalle situazioni di contesto non armonico nel quale la condivisione del percorso, attuata in presenza dei caregiver può determinare rasserenamento ambientale o generare cooperazioni estese”  
Medico 7: “[..]la selezione è a cura dei curanti secondo criteri di: possibilità successo / insuccesso, plusvalore/perdita di tempo, sostenibilità di tipo emotivo, sostenibilità di contesto, sostenibilità di tempo”

La seconda domanda, facendo riferimento ad una del primo questionario, chiedeva quale fosse stato il fattore determinante per superare le difficoltà relative a fornire aiuto al paziente nell'orientamento e nella decisione.

Medico 3: “Ho provato a creare delle condizioni di ascolto, che rendessero possibile, alla persona che avevo davanti, esprimere perplessità e dubbi, o addirittura, soluzioni immaginate per conto proprio”  
Medico 4: “la comprensione del paziente per il linguaggio adoperato [..]”  
Medico 5: “Il fattore “orientamento” che significa quattro cose: sapere dove si è, sapere dove si vorrebbe arrivare, capire quali sono le strade percorribili e prevedere le complicazioni di percorso [..]”  
Medico 6: “Il buon rapporto con l'assistito, la buona conoscenza di tutte le opzioni diagnostico-terapeutiche disponibili, la possibilità di confronto, se necessario, con altri curanti specialisti”  
Medico 9: “avere consapevolezza di quello che stava accadendo, l'allenamento ad una comunicazione “orientante” [..]”  
Medico 10: “l'alleanza consolidata nel tempo con il paziente”  
Medico 12: “Un atteggiamento empatico e di comprensione delle difficoltà incontrate dal Paziente”

La terza ed ultima domanda del secondo questionario era in realtà composta da tre sotto-domande che si concludevano tutte con la richiesta di avanzare delle proposte o di fornire la propria esperienza rispetto ai temi della scarsità di tempo, delle competenze e della formazione dei professionisti e, infine, della capacità interpretativa ed elaborativa dei pazienti.

Le risposte sul tema della scarsità di tempo del curante per poter adottare il PDC in maniera più ampia e sull'opportunità di diluirlo in più “step”, sono variegata e vanno da chi ritiene irrinunciabile la diluizione in tappe:

Medico 3: “Credo che l'unica possibilità che ha il professionista della salute in questo momento, sia quella di diluire, in diversi incontri, le decisioni [..]”  
Medico 12: “Senza dubbio mi sembra l'unica via”

a chi la considera un'opzione da tener presente:

Medico 5: "Le tappe possono rappresentare una scelta, ma richiedono continuamente di ricostruire il setting [...] ritengo [...] si tratta di un investimento di tempo ampiamente ripagato nell'evoluzione di quello specifico percorso assistenziale"

Medico 6: "[...] quando il PDC è inerente a un tema particolarmente complesso o pesante per il paziente diluire in tappe i vari momenti può aiutare."

Medico 7: "penso che [...] la possibilità di agire a tappe per permettere maggior sostenibilità e maggiori possibilità di aderenza al processo di cambiamento possa essere utile"

Medico 8: "una diluizione del processo potrebbe essere una soluzione [...]"

Medico 9: "in alcuni casi si ma in linea di massima sono le abilità comunicative che rendono possibile la condivisione in un tempo ragionevole"

a chi infine preferisce altre modalità:

Medico 4: " [...]più che una sequenza di tappe, ritengo più indicato fissare un appuntamento per una visita di controllo [...]da svolgersi in un orario più tranquillo e disponibile"

Medico 10: "non credo che un processo decisionale possa sempre essere diluito nel tempo, necessiti piuttosto di astrarsi dal tempo"

La successiva domanda mirava ad ampliare un aspetto già affrontato nel primo questionario, quello delle capacità cui ricorrere per sopperire all'eventuale carenza di formazione specifica dei medici. Si chiedeva perciò ai rispondenti di indicare, oltre a quanto già fatto nel primo *round*, un'altra capacità o risorsa ritenuta importante per il predetto scopo.

Alcuni hanno citato conoscenze e competenze di tipo statistico-clinico:

Medico 3: " Ritengo che [...] siano utili competenze statistico cliniche"

Medico 5: "Le conoscenze cliniche e tecniche (che vedo strettamente collegate agli aspetti statistico/clinici)"

Medico 6: "Il counselling e le competenze cliniche e tecniche"

Medico 8: "conoscenze statistico-cliniche potrebbero aiutare nell'orientamento al paziente [...]"

Altri rispondenti hanno aggiunto capacità più legate al momento relazionale e comunicativo:

Medico 4: "la capacità di empatia"

Medico 10: "capacità comunicativa"

Medico 12: " counseling"

In ultimo, si chiedeva ai medici di esporre quale metodo o strategia adottasse per affrontare l'eventuale difficoltà interpretativa o cognitiva dei pazienti nel corso del PDC, così come emerso da alcune risposte del primo *round*.

Le risposte hanno sostanzialmente individuato due tecniche comunicative: una che utilizza la metafora o l'analogia, anche mediata graficamente.

Medico 3: "Una tecnica che trovo molto utile è quella delle metafore[...] facilita la mia comprensione ed la spiegazione dei sintomi da parte del paziente [...]"

Medico 4: "elaboro i concetti attraverso immagini o disegni spiegando il perché o la necessità di quel trattamento [...]Il disegno o l' immagine viene consegnata alla fine del colloquio per indurre il ripensamento"

Medico 5:"esemplifico [...] utilizzando argomenti e conoscenze proprie del paziente, propongo un percorso a step accontentandomi di raggiungere risultati parziali di volta in volta[...]"

Medico 6: "l'uso del linguaggio delle metafore [...] possa essere un'ottima soluzione"

e l'altra che si avvale dell'uso di un linguaggio più familiare e condiviso dal paziente:

Medico 3: " [...]Un altro metodo è quello di usare il dialetto, che definisce in una parola un intero corredo di sintomi"

Medico 8: "uso inflessioni dialettali e paragoni/analogie che possano essere compresi dal paziente"

Medico 10: "[...] modificazione del linguaggio utilizzando il più possibile esemplificazioni che si riconducono a fatti di vita quotidiana"

Medico 12: "Utilizzo termini di semplice comprensione e verifico a distanza che abbiano effettivamente compreso"

## DISCUSSIONE

Il Piano nazionale della Prevenzione (2014-2018) se da un lato sottolinea l'importanza della prevenzione nelle politiche sanitarie, dall'altro non cita esplicitamente il PDC e il coinvolgimento del paziente nell'assumere decisioni che riguardino la sua salute.<sup>2</sup>

Si continua invece ad alimentare la retorica di una cultura medica "centrata" sul paziente che ha prodotto risultati in modo inversamente proporzionale alle volte in cui viene citata. Inoltre le comunità professionali della salute non hanno ancora raggiunto un chiaro consenso sulla definizione di PDC, il che impedisce anche un più facile confronto della situazione italiana con quella di altri Paesi europei.<sup>3</sup> A ciò si aggiunge che gli studi in Italia sul PDC sono sicuramente meno numerosi di quelli compiuti in altri Paesi con un sistema sanitario sviluppato.

Ad ogni modo, molti elementi che caratterizzano questo processo possono essere considerati comuni e presenti indipendentemente dal contesto geografico.

Alcuni studi hanno lamentato una certa carenza di chiarezza e univocità nella definizione del PDC e dei suoi confini concettuali<sup>4</sup>, il che genera confusione e rischi di fraintendimento. Altri studi si sono concentrati sulla costruzione di un modello di PDC che possa servire da guida, da supporto per la decisione del paziente, esplorando e rispettando ciò che davvero conta per lui.<sup>5</sup> Altri ancora hanno preso in esame gli ostacoli alla sua diffusione e come superarli<sup>6 7 8</sup> oppure quali interventi adottare perché la sua adozione da parte dei medici sia più ampia rispetto al presente.<sup>9</sup>

<sup>2</sup> Bottacini A et al: *Shared decision making in Italy: An updated revision of the current situation*, ZEFQ, 2017

<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> Cathy C. et al.: *Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*, Elsevier Science Ltd, 1997

<sup>5</sup> Glyn E. et al.: *Shared decision making: a model for clinical practice*, JGIM, 2012

<sup>6</sup> Legaré F, Witteman H.: *Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice*, Health Affairs 32, n.2, 2013

<sup>7</sup> Friedberg M. et al.: *A demonstration of shared decision making in primary care highlights barriers to adoption and potential remedies*, Health Affairs 32, n.2, 2013



Il PDC prevede il riconoscimento da parte del paziente dell'esigenza di supporto per raggiungere un'autonomia decisionale, supporto che passa attraverso la costruzione di una relazione significativa per entrambi i suoi protagonisti. Fatta questa premessa, non si può negare che molte siano le difficoltà, a cominciare dall'incertezza propria della scienza medica cui vanno aggiunti la variabilità delle conoscenze e il livello di aggiornamento dei medici, per finire con l'inevitabile deficit di conoscenza tecnica da parte del paziente.<sup>10</sup>

Anche da questa breve e limitata ricerca sono emerse le difficoltà evidenziate dagli studi citati. Le perplessità, i dubbi e i timori dei medici che hanno risposto ai questionari del Delphi sono gli stessi, dalla propria scarsa conoscenza di alcuni saperi tecnici, come ad esempio la statistica:

Medico 1: "Alfabetizzazione statistica dei medici per valutare correttamente lavori scientifici e linee guida"

Medico 8: "conoscenze statistico-cliniche potrebbero aiutare nell'orientamento al paziente [..]"

Medico 5: "Le conoscenze cliniche e tecniche (che vedo strettamente collegate agli aspetti statistico/clinici)"

oppure l'incertezza del quadro clinico:

Medico 6: "La descrizione delle opzioni non potrà essere sempre chiara o definibile, oppure il quadro emergente potrebbe essere confuso, o anche la possibilità di scelte multiple complicherà la descrizione [..]"

Altro punto in comune con quanto evidenziato da diverse ricerche è quello relativo alla ridotta o assente capacità dei pazienti di comprendere appieno le spiegazioni tecniche fornite dal curante, quello che Domenighetti definisce, un po' drasticamente, "cronico analfabetismo clinico e tecnico".<sup>11</sup> Molte risposte della nostra ricerca hanno evidenziato questo dubbio come ostacolo ad un impiego più ampio del PDC nella pratica professionale quotidiana:

Medico 1" "[..] Scarsa alfabetizzazione dei pazienti o messaggi fuorvianti [..]"

Medico 12: "[..]per quanto il paziente possa essere molto informato sul problema tenderà comunque a prendere decisioni in maniera semplicistica"

Medico 13:" [..]la difficoltà per il medico di adeguare obiettivi e informazioni al livello socio culturale e allo stato emotivo delle persone"

Medico 14: "l' asimmetria di competenze e i tempi per l' elaborazione cognitiva ed emotiva delle informazioni che la persona riceve"

Per ultimo, ma probabilmente il più importante ostacolo alla diffusione del PDC che emerge dalle risposte, è quello della scarsità di tempo da poter dedicare alla messa in pratica di questo processo. Anche in questo troviamo una chiara corrispondenza con quanto riportato in diversi studi scientifici, sebbene fra questi ci sia chi fa notare che non ci sono prove evidenti della necessità di maggior

---

<sup>8</sup> Gravel K. Et al.: *Barriers and facilitators to implement shared decision making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions*,

<sup>9</sup> Legaré F., Stacey D, et al: *Intervention for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals*, Cochrane Collaboration, 2014

<sup>10</sup> Domenighetti G.: *Empowerment clinico del paziente e gestione collettiva della domanda di cure: realtà o illusione?*, Il Pensiero Scientifico ed, 2017

<sup>11</sup> Ibidem, pag.1

tempo per l'attuazione del PDC<sup>12</sup> e che il tempo limitato sia l'ostacolo più citato per “*ogni cambiamento nella pratica professionale*”.<sup>13</sup>

Per quanto riguarda le possibili strategie da adottare per superare le difficoltà su citate, qualcuna concorda con quanto emerge in letteratura come il coinvolgimento di altre figure professionali, altre puntano decisamente sulle capacità comunicative, empatiche e relazionali del medico. Fra le risposte raccolte non ci sono invece riferimenti alla possibilità di aiutare i pazienti nel prendere decisioni mediante strumenti appositamente predisposti, come viene raccomandato in diverse ricerche sullo stesso tema.<sup>14</sup>

## **CONCLUSIONI**

La diffusione del PDC è certamente una delle sfide più impegnative ed interessanti per i sistemi sanitari del mondo industrializzato, benché al momento appaia lenta e non omogenea. Il coinvolgimento del paziente nelle decisioni importanti che riguardano la sua salute è anche un passo avanti verso un benessere organizzativo e relazionale per tutti i professionisti della salute coinvolti.

La ricerca scientifica concorda sulla necessità di ulteriori studi che riguardino soprattutto l'individuazione di strumenti e tecniche adeguate per l'adozione del PDC nella pratica clinica.

Benché non manchino ricerche sull'argomento, in Italia si nota una certa carenza di analoghe ricerche nell'ambito della Medicina Generale che rappresenta invece il campo di applicazione più promettente, in termini di adesione alle terapie, di efficacia delle stesse, di riduzione della conflittualità e, quindi, di maggior benessere per tutti gli attori coinvolti, a partire naturalmente dai pazienti. Inoltre, un aspetto poco considerato fra le ricadute possibili della diffusione del PDC nella Medicina Generale è che esso avrebbe anche un valore formativo per il paziente che, abituato alla condivisione delle decisioni, si relazionerebbe più facilmente con gli altri professionisti del Sistema sanitario.

---

<sup>12</sup> Legarè F. et al: *Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals*, Cochrane Database Syst Rev, 2010

<sup>13</sup> Legarè F, Witteman H.,: *Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice*, Health Affairs 32, n.2, 2013 (pag.279)

<sup>14</sup> Friedberg M. et al.: *A demonstration of shared decision making in primary care highlights barriers to adoption and potential remedies*, Health Affairs 32, n.2, 2013