

La persuasione *evidence-based*: la nuova frontiera della comunicazione con il paziente

Antonino Cartabellotta^{1*}

¹ Presidente Fondazione GIMBE

Il rispetto per l'autonomia decisionale del paziente ha generato l'idea errata che cambiare le opinioni degli altri comporta sempre una violazione etica, in quanto forma di coercizione o paternalismo^{1,2}. In realtà, la persuasione non è necessariamente paternalistica o coercitiva e oggi rappresenta una componente essenziale della moderna pratica clinica³. Infatti, se da un lato il paziente può effettuare scelte autonome sulla propria salute, il medico deve sempre metterlo in condizioni di scegliere, condividendo le migliori evidenze scientifiche.

Secondo David Shaw e Bernice Elger esistono tre forme di persuasione⁴: la prima consiste nel rimuovere i preconcetti del paziente; la seconda nel raccomandare le possibili alternative diagnostico-terapeutiche, riportando evidenze e motivazioni; la terza richiede di generare nuovi preconcetti, rischiando di sconfinare nella manipolazione non etica. Nella relazione paziente-medico, la prima forma di persuasione è sempre indispensabile, la seconda sempre ammissibile, ma a volte inadeguata, la terza è generalmente inaccettabile, tranne in rare eccezioni.

Rimuovere i preconcetti. La forma di persuasione più importante consiste nella rimozione dei preconcetti, intesi come bias cognitivi che, generando errate convinzioni, influenzano negativamente le decisioni del paziente. Ad esempio, il bias di omissione porta il paziente a scegliere una non-azione, che magari comporta conseguenze più gravi di quelle determinate da una specifica azione. Inoltre, spesso i pazienti sono propensi a dare priorità alle aspettative a breve termine rispetto a quelle a lungo termine: ad esempio, alcuni rifiutano la chirurgia per paura, anche se le conseguenze a lungo termine sono molto più gravi. O ancora, se i benefici del vaccino morbillo-parotite-rosolia nei bambini sono inequivocabili, molti genitori sono preoccupati dei possibili rischi a causa dei pregiudizi dai detrattori delle vaccinazioni, oltre che da studi fraudolenti.

I medici devono rimuovere questi preconcetti attraverso una corretta informazione dei pazienti, facendo leva, se necessario, anche sulla loro sfera emotiva: ad esempio, a chi ha paura di sottoporsi a un intervento chirurgico sarebbe opportuno chiedere quanto la paura di morire sia superiore a quella della chirurgia.

Rispetto alla semplice informazione, con la persuasione il medico non si limita esclusivamente a fornire informazioni al paziente, assicurandosi che le abbia com-

prese, ma trae conclusioni esplicite da quelle informazioni. Peraltro, fornire solo informazioni oggettive in maniera impersonale, senza persuadere il paziente, rischia di non soddisfare neppure i criteri del consenso informato.

Raccomandare le opzioni diagnostico-terapeutiche.

Una volta rimossi i preconcetti, il medico può valutare le convinzioni e le aspettative del paziente, sulla base delle quali raccomandare la migliore opzione diagnostico-terapeutica. In questa fase, il medico dovrebbe evitare di "arricchire" con segni subliminali le informazioni relative alla sua opzione preferita, che rischiano di avere un'inopportuna influenza o di generare incomprensioni. D'altro canto, i medici che rifiutano di rivelare la linea diagnostico-terapeutica preferita rischiano di privare i pazienti di informazioni rilevanti, rendendoli incapaci di fornire un consenso realmente informato. Pertanto, il medico è sempre tenuto a riportare benefici e rischi di tutte le opzioni diagnostico-terapeutiche, facendo sempre riferimento alle migliori evidenze scientifiche ed evitando di essere influenzato dai propri conflitti di interesse.

L'uso adeguato della persuasione dipende strettamente dalle evidenze scientifiche disponibili: infatti, al di là della rimozione dei preconcetti, difficilmente il medico potrà effettuare una persuasione efficace in assenza di evidenze⁵. Invece, quando le decisioni dipendono prevalentemente da valori e preferenze individuali e molto poco o nulla dalle evidenze scientifiche, il medico dovrebbe lasciar decidere il paziente, limitandosi a dichiarare cosa farebbe nella stessa situazione, ma solo se richiesto dal paziente per evitare qualunque forma di coercizione. Ad esempio, di fronte a un grave pazien-

Citazione. Cartabellotta A. Convincere il paziente: persuasione etica o manipolazione paternalistica? Evidence 2013;5(6): e1000048.

Publicato 26 giugno 2013

Copyright. © 2013 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Antonino Cartabellotta è il Presidente della Fondazione GIMBE, organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca su alcune tematiche trattate nell'articolo.

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

te oncologico il medico è tenuto a esprimere la propria opinione, ma deve lasciare il paziente libero di scegliere tra allungare la propria vita sopportando il peso di cure impegnative, oppure vivere meno a lungo evitando di sottoporsi a trattamenti che possono influenzare negativamente la qualità di vita.

Generare nuovi preconcetti. Considerata l'importanza della trasparenza, la creazione di nuovi bias cognitivi è inaccettabile se non in rarissime eccezioni. Ad esempio, per convincere le pazienti a eseguire la mammografia di screening, alcuni medici possono scegliere di comunicare la riduzione del rischio di mortalità per carcinoma della mammella in termini relativi piuttosto che assoluti, sovrastimando i potenziali benefici dello screening. L'uso del rischio relativo, che può portare alla manipolazione del paziente, è dunque ammissibile solo in casi estremi: ad esempio per un paziente con una irrazionale fobia per gli aghi che rischia la vita in assenza di un trattamento per via endovenosa.

La persuasione costituisce una componente essenziale della moderna pratica clinica e può essere impossibile rispettare l'autonomia del paziente senza farvi ricorso³. Tuttavia, secondo Shaw e Elger, i medici che vogliono utilizzare persuadere i propri pazienti in maniera *evidence-based* dovrebbero assicurarsi di⁴:

- rimuovere i preconcetti del paziente al fine di "sgombrare il campo" e cogliere le sue reali aspettative;
- fornire informazioni *evidence-based* sui benefici e i rischi degli interventi sanitari;
- offrire un'interpretazione razionale di queste informazioni, incluse le proprie convinzioni sulla migliore decisione;
- utilizzare la razionalità, pur facendo leva sulla sfera emotiva del paziente se necessario;
- evitare di generare nuovi preconcetti;
- essere sensibili al cambiamento delle preferenze del paziente, perché una persuasione efficace può modificare le sue prospettive.

La persuasione è uno strumento molto potente che deve essere utilizzato con grande professionalità^{6,7}: infatti, se il medico non si basa sulle migliori evidenze scientifiche disponibili o se mantiene un atteggiamento poco trasparente, o addirittura orientato dai propri conflitti di interesse, la persuasione etica rischia di sfociare in manipolazione paternalistica.

Infine, in un momento in cui gli sprechi conseguenti all'*overuse* (sovra-utilizzo di prestazioni inefficaci e inappropriate) e all'*underuse* (sotto-utilizzo di prestazioni efficaci e appropriate) erodono pesantemente le risorse della sanità⁸, una persuasione *evidence-based*, migliorando l'appropriatezza delle scelte dei pazienti, può offrire un contributo rilevante alla riduzione degli sprechi. Pertan-

to, il medico ha sempre il dovere di rifiutare le richieste del paziente non sostenute da adeguate evidenze scientifiche, seguendo l'imperativo etico della *evidence-based persuasion*. Questa potrebbe contribuire a riformulare lo slogan "*more is better*" – imperativo socio-culturale dominante che ha determinato l'involuzione del cittadino in consumatore – in "*less is more*" che promuove una medicina parsimoniosa⁹, ovvero una *Slow Medicine*⁹.

Bibliografia

1. Maclean A. Autonomy, consent and persuasion. *Eur J Health Law* 2006;13:321-38.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.
3. Barilan YM, Weintraub M. Persuasion as respect for persons: an alternative view of autonomy and of the limits of discourse. *J Med Philos* 2001;26:13-33.
4. Shaw D, Elger B. Evidence-based persuasion: an ethical imperative. *JAMA* 2013;309:1689-90.
5. Rizzo JA. Physician uncertainty and the art of persuasion. *Soc Sci Med* 1993;37:1451-9.
6. Cameron KA. A practitioner's guide to persuasion: an overview of 15 selected persuasion theories, models and frameworks. *Patient Educ Couns* 2009;74:309-17.
7. Dubord G. Part 10. Persuasion. *Can Fam Physician* 2011;57:1027-9.
8. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.
9. Tilburt JC, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. *JAMA* 2013;309:773-4.
10. *Slow Medicine*. Disponibile a: www.slowmedicine.it. Ultimo accesso 29 giugno 2013.