

Il processo decisionale condiviso con il paziente riduce la spesa sanitaria?

Antonino Cartabellotta^{1*}

¹ Presidente Fondazione GIMBE

La crescente enfasi sull'assistenza centrata sul paziente richiede ai medici sempre più tempo e sforzi per coinvolgere i pazienti nelle decisioni terapeutiche; di conseguenza, è importante conoscere i reali benefici del processo decisionale condiviso (PDC), il cosiddetto *shared decision making*.

Oggi il PDC viene fortemente sostenuto perché i medici hanno l'obbligo etico di coinvolgere i pazienti nelle decisioni terapeutiche perché sono proprio loro – insieme a familiari e caregiver – a “subire le conseguenze” di queste decisioni. Inoltre, le evidenze dimostrano che un maggiore coinvolgimento dei pazienti li rende più informati e consapevoli nel valutare rischi e benefici delle diverse opzioni terapeutiche, oltre che più soddisfatti delle consultazioni cliniche¹.

Il PDC ha due obiettivi fondamentali: fornire ai pazienti informazioni complete sul profilo rischi-benefici delle diverse opzioni terapeutiche e considerare nel processo decisionale i loro valori e loro preferenze. Tuttavia, partendo dal presupposto che pazienti meglio informati dovrebbero scegliere opzioni terapeutiche meno “aggressive”, il PDC è stato recentemente invocato come strategia per ridurre gli eccessi terapeutici (*overtreatment*) e, di conseguenza, i costi dell'assistenza sanitaria^{2,3}. Ma le evidenze scientifiche oggi supportano l'uso del PDC per questi obiettivi?

Innanzitutto, la ricerca ha posto scarsa attenzione nel distinguere se gli effetti del PDC sono ottenuti sui pazienti o sui medici. Ad esempio, una revisione Cochrane che ha valutato l'efficacia degli strumenti di supporto decisionale per i pazienti – *patient decision aids* (PDA) – su screening e terapie riporta che “nel gruppo che utilizzava i PDA, rispetto all'assistenza tradizionale, la chirurgia maggiore in elezione è stata l'opzione scelta meno frequentemente dai pazienti”¹. Questa conclusione si basa sull'analisi di 14 studi pubblicati tra il 1995 e il 2009, molto eterogenei rispetto al contesto decisionale, al setting assistenziale e alle caratteristiche degli interventi. Inoltre, solo 5 studi dimostravano una riduzione della chirurgia maggiore e quasi tutti non distinguevano gli effetti del PDA ottenuti sul paziente da quelli sul medico. Nonostante i limiti, questa revisione sistematica continua ad essere citata per supportare il potenziale ruolo del PDC nel ridurre l'*overtreatment*. Analogamente, altri due studi frequentemente citati, non differenziano se gli effetti del PDC sono ottenuti sui pazienti o sui medici. Wennberg et coll. hanno valutato l'efficacia

di un programma di gestione telefonica del paziente, rilevando che la strategia più avanzata era associata a una riduzione dei costi conseguenti alla ridotta ospedalizzazione⁴. Anche se gli autori sostengono che la riduzione del tasso di ospedalizzazione nel gruppo di intervento conseguiva a un maggior coinvolgimento dei pazienti nel processo decisionale, non vengono presentati indicatori di comunicazione durante i consulti. In realtà è più plausibile che la riduzione dei ricoveri sia legata alle influenze sulle decisioni dei medici, ad esempio attraverso una miglior gestione dei trattamenti e una maggiore intensità e continuità dell'assistenza ambulatoriale. Arterburn et coll. hanno valutato l'efficacia di un PDA sugli interventi di protesi d'anca e ginocchio, nell'ambito di un percorso assistenziale integrato⁵. A tutti i chirurghi e ai membri dello staff veniva chiesto di prendere visione del PDA, di partecipare a incontri finalizzati al suo utilizzo e di revisionare i report mensili sulla distribuzione del PDA e sui volumi degli interventi chirurgici. Gli autori concludono che la diminuzione sostanziale degli interventi chirurgici su anca e ginocchio è dovuta agli effetti del PDA sulle preferenze del paziente per il trattamento, anche se di fatto era stato inviato solo a un terzo dei pazienti chirurgici e non ci sono dati sul fatto che sia stato realmente ricevuto o utilizzato. È più verosimile che qualunque effetto del PDA sul tasso di interventi chirurgici sia prevalentemente dovuto alle influenze sui medici, ad esempio attraverso l'audit & feedback sugli interventi chirurgici.

Un secondo punto debole delle evidenze che sostengono l'importanza del PDC nel ridurre l'*overtreatment* e nel contenere la spesa sanitaria è la scarsa considerazione

Citazione. Cartabellotta A. Il processo decisionale condiviso con il paziente riduce la spesa sanitaria? Evidence 2013;5(12): e1000064.

Pubblicato 30 dicembre 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

ne della complessità con cui i pazienti costruiscono ed esprimono le loro preferenze. Indubbiamente, uno degli obiettivi principali del PDC è garantire che i valori del paziente su benefici e rischi delle varie opzioni terapeutiche siano dedotti ragionando, vengano compresi in maniera esplicita e quindi utilizzati per le scelte terapeutiche. In realtà, la costruzione delle preferenze è una complessa interazione tra processi mentali intuitivi e deliberativi. Inoltre si conosce poco della stabilità di valori e preferenze del paziente confrontando le sue diverse esperienze terapeutiche nel tempo. In particolare, mancano studi che dimostrano che le preferenze inducano il paziente a scegliere trattamenti meno "aggressivi" rispetto alle opzioni proposte dai medici. Viceversa, alcuni studi suggeriscono che i pazienti hanno aspettative molto elevate nei confronti dei trattamenti^{6,7} e che una loro maggiore influenza nel processo decisionale sposta le scelte proprio su interventi sanitari più "aggressivi"⁸.

Un terzo limite è costituito dalla visione semplicistica della consultazione clinica: infatti, le generalizzazioni su condizioni sensibili alle preferenze del paziente (le cosiddette *preference-sensitive conditions*) non tengono conto dell'estrema variabilità del contesto clinico-assistenziale. Ad esempio, la chirurgia del carcinoma della mammella è stata frequentemente etichettata come condizione sensibile alle preferenze del paziente; tuttavia, sino al 20% delle donne presenta una controindicazione clinica alla chirurgia conservativa⁹, una delle ragioni più frequenti che portano le donne a scegliere la mastectomia totale. Un'altra rilevante complessità delle consultazioni cliniche è la variabilità delle strategie diagnostiche, una delle principali determinanti che condiziona l'accettazione del trattamento. Ad esempio, variazioni nell'uso dei test di imaging come la risonanza magnetica o la PET per valutare l'estensione del carcinoma della mammella può influenzare le raccomandazioni del medico verso un trattamento più o meno aggressivo. Peraltro, la ricerca sul ruolo delle preferenze dei pazienti nella selezione dei test diagnostici è ancora molto limitata.

Oggi le evidenze dimostrano che il PDC migliora le conoscenze dei pazienti su trattamenti e percorsi assistenziali e aumenta la loro soddisfazione nelle consultazioni cliniche; tuttavia, sono ancora numerose le sfide aperte per raggiungere gli obiettivi del PDC. Infatti, le preferenze dei pazienti sono estremamente variabili e si conosce poco sulle modalità per integrare il desiderio di differenti livelli di coinvolgimento nel PDC. Indubbiamente le evidenze dimostrano che alcuni pazienti, disorientati dalla crescente complessità delle alternative diagnostico-terapeutiche, desiderano una "guida forte" del medico¹⁰. Sotto questo aspetto, la breve durata delle consultazioni limita le opportunità del PDC, in particolare le possibilità di cogliere i valori e le preferenze del paziente.

Promuovere il PDC come strategia per arginare il potenziale *overtreatment* e l'incremento della spesa sanitaria distoglie l'attenzione dal suo ruolo fondamentale nella consultazione clinica. Inoltre, inflazionare eccessivamente il PDC può ostacolare l'adozione se le aspettative diventano troppo elevate e i risultati attesi non vengono raggiunti. Queste incertezze rappresentano un forte motivazione per la ricerca futura perché si conosce ancora troppo poco sul ruolo del PDC nel ridurre gli eccessi terapeutici e la spesa sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(10):CD001431.
2. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. *N Engl J Med* 2013;368:6-8.
3. Wennberg JE. Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ* 2011;342:d1513.
4. Wennberg DE, Marr A, Lang L, O'Malley S, Bennett G. A randomized trial of a telephone care-management strategy. *N Engl J Med* 2010;363:1245-1255.
5. Arterburn D, Wellman R, Westbrook E, et al. Introducing decision aids at Group Health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31:2094-2104.
6. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 2012;367:1616-1625.
7. Rosenberg SM, Tracy MS, Meyer ME, et al. Perceptions, knowledge, and satisfaction with contralateral prophylactic mastectomy among young women with breast cancer: a cross-sectional survey. *Ann Intern Med* 2013;159:373-381.
8. Hawley ST, Griggs JJ, Hamilton AS, et al. Decision involvement and receipt of mastectomy among racially and ethnically diverse breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst* 2009;101:1337-1347.
9. Morrow M, Jagsi R, Alderman AK, et al. Surgeon recommendations and receipt of mastectomy for treatment of breast cancer. *JAMA* 2009;302:1551-1556.
10. Livaudais JC, Franco R, Fei K, Bickell NA. Breast cancer treatment decision-making: are we asking too much of patients? *J Gen Intern Med* 2013;28:630-636.