



DENTAL *evidence*



Review della letteratura internazionale

EVIDENCE BASED MEDICINE

La centralità del paziente nelle cure è una conquista piuttosto recente

Sono passati esattamente vent'anni dall'esordio dell'evidence based medicine, venti anni in cui la proposta dei docenti della McMaster University (Canada) ha avuto un impatto significativo sulla ricerca clinica, sulla comunità medica e sulla professione. Strumenti completamente estranei alla pratica medica, come le banche dati elettroniche, sono rapidamente diventati parte del bagaglio culturale e professionale di molti dei medici, in particolare di quelli che si sono laureati nel nuovo secolo e che hanno imparato a consultare PubMed prima per passare gli esami, poi per scrivere la tesi di laurea e infine per curare i pazienti. Anche la ricerca clinica e il suo gergo sono usciti dagli ospedali uni-

versitari, contagiando con maggiore o minore penetrazione ambienti che fino a qualche lustro fa ne erano assolutamente immuni. Così un trial randomizzato ha cessato gradualmente di essere un oggetto misterioso e uno studio "in doppio cieco" oggi non è più un ricerca di argomento oftalmologico.

Anche le riviste mediche sono cambiate: il processo di selezione e pubblicazione degli articoli scientifici (peer review) si è fatto più rigoroso, agli autori viene richiesta sempre maggiore trasparenza nella presentazione dei risultati, così da facilitarne una lettura critica, e non di rado si aprono spazi di formazione e discussione sulla EBM (come *Italian Dental Journal* fa da anni con questa rubrica).

La nascita del trattamento centrato sul paziente

Se questa è la portata dell'Ebm, molto meno nota è la centralità del paziente che Gordon Guyatt e colleghi hanno auspicato fino dall'articolo pubblicato da *Jama* nel novembre 1992, quando scrivevano che la EBM avrebbe dovuto dotarsi di tecniche per «determinare cosa veramente vogliono i pazienti dal proprio curante». Un concetto esteso nel fondamentale "Evidence based medicine: how to practice and teach EBM", in cui si sottolinea la necessità di «fare un uso più giudizioso e rispettoso di ciò che i pazienti dicono, dei loro diritti e delle loro preferenze, nel prendere decisioni cliniche relative al proprio trattamento».

In realtà non è con la EBM che per la prima volta viene

sollecitato uno spostamento negli equilibri che regolano il rapporto medico-paziente, in favore del secondo.

È degli anni Ottanta la definizione del Picker Institute (pickerinstitute.org) di "trattamento centrato sul paziente" come di un approccio alla pratica clinica in cui l'attenzione del medico, e più in generale del sistema sanitario, si sposta dalla malattia per focalizzarsi maggiormente sui bisogni del paziente e dei suoi familiari. Questa definizione, come gli otto principi che la sostengono (vedi box in questa pagina), implica che scelte importanti riguardanti diagnosi di malattie, cure delle stesse e, più in generale, la salute del paziente, vengano prese coinvolgendo attivamente, soprattutto in presenza di alternative che abbiano conseguenze signifi-

cativamente diverse in termini di efficacia, effetti indesiderati e/o ricadute sulla qualità di vita.

Un concetto difficile da mettere in pratica

Ma nei fatti in cosa si traduce questo coinvolgimento? Come si giunge a una decisione condivisa? A una decisione cioè a cui si è giunti dopo che il paziente ha comunicato i propri valori, desideri e necessità al sanitario, ricevendone informazioni su rischi, benefici e costi del trattamento (o del test diagnostico). Più facile a dirsi che a farsi, soprattutto per quanto riguarda il ruolo del medico, che per cominciare deve conoscere i risultati della ricerca e saperne interpretare il significato clinico, cosa tutt'altro che scontata, come

si scopre leggendo i lavori e i libri del ricercatore tedesco Gerd Gigerenzer. Ma anche il medico più ferrato in statistica clinica ha un compito difficilissimo quando si tratta di spiegare a un paziente l'incertezza implicita in ogni trattamento (e negli studi che lo hanno valutato) o i risultati di una revisione sistematica.

Servono strumenti e tecniche, esattamente come avevano detto Guyatt e colleghi. Purtroppo però su questo fronte le cose non sono poi così cambiate dal 1992 e le buone idee, come la ricerca, ancora scarseggiano. Eppure una revisione Cochrane, che ha analizzato e sintetizzato gli studi su questi strumenti, ha concluso che migliorano il rapporto medico-paziente e sono in grado di determinare migliore conoscenza e più accurata percezione del rischio.

Stanno cercando nuove soluzioni in uno dei più importanti ospedali al mondo, la Mayo Clinic, grazie al progetto Shared Decision Making (shareddecisions.mayoclinic.org), che sulla base di dati ottenuti da rigorose ricerche scientifiche, produce supporti grafici disegnati (letteralmente) per veicolare in maniera efficace informazioni su alcuni comuni trattamenti.

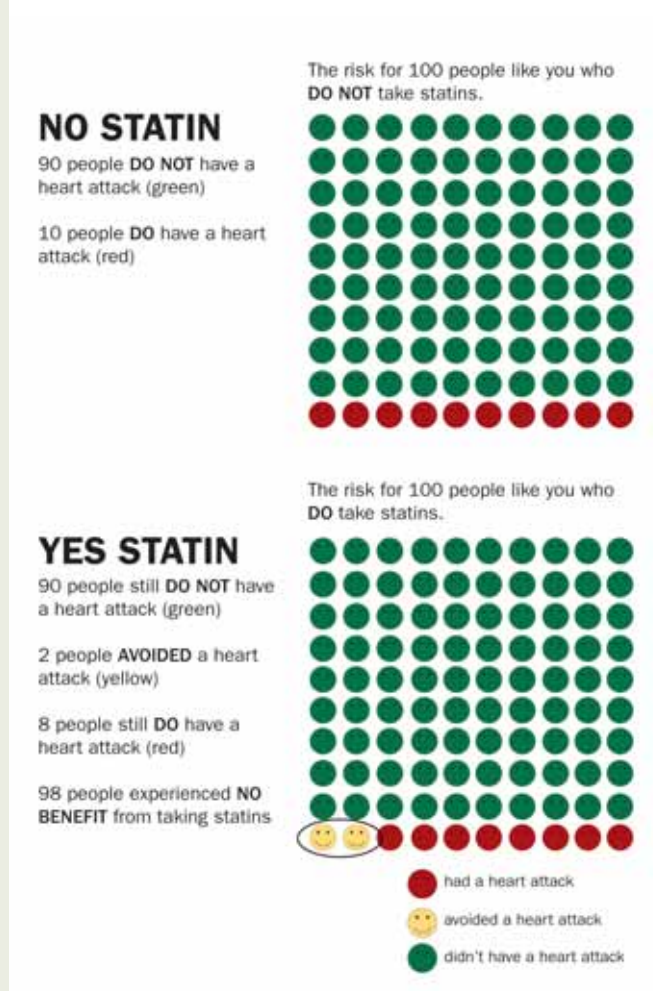
I risultati sono sorprendenti perché messi su carta, anche interventi di provata efficacia, fanno un effetto ben diverso. Giudicate voi guardando la figura a sinistra: che decisione prendereste sull'uso delle statine se foste il paziente a rischio medio a cui lo strumento è indirizzato?

Giovanni Lodi
Università di Milano

GLI OTTO PRINCIPI DEL TRATTAMENTO CENTRATO SUL PAZIENTE SECONDO IL PICKER INSTITUTE



- Rispetto per i valori, le preferenze e i bisogni espressi dal paziente
- Coordinamento e integrazione delle cure
- Informazione, comunicazione ed educazione
- Confort fisico
- Supporto emotivo e sollievo da paure ed ansie
- Coinvolgimento di familiari ed amici
- Continuità e passaggio delle cure
- Accesso alle cure



► Lo strumento per aiutare a decidere sul trattamento con statine. Al paziente viene mostrato il rischio di avere un evento cardiaco nei successivi 10 anni qualora non faccia alcuna terapia (no statin) e nel caso decida per una terapia con statine (yes statin). In giallo ci sono gli eventi prevenuti dalla terapia