

PERCEZIONE E PRESCRIZIONI: QUANDO FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO

A cura di Marco Bobbio

Già Direttore Cardiologia - Ospedale "Santa Croce e Carle" di Cuneo

Segretario Generale Slow Medicine

Per decenni la semeiotica si è occupata della distinzione tra la soggettività del malato e l'oggettività del medico per spiegare l'importanza della percezione del paziente nello sviluppo del processo diagnostico. Nel 1974 un fondamentale articolo di Tversky e Kahneman aveva individuato i principali errori che si commettono nel valutare un fenomeno e a maggior ragione nel valutare un proprio disturbo. Non stupisce pertanto che molte persone si creino un'immagine delle malattie e della salute che non corrisponde alle conoscenze scientifiche, e spesso richiedano la prescrizione di trattamenti e interventi sproporzionati alle reali esigenze cliniche e alle capacità del test e della terapia di risolvere il problema. Questo è uno dei motivi per cui assistiamo, non solo nei Paesi industrializzati, a un eccesso di prescrizioni che non comportano soltanto uno spreco di risorse, ma provocano il ricorso a trattamenti e accertamenti diagnostici spesso inutili e talvolta dannosi. ▶



ASPETTATIVE IRREALISTICHE

È stata osservata un'eccessiva aspettativa da parte dei pazienti sull'utilità di alcuni interventi²: viene sovrastimata l'efficacia dell'impianto di defibrillatori³, degli interventi di cardiocirurgia⁴, dell'intervento per distacco di retina⁵, della colonscopia⁶ e delle operazioni chirurgiche⁷. La letteratura scientifica è concorde sul fatto, per esempio, che l'angioplastica coronarica riduca i sintomi di angina pectoris, ma non il rischio di infarto e di morte. Eppure, la stragrande maggioranza dei pazienti ritiene che l'intervento eviti l'infarto, prolunghi la vita e non abbia effetti indesiderati⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹².

PERCHÉ I PAZIENTI SOVRASTIMANO L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI?

Sono stati individuati meccanismi legati all'informazione che i pazienti ricevono dai medici e legati alla normale percezione dei fenomeni.

I medici tendono a fornire un'informazione che enfatizza più i benefici che i limiti dei trattamenti e questo si verifica per diversi motivi: innanzitutto perché sono stati culturalmente condizionati dall'imperativo morale di fare tutto il possibile e questo li spinge a convincere i pazienti della necessità di venir curati. Da un'analisi di registrazioni video di visite cardiologiche¹³, si è osservato che nel 95% dei casi lo specialista non spiegava in modo esplicito l'inefficacia dell'angioplastica nel ridurre il rischio di morte o di infarto, creando l'illusione che l'impianto di uno stent avrebbe evitato un infarto e prolungato la vita. In secondo luogo, non fa parte della formazione del medico e della abituale mentalità del paziente l'idea che si possa rimandare un accertamento diagnostico o l'inizio di una cura, anche di fronte a patologie con un'elevata probabilità di guarigione spontanea. In terzo luogo i medici favoriscono la decisione di un intervento rispetto al non intervento (*do-something bias*) nel timore di eventuali rivele legali (*defensive medicine*). In quarto luogo gli specialisti mostrano un eccessivo entusiasmo per un trattamento che si è dimostrato efficace per puro caso (*therapeutic illusion*)¹⁴⁻¹⁵, perché convinti che i loro interventi siano più efficaci di quanto dimostrato in letteratura.

Per quanto riguarda la percezione dei fenomeni è importato far riferimento al ruolo che gioca la *dissonanza cognitiva*, quella comune condizione per cui si enfatizzano inconsciamente i vantaggi di una decisione, evitando il disagio di vivere una dissonanza tra la propria scelta e le conseguenze. I pazienti che danno il consenso a una terapia scarteranno tutte le informazioni che caratterizzano l'intervento come inutile o rischioso, per evitare l'inquietudine di sottoporsi a una procedura superflua. Si aggiunga l'effetto della convinzione culturale del rischio¹⁶, per cui i pazienti cercano le informazioni che coincidono con il proprio desiderio di guarire rapidamente e quindi si rafforzano nell'idea di doversi sottoporre ad accertamenti e a interventi.

CHOOSING WISELY

Di fronte ai rischi di un eccesso di prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, nel 2010 Howard Brody¹⁷ lanciò l'idea che ogni società scientifica individuasse e segnalasse cinque pratiche diagnostiche o terapeutiche utilizzate spesso in modo inappropriato (*the top five list*), che espongono i pazienti a rischi non compensati dai benefici. Sull'onda di questa intuizione venne lanciato un progetto, chiamato *Choosing Wisely*¹⁸, rilanciato in Italia da *Slow Medicine*¹⁹, un movimento di professionisti della salute, di pazienti e cittadini che intende promuovere una "medicina sobria, rispettosa e giusta", in collaborazione con *Altroconsumo*. A luglio 2018, hanno aderito al progetto 44 Società scientifiche di medici, farmacisti, fisioterapisti, infermieri che hanno individuato 210 raccomandazioni su pratiche a rischio d'inappropriatezza. Contrariamente alla logica delle linee guida, prodotte principalmente per sintetizzare le conoscenze su specifiche questioni, l'aspetto innovativo del progetto di *Choosing Wisely* consiste nel coinvolgimento di cittadini e pazienti nell'individuare procedure e trattamenti che non aggiungono valore alla salute, perché vengono prescritti in modo inappropriato,²⁰⁻²¹ spiegando che fare di più non significa fare meglio.

Note

1. Tversy A, Kahneman D. *Judgement under uncertainty. Heuristic and biases*. Science 1974; 185: 1124-31
2. Bobbio M. *Troppo medicina. Un uso eccessivo può nuocere alla salute*. Einaudi Torino, 2017. <http://troppamedicina.it>.
3. Hauptman PJ, Chibnall JT, Guild C, Armbrrecht ES. *Patient perceptions, physician communication, and the implantable cardioverter-defibrillator*. JAMA Intern Med 2013; 173: 571-7.
4. Beresford N, Seymour L, Vincent C, et al. *Risks of elective cardiac surgery: what do patients want to know?* Heart 2001; 86: 626-31.
5. Priluck IA, Robertson DM, Buettner H. *What patients recall of the preoperative discussion after retinal detachment surgery*. Am J Ophthalmol 1979; 87: 620-3.
6. Mark JS, Spiro H. *Informed consent for colonoscopy. A prospective study*. Arch Intern Med 1990; 150: 777-80.
7. Hoffmann TC, Del Mar C. *Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests. A systematic review*. JAMA Intern Med. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.6016.
8. Bobbio M. *I pazienti di fronte alla decisione di sottoporsi ad angioplastica*. Recenti Progressi in Medicina 2015; 106: 113-7.
9. Kimble LP, King KB. *Perceived side effects and benefits of coronary angioplasty in the early recovery period*. Heart Lung 1998; 27: 308-14.
10. Whittle J, Fyfe R, Iles RD, Wildfong J. *Patients are overoptimistic about PCI*. BMJ 2014; 349: g5613. doi: 10.1136/bmj.g5613.
11. Holmboe ES, Fiellin DA, Cusanelli E, Remetz M, Krumholz HM. *Perceptions of benefit and risk of patients undergoing first-time elective percutaneous coronary revascularization*. J Gen Intern Med 2000; 15: 632-7.
12. Kureshi F, Jones PJ, Buchanan DM, Abdallah MS, Lauer JAS. *Variation in patients' perceptions of elective percutaneous coronary intervention in stable coronary artery disease: cross sectional study* BMJ 2014; 349: g5309. doi: 10.1136/bmj.g53.
13. Goff SL, Mazor KM, Ting HH, Kleppel R, Rothberg MB. *How cardiologists present the benefits of percutaneous coronary interventions to patients with stable angina. A qualitative analysis*. JAMA Intern Med. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.3328.
14. Thomas KB. *The consultation and the therapeutic illusion*. BMJ 1978; 1: 1327-8.
15. Casarett D. *The science of Choosing Wisely - Overcoming the therapeutic illusion*. N Engl J Med 2016; 374: 1203-1205. doi: 10.1056/NEJMp1516803
16. Kahan D, Jenkins-Smith H, Braman D. *Cultural cognition of scientific consensus*. J Risk Research. doi: 10.1080/13669877.2010.511246.
17. Brody H. *Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top five list*. N Engl J Med 2010; 362: 283-5.
18. Cassel CK, Guest JA. *Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care*. JAMA 2012; 307: 1801-2.
19. <http://slowmedicine.it>
20. Domenighetti G, Vernero S. *Looking for waste and inappropriateness: if not now, when?* Intern Emerg Med 2014; 9 (Suppl): S1-S7.
21. Vernero S, Domenighetti G, Bonaldi A. *Italy's "Doing more does not mean doing better" campaign*. BMJ 2014; 349: g4703.

