

LA SCELTA DELLA TERAPIA NEL M. DI GRAVES PUÒ ESSERE CONDIVISA CON IL PAZIENTE?

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Il morbo di Graves è una malattia piuttosto frequente nella pratica clinica dell'endocrinologo e l'ipertiroidismo che lo caratterizza limita significativamente la qualità della vita dei pazienti. Secondo le linee guida dell'ATA, la scelta tra i possibili trattamenti esistenti dovrebbe considerare alcuni aspetti oggettivi del paziente (età, sesso, comorbilità), ma anche prevedere il suo coinvolgimento nella scelta finale. Non esistendo a oggi un **modello di comunicazione strutturato e oggettivo su cui operare tale scelta in perfetta condivisione con il paziente**, un gruppo di studio ha cercato di identificarlo, al fine di facilitare la comunicazione fra specialista e paziente nella gestione della malattia.

Il lavoro è partito dal presupposto iniziale di verificare quali fossero i punti focali che influenzano maggiormente la scelta del paziente circa la migliore terapia cui sottoporsi, identificando i seguenti aspetti salienti:

- l'efficacia della terapia proposta;
- gli effetti collaterali della terapia;
- la necessità di un'eventuale terapia sostitutiva con L-T4;
- il costo della terapia;
- la frequenza del *follow-up* in corso di terapia sostitutiva con L-T4;
- l'importanza della possibile concomitanza di orbitopatia.

Sono stati arruolati 68 pazienti, divisi in due gruppi, uno a cui è stato somministrato il questionario di condivisione medico/paziente (n = 31) e l'altro che ha ricevuto le comuni informazioni durante la consultazione endocrinologica (n = 37). In entrambi i gruppi si è prevista la registrazione audio-video, al fine di accertare che tutti gli *hot topic* fossero stati discussi e che i tempi medi della consultazione fossero sovrapponibili (circa 40 minuti).

Ai pazienti nei quali si ricercava la maggiore condivisione della scelta, veniva poi somministrato un questionario sulla loro percezione della visita rispetto alle informazioni ricevute. L'intervista era composta da 9 domande, rispetto alle quali i malati potevano esprimere un punteggio da 0 a 5, a seconda che fossero totalmente in accordo/disaccordo:

1. sono stato chiaro con il mio paziente sulla necessità di prendere una decisione;
2. ho voluto accertarmi della volontà del mio paziente di essere coinvolto nella decisione da prendere;
3. ho spiegato al mio paziente che esistono diverse opzioni di trattamento;
4. ho chiarito esattamente quali sono i vantaggi/svantaggi di queste terapie;
5. ho aiutato il mio paziente a comprendere tutte le informazioni discusse;
6. ho chiesto al mio paziente quale opzione preferisca;
7. io e il mio paziente abbiamo ponderato le differenti opzioni;
8. io e il mio paziente abbiamo scelto un'opzione insieme;
9. io e il mio paziente abbiamo raggiunto di comune accordo una decisione su come agire.

A questo questionario è stata inoltre aggiunta una sottoscala di controllo, per valutare il grado di certezza del paziente rispetto alla scelta da lui stesso fatta (da 0 = estremamente sicuro a 4 = insicuro). Infine, al paziente è stato somministrato un questionario finale sulla propria malattia, per accertare quanto, di fatto, fosse stato appreso durante il consulto (possibili risposte: "vero", "falso", "non so").

Dall'analisi dei dati è emerso che:

- l'argomento maggiormente significativo sulla scelta dei pazienti è quello delle complicanze post-chirurgiche sul danno vocale;
- il gruppo in cui sono stati somministrati i questionari presentava una conoscenza globale della malattia migliore rispetto agli altri (83% di risposte corrette rispetto a 55%, $p = 0.04$).



Alcune criticità del lavoro sono state sollevate dagli stessi autori, specie in merito all'esiguo campione studiato e al fatto che vi possano essere stati dei *bias* di selezione.

Volendo traslare lo studio nella nostra realtà, vi sarebbe da considerare che alcuni argomenti sono di fatto lontani dalla nostra pratica clinica quotidiana (per esempio il costo assicurativo del trattamento), mentre altri non sono stati considerati in maniera esaustiva (per esempio gli effetti a lungo termine su un'eventuale gravidanza).

In ogni caso, questo lavoro sottolinea l'importanza della comunicazione medico/paziente e della condivisione delle scelte terapeutiche e suggerisce la necessità di creare strumenti oggettivi attraverso cui validare la completezza delle informazioni che diamo ai nostri malati.

Bibliografia

1. Brito JP, et al. Development and pilot testing of an encounter tool for shared decision making about the treatment of Graves' disease. *Thyroid* [2015, 25: 1191-8](#).