

## La comunicazione della cattiva notizia in ambito sanitario: da sconosciuta a perno della relazione di cura

*Luciano Orsi, Francesca De Biasi, Alessia Sempreboni, Lucia Busatta, Davide Mazzon\**

COMMUNICATING BAD NEWS IN INTENSIVE OR PALLIATIVE CARE: FROM UNAWARENESS TO FULCRUM OF THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP

**ABSTRACT:** The paper deals with the topic of communicating bad news concerning diagnosis and prognosis to severely or terminally ill patients with particular regards to oncology and chronic-degenerative illnesses.

Communicating bad news is a precise ethical and deontological duty and this process should take into consideration the patient's life and past experiences, in order to build the best therapeutic relationship possible. It also requires professional skills that engage the whole medical and nursing staff. To this end, the paper describes a communicative approach largely adopted in Palliative Care, which could also be applied in other healthcare fields where the doctor-patient relationship could include the communication of bad news (such as in Intensive Care). The paper indicates also some of the most common mistakes in the communication of bad news and proposes some tips to avoid them.

**KEYWORDS:** Therapeutic relationship; Communicating bad news; Severely ill patient; Buckman protocol; Communication skills; Palliative care

**SOMMARIO:** 1. Che cosa sono le cattive notizie – 2. Aspetti etici – 3. Aspetti deontologici – 4. Profili giuridici – 5. Comunicare cattive notizie – 5.1. Il primo stadio: avviare il colloquio predisponendo uno "spazio" (setting) – 5.2. Il secondo stadio: cosa sa il malato? – 5.3. Il terzo stadio: capire quanto il malato desidera sapere – 5.4. Il quarto stadio: condividere le informazioni con il malato – 5.5. Il quinto stadio: rispondere alle emozioni del malato – 5.6. Il sesto stadio: pianificare e accompagnare – 6. La comunicazione della prognosi – 7. Gli errori più comuni nella comunicazione delle cattive notizie (diagnostiche e prognostiche) – 8. Conclusione.

---

\* Luciano Orsi: Medico palliativista, Direttore della Rivista italiana di cure palliative, Mail: [orsiluciano@gmail.com](mailto:orsiluciano@gmail.com); Francesca De Biasi: Coordinatrice UOSD Psicologia Ospedaliera, Ospedale San Martino, Belluno. Mail: [francesca.debiasi@ulss.belluno.it](mailto:francesca.debiasi@ulss.belluno.it); Alessia Sempreboni: Psicologa Psicoterapeuta Sistema Polimodulare REMS provvisorie. Mail: [alessia.sempreboni@asst-mantova.it](mailto:alessia.sempreboni@asst-mantova.it); Lucia Busatta: Assegnista di ricerca, Università degli Studi di Padova. [Lucia.busatta@unitn.it](mailto:Lucia.busatta@unitn.it); Davide Mazzon: Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedale San Martino, Belluno. Mail: [davide.mazzon@ulss.belluno.it](mailto:davide.mazzon@ulss.belluno.it). Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

## 1. Che cosa sono le cattive notizie

**L**e cattive notizie sono «quelle notizie che alterano drammaticamente e negativamente le prospettive future del malato»<sup>1</sup>. Nell'area delle cure mediche, esse si collocano perciò sia nell'ambito diagnostico, sia in quello prognostico e nella scelta dei tipi di cura possibili. L'impatto ed i cambiamenti (fisici, psicologici, sociali e spirituali) dovuti alla malattia ed ai programmi terapeutici collegati alterano le prospettive di vita, le speranze, i progetti e le aspettative per il futuro della persona. L'effetto che la cattiva notizia provoca sul malato è spesso sconvolgente (provocando più frequentemente un forte turbamento emotivo, shock, paura, tristezza oltre che stati d'animo di accettazione e di non preoccupazione)<sup>2,3</sup>, perché incide profondamente sul contesto di vita, nonché sul piano dei valori di ogni singola persona.

## 2. Aspetti etici

La comunicazione delle cattive notizie rappresenta lo strumento informativo e relazionale in cui si spiega il principio etico dell'autodeterminazione<sup>3</sup>, di cui il consenso informato, la pianificazione anticipata delle cure e le direttive anticipate costituiscono l'applicazione etico-giuridica nel campo delle malattie oncologiche e cronico-degenerative inguaribili, soprattutto se in fase avanzata e terminale. Senza una realistica e completa comunicazione delle informazioni relative alle condizioni di malattia, l'espressione di un consenso o un dissenso alla proposta di cure attuale e la formulazione di una condivisione di cure future, soprattutto se di sostegno vitale e altamente invasive, non sarebbero né possibili né autentiche. La modulazione dell'informazione secondo un processo relazionale, che tenga conto delle emozioni e dei bisogni informativi del malato, permette di adeguare la comunicazione ai vissuti e alle volontà del malato<sup>4</sup>.

La comunicazione delle cattive notizie è quindi un processo che si può sviluppare nel corso di aggravamento della malattia evolutiva e che accompagna ogni auspicata condivisione del piano di cura fra malato ed équipe sanitaria, accentuando sempre più il contenuto prognostico rispetto a quello diagnostico con l'approssimarsi della fase terminale<sup>5</sup>.

In letteratura, sia a livello nazionale quanto internazionale, si evidenzia come i malati desiderino avere informazioni sulla natura della loro malattia e sul suo stato evolutivo<sup>6</sup>. Nonostante la condivisibilità

<sup>1</sup> R. BUCKMAN, *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*, Milano, 2003.

<sup>2</sup> A.L. BACK, J. RANDALL CURTIS, *Communicating bad news*, in *Western Journal of Medicine*, 176(3), 2002, 177-180. N.J. FARBER, S.Y. URBAN, V.U. COLLIER, J. WEINER, R.G. POLITE, E.B. DAVIS, E.G. BOYER, *The Good News About Giving Bad news to Patients*, in *Journal of general internal medicine*, 17(12), 2002, 914-922.

<sup>3</sup> Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa, *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*, 2014, disponibile all'indirizzo internet <http://www.coe.int/en/web/bioethics/end-of-life> (ultima consultazione 23 dicembre 2016).

<sup>4</sup> R. SALA, *Filosofia per i professionisti della cura*, Roma, 2014.

<sup>5</sup> Società Italiana di Cure Palliative (SICP), *Informazione e consenso progressivo in Cure Palliative: un processo evolutivo condiviso – Raccomandazioni della SICP*, 28 ottobre 2015, disponibile all'indirizzo internet <http://www.sicp.it/web/procedure/protocollo.cfm?List=WsIdEvento,WsPageNameCaller,WsIdRisposta,WsRelease&c1=DOCSICP&c2=/web/eventi/SICP/index.cfm&c3=19&c4=1> (ultima consultazione 23 dicembre 2016).

<sup>6</sup> M. COSTANTINI, G. MORASSO, M. MONTELLA, P. BORGIA ET AL., *Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey*, in *Annals of Oncology*, 17(5), 2006, 853-859. M. Jef-

di questi dati, la propensione dei sanitari italiani a comunicare la diagnosi e la prognosi ai malati è ancora molto bassa<sup>7</sup>. È significativo, a questo proposito, il fatto che i medici italiani abbiano ammesso la necessità di essere formati in tema di comunicazione delle cattive notizie e, in particolare, di disporre di un protocollo specifico<sup>8</sup>. Questa consapevolezza e la constatazione clinica quotidiana che l'informazione diagnostica e prognostica in linea generale va incontro ai bisogni psicologici dei malati, apportando benefici in termini di speranza e di qualità della vita<sup>9</sup>, dovrebbero favorire una transizione culturale verso una maggiore propensione alla comunicazione delle cattive notizie.

### 3. Aspetti deontologici

Le cattive notizie si collocano nell'area della comunicazione di diagnosi, prognosi e opzioni terapeutiche degli stati di malattia. In prima battuta è perciò da indicare nel medico la figura cui attribuire questa responsabilità, ampiamente rappresentata nel Codice di Deontologia Professionale<sup>10</sup>. Ma anche per l'Infermiere, il Fisioterapista e lo Psicologo il Codice Deontologico sottolinea dei doveri di comportamento nell'ambito della comunicazione/informazione agli assistiti<sup>11</sup>. In particolare, bisogna osservare come, in modo tendenzialmente uniforme, i codici deontologici del medico e degli altri professionisti della salute dedichino almeno un articolo alla cura che deve essere prestata nella fase comunicativa e all'esigenza di fornire al paziente ogni necessaria informazione al fine di costruire, insieme, il processo decisionale di cura. Fra tutti, spicca il peso che il codice deontologico degli infermieri riserva alla fase comunicativa, ponendo in luce la biunivocità del momento informativo, che non si esaurisce nella trasmissione delle informazioni da parte del professionista al malato, ma che si

---

ford, M.H. Tattersall, Informing and involving cancer in their own care, in *The Lancet. Oncology*, 2002 oct;3(10):629-37 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12372725> (last accessed 23 december 2016).

<sup>7</sup> M. COSTANTINI, G. MORASSO, M. MONTELLA, P. BORGIA ET AL., *Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey*, cit.; J. ANDRUCCIOLI, A. MONTESI, W. RAFFAELI, M.C. MONTERUBBIANESI ET AL., *Illness awareness of patients in hospice: psychological evaluation and perception of family members and medical staff*, in *Journal of Palliative Medicine*, 10(3), 2007, 741-748; O. CORLI, M. PIZZUTO, L. CESARIS, A. COZZOLINO ET AL., *Illness awareness in terminal cancer patients: an Italian study*, in *Palliative Medicine*, 23(4), 2009, 354-359. Cfr. anche P. DI GIACOMO, A. MARIOTTI, A. VIGNALI, J. ANDRUCCIOLI, *La consapevolezza nella diagnosi e nella prognosi nella persona con malattia a prognosi infausta: la percezione negli atteggiamenti di un gruppo di medici e infermieri*, in *Professioni Infermieristiche*, 3, 2012, 143 ss.

<sup>8</sup> L. GRASSI, T. GIRALDI, E.G. MESSINA, K. MAGNANI ET AL., *Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients*, in *Support Care Cancer*, 8, 2000, 40-45.

<sup>9</sup> J. ANDRUCCIOLI, W. RAGGAELI, *La consapevolezza di malattia nel paziente oncologico*, in *Rivista Italiana di cure palliative*, 3, 2005, 41-50.

<sup>10</sup> Per quanto concerne il Codice di deontologia medica, modificato nel 2014, il riferimento va agli articoli 20 (Relazione di cura), 33 (Informazione e comunicazione con la persona assistita) e 34 (Informazione e comunicazione a terzi).

<sup>11</sup> Cfr. Codice deontologico dell'Infermiere (2009), in particolare articoli 20, 23, 24, 25, 31 (il testo è accessibile a questo link: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>); per il Codice deontologico del fisioterapista, nella versione approvata nel 2011, cfr. in particolare art 24, Autonomia decisionale della persona (il testo è accessibile a questo indirizzo: <https://aifi.net/professione/codice-deontologico/>). Infine, per quanto attiene al Codice deontologico degli psicologi italiani, si vedano in particolare gli articoli 4, 14, 18 e 24. Il testo del Codice è disponibile a questo link: <http://www.psy.it/codice-deontologico-degli-psicologi-italiani> (ultimo accesso 13 febbraio 2017).

completa anche attraverso l'ascolto della persona, il rispetto e la presa in carico delle specifiche esigenze individuali correlate alla fase di cura.

La comunicazione delle cattive notizie diventa così una *responsabilità condivisa* da tutti i membri dell'équipe curante. Se generalmente è il medico a dover comunicare le informazioni diagnostiche e prognostiche, quanto meno la prima volta in cui questa comunicazione avviene, nelle fasi successive di cura gli altri componenti dell'équipe (infermiere, operatori sanitari, sociali, ecc.) sono spesso coinvolti dai malati in richieste di conferme o di spiegazioni o nell'ascolto dei vissuti emotivi che tale comunicazione ha generato. Peraltro, anche le figure professionali presenti in équipe hanno il compito di comunicare primariamente o confermare altre cattive notizie, soprattutto nell'ambito della perdita di autonomia funzionale della persona malata, indicando la necessità di usare ausili, dispositivi o apparecchi ed anche educando all'uso degli stessi in caso di loro impiego ad esempio per ventilazione o nutrizione artificiale o dialisi peritoneale.

La condivisione del processo di comunicazione di cattive notizie all'interno dell'équipe favorisce una reale presa in carico globale, multiprofessionale e continuativa dell'assistito e della sua rete di affetti e permette al malato di sentirsi accolto da un gruppo vero, aperto alla possibilità di sviluppare rapporti di fiducia. In questa prospettiva, non bisogna tuttavia trascurare il fatto che una adeguata condivisione dei flussi informativi non deve essere confusa con una mera sostituzione di ruoli: ad ogni figura è attribuita una specifica funzione, collegata alla relazione professionale che si instaura tra questi e il paziente. La multidimensionalità delle possibili interazioni tra i componenti dell'équipe e il malato non deve dunque essere confusa con una sostituzione nelle responsabilità, che risulterebbe – al contrario – controproducente per la persona stessa.

#### 4. Profili giuridici

Dal punto di vista giuridico, il presupposto essenziale per la corretta acquisizione del consenso informato del paziente da parte del medico è rappresentato dall'informazione, ossia dalla comunicazione di tutti i dati tecnici relativi alla diagnosi, alla prognosi, alla terapia prospettata, alle possibili alternative e ai rischi correlati. In molteplici occasioni, in sede giurisprudenziale, è stato sottolineato il contenuto altamente tecnico e specialistico delle informazioni che il medico deve trasmettere al paziente. Si tratta, perciò, di una comunicazione di carattere asimmetrico, in quanto essa si realizza tra un soggetto in posizione di "vantaggio informativo" (il medico, detentore delle conoscenze scientifiche) ed un'altra persona, il paziente, che deve essere messo in condizione di comprendere correttamente la propria situazione clinica al fine di compiere la scelta terapeutica che lo riguarda e prestare, in questo modo, il proprio consenso pienamente informato e consapevole<sup>12</sup>. Come è stato messo effi-

<sup>12</sup> Con riguardo ai profili giuridici del consenso informato la letteratura è vastissima. Senza pretesa di completezza cfr. N. POSTERARO, *Osservazioni sul consenso informato alla luce di giurisprudenza e dottrina recenti: dai profili di responsabilità civile e penale del sanitario alla spersonalizzazione del rapporto medico-paziente*, in *Amministrazione in cammino*, 3 maggio 2014; S. ROSSI, *Consenso informato (il)*, voce in *Digesto delle discipline privatistiche*, sez. civile, Agg. VII, Torino, 2012, 177 ss.; C. CASONATO, F. CEMBRANI, *Il rapporto terapeutico nell'orizzonte del diritto*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2011, 39 ss.; M. GRAZIADEI, *Il consenso informato e i suoi limiti*, in L. LENTI, E. PALERMO FABRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, cit., 191 ss.

cacemente in luce anche dalla Corte costituzionale, infatti, il consenso informato ha la funzione di «sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute» e proprio su questo presupposto si fonda il diritto del paziente a «ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale»<sup>13</sup>.

È dunque duplice la natura del flusso informativo che deve trasferirsi compiutamente dal medico al paziente, al fine di consentire una corretta costruzione della scelta terapeutica e, quindi, una consapevole espressione del consenso. In primo luogo, ciò che rileva è il profilo contenutistico: il medico deve comunicare al paziente ogni informazione relativa a tutti gli elementi fondanti il consenso (diagnosi, prognosi, soluzioni terapeutiche, alternative, rischi). La mancanza di uno di questi elementi costituisce un deficit informativo che impedisce al paziente di esprimere pienamente il proprio consenso, determinando una lesione «di quella dignità che connota [...] la sua esistenza»<sup>14</sup>.

Il secondo profilo, maggiormente rilevante in questo contesto, riguarda le modalità della comunicazione: a fronte della necessità di trasferire al paziente dati e nozioni aventi un contenuto altamente scientifico, i giudici di legittimità in più occasioni hanno sottolineato l'esigenza che, al fine di costruire un consenso realmente libero, consapevole e informato, sia necessario adattare la comunicazione alla capacità di comprensione del paziente. Così, ad esempio, la Cassazione ha avuto occasione di precisare che «l'informazione deve sostanziarsi in spiegazioni dettagliate ed adeguate al livello culturale del paziente, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone»<sup>15</sup>.

Da ciò deriva, dunque, un importante corollario al principio del consenso informato: non soltanto vi è l'esigenza che il paziente sia messo in condizione di conoscere *in modo completo ed esaustivo* la propria situazione clinica, ma a tal fine è anche necessario che tali informazioni siano rese accessibili al paziente in modo tale da assicurare la sua piena comprensione e, dunque, una corretta espressione del consenso. Così, anche alla luce dei principi giuridici qui brevemente tratteggiati, si pone in luce la speciale rilevanza della capacità del medico (o dell'équipe) di costruire un percorso informativo pienamente rispettoso della dignità, della sensibilità e delle capacità del singolo paziente. Nel caso della comunicazione di cattive notizie, i sanitari si trovano quindi all'interno di un tracciato particolarmente irto di complessità, lungo il quale sono chiamati a fondere insieme molteplici abilità e a rispondere a un numero indefinito di variabili fattuali.

## 5. Comunicare cattive notizie

Come comunicare una cattiva notizia? Come fare in modo che la comunicazione sia un vero inizio o un'autentica continuazione di una relazione terapeutica, in cui l'operatore sanitario esercita la re-

<sup>13</sup> C. cost., sent. n. 438/2008, su cui C. CASONATO, *Il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari fra livello statale e livello regionale*, in *Le Regioni*, 3-4, 2009, 627-638.

<sup>14</sup> V. Cass. civ., sez. III, sent. 28.07.2011, n. 16543.

<sup>15</sup> V. Cass. civ., sez. III, sent. 20.08.2013, n. 19220. Più recentemente anche Cass. civ. Sez. III, Sent., 04.02.2016, n. 2177.

sponsabilità di supporto e sostegno dell'altro, al fine di permettere una reale scelta del malato senza limitarsi all'applicazione superficiale o formale delle norme procedurali del consenso informato? Esiste un modello di riferimento applicabile sia nell'emergenza-urgenza, quando il tempo è limitato e non si è ancora instaurata una relazione con il malato e i suoi familiari, sia nell'attività programmata, quando la comunicazione è inserita in una relazione da avviare o già avviata?

Una guida operativa ci proviene dal lavoro del Prof. Robert Buckman, oncologo canadese, che nella sua pubblicazione del 1992, *How to break bad news*, tradotta in italiano con il titolo *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*, propone un percorso in sei stadi<sup>16</sup>, noto anche con l'acronimo SPIKES (S – Setting up the interview, P – assessing the patient's Perception, I – obtaining the patient's Invitation, K – giving Knowledge and information to the patient, E – addressing the patient's Emotions with Empathic responses, S – Strategy and Summary)<sup>17</sup>.

L'autore stesso indica come il suo modello sia una guida che non preserva dall'errore e dalle difficoltà che possono essere attenuate solo con l'esperienza e l'esercizio. Egli presenta il suo "protocollo", prevalentemente centrato sulla comunicazione della diagnosi, in sei stadi introducendo alcune considerazioni generali:

- La prima è che *il colloquio è asimmetrico* dal punto di vista dei contenuti: il contenuto dell'informazione è qualcosa di conosciuto dal sanitario e non dall'assistito.
- La seconda è che il colloquio procede contemporaneamente secondo due componenti: *una informativa*, unidirezionale da medico a malato, ed una relativa al *dialogo terapeutico* (comunicazione e relazione), in cui il sanitario ascolta ed osserva le reazioni del malato.
- La terza, relativa al *tempo* da dedicare al colloquio: il modello è studiato per l'ordinaria *routine* clinica; ogni sanitario, con l'esperienza via via acquisita, affina le sue capacità lasciando sempre più spazio all'espressione del malato.
- La quarta, relativa al *ruolo dei componenti dell'équipe* di farsi carico della responsabilità della comunicazione e del sostegno. «Dare sostegno al malato implica dedicare tempo ad ascoltare, a sentire e comprendere le emozioni e i sentimenti che il malato sta provando; ... qualunque sia il vostro ruolo nell'équipe è possibile aiutare il malato nell'organizzare mentalmente le sue preoccupazioni principali ed aiutarlo direttamente o, nel caso in cui non possiate rispondere alle domande che vi pone, ottenendo le informazioni da lui richieste da altre persone dello staff (...)»<sup>18</sup>.

### 5.1. Il primo stadio: avviare il colloquio predisponendo uno "spazio" (setting)

L'autore raccomanda di porre attenzione alla creazione di uno *spazio (setting)*, interno ed esterno, idoneo al colloquio. Ove possibile, si suggerisce di cercare una comunicazione diretta, quindi non te-

<sup>16</sup> R. BUCKMAN, *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*, cit. Sugli stessi profili cfr. anche E.A. MOJA, P. POLETTI, *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. Il Modulo. La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari*, Ministero della Salute, aprile 2016, reperibile all'indirizzo internet: [http://www.ordinemediciodontoiatristi.it/Omceo/wp-content/uploads/2016/10/dossier\\_comunicazione\\_completo\\_dir.pdf](http://www.ordinemediciodontoiatristi.it/Omceo/wp-content/uploads/2016/10/dossier_comunicazione_completo_dir.pdf).

<sup>17</sup> W.F. BAILE, R. BUCKMAN, R. LENZI ET AL., *SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*, in *The Oncologist*, 5, 2000, 302-311.

<sup>18</sup> R. BUCKMAN. *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*, cit.

lefonica, in un contesto spaziale idoneo, quale un locale appartato e non disturbato, con possibilità di trasmettere messaggi di accoglienza.

Negli ospedali, soprattutto se di vecchia costruzione, non è generalmente disponibile una stanza dedicata a tali colloqui; a seconda del tipo di reparto ospedaliero bisogna perciò scegliere attentamente fra i locali in quel momento disponibili quello più confacente. Negli Hospice è, invece, regolarmente prevista la disponibilità di uno o più locali (salottino, stanze per colloqui, ecc.) ove è possibile comunicare in un clima di riservatezza e protezione. In ambito di cure domiciliari, il problema è altrettanto facilmente risolvibile chiedendo al malato o ai familiari quale sia la stanza in cui preferiscono colloquiare al fine di rispettare la loro concezione di intimità domestica. Nel caso di colloquio imprevisto nel corridoio di una corsia, anche se si è occupati in altre attività, è opportuno inviare messaggi non verbali di disponibilità, quali fermarsi un istante o appoggiarsi ad un muro, mostrando la propria disponibilità ad un colloquio successivo.

Il colloquio, cui partecipano il malato stesso e le altre persone che egli indica quali presenze desiderate, inizia con gesti socialmente condivisi (presentarsi, mantenere una distanza corporea adeguata, stretta di mano o altra consuetudine) e con una domanda al malato, del tipo “se la sente di parlare di ciò che sta accadendo?”. Questa apertura del colloquio invia messaggi di interesse nei suoi confronti, di disponibilità all’ascolto e consente di identificare il vocabolario utilizzato per adeguare il linguaggio del sanitario e quello del malato.

A questi accorgimenti “esterni”, utili a creare un “ponte” tra il sanitario e il malato e/o la sua famiglia, è importante accompagnare una preparazione “interna” che chiarisca al sanitario cosa vuole comunicare (in termini di contenuti ed obbiettivi) e qual è la sua posizione (vissuti, pensieri, emozioni) rispetto a quanto vuole esprimere. Questa azione di “consapevolezza preparatoria”, è di per sé un potente strumento per tutte le fasi successive del colloquio. Se infatti il medico o l’infermiere riescono dapprima ad ascoltare ed in seguito a distinguere ed accettare i propri vissuti emotivi distinguendoli da quelli del malato e del suo mondo affettivo, essi riusciranno meglio a dosare due elementi della relazione: la neutralità (utile al malato perché evocativa di competenza, professionalità e sicurezza) e la partecipazione emotiva (necessaria affinché il malato non senta di essere solo).

## 5.2. Il secondo stadio: cosa sa il malato?

In questa fase il sanitario, con opportuni quesiti, dialoga con il malato per capire quale livello di *conoscenza* del problema sanitario ha (o dichiara di avere), quale stile comunicativo utilizzi (utile per modellare nella fase informativa la terminologia più adattata), quali *emozioni* lo animano rispetto al problema. A tal proposito si possono utilizzare sia la *verbalizzazione*, ripetendo punti importanti anche con domande che riformulano quanto detto per chiarire il messaggio e creare intesa (“noto che...”, “lei mi sta dicendo che...”, “se ho capito bene...”), che la *comunicazione non verbale*, che palese un ascolto attivo: ad esempio, prevenire fonti di distrazione (telefonate, interruzioni, ecc.), incoraggiare l’interlocutore con rinforzi positivi, non interrompere, controllare le proprie emozioni negative, mantenere contatto visivo, essere coerente con la comunicazione verbale.

### 5.3. Il terzo stadio: capire quanto il malato desidera sapere

In questa delicata fase del colloquio si sonda il desiderio di conoscenza della notizia cioè *se e quanto il malato desidera sapere*. L'offerta di informazioni è un dovere etico e deontologico, prima che giuridico, che risponde ad un preciso bisogno dei malati; infatti, la maggior parte delle persone desidera conoscere la diagnosi, la prognosi e le alternative terapeutiche in relazione alla propria condizione di salute o di malattia.

Una minoranza di persone desidera invece non essere informata perché utilizza la negazione come meccanismo di difesa dall'angoscia o perché ha bisogno di più tempo per accettare la nuova condizione. Questo concetto, che si riscontra in ambito clinico nei casi in cui la persona ha bisogno di difendersi da situazioni particolarmente penose, è in realtà un meccanismo che in misura diversa ognuno di noi può mettere in atto in situazioni meno gravi e ha anche la funzione di proteggere momentaneamente la persona fino a che non raccoglie le energie psichiche ed emotive per fronteggiare ciò che le sta capitando. Le reazioni di difesa possono dunque essere normali o patologiche in base all'uso che ne fa la persona, che può corrispondere ad un comportamento più o meno adattivo (un conto è negare una malattia, un conto non volerne sapere i dettagli).

L'autore del protocollo prende posizione in questo campo, ricordando che non vi sono indicazioni precise per forzare il malato a superare la negazione. Se la persona esprime in quel momento il bisogno di non conoscere, il colloquio verterà solo sulle proposte terapeutiche; il malato avrà comunque ricevuto il messaggio di disponibilità del sanitario ad affrontare l'argomento, se e quando egli stesso si sentirà pronto.

Si potrà anche accettare, solo se il malato lo richiede esplicitamente, di comunicare diagnosi, alternative terapeutiche e prognosi ad un familiare da lui indicato, senza che ciò possa, però, rappresentare in alcun modo una strategia per "aggirare l'ostacolo" di una comunicazione diretta al malato. Questo è peraltro in armonia con il principio di tutela della riservatezza dei dati clinici e sanitari del paziente, chiaramente espressi anche dall'art. 34 del Codice di deontologia medica, che afferma espressamente che l'informazione a terzi può essere data previo consenso del malato, e che il medico deve raccogliere i nominativi delle persone alle quali il malato ricoverato acconsente di comunicare i propri dati sensibili.

### 5.4. Il quarto stadio: condividere le informazioni con il malato

Se il malato ha espresso il desiderio di essere informato, il sanitario deve avere pronta una "agenda" di cosa comunicare: la diagnosi, il piano terapeutico, la prognosi, il supporto, ed inizia in modo graduale ad esporre uno dei temi previsti, utilizzando la tecnica dell'"allineamento" (partire dai concetti espressi dal malato, se possibile dalle stesse parole utilizzate, per trasmettere un messaggio di ascolto e considerazione). Durante l'allineamento informativo, la comunicazione procede offrendo informazioni a piccoli passi in accordo con le volontà del malato. Non si deve necessariamente comunicare tutto in un unico colloquio, ma si deve dare al malato la possibilità ed il tempo di elaborare il proprio stato in modo da poter poi essere disponibile ad ascoltare le successive notizie. Durante la comunicazione è importante infatti verificare le reazioni emotive provocate nell'interlocutore. L'avvio della comunicazione della cattiva notizia è preceduto da un avviso ("colpo di allerta"), che annuncia la gravità delle cose che si diranno successivamente.

Durante il colloquio è utile riassumere lo sviluppo della malattia, la sua gravità, il programma diagnostico, terapeutico e assistenziale, per facilitare la comprensione e ricercare eventuali incomprensioni o errori di interpretazione delle informazioni fornite.

Nella fase informativa il sanitario deve essere attento a non utilizzare espressioni gergali mediche e deve verificare spesso la comprensione con domande, al fine di fornire chiarificazioni utili alla reale comprensione del messaggio. In tal senso possono essere utilizzati schemi, sintesi scritte, opuscoli informativi da presentare al malato e lasciare nelle sue mani al termine del colloquio. In questa fase, il sanitario deve prestare particolare attenzione a quella che è "l'agenda" del malato, alle sue preoccupazioni, alle sue eventuali domande e deve lasciare il paziente libero di esprimerle, in modo da adattare il flusso informativo ai suoi bisogni.

### 5.5. Il quinto stadio: rispondere alle emozioni del malato

Qualsiasi "cattiva notizia" che comunichiamo a malati o familiari scatena emozioni che vanno necessariamente gestite: rabbia, paura, impotenza, ecc. Per poterle gestire più efficacemente è importante che il sanitario sappia riconoscere le emozioni dei malati o familiari e sappia distinguerle da quelle dei suoi colleghi dell'équipe e dalle proprie, che sono spesso altrettanto intense. Riconoscere queste emozioni "dando loro un nome" significa, da un lato, comprendere che cosa questo flusso informativo comporta per l'esistenza del malato e delle persone a lui vicine; pone in evidenza, dall'altro lato, la necessità adattare lo stile comunicativo allo specifico contesto, al fine di ottenere una relazione fruttuosa per il percorso individuale di cura.

Ogni persona (malato o famiglia) esprimerà in modo individuale, in base al proprio carattere, alle esperienze di vita e alla propria cultura, le reazioni emotive alla notizia: ne sono esempi comuni il pianto, il silenzio, il gridare, l'aggressività. La capacità del sanitario sta nel *riuscire a stare* in modo adeguato nelle diverse situazioni, cercando di capire se le emozioni e i comportamenti del malato o dei familiari siano: normali o patologiche; funzionali o disfunzionali ad affrontare la situazione; utili o meno per diminuire lo stress. Le emozioni e i relativi comportamenti che si osservano in tali contesti sono nella gran parte dei casi accettabili dal punto di vista delle norme sociali (pianto, sconforto, momenti di rabbia o momentanea aggressività verbale...). Le reazioni inaccettabili dal punto di vista sociale sono, invece, rare (aggressione fisica all'ambiente ed alle persone, disturbo ad altri malati, continua e persistente aggressione verbale agli operatori) e, comunque, se non sono eccessive e non pongono situazioni di pericolosità, è importante valutare (anche nel tempo, negli incontri successivi) se vi siano elementi che fanno propendere per una loro modificabilità (ad esempio, quando la persona inizia a confidarsi con qualche sanitario o chiede scusa).

La funzionalità delle emozioni nell'affrontare una certa situazione dipende da quanto esse siano adattive o disadattive per il malato<sup>19</sup>. Peraltro, una medesima reazione (ad esempio, il pianto oppure la negazione) può essere adattiva nelle prime fasi e trasformarsi in disadattiva se persiste nel tempo. Generalmente, si considerano adattive risposte come: l'ironia, la negazione temporanea, la rabbia verso la malattia, la paura, il pianto, la speranza realistica. Sono invece considerate disadattive, cioè portatrici di ulteriore malessere: la colpa, la negazione prolungata, il crollo emotivo, l'ansia generaliz-

<sup>19</sup> Il comportamento è adattivo o disadattivo in base a quanto favorisce o compromette il normale adattamento e funzionamento della persona in una certa circostanza.

zata, la disperazione, la manipolazione o la rabbia verso gli operatori sanitari, le richieste "impossibili" e la speranza irrealistica. Di fronte a reazioni disadattive, il professionista può chiedersi se queste reazioni siano modificabili e che cosa fare per modificare il processo di adattamento alla situazione (*coping*). Il sanitario, in questi casi, può intensificare il supporto da parte di tutta l'équipe curante e proporre altri interventi professionali (*in primis*, quello psicologico). L'équipe deve imparare a stare nelle situazioni anche ad alto impatto emotivo e accettare che non sempre e non subito le situazioni si riescano a modificare. L'impotenza dell'équipe nel gestire situazioni difficili non deve in alcun modo favorire l'abbandono terapeutico del malato.

### 5.6. Il sesto stadio: pianificare e accompagnare

La conclusione del colloquio è un momento di sintesi, di offerta di rispondere a richieste di chiarificazione, nonché di stesura di un accordo sul prosieguo delle cure. Questo accordo integra l'agenda del sanitario con quella del malato e diviene un vero contratto sul futuro; deve infine essere pianificato un secondo momento di incontro (ad esempio, in occasione dell'esecuzione di un ulteriore esame o della prima seduta di terapia), affinché il malato possa porre domande non espresse nel momento del primo colloquio. A questo scopo, in particolare se il malato non è ricoverato in ospedale, è opportuno consegnargli tutte le informazioni relative alle modalità di contatto della struttura (orari, numero di telefono, eccetera).

È importante sottolineare che la comunicazione di una cattiva notizia è quasi sempre, soprattutto nelle malattie oncologiche e cronico-degenerative in fase avanzata e terminale, l'inizio o l'intensificazione di un processo relazionale in cui avverrà la comunicazione di altre cattive notizie. Pertanto, in una relazione di cura la comunicazione di una cattiva notizia non va vissuta dall'operatore sanitario come un unico evento puntuale ma piuttosto come un momento di un percorso progressivo.

Una corretta comunicazione delle cattive notizie rappresenta uno dei presupposti fondamentali per la costruzione di un rapporto di fiducia fra l'équipe curante e la diade malato-famiglia (intesa come rete di relazioni affettivamente significative per il malato): se questi ultimi non percepiscono una sincerità nell'offerta informativa, ogni ulteriore comunicazione viene ammantata dal dubbio e dall'ambiguità. Chi si trova in condizioni di fragilità fisica e psicologica come il malato e, in senso lato, i suoi cari, ha bisogno di chiarezza nelle informazioni e di comunicazioni aperte, libere da dubbi sulla sincerità e affidabilità dei sanitari curanti; solo così si può sviluppare una relazione di fiducia reciproca, che possa dunque condurre alla costruzione di una relazione terapeutica autentica e di una pianificazione delle cure realmente adeguate alle esigenze del paziente e ai suoi valori.

## 6. La comunicazione della prognosi

Rispetto alla comunicazione della diagnosi, la comunicazione della cattiva notizia prognostica è ancor più un processo graduale che impegna maggiormente il sanitario ed il malato o i familiari nell'ambito dello spazio relazionale che si viene a creare fra di loro.

L'obiettivo principale di questa comunicazione è alleviare l'angoscia del malato generata dal dubbio e dalla stridente dissociazione fra ciò che il suo corpo gli trasmette e le illusorie informazioni spesso a

lui comunicate da sanitari e familiari erroneamente convinti che la falsificazione della realtà aiuti il malato a non perdere la speranza. Altri obiettivi della comunicazione prognostica sono rappresentati dal favorire un'aspettativa realistica, dal favorire il *coping* (la capacità di fronteggiare della situazione) e dall'indagare sul significato individuale della speranza, cercando di commutare una speranza irrealistica (illusione) in una realistica<sup>20</sup>. Questo permette, soprattutto al malato in fase terminale, di prendere decisioni migliori relative alle cure, di sistemare ciò che è in sospeso relativamente alla vita affettiva, lavorativa e alle faccende finanziarie, nonché di affrontare i bisogni relazionali e spirituali con maggiore libertà.

A differenza della comunicazione della diagnosi, spesso legata a fasi specifiche del percorso diagnostico-terapeutico della malattia e alla finalità di ottenere un consenso ai trattamenti, la comunicazione della prognosi è incentrata sull'*offerta di comunicazione* proprio per rispettare tempi e bisogni individuali<sup>21</sup>. L'offerta comunicativa viene attivata da specifici *trigger*, quali ad esempio le domande dirette o indirette del malato/familiare, le espressioni anche sottili della comunicazione non verbale, l'emergere di attese non realistiche, la progressione di malattia e/o l'inefficacia dei trattamenti, l'attivazione delle cure palliative.

Le fasi della comunicazione prognostica sono sostanzialmente sovrapponibili a quelle della comunicazione diagnostica e riassumibili nell'acronimo PREPARED: *Prepare* (preparazione del colloquio); *Relate* (relazionarsi con la persona); *Elicit* (far esprimere al malato o familiare le preferenze sull'informazione o aggiornamento prognostico); *Provide* (fornire le informazioni secondo i bisogni espressi nella fase *Elicit*); *Acknowledge* (accettare e riconoscere le emozioni suscitate); *Realistic Hope* (dare speranza in modo realistico); *Encourage questions* (incoraggiare le domande); *Document* (documentare in cartella clinica la comunicazione avvenuta)<sup>22</sup>.

La comunicazione della prognosi fa parte di quelle conversazioni di fine vita che caratterizzano le fasi avanzate e terminali di malattia oncologica e non oncologica e che rappresentano il più alto livello della relazione équipe-malato perché permettono l'emersione dei bisogni più profondi (psicologici e spirituali) del malato terminale oltre che la formulazione della pianificazione anticipata delle cure e l'eventuale formulazione delle direttive anticipate.

<sup>20</sup> E. OLSMAN, C. LEGET, B. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, D. WILLEMS, *Should palliative care patients' hope be truthful, helpful or valuable? An interpretative synthesis of literature describing healthcare professionals' perspectives on hope of palliative care patients*, in *Palliative Medicine*, 28(1), 2014, 59-70.

<sup>21</sup> J.M. CLAYTON, K.M. HANCOCK, P.N. BUTOW ET AL., *Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers*, in *Medical Journal of Australia*, 186(12), 2007, :s77-s108; S. INNES, S. PAYNE, *Advanced cancer patients prognostic information preferences: a review*, *Palliative Medicine*, 23(1), 2009, 29-39; R. HAGERTY, P.N. BUTOW, P.A. ELLIS, E.A. LOBB ET AL., *Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting*, in *Journal of Clinical Oncology*, 22(9), 2004, 1721-1730.

<sup>22</sup> J.M. CLAYTON, K.M. HANCOCK, P.N. BUTOW ET AL., *Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers*, cit.

## 7. Gli errori più comuni nella comunicazione delle cattive notizie (diagnostiche e prognostiche)

La comunicazione della cattiva notizia aumenta il livello di *arousal*<sup>23</sup> sia nel paziente che nel sanitario. Se è dunque normale che il paziente reagisca con meccanismi di difesa che a volte possono sembrarci poco adattivi o accettabili (magari perché “colpito” dalla cattiva notizia e necessitante di tempo per riformulare e comprendere in sé quanto ascoltato), è altrettanto comprensibile che, parallelamente, chi comunica scivoli in modalità comunicative chiuse, per timore di non saper affrontare quanto uscirebbe se lasciasse degli spiragli alla soggettività/emotività dell'altro. Di seguito portiamo un elenco degli errori più comuni compiuti dal sanitario.

**Utilizzare in modo eccessivo domande chiuse.** Le domande chiuse sono quelle richieste attraverso il quale un interlocutore formula una richiesta di informazione che ammette come risposta il sì, il no, o una precisa indicazione. Se, da un lato, questo tipo di domande danno informazioni precise e non controverse a chi le fa, dall'altro lato, la persona che le riceve viene limitata nel potersi esprimere. Nell'ambito della comunicazione delle cattive notizie, tale approccio conduce alla conseguenza di bloccare o limitare il paziente nella sua possibilità sia di condividere, esprimere e magari “far uscire” parte della tensione provata, sia di poter precisare e migliorare quanto compreso ed il senso del proprio “sì-no”.

**Interrompere spesso il malato.** L'interruzione del discorso altrui è quasi sempre un messaggio di non comprensione e non interesse da parte dell'interlocutore, anche quando questi cerca, anticipando il pensiero del malato, di comunicargli che ha capito quanto sta esprimendo. Non è mai, quindi, una buona idea. Se anche fosse necessario contenere e/o orientare il discorso del malato, perché magari scivola in argomenti troppo complessi o “altri” rispetto al motivo del colloquio e il tempo a disposizione del sanitario non fosse idoneo ad accoglierli, più opportuno sarebbe utilizzare il *riassunto* di quanto portato dal paziente/famigliare, posticipando ad altro incontro parte di quanto viene riferito (per esempio: “scusi signora, se ho capito lei intende dirmi che ...; ora è importante che consideriamo questo di quanto mi ha detto. Di quest'altro tema possiamo parlare in un altro momento, mentre per l'ultimo suo argomento possiamo poi rivolgerci all'Assistente Sociale del nostro Ospedale”) e facendo molta attenzione a non distorcere quanto detto dal malato. Questo può ugualmente avere l'effetto di contenere la conversazione e nello stesso tempo di dare il senso al paziente di essere stato ascoltato e compreso.

**Riempire subito i momenti di silenzio.** Il linguaggio può essere paragonato ad un vestito, indossato per esprimere il proprio ruolo, le proprie intenzioni e la distanza che vuole avere con l'interlocutore. Il silenzio, ovvero la relazione spoglia di contenuti verbali, ha quindi il potente effetto di lasciare a “nudo” i due interlocutori, creando un ambiente relazionale che spesso porta imbarazzo anziché intimità. Proprio per questo, il sanitario non esperto normalmente cerca di evitare in qualsiasi modo questi attimi, perché teme che l'altro porti argomenti a cui non sa rispondere, più spesso perché lui stesso non vuole mostrarsi nelle proprie emozioni. L'intensità emotiva che si crea nel contesto delle cattive notizie fa inoltre sì che le pause di silenzio vengano percepite soggettivamente come momen-

<sup>23</sup> *Arousal* in psicologia fisiologica indica una condizione temporanea di un generale stato di eccitazione, caratterizzato da un maggior livello attentivo-cognitivo di vigilanza e pronta reazione.

ti eterni mentre, quasi sempre, esse ricoprono non più di qualche secondo. Accogliere il silenzio dell'altro, mantenendo al contempo una vicinanza fisica ed emotiva, consente di accogliere il paziente in tutte le sue emozioni e fragilità ed è un atto altamente umano ed efficace nel creare l'alleanza terapeutica.

**Reagire in modo inappropriato alle espressioni emotive del vissuto di malattia del malato.** Rassicurare in modo standardizzato, con frasi fatte, senza indagare sui motivi della preoccupazione, giudicare come inadeguate le espressioni dell'altro ("non faccia così"), ma anche fornire risposte rapide e soluzioni immediate prima di aver valutato e compreso i problemi del malato o, peggio ancora, minimizzare la gravità della situazione e dirottare l'attenzione su problemi marginali, nella quasi totalità dei casi, non aiuta la persona malata. Ciò vale anche qualora il malato si trovasse in un momento di fragilità estrema e anche se le sue preoccupazioni fossero – ad un primo esame – eccessive. In tali contesti, ha infatti più senso chiedere cosa la persona stia provando, cosa la preoccupi maggiormente o quale sia la parte, di quanto riferito, che "gli fa più male", per poi rispondere in modo preciso e onesto a quanto viene riportato. Le rassicurazioni generiche a preoccupazioni che, invece, sono sempre soggettive allontanano paziente e sanitario compromettendo la fiducia e l'alleanza e dando al paziente il messaggio che l'interesse è per l'organo malato e non per la persona.

**Trasmettere informazioni al malato in momenti e modi non adeguati.** Ogni comunicazione ha bisogno di un suo tempo, di una propria modalità e di una certa quantità di contenuti trasmissibili, che differiscono da tema a tema (diverso è comunicare una patologia a prognosi infausta da una che ha ottime probabilità di guarigione) e da persona a persona (l'anamnesi psicologica, familiare, clinico-sanitaria eccetera, così come il suo background culturale e valoriale possono mutare il significato che la persona dà ad un certo evento).

Ciò che è richiesto al sanitario in questo caso non è prevedere la reazione del malato e "risolverla", ma fare del proprio meglio per decidere quando, se e quanto comunicare, oppure chiedersi quale sia lo stato emotivo della persona nel momento in cui si rivolge al medico o a qualche altro componente dell'équipe, informarsi sui motivi del colloquio e chiedere al paziente se e quanto desidera sapere. Questo significa anche capire quale sia l'esatta comprensione da parte del malato delle informazioni date, adeguare il linguaggio tecnico-scientifico al suo stile comunicativo (non utilizzare espressioni troppo complesse, evitare il gergo tecnico e ricordare che una stessa parola o frase può avere differenti significati per differenti persone) e chiedere più volte se il colloquio possa continuare o se la persona preferisca proseguire in un altro momento (se la diagnosi ha una prognosi infausta il paziente potrebbe infatti aver bisogno di metabolizzare la notizia prima di passare alle possibilità terapeutiche). Il sanitario deve dunque porre attenzione ai segnali di fatica, confusione e ansia nel malato (mimica di pianto, sguardo fisso altrove, lo scuotere la testa ripetutamente etc.), perché potrebbero indicare che la persona non sta seguendo il discorso, e dovrebbe porgere adeguate domande (posso proseguire? Vuole dirmi cosa ha compreso di quanto detto finora?) per non operare pericolose "letture della mente"<sup>24</sup>.

Applicando queste accortezze, per il medico potrà essere possibile contribuire alla costruzione di un proficuo dialogo con il proprio paziente, portando la persona *al centro* della relazione terapeutica e

<sup>24</sup> La persona opera una "lettura della mente" quando è convinto di sapere quanto sta pensando o provando un'altra persona o gruppo di persone senza ritenere di dover verificare la propria idea.

riuscendo ad adeguare il lessico e il linguaggio non verbale alle capacità cognitive e di comprensione del malato.

**Scegliere al posto del malato.** Nella fase delle scelte terapeutiche il sanitario deve stare molto attento a non abusare del proprio ruolo creando uno stato di dipendenza del malato. Spesso, infatti, il sanitario vede un unico modo di fare le cose, tende ad imporre le proprie decisioni, idee, valutazioni, respingendo subito qualunque suggerimento o idea anche prima che essa venga espressa completamente. La persona deve essere aiutata a mantenere un ruolo attivo sulla sua vita fino a quando è possibile o fino a che lo vuole. Nessuno di noi può comprendere e conoscere a pieno la vita interiore di un'altra persona ed il senso che le scelte terapeutiche hanno nel suo mondo. Per questo, ogni scelta deve essere compiuta offrendo strumenti, letture e competenze per "leggere" la malattia e per trovare insieme le risposte di cura più adatte alla persona. Modalità diverse, se in un primo momento possono apparire più semplici da gestire, in un secondo tempo possono minacciare la *compliance*, la fiducia nel terapeuta, l'energia e la dignità del malato invitato a delegare.

## 8. Conclusione

La comunicazione delle "cattive notizie" è una responsabilità da condividere fra tutti i membri dell'équipe curante ed è finalizzata a permettere una scelta consapevole del malato dopo un processo informativo condotto con modalità adeguate. Laddove questa condivisione non possa essere raggiunta immediatamente o in tempi consoni con la situazione di malattia, la responsabilità della comunicazione della cattiva notizia va attribuita secondo i criteri etico-giuridici dell'organizzazione sanitaria che ha la principale cura il malato. Ciò favorisce una reale presa in carico globale e multiprofessionale.

La scelta di cosa e come dire resta, tuttavia, in capo al sanitario che la effettua ed è dunque importante il modo in cui l'informazione viene comunicata, compresa ed elaborata, poiché tale comunicazione non ha solo una finalità informativa ma anche terapeutica. Inoltre, il flusso informativo riveste una specifica funzione, che trova corrispondenza anche nel ruolo del professionista responsabile per la comunicazione e che è strumentale (oltre che essenziale) ad una corretta e completa acquisizione del consenso.

Il comunicare e il relazionarsi integrano il semplice informare, divenendo il requisito fondamentale e indispensabile affinché il malato possa *partecipare attivamente* al processo di cura ed essere coinvolto, ogni volta sia possibile, nelle decisioni da assumere, rispettando così il principio etico di autonomia, che trova il proprio corrispettivo giuridico nell'autodeterminazione della persona.

Nello sviluppo di una relazione positiva, gioca un ruolo fondamentale la capacità da parte dei sanitari di gestire le emozioni che emergono nella comunicazione di quel particolare tipo di informazioni rappresentato dalle cattive notizie, senza necessariamente risolverle. Saper gestire le emozioni proprie e del malato, nonché dei suoi familiari, è funzionale alla creazione e al mantenimento della relazione terapeutica e consente di la collaborazione, al fine di compiere scelte di cura condivise.

La comunicazione delle cattive notizie non può essere evitata né dal malato né dal sanitario, ma il loro impatto negativo su entrambi può essere alleviato; ignorare le emozioni può, invece, bloccare il processo comunicativo. La gestione delle emozioni è favorita dalla realizzazione di un "approccio

empatico”, di “sincronizzazione emotiva”, che, attraverso strumenti quali l’ascolto attivo, il riconoscimento e la riformulazione delle affermazioni del malato, la gestione del silenzio, permette di far percepire al malato e ai suoi familiari che i sanitari sono consapevoli della loro sofferenza e disposti ad arrecare sollievo.

La formazione dell’équipe multiprofessionale alla comunicazione e alla relazione con il malato è un aspetto fondamentale dell’odierna medicina, in tutte le specialità e nella medicina territoriale. Ai professionisti coinvolti nella comunicazione delle “cattive notizie” è richiesta la capacità, acquisibile e migliorabile con la formazione, di trovare la “giusta” distanza, variabile da caso a caso, fra un inappropriato distacco professionale ed una eccessiva partecipazione emotiva che disturbano la comunicazione e la relazione, oltre che l’informazione<sup>25</sup>. Questa “giusta distanza” è assimilabile ad una danza leggera tra la neutralità professionale e l’umano sentire partecipato.

---

<sup>25</sup> D. MAZZON, A. MAURI, G.P. RUPOLO, *Aspetti critici della comunicazione in Terapia Intensiva*, in *Minerva Anestesiologica*, 67(11), 2001, 818-826.