

LA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE-NUCLEO FAMILIARE: LA DIAGNOSI, L'ITER TERAPEUTICO E LA PROGNOSI

Varetto A.

*S.C.D.U. Psiconcologia
A.S.O. "San Giovanni Battista" di Torino*

Nella malattia oncologica il rapporto con il paziente e la sua famiglia rende gli operatori acutamente consapevoli della confluenza e coincidenza di aspetti somatici, psicologici e sociali, dal momento in cui il paziente riceve la diagnosi al momento della sua morte.

L'evoluzione degli studi e delle terapie sul cancro aprono la possibilità di condizioni di malattia durevoli, permanendo contestualmente le risonanze emotive evocate dall'angoscia di morte inevitabilmente connessa alla diagnosi e, nello specifico dei tumori ginecologici, alle profonde alterazioni di organi che qualificano l'identità di genere e la capacità riproduttiva.

Inoltre, in ciascun individuo esiste la tendenza a rimuovere eventi particolarmente carichi di sofferenza, ed il paziente che soffre e che muore sollecita l'identificazione degli operatori: tali componenti identificative di cui sono intrise le relazioni tra pazienti ed operatori sanitari sono, del resto, dimostrate dai risultati di diversi studi dai quali si evince come la paura di morire sia più alta tra i medici (e gli studenti di medicina) che tra gli altri professionisti.

Tutto ciò mette in evidenza le difficoltà di rapporto con il malato inguaribile e questo in anni

che hanno visto un aumento esponenziale di ricerche e studi sul tema della comunicazione in oncologia e sulle modalità più efficaci per evitare l'abbandono del paziente e per utilizzare la relazione come strumento di cura. I risultati emersi da molti di tali studi indicano che la maggior parte delle persone affette da cancro desidera sapere quanto sta loro accadendo, e ciò non solo nel contesto anglosassone (dove le informazioni ai pazienti vengono in genere comunicate in dettaglio), ma anche in contesti sud-europei dove la comunicazione è stata, sinora, maggiormente problematica.

Rispetto all'atteggiamento dell'informazione ai familiari, in Italia ancora largamente diffusa la pratica di privilegio della famiglia rispetto al paziente, nonostante il codice deontologico si sia chiaramente espresso sostenendo la titolarità del paziente sulle informazioni che lo riguardano. D'altra parte se è vero che tale atteggiamento appare inaccettabile da un punto di vista etico, dall'altra esso riflette le attese dei pazienti stessi e dei loro familiari.

La famiglia del paziente affetto da cancro è portatrice di peculiari bisogni informativi ed emotivi, rispetto ai quali è necessario porsi con attenzione e sensibilità, ma sarebbe un er-

rore considerarli come più “leciti” da soddisfare di quelli del paziente stesso.

Ulteriore problema, nonostante i miglioramenti nei processi di comunicazione della diagnosi di cancro, risulta essere quello della comunicazione della prognosi, complessa operazione mentale, densa di significati contrapposti e di meccanismi psicologici che molto spesso ne ostacolano il processo.

Tra le principali difficoltà alla comunicazione della prognosi vi è il linguaggio, non solo nel senso dell’ovvia difficoltà da parte dei pazienti e dei familiari di accedere alla difficile terminologia scientifica, barriera che può essere superata con uno sforzo da parte del medico di tradurre concetti in termini popolari utilizzando spiegazioni semplificate, ma anche in quanto le stesse parole possono sollecitare interpretazioni diverse.

Ostacoli altrettanto difficili da superare possono essere rilevati in alcuni aspetti dei contenuti della relazione medico-paziente, in quanto il processo di comunicazione si svolge all’interno di un rapporto ricco di significati e di investimenti reciproci, e nelle carenze strutturali

della formazione del medico e dell’organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La necessità di migliorare la situazione comunicativa con il paziente e con la famiglia porta a focalizzarsi su alcune aree di intervento specifiche quali la disponibilità di un servizio di supporto psicologico per tutte le istituzioni ed i gruppi che lavorano a contatto con i pazienti neoplastici o l’aumento dei servizi di assistenza domiciliare.

Appare inoltre evidente da quanto detto sopra l’esigenza di modelli di intervento formativo rivolti agli operatori dell’area oncologica, sia in quanto tali interventi sono tesi a migliorare le abilità comunicative, che in quanto essi entrano più specificamente nell’analisi delle dinamiche che si attivano sempre e comunque nelle relazioni interpersonali e che caratterizzano la qualità autentica del proprio “esserci”. All’interno del processo formativo le strategie e le abilità comunicative non devono restare unicamente “tecniche”, ma permettere di prendere consapevolezza degli aspetti più profondi presenti nella relazione con persone affette da malattia a minaccia per la vita.

BIBLIOGRAFIA

- 1) GRASSI L.: *La comunicazione in oncologia tra discordanze e assonanze*. Giornale Italiano di Psico-Oncologia, vol. 3, n. 1, 2001.
- 2) BECKMAN H.B., MARKAKIS K.M., SUCHMAN A.L.: *The doctor patient relationship and malpractice*. Arch. Intern. Med. 272: 1365-70, 1994.
- 3) ARCURI E., TIRELLI W.: *La richiesta di informazione nel paziente con cancro avanzato*. In: G. Marasso Ed. Cancro: curare i bisogni del malato. L’assistenza in fase avanzata di malattia. Il Pensiero Scientifico Ed., 1998.
- 4) MORASSO G.: *L’informazione nella relazione medico-paziente*. In: G. Marasso Ed. Cancro: curare i bisogni del malato. L’assistenza in fase avanzata di malattia Il Pensiero Scientifico Ed., 1998.
- 5) COSTANTINI: *La comunicazione della prognosi*. Giornale Italiano di Psico-Oncologia vol. 3, n. 1, 2001.
- 6) TOMAMICHEL M.: *Un modello individualizzato per migliorare la comunicazione in oncologia*. Vol. 1, n. 1, 1999.