



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**Diagnosi infausta: aspetti etici e  
relazionali della comunicazione**

Relatore:  
**Dott.ssa Tiziana Benedetti**

Tesi di Laurea di:  
**Lorenza Nardi**

Correlatore:  
**Inf.ra Franca Riminucci**

A.A. 2020/2021

*“La pratica di un guaritore, di un terapeuta,  
di un insegnante o di qualsiasi professionista  
della relazione di aiuto dovrebbe essere diretta  
in primo luogo verso se stesso, perché se  
colui/colei che cura è infelice, non potrà  
aiutare molte persone.”*

*A mio nonno Donato.*

## **INDICE**

1. INTRODUZIONE.....	1
2. OBIETTIVO.....	5
3. MATERIALE E METODI.....	6
4. RISULTATI.....	8
5. DISCUSSIONE.....	21
6. CONCLUSIONE.....	23
7. BIBLIOGRAFIA.....	25

## 1. INTRODUZIONE

Fino ad alcuni decenni fa era comune non rivelare la diagnosi di cancro; oggi con i vari cambiamenti socioculturali, l'aumento delle conoscenze e delle percezioni dei propri diritti da parte dell'assistito, si pone sempre più in risalto l'importanza dell'informazione sulla propria diagnosi e prognosi. Il comunicare una diagnosi di tumore, o una prognosi infausta, può verificarsi un compito difficile, complesso e denso di coinvolgimenti emotivi e le sue conseguenze possono avere un forte impatto negativo sulla vita dei malati e delle loro famiglie. La malattia stessa può influire su una vasta serie di aspetti psicologici, emozionali, sociali e spirituali della salute.

In questa situazione gli infermieri hanno un ruolo chiave nel sostenere ed educare gli assistiti, prima e dopo la conoscenza della diagnosi, con una comunicazione e un approccio consono alla situazione.

Oltre alla parte comunicativa e etica, l'infermiere si contraddistingue per il tipo di relazione che riesce ad instaurare con le persone: L'art. 4 del *Il Codice Deontologico* cita infatti "Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 Presentazione Consiglio Nazionale 12-13 aprile 2019

Le modalità con cui vengono comunicate le cattive notizie dagli operatori sanitari, possono creare forti emozioni nelle persone che ricevono la notizia. La capacità di comunicare in modo esaustivo, completo, da parte dell'operatore sanitario è un agire che deve essere appreso e sviluppato.

Per comunicazione intendiamo quell'interazione tra assistito-infermiere i cui protagonisti alternano i due ruoli di emittente-ricevente e si distingue in: comunicazione verbale, comunicazione non verbale e comunicazione para-verbale

- Comunicazione verbale: nasce dalla necessità di scambiarsi messaggi con i propri simili ed è un tipo di comunicazione recente;
- Comunicazione non verbale: è quel linguaggio più antico e istintivo costituito dalla gestualità, dalla mimica e dalla postura;
- Comunicazione para-verbale: si tratta di vocalizzazione aggiuntive utilizzate a scopo comunicativo.

È diventato fondamentale e si fa sempre più urgente accrescere le capacità di sviluppare l'intelligenza emotiva fra gli operatori. Intendendo con ciò quella capacità di vedere e riconoscere i propri sentimenti e quelli degli altri, al fine di motivare gli stessi alla capacità di gestire positivamente le proprie emozioni, sia interiormente che nelle relazioni. Molto spesso questa intelligenza risulta carente o addirittura sprovvista nell'assistenza sanitaria.

Secondo Buckman (2002) , che è stato il primo ricercatore a definire le cattive notizie, tutto ciò che influisce in modo significativo e negativo sull'atteggiamento di una persona nei confronti del proprio futuro è chiamata "cattiva notizia". Sempre secondo lui i destinatari di cattive notizie mostrano reazioni simili in tutte le culture e nazioni, e quindi è possibile trovare elementi psicologici e globali comuni per analizzare tali notizie.

Le cattive notizie si trasformano anche come argomento emotivo fra gli operatori sanitari, coinvolti in esperienze positive o negative, che vanno ad influire notevolmente sull'andamento lavorativo.

Alcuni studi<sup>2</sup> suggeriscono, tuttavia, che dare informazioni negative alla persona non comporta necessariamente un aumento di ansia, paura, depressione e insonnia bensì può addirittura migliorare le loro attuali condizioni di salute, il rapporto con i propri familiari e l'équipe assistenziale. Per contro non dare informazioni o fornire informazioni insufficienti, provoca una situazione di stress, tensione emotiva che può portare l'assistito a fare scelte sbagliate relative alla terapia e al mantenimento dei propri obiettivi.

Gli studi hanno dimostrato che gli infermieri svolgono un'importante parte nella comunicazione tra medici, assistiti e familiari, anche se questo è poco evidenziato. È importante il ruolo dell'équipe, che deve saper riconoscere le diverse preoccupazioni in ambito sociale, psicologico e clinico della persona al fine di stimolare tutte le potenzialità dell'individuo, rimuovere gli ostacoli allo sviluppo, stimolare l'attivismo bloccato in un'ottica di empowerment.<sup>3</sup>

Etica<sup>4</sup> deriva dal greco “ethos”, “uso, costume” in riferimento all'antica società greca, esempio positivo di onestà, progresso ed ordine sociale, etica quindi assume il significato di ciò che deve essere fatto, perché buono in sé, a prescindere dal tornaconto personale o sociale che se ne potrebbe ricavare.

Con la comunicazione delle cattive notizie, si estende il principio etico dell'autodeterminazione, ovvero quel diritto di esprimere le proprie preferenze e di agire secondo le proprie decisioni; fanno parte di questa sfera il consenso informato e le varie direttive di cura e di fine vita che costituiscono l'applicazione etico-giuridica nel campo delle malattie oncologiche.

---

<sup>2</sup> Centeno-Cortés C, Nùnez-Olarte. Mettere in discussione la divulgazione della diagnosi nei pazienti oncologici terminali: uno studio prospettico, valutare le risposte dei pazienti. *Palliat Med* 1994; 8: 39-44.  
Managheb SE, Hosseinpour M, Mehrabi F. I punti di vista del paziente su come dare una cattiva notizia. *Iranian J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(4): 68-79.

<sup>3</sup> (Arnold e Underman Boggs, 1999)

Trattato di Cure Infermieristiche terza edizione: “Forme di Comunicazione”

<sup>4</sup> Enciclopedia Treccani

Senza una vera e propria comunicazione e informazione inerenti alle condizioni di malattia, l'espressione di un dissenso o un consenso alla proposta di cura, non sarebbero né possibili né autentiche.

Nonostante la propensione dei sanitari a comunicare la diagnosi infausta sia ancora molto bassa, l'informazione resta il punto cardine, per l'assistito, per prendere le decisioni in linea con i propri valori e il proprio vissuto.

## **2. OBIETTIVO**

L'elaborato affronta gli aspetti etici e relazionali della comunicazione di una diagnosi infausta; gli obiettivi della ricerca pertanto sono:

- Valutare quali sono gli strumenti più adatti per una buona comunicazione della diagnosi e della prognosi di una malattia infausta.
- Indagare sul tema della comunicazione di cattive notizie agli assistiti e alle loro famiglie tenendo conto degli aspetti relazionali e etici.
- Valutare il comportamento degli infermieri, quando si comunica e si informa l'assistito della malattia e delle procedure terapeutiche che dovranno essere da lui svolte.



### 3. MATERIALE E METODI

#### 3.1 Banche dati e Kwords

Per effettuare una revisione narrativa sono stati utilizzati i seguenti motori di ricerca: PubMed, Google Scholar. Tramite la ricerca libera, con il motore di ricerca Google, ho reperito un articolo dal sito della Provincia di Bolzano; è stato consultato l'utilizzo di libri di testo: Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche e il Trattato di Cure Infermieristiche.

Le parole utilizzate con termini MESH o in forma libera nel database di PubMed, sono: “communicating bad news”, “oncological communication”, “ethical and relational aspects”, “palliative care”.

#### 3.2 Criteri di inclusione

Per l'elaborato sono stati scelti articoli seguendo diversi criteri di inclusione:

- Lingua inglese e italiano;
- Periodo di pubblicazione: ultimi 19 anni
- Coerenza con l'obiettivo.

Sono stati inclusi tutti i documenti con disponibilità di lettura “free full text” o “full text”.

#### 3.3 Criteri di esclusione

Per la stesura dell'elaborato sono stati esclusi tutti gli studi pubblicati in data precedente al 2000, gli articoli in lingue diverse dall'inglese e dall'italiano. Soprattutto sono stati esclusi quei documenti che non erano congruenti con l'obiettivo della seguente revisione e che non avevano risposte ai quesiti di ricerca.

### 3.4 Materiale reperito

Tramite la ricerca generale su database PubMed, sono emersi 1484 documenti. Andando ad applicare i filtri citati precedentemente sono risultati 639 articoli, utilizzando anche i termini MESH “communicating bad news and ethical and relational aspects”, sono stati selezionati 2 articoli.

Dal database Google Scholar sono emersi 17000 articoli dal quale ne è stato selezionato 1, pertinente l’obiettivo di ricerca.

Dalla ricerca libera tramite il database Google ho reperito 1 articolo, collegato al sito della Provincia di Bolzano.

Per questo lavoro sono stati ritenuti pertinenti un totale di 4 studi.

#### 4. RISULTATI

Dalle fonti bibliografiche reperite sono emersi aspetti fondamentali da considerare nella comunicazione di una diagnosi infausta. I risultati della ricerca sono riassunti nella tabella delle evidenze.

<b>Numero</b>	<b>Titolo articolo</b>	<b>Autore/i</b>	<b>Anno di pubblicazione</b>	<b>Fonte</b>
1	<i>La verità al letto del malato: aspetti etici e deontologici</i>	Renzo Pegoraro	2002	<a href="https://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute">https://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute</a>
2	<i>Deficit di competenze relazionali ed emotive nelle professioni sanitarie</i>	Susanna B.	2021	Google Scholar, 2021. <a href="http://www.grusol.it/informazioni/17-07-21.PDF">http://www.grusol.it/informazioni/17-07-21.PDF</a>
3	<i>Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum</i>	Elaine W., Anne R., Elisa K.	2018	PubMed, 2018. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6156926/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6156926/</a>

4	<i>Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis</i>	Abbas A., Seyyedeh Roghayeh E., Bengjani J., Akbari Kaji M., Dopolani F.N., Nejati A., Mohammadnejad E	2014	PubMed, 2014. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263382/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263382/</a> .
---	---	--	------	--

### **1) La verità al letto del malato: aspetti etici e deontologici, 2002**

- È importante che ci sia un impegno intellettuale per *addentrarsi nella verità che si deve andare a comunicare*. Sia il medico che l'infermiere, mettendo in azione la propria esperienza clinica, devono esaminare precisamente gli elementi sulla verità in questione. Certamente bisogna osservare se questa comunicazione rimane neutra nei confronti della persona o va a coinvolgerla del tutto.
- Bisogna porsi delle domande sul *rappporto vero e proprio che si ha con la persona*. Si valuta, cioè, se quel tipo di rapporto si ridurrà a un semplice discorso tecnico, con il rischio però di perdere così di vista la persona nella sua interezza. Questo richiede molta competenza ma anche molta onestà e sincerità. Lo scopo dell'équipe, infatti, è quello di lavorare al fine di ottenere una buona informazione, "condividendo" la verità che si conosce, senza comunicare "bugie" o quelle poche informazioni sufficienti per la persona.
- Osservare la *capacità di ricezione della persona*. È importante controllare le condizioni spirituali, psicologiche e fisiche di tutto il carico di verità che gli verrà comunicata. Da tenere conto anche eventi illusionistici passati della persona con menzogne nascoste del suo decorso di vita.

- Si tengono in considerazione *possibili conseguenze* nella comunicazione della verità. La comunicazione potrebbe essere rifiutata, creare angoscia e compromettere la vita della persona e il rapporto con gli altri, in particolare modo con il medico e l'infermiere.
- Tenere in considerazione *beni in conflitto*: rispettare la sua situazione di sofferenza, avere diritto di sapere la verità, salvaguardare la stima personale e lavorativa del medico e dell'infermiere.
- Realizzare un *ambiente adatto* quando viene comunicata la verità, tenendo conto della fiducia e creando delle condizioni opportune. Le figure di riferimento per la persona sono gli infermieri, i familiari e tutti coloro che sono al suo fianco, che cercheranno di coinvolgerlo nel contesto in cui si trova per superare gli ostacoli ed ottenere una vera comunicazione. (Pegoraro, 2002).

## **2) *Deficit di competenze relazionali ed emotive nelle professioni sanitarie, 2021***

Quando si va a comunicare una cattiva notizia alla persona e ai suoi familiari si sviluppano emozioni che devono essere gestite al meglio. Queste emozioni sono essenzialmente rappresentate dalla paura, dall'ansia, dalla rabbia, ecc. Per riuscire a gestirle adeguatamente, l'infermiere deve riuscire ad instaurare un rapporto empatico e di fiducia con la persona, in modo da saperle individuare e riconoscere. Ogni persona esprime in modo individuale e a seconda del proprio carattere, la reazione emotiva alla notizia; la capacità dell'infermiere consiste, per l'appunto, nel riuscire ad adeguarsi alle diverse situazioni, così da sapersi correttamente relazionare.

Tutto quanto sopra detto, da un lato, permette di comprendere cosa può portare questo insieme di informazioni per la persona e per la sua famiglia, dall'altro lato, permette di adattare la modalità di comunicazione al contesto, così da ottenere una relazione proficua per il percorso di cura.

C'è da sottolineare che per sviluppare le competenze relazionali citate, non basta avere una lunga esperienza, ma è necessaria una formazione specifica indirizzata verso la conoscenza di vari aspetti collegati alle esperienze più profonde della persona, all'evoluzione psichica del malato, ai suoi modi di difendersi. Questo tipo di preparazione concederebbe di offrire un posto al dolore e un adeguato supporto alla sofferenza legata all'accettazione della notizia ricevuta.

Le varie funzionalità delle emozioni, per affrontare le varie situazioni, dipendono da quanto esse siano adattive o disadattive. Reazione, come ad esempio: "il pianto" o "la negazione" possono essere adattive nelle prime fasi del percorso ma, si possono trasformare in disadattive se vengono prolungate nel tempo.

Vengono considerati adattive quelle risposte come l'ironia, la rabbia, il pianto, la speranza realistica. Invece disadattive sono quelle risposte alla notizia che portano ulteriore malessere: il crollo emotivo, l'ansia generalizzata, la colpa, la disperazione o la rabbia verso i vari operatori sanitari.

L'équipe, in questi casi, può ampliare il supporto con altri interventi professionali, partendo in primis da quello psicologico.

Ogni interazione che avviene con l'infermiere o qualsiasi altro sanitario può rappresentare per la persona un punto di riferimento per avere informazioni sicure, conforto e sollievo, perché nel mondo della persona e della sua famiglia le emozioni sono sovrane, come lo è la paura perché "la malattia è un duro attacco alla rassicurante credenza di essere avvolti e protetti da una sorta di invulnerabilità. Improvvisamente subentrano debolezza, impotenza, timore, dipendenza"<sup>5</sup> (Baldi, 2021)

---

<sup>5</sup> I Luoghi della Cura Online, Numero 3-2021: "Salute ed emozione: un legame da non trascurare"

### ***3) Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum, 2018***

La comunicazione tra infermiere, assistito e familiari prevede molto di più della semplice trasmissione/passaggio di informazioni.

Per sua natura, l'assistenza infermieristica richiede molta attenzione alla comunicazione delle cure perché si occupa sia dell'assistito che della famiglia, mettendo in campo anche altri argomenti come l'incoraggiamento e la condivisione di sentimenti e di paure sulla malattia e sulla prognosi.

Gli assistiti e i familiari si aspettano che gli infermieri siano onesti quando condividono le informazioni e che rispondono alle loro domande relativamente agli obiettivi da raggiungere. Spesso gli infermieri, quando vengono fornite informazioni all'assistito e alla famiglia, riferiscono disagio, mancanza di definizione del ruolo, paura di togliere speranza e mancanza di tempo per partecipare alle discussioni con gli assistiti e le loro famiglie. Queste barriere comunicative vengono tradotte in assistenza psicosociale compromessa per l'assistito e la famiglia, perché gli infermieri non hanno quell'esperienza con vari strumenti di screening e non sanno come fronteggiare argomenti delicati. Sono stati individuati vari ostacoli all'interno di questa comunicazione efficace per gli infermieri, tra cui scarsa comunicazione tra il team interprofessionale, aspettative diverse tra il personale clinico, mancanza di competenze per fornire "cure" empatiche ad assistiti. Ma al tempo stesso si chiede, che gli stessi operatori, si prendano tempo sufficiente per ascoltare e per collaborare con gli altri professionisti coinvolti nel percorso di cura.

Data la frequente interazione che si viene ad instaurare, è fondamentale che gli infermieri possiedano grandi capacità di comunicazione e questo lo possiamo osservare tramite la strategia basata sul curriculum "COMFORT" Communication, finanziato dal National Cancer Institute.

COMFORT è un acronimo che comprende le sette comunicazioni (C-Communication, O- Orientation e options, M- Mindful communication, F- Family, O- Openings, R- Relating, T-Team). Tabella 1.

<i>Modulo</i>	<i>Processi di comunicazione</i>
<i>Communication</i>	Comprendere la storia del paziente Riconoscere compiti e pratiche relazionali
<i>Orientation and options</i>	Misurare i livelli di alfabetizzazione sanitaria Comprendere l'umiltà culturale
<i>Mindful communication</i>	Impegnarsi nell'ascolto attivo Comprendere la comunicazione non verbale Essere consapevoli dei bisogni di cura di sé
<i>Family</i>	Osservare i modelli di comunicazione familiare Riconoscere i modelli di comunicazione del caregiver Rispondere alle diverse esigenze dei caregiver familiari
<i>Openings</i>	Identificare i punti cardine nella cura del paziente/familiare Trovare un terreno comune con i pazienti/famiglie
<i>Relating</i>	Realizzare i molteplici obiettivi per i pazienti/famiglie Collegare l'assistenza ai domini della qualità della vita
<i>Team</i>	Sviluppare processi di gruppo Coltivare strutture di gruppo Distinguere una collaborazione di successo dalla coesione di gruppo

**Tabella 1. curriculum COMFORT Communication**

Fonte: *The COMFORT Communication Project* sviluppato da Elaine Wittenberg, PhD e Joy Goldsmith, PhD ([www.CommunicateComfort.com](http://www.CommunicateComfort.com)), rivisto nel 2016.

Grazie al finanziamento del National Cancer Institute, il curriculum della comunicazione degli infermieri, ovvero le “competenze” comunicative necessarie, è stato realizzato un percorso formativo per mettere in atto le abilità pratiche degli infermieri sulla comunicazione delle cure basate sull’evidenza e su una vasta ricerca da parte degli assistiti e delle loro famiglie dal punto di vista della diagnosi, fino al fine vita dell’assistito.



Attraverso ulteriori ricerche, si è visto come questo curriculum ha portato miglioramenti nei vari atteggiamenti degli infermieri, sia a livelli di comfort comunicativi con gli assistiti, sia nell'iniziare complessi argomenti di comunicazione con i familiari. Di conseguenza si è messo in risalto quattro moduli principali di questo curriculum (moduli C, O, M, R).

- **C – Communication (comunicazione):** è importante, nelle cure palliative, fornire cure olistiche e complete fondate sulla qualità di vita del paziente, conoscere le sue esperienze di vita e dei familiari perché imparando la sua storia, l'infermiere riesce ad aiutare l'assistito/famiglia a dare un senso a ciò che sta accadendo, così da implementare la comprensione, l'accettazione e ad incoraggiare riflessioni su come la malattia ha invaso la vita quotidiana.

- “In che modo la tua malattia (o la sua malattia) ha influenzato la tua vita e le tue relazioni?”
- "In che modo pensi che ignorare questo influenzerà la tua vita?"
- “In che modo la tua malattia (o la sua malattia) si riflette su di te come persona?”
- “Come vedi il futuro?”
- "In che modo sei influenzato dalle opinioni degli altri?"
- "Cosa pensi che influisca su questa esperienza?"

**Tabella 2. Domande per promuovere la riflessione sulla vita.**

*Fonte: The COMFORT Communication Project sviluppato da Elaine Wittenberg, PhD e Joy Goldsmith, PhD ( [www.CommunicateComfort.com](http://www.CommunicateComfort.com) ), rivisto nel 2016.*

- **O** – Orientation and options (orientamento e opzioni): quando si parla di diagnosi infausta, è importante che gli infermieri mostrino lo stato della malattia presentando il quadro generale di una diagnosi (orientamento) e sintetizzino il percorso della malattia (opzioni) così da farsi comprendere al meglio dagli assistiti e dalle famiglie, traducendo i termini medici attraverso l'utilizzo di aggettivi e metafore, componenti essenziali per un alfabetizzazione sanitaria sia per l'assistito e per la sua famiglia.. Tabella 3.

<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Strumenti di misurazione dell'alfabetizzazione sanitaria (rivisti) <a href="http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy/index.html">http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy/index.html</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Verifica il livello di leggibilità della scrittura <a href="https://readability-score.com/">https://readability-score.com/</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Kit di strumenti per l'alfabetizzazione sanitaria per i fornitori <a href="http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/our-programs/public-health/health-literacy-program/health-literacy-kit. pagina">http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/our-programs/public-health/health-literacy-program/health-literacy-kit. pagina</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Formazione del CDC per la pratica e l'insegnamento dell'alfabetizzazione sanitaria <a href="http://www.cdc.gov/healthliteracy/gettraining.html">http://www.cdc.gov/healthliteracy/gettraining.html</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ CDC Clear Communication Index <a href="http://www.cdc.gov/ccindex">http://www.cdc.gov/ccindex</a></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ CDC per lo sviluppo di materiali utilizzando un linguaggio semplice <a href="http://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/plainlanguage.html">http://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/plainlanguage.html</a></li> </ul>

**Tabella 3. Strumenti per lo sviluppo di materiali in linguaggio semplice**

Fonte: The COMFORT Communication Project sviluppato da Elaine Wittenberg, PhD e Joy Goldsmith, PhD ( [www.CommunicateComfort.com](http://www.CommunicateComfort.com) ), rivisto nel 2016.

- **M- Mindful communication** (comunicazione consapevole): la comunicazione consapevole nelle cure, include la diminuzione del dialogo interiore, l'evitare il giudizio sull'assistito e la capacità di adattarsi ai cambiamenti di interazione. Questo tipo di esperienza, però, può intaccare nel tempo le pratiche di comunicazione, che di conseguenza creano una disconnessione tra assistito e la famiglia. Tutto ciò può portare agli infermieri dei fattori di stress che possono, fino ad arrivare a sfociare nella sindrome del burnout.

Per prevenire ciò, è importante che gli infermieri creino opportunità di cura di sé.

<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Recesso da pazienti/colleghi</li> <li>◦ Ignorare o ritardare le richieste del paziente/familiare</li> <li>◦ Risposte emotive rapide agli altri</li> <li>◦ Reazioni eccessive ai colleghi</li> <li>◦ Chiamare malati per evitare i sentimenti</li> <li>◦ Tenersi occupati con il lavoro, ignorando le emozioni</li> </ul>
---

**Tabella 4. Indicatori di stress sul lavoro**

Fonte: *The COMFORT Communication Project* sviluppato da Elaine Wittenberg, PhD e Joy Goldsmith, PhD ( [www.CommunicateComfort.com](http://www.CommunicateComfort.com) ), rivisto nel 2016.

- **R – Relating** (relazionarsi): sono tanti gli obiettivi per il quale il compito e la comunicazione relazionale influiscono sul modo in cui vengono interpretate le parole. Possiamo dire che la comunicazione si basa sulla verità che ogni messaggio (verbale o non verbale) trasmette sia contenuto (messaggio verbale) che relazione (comunicazione non verbale), in modo tale da creare una relazione con assistito/ famiglia in modo da prevedere una creazione di fiducia e l'instaurazione di una relazione. (Wittenberg *et al.*, 2018)

**4) Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis, 2014**

Questo studio è stato condotto nell'ospedale Imam Khomeini Complex Hospital a Teheran, in Iran, dove sono state fatte interviste approfondite e semi-strutturate a 19 infermieri con almeno un anno di esperienza lavorativa in reparto.

Ai partecipanti è stato chiesto di descrivere una giornata di lavoro e di spiegare le esperienze e percezioni in merito al dare cattive notizie ai pazienti e alle loro famiglie.

Le interviste hanno avuto una durata da 25 minuti a un'ora, alcuni partecipanti sono stati intervistati anche due volte per necessità, dove veniva posta una domanda ovvero "qual è la tua esperienza riguardante la comunicazione delle cattive notizie agli assistiti e alle loro famiglie?". Da qui sono state raccolte un totale di 22 interviste, di cui ne sono state selezionate alcune.

Età degli infermieri intervistati comprende i 27 e 45 anni, nella media di 37/41 anni e con esperienza lavorativa media di 13 anni.

<b>Sesso</b>	<b>&gt; 41: 4 (21.05)</b>
<b>Maschi: 8 (42,1)</b>	<b>Posizione</b>
<b>Donne: 11 (57,8)</b>	Infermiera: 13 (68,4)
<b>Stato civile</b>	Caposala: 4 (21.05)
<b>Sposato: 15 (78,9)</b>	Supervisore: 2 (10,5)
<b>Singolo: 4 (21.05)</b>	<b>Anni di esperienza lavorativa</b>
<b>Livello di istruzione</b>	< 5: 2 (10,5)
<b>BSc (laurea triennale): 14 (73,6)</b>	6 – 10: 6 (31.5)
<b>Superiore a BSc: 5 (26,3)</b>	11 – 15: 8 (42.1)
<b>Età</b>	> 16:3 (15.7)
<b>&lt; 35: 6 (31,5)</b>	
<b>36 – 40: 9 (47.3)</b>	

**Tabella 5. Profilo demografico dei partecipanti**

Fonte" Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis" di (Abbas., et al., 2014)

Da questo studio sono emersi cinque temi:

- 1) comunicazione efficace con i pazienti e le loro famiglie
- 2) preparare il terreno per fornire cattive notizie
- 3) ridurre al minimo la negatività associata alla malattia
- 4) passare il dovere ai medici
- 5) aiutare i pazienti e le loro famiglie a prendere decisioni logiche terapeutiche.

<i>Categorie principali</i>	<i>Sottocategorie</i>
Comunicazione efficace con i pazienti e le loro famiglie	Ascolto Richiesta di feedback Empatia e simpatia Rispetto per l'altra parte
Preparare il terreno per fornire le cattive notizie	Offrendo un'introduzione alle cattive notizie Considerare il morale del paziente Formulazione appropriata Valutazione della situazione
Ridurre al minimo la negatività associata alla malattia	Considerare il possibile deterioramento dello stato clinico del paziente Evitare/rinviare la consegna di cattive notizie
Passare il dovere ai medici	Responsabilità del medico Istruzione adeguata Incuria e irresponsabilità da parte di alcuni infermieri
Aiutare i pazienti e le loro famiglie a prendere decisioni logiche terapeutiche	Chiarimento sulla natura della malattia Educazione su cure, spese, ecc.

**Tabella 6 . Categorie principali e sottocategorie**

*Fonte "Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis" di (Abbas., et al.,2014.)*

Il risultato di quanto ottenuto, va ad evidenziare in questi cinque temi presi in carico, i punti cardini di questo studio, ovvero:

- Il ruolo della comunicazione efficace e lo scambio di informazioni devono essere essenziali per fornire cattive notizie. Estratto dell'intervista "*...Se avessi intenzione di dire a un assistito che ha un tumore, dovresti prima prepararlo per la notizia. L'ambiente dovrebbe essere preparato e gli accompagnatori dell'assistito non dovrebbero essere presenti quando si comunica la notizia...*"
- I membri dell'équipe terapeutica e in particolare gli infermieri devono essere formati sul campo per dare cattive notizie relative a malattie incurabili, come malattie croniche, errori medici e morte. Estratto dell'intervista "*Non so come comunicare cattive notizie alle famiglie degli assistiti. Per qualche ragione, cerco sempre di lasciarlo agli altri mie colleghi. La situazione di ogni assistito è diversa, quindi ci sono strategie diverse per persone diverse, perché le caratteristiche di ogni paziente sono diverse. Ecco perché c'è bisogno di abilità speciali*"
- Per ridurre al minimo la negatività della situazione, alcuni infermieri hanno affermato che a volte non hanno detto agli assistiti e alle loro famiglie le cattive notizie per ridurre la gravità della situazione, ma ciò è da evitare perché non bisogna né evitare né rinviare la sua comunicazione. Estratti dell'intervista "*Cerco di non dire agli assistiti la verità sulla loro malattia perché le loro condizioni potrebbero essere aggravate. Non parlo della malattia nella prima seduta di chemioterapia. Li informo solo sulla natura della malattia e che dovrebbero ricevere farmaci. ...*"
- Sono presenti dei doveri che riguardano il medico, uno di quelli è la comunicazione della diagnosi. Infatti in questo contesto di studio, gli infermieri hanno riferito che credevano che i medici fossero a dare le notizie e non loro stessi, infatti alcuni di

loro si sono trovati in situazioni dove non davano risposta all'assistito. Estratto dell'intervista *“Quando gli assistiti mi chiedono della loro malattia, non rispondo perché penso che sia responsabilità del medico rispondere a tali domande e gli assistiti dovrebbero porre quelle domande durante le visite mediche”*

- Gli infermieri quando parlano con gli assistiti e i loro familiari devono essere in grado di aiutarli a prendere decisioni logiche sul continuo del trattamento terapeutico. Estratto dell'intervista *“Se dico agli assistiti o ai loro accompagnatori che l'assistito ha un tumore metastatico alla vescica, possono prendere la decisione giusta se continuare il trattamento e possono scegliere di non andare in ospedale per alleviare il dolore. In questi casi dirò loro di cercare aiuto invece nei centri di cure palliative”*. (Abbas et al., 2014)

## 5. DISCUSSIONE

Facendo la revisione di questi articoli, il problema principale che viene messo in risalto è che come gli operatori sanitari devono affrontare la comunicazione della diagnosi e le eventuali terapie da affrontare con gli assistiti e i familiari. Certamente quest'ultimi, non hanno una piena consapevolezza delle cause della malattia, del tasso di mortalità associato o delle opzioni di trattamento, al tempo stesso hanno diritto di essere adeguatamente informati.

In questa situazione molti infermieri, come è stato riportato nello studio qualitativo, affermano che non è loro responsabilità informare gli assistiti della diagnosi infausta, e quindi cercano di affidare il compito al medico, in questo modo evitando sì le reazioni/emozioni degli assistiti ma non riescono più ad interfacciarsi con loro e con lo svolgimento della terapia. Una comunicazione efficace, infatti, è alla base della fiducia e della comprensione reciproca e gioca un ruolo molto importante nell'assistenza, essa racchiude educazione, comunicazione, etica e abilità relazionali. La comunicazione infermiere – assistito inizia con l'incontro iniziale tra i due e dura per tutta la durata della relazione terapeutica, infatti il fine di questo incontro è quello di creare e mantenere un adeguato rapporto professionale con gli assistiti, dove bisogna cercare di conquistare la fiducia degli assistiti fin dall'inizio.

Grazie alle revisioni di altri articoli, si evince che sulla base degli aspetti etici e relazionali che si accomunano tra di loro, è necessaria una formazione specifica perché è importante conoscere i vari aspetti legati alle esperienze interiori dell'assistito, alle dinamiche psichiche della persona e alle sue modalità di difesa, che, altrimenti, rischiano di essere letti come una sorta di atteggiamento dispettoso o ottuso messo in atto volontariamente dagli assistiti. Alcune persone saranno più disposte a esternare le loro emozioni con gli operatori, altre invece nasconderanno i loro sentimenti. Trascurare questa dimensione della persona può avere grandi ricadute nella sua sfera psichica.

Inizialmente è fondamentale capire se il paziente e i familiari sono consapevoli della malattia e della sua terminalità. Successivamente sarà utile comprendere quale sia lo stato emotivo del paziente, i suoi valori spirituali (non necessariamente religiosi) e le sue convinzioni riguardo alla malattia. Occorre saper ascoltare, saper reggere il silenzio, accogliere i sentimenti del paziente. Anche se non è facile accompagnare una persona che sta morendo, l'infermiere deve rimanere presente e allo stesso tempo mantenere un



opportuno distacco per non farsi coinvolgere eccessivamente e preservare la propria professionalità.

Assistere la persona alla fine della vita obbliga al confronto con le proprie convinzioni e paure al riguardo, imponendo anche una riflessione. Una volta accertato lo stato di “salute spirituale”, si possono attuare interventi con specialisti e non (tecniche di rilassamento, ascolto della musica, colloqui con lo psicologo e/o con l’assistente spirituale se la persona ha credenze religiose), assicurandosi che siano interventi graditi al paziente.

La comunicazione di “cattive notizie” è una responsabilità da condividere con tutti i membri dell’*équipe* ed è finalizzata a permettere una scelta diligente dell’assistito dopo un processo informativo, attuato con modalità adeguate. Occorre, infatti, “prendersi cura” dell’assistito non con un atteggiamento stereotipato e standardizzato, ma vanno cercati, modi, tempi e parole adeguate ad ogni singolo assistito; perché ogni malato è unico per la storia che cerca in sé.

La scelta di cosa dire e come, resta ad ogni modo, in capo al sanitario che la effettua ed è importante il modo in cui la notizia viene comunicata, compresa ed elaborata, appunto perché questa comunicazione non ha solo uno scopo informativo ma anche terapeutico. Importante è anche la collaborazione all’interno dell’*équipe* della presenza dell’infermiere e dello psicologo. L’infermiere come già ho ribadito, assume un ruolo cruciale nel creare la relazione di fiducia con l’assistito, sia prima della comunicazione della diagnosi, sia dopo perché ha e deve avere la funzione di sostegno, di vicinanza, e di accompagnamento. La comprensione e la rielaborazione della diagnosi, infatti, vanno sostenute dall’infermiere perché concorrono alla soddisfazione dei bisogni dell’assistito. Per cui diventa indispensabile per gli infermieri conoscere il livello di consapevolezza che ha l’assistito della diagnosi stessa per instaurare una reale presa in carico della persona e personalizzare, il rapporto per sostenerlo nel processo di adattamento alla malattia stessa.

Molti infermieri hanno affermato che sarebbe opportuno integrare nel corso di studi o di aggiornamento questa parte relazionale e di approccio comunicativo con l’assistito, infatti grazie la revisione dell’articolo sul curriculum COMFORT Communication, è stato dimostrato come questo corso di formazione di 2 giorni, fornito a livello nazionale

a 269 infermieri che a loro volta ne hanno formati altri 6863, ha dimostrato di migliorare l'autoefficacia, l'atteggiamento nei confronti della comunicazione e di ridurre la preoccupazione degli operatori riguardo la comunicazione e le modalità di approccio durante i trattamenti terapeutici.

Con l'aiuto del curriculum COMFORT Communication gli infermieri riescono a discutere le preoccupazioni degli assistiti ed esplorare i suoi sentimenti, consentendo anche di apprendere la storia dell'assistito, affrontare i bisogni di alfabetizzazione sanitaria dell'assistito e della famiglia. Quest'ultimo è un punto molto importante perché la famiglia deve essere in grado di ricevere, acquisire, comprendere e utilizzare le informazioni per essere alfabetizzati in materia di salute. La famiglia può essere una risorsa per l'assistito, ma a volte anche un ostacolo, ma certamente non si può prescindere da essa nel tentativo di migliorare l'andamento e la qualità della vita dell'assistito. L'alfabetizzazione sanitaria include il linguaggio che viene usato quando si va a comunicare con l'assistito/familiari (faccia a faccia), il contesto dell'interazione (se si è in terapia intensiva, pronto soccorso, stanza di più assistiti), cultura (tu e l'assistito/ la famiglia avete lo stesso background culturale), livelli di abilità comunicativa e tecnologica. L'abbinamento delle capacità di alfabetizzazione sanitaria di un assistito/familiare è fondamentale per fornire un'assistenza di qualità.

Pertanto il comunicare e il relazionarsi integrano il semplice informare così da diventare il requisito fondamentale e indispensabile affinché l'assistito possa partecipare attivamente al modello di cura ed essere coinvolto, il più possibile, nelle decisioni da assumere, rispettando sia il principio etico che relazionale. (Wittenberg *et al.*, 2018).

## **6. CONCLUSIONE**

Dare cattive notizie agli assistiti è uno dei compiti più difficili che i membri dell'equipe devono svolgere; è stato riconosciuto che l'educazione alle abilità comunicative ha un effetto significativo sulla partecipazione e sulle capacità degli infermieri nel processo di comunicazione delle cattive notizie. Questo si tramuta in una competenza Soft (Non Technical Skill) che può essere utilizzata nel contesto pratico lavorativo. Per concludere, seguire modalità di integrazione della comunicazione sia etica che relazionale rende più confortevole per l'infermiere il difficile compito di dare cattive notizie e aiuta a migliorare la comunicazione tra familiari e assistiti. Queste abilità devono essere apprese nei programmi di formazione, sia universitaria che di formazione continua.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Abbas A., Seyyedeh Roghayeh E., Bengjani J., Akbari Kaji M., Dopolani F.N., Nejati A., Mohammadnejad E. *Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis*, PubMed, 2014.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263382/> .

Cassiana M., Daniele V., Maria Elena B., Marcos Roberto L. *Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature*, PubMed, 2017.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977239/>

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019 Presentazione Consiglio Nazionale 12-13 aprile 2019.

Elaine W., Anne R., Elisa K. *Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum*, PubMed, 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6156926/> .

Elnaz Y., Azadeh A., Seyed Hassan G., Malihe D. *The Effectiveness of Communication Skills Training on Nurses' Skills and Participation in the Breaking Bad News*, PubMed, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344626/> .

Luciano O., Francesca D.B., Alessia S., Lucia B., Davide M. *La comunicazione della cattiva notizia in ambito sanitario: da sconosciuta a perno della relazione di cura*, Google Scholar, 2017. <https://teseo.unitn.it/biolaw/article/view/1233> .

Luisa S., Anna B. *Trattato di Cure Infermieristiche, terza edizione.*

Margaret Quinn R. *Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication*, PubMed, 2012.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5578619/> .

Patrizia D. G., Annalisa M., Alberto V., Jessica A. *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*, Google Scholar, 2012. <https://profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/78>.

Renzo P. *La verità al letto del malato: aspetti etici e deontologici*, Google, (c.2002) [https://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/downloads/Pegoraro\\_it.pdf](https://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/downloads/Pegoraro_it.pdf)

Susanna B. *Deficit di competenze relazionali ed emotive nelle professioni sanitarie*, Google Scholar, 2021. <http://www.grusol.it/informazioni/17-07-21.PDF>