



Gabriella Morasso,
Anita Caruso, Anna R. Ravenna

Collana
SCIENZE E SALUTE
FORMAZIONE

Le competenze comunicative in oncologia

Un percorso formativo



FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page
al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Gabriella Morasso,
Anita Caruso, Anna R. Ravenna

**Le competenze
comunicative in oncologia**
Un percorso formativo

FrancoAngeli

Si ringrazia l'Istituto Superiore di Sanità per il contributo concesso

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione	pag.	9
1. Dal curare la malattia al prendersi cura della persona malata	»	9
2. Struttura del corso, metodologia e strumenti	»	19
2.1. Struttura	»	19
2.2. Metodologia	»	19
2.3. Strumenti	»	20
2.3.1. Apertura del corso e/o delle singole unità	»	20
2.3.2. Chiusura del corso e/o delle singole unità	»	21
2.3.3. Lezione frontale	»	22
2.3.4. Metaplan	»	22
2.3.5. Brainstorming	»	23
2.3.6. Focus Group	»	24
2.3.7. Visione di film	»	25
2.3.8. Role playing	»	26
2.3.9. Role playing video registrato	»	26
2.3.10. Tecniche derivate dallo psicodramma	»	27
2.3.11. Analisi di casi	»	28
2.3.12. Gruppi di tipo Balint	»	29
1. La comunicazione nella relazione con il paziente Oncologico , di <i>Anita Caruso e Tiziana Carucci</i>	»	31
1. Premessa	»	31
2. Obiettivi formativi	»	37
3. Percorso metodologico	»	38
4. Strumenti	»	39

4.1. Presentazione iniziale dei partecipanti	pag.	39
4.2. Metaplan	»	40
5. Sommario	»	41
2. La comunicazione complessa: aspetti informativi e affettivi , di <i>Anita Caruso e Tiziana Carucci</i>	»	43
1. Premessa	»	43
2. Obiettivi formativi	»	47
3. Percorso metodologico	»	48
4. Strumenti	»	49
4.1. Visione di film – proposte	»	49
4.2. Brainstorming	»	51
5. Sommario	»	52
3. La vita interiore del medico nel rapporto con il paziente oncologico , di <i>Gabriella Morasso e Gabriella De Benedetta</i>	»	55
1. Premessa	»	55
2. Obiettivi formativi	»	61
3. Percorso metodologico	»	63
4. Strumenti	»	64
4.1. Libera discussione	»	64
4.2. Lezione frontale	»	65
4.3. Focus Group	»	66
4.4. Gruppi di tipo Balint	»	67
4.5. Role playing video registrato	»	68
5. Sommario	»	69
4. Percorsi diagnostici e terapeutici: dall'attenzione ai sintomi alla dimensione psicologica nella dinamica dell'incontro , di <i>Anna Rita Ravenna e Simona Iacoella</i>	»	71
1. Premessa	»	71
2. Obiettivi formativi	»	77
3. Percorso metodologico	»	78
4. Strumenti	»	81
4.1. Brainstorming: sentire e dar nome alle emozioni	»	81
4.2. Esperienza guidata	»	83
4.3. Role playing: messa in scena di un primo incontro per la somministrazione di chemioterapia relativa ad un ciclo di 8 somministrazioni	»	84

4.4. Role playing: discussione di un caso di progressione di malattia in una riunione dell'équipe curante	pag.	86
5. Sommario	»	88
5. Competenze comunicative specifiche in fase avanzata di malattia, di Gabriella Morasso e Silvia Di Leo	»	91
1. Premessa	»	91
2. Obiettivi formativi	»	95
3. Percorso metodologico	»	96
4. Strumenti	»	97
4.1. Le reazioni emotive ed i bisogni psicologici del paziente e della sua famiglia in fase avanzata di malattia	»	97
4.1.1 Brainstorming	»	97
4.2. La comunicazione medico-paziente/famiglia nella transizione dalle terapie curative alle terapie palliative	»	97
4.2.1. Role playing	»	97
4.2.2. Psicodramma	»	99
4.3. La famiglia del paziente: una risorsa? La gestione dei rapporti con il sistema paziente-famiglia in fase avanzata di malattia	»	99
4.3.1. Discussione di un caso	»	99
4.4. L'interazione supportiva in fase avanzata di malattia: il paziente e i suoi famigliari	»	100
4.4.1. Role playing	»	100
4.4.2. Discussione di un caso	»	101
5. Sommario	»	102
6. Passaggi critici nel prendersi cura di sé e dell'altro. Dalla ricerca di certezze e onnipotenza alla consapevolezza del dubbio e dei limiti come risorse: respons-ability, di Anna Rita Ravenna e Simona Iacoella	»	105
1. Premessa	»	105
2. Obiettivi formativi	»	109
3. Percorso metodologico	»	111
4. Strumenti	»	114
4.1. Role playing: incontro per la comunicazione di progressione di malattia al termine di una fase di accertamenti	»	114

4.2. Role playing: messa in scena di un caso legato ai vissuti di angoscia degli operatori in un incontro dopo la morte di una persona ricoverata da tempo nell'hospice	pag.	117
4.3. Gruppo tipo Balint effettuato mensilmente presso il reparto di medicina oncologica di un ospedale generale	»	118
4.4. Brainstorming: le emozioni dei curanti relative agli insuccessi terapeutici e alle fasi finali del processo del morire	»	119
5. Sommario	»	120
7. Indicazioni sull'utilizzo del questionario come tecnica formativa, di Tiziana Carucci e Simona Iacoella	»	123
Questionario d'ingresso	»	126
Questionario d'uscita 1	»	132
Questionario d'uscita 2	»	138
Conclusioni	»	143
Bibliografia	»	147

Introduzione

1. Dal curare la malattia al prendersi cura della persona malata

La scienza medica, soprattutto nel secolo scorso, ha focalizzato l'obiettivo della cura delle persone malate¹ sulla guarigione, sulla risoluzione definitiva, o almeno temporanea, della patologia, attraverso la scoperta e l'impiego di strumenti diagnostici e di interventi terapeutici sempre più sofisticati.

Questa impostazione, che potremmo definire “scientifica”, nel senso ridotto del termine, o moderna, ha creato, nello stesso tempo, una sempre maggiore distanza tra medico e persona malata; nella relazione terapeutica si è andato lentamente svalutando l'elemento umano, riducendo l'importanza di ciò che una volta era lo strumento professionale per eccellenza, *la relazione interpersonale e “l'occhio clinico”*. Questi elementi sono espressione sia della competenza del curante che di una visione relazionale e olistica che colloca il malessere non solo nel soma ma anche nella specificità della persona, nella sua relazione con la famiglia e, in senso più ampio, nell'ecosistema sociale, contesti nei quali è possibile trovare sollievo dalla sofferenza e beneficio per la stessa condizione di malattia. L'impostazione “scientifica” della medicina, soprattutto nei suoi eccessi, ha inoltre notevolmente limitato la permeabilità ai vissuti emozionali e ai valori esistenziali degli attori del processo terapeutico, permeabilità fondamentale per attuare il passaggio dalla cura della malattia all'impegno per la qualità di

¹ È stato deciso di utilizzare in tutto il testo l'espressione “persona malata”, anziché “paziente”, per sottolineare come l'esperienza esistenziale di un individuo non si esaurisca nella condizione di malattia; le stesse modalità con cui ognuno attraversa questo percorso sono manifestazione del proprio *essere persona*, del suo essere *quella* persona che si è nel divenire della condizione umana. Il termine “paziente” verrà usato raramente e solo per facilitare uno scorrere più fluido del testo.

vita della persona malata, dei familiari e, non ultimo, del medico curante stesso.

Già negli anni '70 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, aprendosi ad una *visione olistica dell'esistenza*, definiva la condizione di *salute* non solo come integrità biologica, ma anche come benessere psicologico e sociale dell'individuo. Da quegli anni si sta lentamente facendo strada una nuova visione della professionalità in tutte quelle attività il cui fondamento è la relazione d'aiuto: medici, infermieri, assistenti sociali, ma anche insegnanti, avvocati, volontari ecc. Tale visione fonda la competenza professionale sulle funzioni *accompagnare* e *prendersi cura* le quali, nell'ambito sanitario, si affiancano alla funzione "guarire". Quest'ultima, oltre a non essere sempre possibile, è comunque legata ad una visione dicotomica dell'esistenza incentrata o sulla salute o sulla malattia anziché aprirsi a concetti olistici quali "benessere" e "malessere" in tutte le loro sfumature e complessità. Nella visione olistica l'obiettivo di ogni intervento "sanitario" si trasforma introducendo, accanto al tema della guarigione, i temi della riduzione dello stress e della sofferenza della persona in qualsiasi condizione di disagio, riduzione che agevola la realizzazione del più alto livello di *qualità di vita* compatibile sia con la situazione patologica in corso che con il contesto relazionale e sociale dell'individuo. Questo obiettivo, al contrario della guarigione, è sempre perseguibile e richiede la *presa in carico globale* della persona durante l'intero percorso terapeutico e oltre.

Come verrà sottolineato in ogni unità di questo testo, la diagnosi di cancro costituisce per la persona che ne è colpita una condizione esistenziale particolarmente sconvolgente, sia dal punto di vista emozionale che nella vita pratica e comporta inevitabilmente una crisi che ne coinvolge l'intera impostazione. La diagnosi di malattia non solo modifica l'immagine di sé sia a livello somatico che intrapsichico, ma mette in discussione anche valori e atteggiamenti relazionali, creando talvolta significative incongruenze tra stati d'animo, bisogni emozionali ed aspetti cognitivi e pratici di tutti coloro che ne sono coinvolti a vario titolo.

La persona che si rivolge agli operatori del servizio sanitario, siano essi medici di medicina generale o specialisti all'interno o all'esterno di strutture ospedaliere, ha bisogno spesso di effettuare numerose domande relative non solo alla diagnosi e alla prognosi ma anche alla qualità di vita, alle modalità di assunzione e all'effetto delle terapie farmacologiche e degli interventi chirurgici, presentando, a volte, anche richieste non adeguate e/o impossibili da soddisfare. Spesso l'informazione, pur precisa e in sé esauriente, non è in grado di soddisfare gli ulteriori bisogni celati dietro le domande: bisogno di essere ascoltati per sentirsi compresi, bisogno di esprimere e condividere emozioni attivate dal contesto di malattia per non sentirsi soli.

Se è vero che i professionisti sono tenuti a rispondere a tutte le domande anche con un semplice “non lo so” ma non a soddisfare ogni richiesta, è anche vero che solamente l’integrazione tra questi due livelli (risposta al bisogno di informazione/comprendimento e risposta al bisogno di espressione emotiva/rassicurazione) dà vita ad una relazione adeguata a migliorare, già nel qui ed ora del primo incontro, la qualità di vita di entrambe le persone coinvolte nel processo, curato e curante. L’interazione, ovvia in un contesto di cura, si può trasformare così in un incontro interpersonale che, oltre ad umanizzare il contesto, aiuta ad accettare i limiti della condizione umana sia della persona malata sia del professionista e a ridistribuire la responsabilità delle scelte evitando, per esempio, vissuti estremi di impotenza nell’una e di onnipotenza nell’altro.

Insieme alle caratteristiche della malattia (tipologia del tumore, localizzazione, estensione, aggressività dei trattamenti), al supporto sociale percepito dal paziente ed alle sue caratteristiche di personalità, la qualità della comunicazione con l’équipe di cura è tra i fattori che favoriscono l’adattamento della persona alla condizione di malattia. Già i primi contatti con il personale medico e le modalità con cui viene comunicata la diagnosi svolgono un ruolo fondamentale nel condizionare i livelli di distress della persona malata, la fiducia che riporrà negli operatori e la *compliance* alle terapie (Ong *et al.*, 1995; Steward, 1996; Bruera *et al.*, 2001).

Nell’ambito terapeutico l’atmosfera dell’incontro non è scontata, al contrario prende forma nel qui ed ora a partire dall’atteggiamento che assume il medico di fronte allo specifico individuo che sta incontrando; se vuole comprendere l’esperienza che questa specifica persona sta attraversando, il medico deve allargare il campo di osservazione e trasformarlo da lineare a circolare: non solo sintomo-diagnosi-terapia-guarigione, ma anche persona malata-curante ed il loro mondo intrapsichico, relazionale e culturale in continuo divenire.

I due attori², infatti, hanno un ruolo asimmetrico: da una parte, per la persona malata, l’imprescindibile necessità di essere curata, l’intensità e l’ambivalenza dello stato emotivo, la disagevole relazione con strutture sconosciute; dall’altra, per il medico, l’irrilevanza di curare proprio quella specifica persona, il relativo coinvolgimento emotivo nella situazione e quindi la possibilità del suo controllo e, infine, la pratica quotidiana con la

² Il termine “attore/attori” ricorre in diverse parti del testo con riferimento al concetto di “attorialità”, la quale è «l’aspetto manifesto della volontà di una persona. Quello precisamente per il quale un agente personale, autore delle sue opere, delle sue imprese, di tutto il suo agire e fare volontario, appare *attore* delle sue decisioni... dove non è inopportuna l’evocazione della scena pubblica, del contesto inevitabilmente sociale delle decisioni importanti di una vita umana» (De Monticelli, 2009, pag. 230).

struttura ospedaliera all'interno della quale il medico ha imparato a muoversi con estrema disinvoltura e nel cui ambito esprime la sua professionalità. In questo squilibrio, chiaramente favorevole alla posizione del curante, non solo i bisogni delle persone malate, ma la stessa qualità di vita dell'operatore richiedono l'acquisizione di competenze "altre" rispetto alla tradizionale "sapienza" fondata sul pensiero teorico e su verifiche legate alla logica formale ed alla sperimentazione scientifica. Si va evidenziando, oggi, in ambito sanitario la necessità di approfondire o acquisire competenze quali: stare in contatto con sé e con l'altro nelle reciproche connotazioni emozionali del "qui ed ora" della situazione data; ascoltare immedesimandosi; comunicare in modo adeguato allo specifico contesto; evitare, per sé e per l'altro, ansie anticipatorie; saper analizzare e comprendere il comportamento proprio e dell'altro nelle sue componenti istintuali ed emotive, oltre che cognitive, nelle loro infinite combinazioni. Occorre, pertanto, integrare alla conoscenza scientifica dei protocolli diagnostici e terapeutici la conoscenza fondata sul sentire relazionale ed inserire nella formazione degli operatori un'alfabetizzazione emozionale facendo propria l'espressione "nessuno può essere più intelligente di quanto le sue emozioni gli consentono".

Nell'incontro con la persona sofferente gli operatori, qualsiasi sia il campo di azione della loro professionalità, portano inevitabilmente non solo il loro sapere scientifico ma se stessi in quanto persone; ogni formazione alla relazione d'aiuto necessita, quindi, anche di una formazione personale tendente allo sviluppo della coscienza fenomenologica, intesa come capacità di sentire quello che si prova a "essere se stessi", la persona che si è nel qui ed ora del contesto dato. Questo tipo di formazione mira a sviluppare la naturale disposizione all'incontro con l'altro attraverso la pratica dialogica e l'empatia, in un contesto nel quale l'attenzione a ciò che avviene nella relazione, ai movimenti che abitano la distanza tra Io e Tu fonda la coscienza degli accadimenti psichici soggettivi, in sé e nell'altro (Callieri, 2001). Diventa allora necessario un contesto formativo che consenta al professionista di sperimentare il vissuto relato all'esperienza di "essere la persona che è" mentre sostiene l'altro nella medesima esperienza, senza sotterfugi, senza menzogne.

Soprattutto nella gestione dei momenti più critici del processo terapeutico (la comunicazione di diagnosi di cancro, di recidive, di progressioni metastatiche, fino alla sospensione delle cure specificatamente mirate alla guarigione), la capacità di strutturare una relazione emotivamente connotata assume un ruolo fondamentale nel creare un clima di reale accoglienza e sostegno che, tenendo conto delle peculiarità individuali di ogni attore coinvolto nel processo, sia di ampio e autentico supporto alla persona malata

nonché strumento per una forte alleanza, efficace anche ai fini terapeutici. Qualsiasi difficoltà nella comunicazione influisce in maniera sostanziale sulle scelte terapeutiche, sull'adesione ai trattamenti e, più in generale, sulle modalità di *coping* alla neoplasia (Crotti *et al.*, 2007; De Benedetta *et al.*, 2008; Turner *et al.*, 2007).

Una formazione “personale”, centrata sul processo comunicativo e relazionale, fa del medico oncologo un professionista di supporto ai vissuti emozionali che la malattia inevitabilmente porta con sé ed un esperto della relazione “medico-paziente” come modello di buona comunicazione, modello al quale la persona malata stessa può far riferimento nel difficile confronto con i familiari sulla propria condizione e sul procedere della malattia.

Per utilizzare una modalità comunicativa efficace a più livelli non è però sufficiente affidarsi al buon senso, occorre una formazione specifica, individuale e teorico-pratica con addestramenti finalizzati a prestare attenzione al proprio mondo interno, alle proprie emozioni o, meglio, alla “risonanza emotiva” suscitata dalla relazione con l'altro (Caruso *et al.*, 2005). Questo tipo di formazione richiede all'operatore la disponibilità a mettersi in gioco in prima persona, a mettere in discussione i propri comportamenti e atteggiamenti individuali, a sviluppare una maggiore consapevolezza dei propri vissuti e, soprattutto, delle proprie paure con disponibilità a una nuova analisi delle motivazioni che lo hanno portato a scegliere quella attività clinica. Da questo tipo di formazione nasce l'abitudine ad interrogarsi quotidianamente sullo scopo del proprio agire nel qui ed ora della situazione data, aprendosi ad una formazione permanente, alla disponibilità ad apprendere dall'esperienza tramite riflessioni personali e di équipe con modalità ispirate al metodo Balint (Balint, 1956).

Soprattutto in ambito oncologico, la formazione dovrebbe promuovere un'operatività che vada oltre agli interventi mirati alla guarigione, che vada alla ricerca di modalità personali di stare vicino all'altro senza evitare e senza invadere, senza essere intrusivo, ma anche senza farsi “risucchiare” dalla sofferenza e dalle pretese dell'altro che a volte si manifestano, soprattutto in situazioni di disperazione. In particolare, la capacità di gestire tali sentimenti permette di sviluppare una maggiore competenza nelle circostanze più difficili del rapporto medico-paziente, evitando di mettere inconsapevolmente in atto meccanismi di fuga ed evitamento volti a distanziarsi da situazioni complesse ed emotivamente implicanti.

Apprendere nuovi e più efficaci stili comunicativi significa sviluppare consapevolezza in relazione alle proprie modalità di rapportarsi all'altro nel contesto terapeutico, significa analizzare il proprio stile relazionale per andarne a verificare i punti di forza e i punti di debolezza, prendere coscienza della necessità di piccoli o grandi cambiamenti e sviluppare le motivazioni

e gli strumenti adatti per poterli mettere in pratica. Si promuove, così, lo sviluppo di una relazione affettivamente connotata intesa come spazio-tempo/campo di forze all'interno del quale è possibile esprimere, rendere cioè visibili, i contenuti del mondo interno e la loro peculiarità, luogo in cui è possibile aprirsi al nuovo che nasce dall'interazione, dalla trascendenza di due contingenze.

Nessuna formazione, tantomeno la formazione di professionisti già inseriti nel mondo del lavoro, può essere solo teorica, deve piuttosto trovare il suo fondamento in un insieme di pratiche e nella possibilità di un loro confronto, deve essere più simile ad una "iniziazione" accanto a colleghi "anziani" attraverso la condivisione sia di esperienze che del loro vissuto individuale in modo da agevolare il riconoscimento del mondo emotivo proprio e dell'altro implicato nella relazione terapeutica (Baiocchi e Toneguzzi, 1996). Nel contesto terapeutico occorre che alla linearità dell'atto medico, pur essenziale, si aggiunga la circolarità della relazione in un continuo sperimentarsi nella capacità di entrare ed uscire dal dubbio connaturato all'esistenza umana non solo in condizioni di malattia. Occorre acquisire la consapevolezza della parzialità del proprio punto di vista e della complessità globale dell'individuo e dei suoi processi. Occorre che la qualità della relazione sia considerata un elemento essenziale della cura (Marinelli, 1992; Fucci, 1996). Tali assunti rendono possibile la creazione di un contesto terapeutico che si caratterizzi come luogo di accoglienza e contenimento, all'interno del quale possa trovar posto da un lato una maggiore consapevolezza inerente l'*iter* diagnostico e terapeutico e le sue incerte possibilità, e dall'altro una maggiore predisposizione al contatto interpersonale. Sebbene il supporto psicologico specialistico possa essere effettuato esclusivamente dagli psicologi, dagli psicoterapeuti e dagli psichiatri, ogni operatore può essere in grado di offrire tempestivamente un *supporto di base alle problematiche emotive* che in ogni momento sottendono qualsiasi condizione di malessere.

In quest'ottica, sin dai primi incontri diagnostici, il rapporto medico-persona malata e/o familiare può essere caratterizzato dalla capacità del professionista di:

1. riconoscere in sé e nell'altro l'esistenza di bisogni e problemi, soprattutto di natura emotiva, anche se non espressi verbalmente;
2. agevolare la persona a divenire consapevole e ad esprimere le proprie emozioni ed i propri bisogni e desideri;
3. rispondere adeguatamente alle richieste di informazione ed alle esigenze emotive dell'altro per quanto di propria specifica competenza;
4. coordinarsi e confrontarsi in una *équipe* interdisciplinare formalmente ed informalmente;

5. effettuare adeguati invii ad altri professionisti.

Questo manuale si rivolge ai professionisti impegnati nella formazione sugli aspetti comunicativi e relazionali indirizzata ai medici che lavorano in ambito oncologico, e propone uno specifico percorso che i formatori possono seguire allo scopo di rendere la propria attività sempre più rispondente alle esigenze dei loro potenziali discenti.

Gli obiettivi specifici di questo percorso possono essere declinati come segue:

- sensibilizzare il medico rispetto alla rilevanza delle competenze comunicative e relazionali nella propria attività a contatto con la persona malata ed i suoi famigliari;
- offrire conoscenze sui principi e sulle tecniche per una comunicazione efficace;
- promuovere nel medico l'attenzione verso l'ascolto di sé e verso la conoscenza del proprio stile comunicativo nel rapporto con l'altro;
- proporre strumenti comunicativi specifici a seconda della fase di malattia e delle caratteristiche del contesto relazionale del sistema paziente-famiglia-curanti in ambito oncologico.

Il modello transteoretico sul cambiamento, elaborato da Prochaska e Di Clemente (1980), costituisce la guida nella strutturazione del percorso. Il modello prevede una sequenza temporale di stadi, sequenza che caratterizza il cambiamento come un processo dinamico, ma non necessariamente lineare (vedi tab. 1).

Il modello suggerisce che, prima di intraprendere effettivamente il cambiamento, l'individuo passi attraverso un crescente grado di disponibilità mediato anche da una continua valutazione dei costi e dei benefici.

Tale riflessione ben si inserisce all'interno di una proposta formativa indirizzata ai medici che lavorano in ambito oncologico i quali, formati all'obiettivo della guarigione e immersi in un lavoro quotidiano carico di pressanti e concrete esigenze, spesso non hanno gli strumenti per valutare l'importanza strategica, nella qualità di vita propria e dell'altro, del cambiamento che viene loro richiesto rispetto all'attuale modo di operare. Il modello risponde, inoltre, alle esigenze della formazione rivolta agli adulti, secondo cui è ben noto come nessun apprendimento sia effettivamente possibile in assenza di una motivazione intrinseca. Nel nostro caso la motivazione nasce da un graduale contatto con esperienze personali di disagio nel lavoro quotidiano confrontate con una graduale esperienza formativa che tende ad agevolare una ristrutturazione del campo cognitivo ed emotivo che permanga nel tempo (Bruscaglioni, 1997).

Tab. 1 – Stadi di cambiamento secondo il modello transteoretico (Prochaska, Di Clemente, 1980)

STADI DI CAMBIAMENTO	DESCRIZIONE
Precontemplazione	La persona non ha ancora preso in considerazione l'idea di cambiare, o non vuole o non se ne sente capace. Durante questa fase si incrementa la consapevolezza delle difficoltà insite nel mantenimento di un certo comportamento.
Contemplazione	La persona comincia a prendere consapevolezza delle carenze legate al perdurare di un certo comportamento e comincia a prendere in considerazione, seppure in maniera ambivalente ed incerta, possibilità di cambiamento .
Preparazione	La persona sta progettando di mettere in atto un cambiamento nel prossimo futuro ma sta ancora considerando cosa fare in concreto .
Azione	La persona comincia ad inserire nella pratica delle modifiche ai comportamenti che valuta disfunzionali, pur senza alcuna garanzia di stabilità.
Mantenimento	La persona lavora per stabilizzare i cambiamenti, perfezionarne le modifiche <i>in itinere</i> ed estenderli anche ad altri contesti.

L'intero percorso formativo si snoda attraverso una duplice prospettiva: da un lato la peculiarità delle diverse fasi di malattia e dall'altro lo sviluppo delle capacità comunicative e relazionali del medico. Ognuno dei primi sei capitoli del testo corrisponde ad un'unità formativa. Ognuna di esse propone indicazioni teoriche ed esperienze pratiche che vogliono essere una traccia, uno spunto di lavoro per sviluppare con i partecipanti riflessioni fondate sulle loro quotidiane difficoltà e necessità, nell'intento di aiutarli a muoversi con più agio nel delicato mondo della relazione medico-persona malata in ambito oncologico.

Le prime due unità (vedi capitoli 1 e 2) hanno l'obiettivo specifico di sottolineare la fondamentale importanza, all'interno del rapporto di cura, della pratica comunicativa in tutta la sua complessità ed evidenziano come le competenze necessarie non possano limitarsi alla spontaneità dell'operatore, seppur in una certa misura siano espressione di caratteristiche innate in ogni essere umano. Le due unità si soffermano sui principi e le pratiche di una buona comunicazione che sia veicolo non solo di informazione ma anche, e soprattutto, di messaggi affettivi e di supporto empatico. Comuni-

care in maniera empatica richiede attenzione all'ascolto prima di se stessi e poi dell'altro. Lo sviluppo di questa consapevolezza permette al medico di sintonizzarsi in uno stesso tempo sul sentire proprio ed altrui vivendoli come complementari (empatia) piuttosto che antinomici, trovando così le modalità più adeguate ed efficaci per trasmettere informazioni e vivere il rapporto di cura con la specifica persona nelle diverse e specifiche circostanze. La capacità di riconoscere la complessa articolazione del proprio mondo emotivo consente al curante di utilizzare le emozioni come efficace strumento di relazione, anziché viverle con disagio più o meno conscio allontanandole attraverso atteggiamenti di negazione o di fuga dai bisogni e dalle effettive richieste della persona malata. A questo riguardo le unità tre e quattro (vedi capitoli 3 e 4) propongono un progressivo addestramento alle capacità di auto-ascolto e di ascolto che, sebbene assolutamente necessarie in ogni momento del rapporto terapeutico, svolgono un ruolo fondamentale per l'instaurarsi di una relazione funzionale soprattutto nelle prime fasi, quando il medico deve comunicare la diagnosi di cancro e concordare con la persona un particolare percorso terapeutico.

L'unicità di ciascuna persona malata e la diversità delle singole situazioni richiedono al medico di saper gestire le emozioni proprie ed altrui in modi adeguati al "qui ed ora", alla specifica storia di malattia e, ancor più, di vita precedente l'insorgere della malattia stessa.

L'ascolto e lo sviluppo di una relazione autenticamente empatica sono i prodromi della possibilità di abitare la "distanza" emotiva, lo spazio che si crea tra curante e curato. Questo spazio è una distanza, un vuoto, ma un vuoto fertile se connotato dal reciproco sentire ed è qui che gli attori coinvolti mettono in gioco tutte le loro risorse e il loro esser-ci in vista di un'alleanza la cui componente essenziale è appunto la relazione. Una buona qualità di vita della persona malata richiede di affrontare insieme, quando si presentano, i momenti difficili del percorso terapeutico: l'insorgenza della malattia, l'insorgenza di metastasi, il finire della vita e il suo momento culminante, la morte.

Le unità cinque e sei (vedi capitoli 5 e 6) si pongono, quindi, l'obiettivo di offrire al formatore strumenti necessari per sollecitare nei discenti l'esperienza di essere in contatto con il vissuto emozionale della persona malata anche nei momenti in cui la scienza medica non può più sostenere la speranza di guarigione. Saper con-dividere l'angoscia di morte e sostenere l'altro con empatia e partecipazione è un dovere del medico che intenda la sua professione come un modo per prendersi cura della persona malata e non come un modo per curare solo la malattia. Questa competenza apre le porte ad un'insostituibile esperienza che consente di approfondire il personale senso della vita depurandolo dall'onnipotenza e dalle conseguenti fru-

strazioni e arricchendolo di com-passione, del senso del limite, in ultima analisi di profonda umanità.

Le modalità formative proposte sono principalmente esperienziali e prevedono che i partecipanti siano coinvolti non solo a livello cognitivo, ma anche e soprattutto a livello emozionale.

Creare uno spazio per confronti ed esperienze relative ai vissuti personali, e soprattutto al contatto con le emozioni che quotidianamente accompagnano chi lavora in ambito oncologico, è il passo fondamentale per promuovere la presa di coscienza del proprio fabbisogno formativo in questo campo, al fine di migliorare la propria qualità di vita prima ancora di quella della persona malata. Riconoscere ed esprimere in contesti “protetti”, come il gruppo di formazione, i processi emotivi relativi alla propria attività professionale permette al medico di sperimentarne nuove modalità di contenimento in vista di nuove modalità di relazione e di incontro con l’altro.

Come già più volte sottolineato, la direzione qui proposta nell’ampliamento delle competenze di chi lavora in ambito oncologico è quella di una maggiore consapevolezza del vissuto emozionale, del “sentire” su cui si fonda ogni comportamento umano. Malgrado uno stereotipo molto diffuso sostenga che “la sera tornando a casa bisogna saper lasciare fuori della porta le questioni di lavoro”, si sa che nella realtà così non è. Un professionista è *pur sempre* un essere umano in un continuo divenire, trasformato dalle esperienze di lavoro che momento dopo momento costituiscono la sua stessa esistenza. La possibilità di “tornare a casa” trasformato, contento o addolorato, ma in qualche modo sereno, dipende anche dall’attitudine ad elaborare gli eventi e soprattutto i loro correlati emozionali, nel momento del loro “farsi” e comunque in contesti adeguati, evitando di alimentare illusioni di onnipotenza e relative frustrazioni con conseguenti crisi depressive. È questo il senso di espressioni quali “benessere del curante”, “migliorare la qualità di vita del medico” e simili, così spesso utilizzate in tutto il testo.

Il lavoro in ambito oncologico, attraverso le tante e diverse condizioni umane con le quali il medico si confronta, può portare al burnout o aiutare a riflettere sul senso della vita e sul fatto che la morte le appartiene e non può quindi essere considerata l’esito del fallimento delle cure. Può essere offerto ai curanti, ma anche da loro creato, un contesto di lavoro adeguato per queste riflessioni attraverso la condivisione e l’elaborazione dei loro vissuti così complessi e spesso ambivalenti dal punto di vista emozionale. Può così acquistare un nuovo senso l’espressione “essere al servizio delle persone malate” e la vita professionale di ciascun operatore può avere una diversa rilevanza rispetto alla sua vita complessiva.

In una formazione così connotata, il baricentro del processo passa dal docente al discente, trasformando il primo in un facilitatore/animatore di

processo, oltre che esperto di contenuti. Il formatore ha fundamentalmente il compito di aiutare i partecipanti a riflettere sulle proprie esperienze rilevanti, a connotarle in termini emotivi ed a portarle in aula perché diventino patrimonio da condividere ed eventualmente da sperimentare attraverso comportamenti alternativi che consentano di incrementare la consapevolezza personale e di gruppo. Ogni partecipante è così una risorsa primaria per il processo formativo in quanto portatore di esperienze, difficoltà, vissuti, emozioni quotidiane con cui tutti i colleghi possono confrontarsi riconoscendo i propri stati d'animo, sperimentando indirettamente o direttamente alternative, prendendo in considerazione modi diversi attraverso i quali esprimere la propria "umana" professionalità nel rapporto con la persona malata.

2. Struttura del corso, metodologia e strumenti

2.1. Struttura

Il percorso formativo prevede un minimo di 24 ore complessive di attività. Al fine di tener conto delle esigenze e specificità dei diversi contesti in cui il percorso può essere realizzato, proponiamo una duplice possibilità di ripartizione del monte ore complessivo.

Nel primo caso le ore di formazione possono essere organizzate in 6 incontri settimanali della durata (minima) di 4 ore ciascuno, corrispondenti alle sei unità descritte nel manuale, per una durata complessiva di circa un mese e mezzo. In alternativa il percorso potrebbe essere articolato in (minimo) tre giornate intensive della durata di 8 ore ciascuna.

Dal monte ore sono escluse la presentazione del corso, la somministrazione dei questionari proposti ed eventuali valutazioni finali.

2.2. Metodologia

All'interno di ciascuna unità la parte relativa ai contenuti teorici è affiancata ad attività di tipo esperienziale. I discenti saranno invitati a partecipare e coinvolti, direttamente o indirettamente, in gruppi di lavoro volti a sollecitare una sempre maggiore attenzione verso gli aspetti emotivi dei propri vissuti, ad aumentare la consapevolezza di sé e del proprio essere in relazione con l'altro (persona malata, familiari, colleghi) e a sperimentare nuove modalità comunicative nella pratica professionale.