



OPEN  ACCESS

Difficult communication: a literature review on the communication of diagnosis in cancer consultations

Comunicazioni difficili: una bibliografia ragionata sulla comunicazione della diagnosi nelle visite oncologiche

Francesca Alby^{a,*}, Carmen Eboli^a

^a *Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza Università di Roma*

ARTICLE INFO

Submitted: 15 November 2016

Accepted: 15 December 2016

DOI: 10.4458/8043-06

ABSTRACT

Communicating the diagnosis to a cancer patient is critically related to health care: giving clear information helps patients to know, assess, and participate in decision-making about therapies. The aim of this review is to provide an overview of the literature on this relevant topic showing changes over time and considering different countries. All together the review depicts the communication of cancer diagnosis as an interactionally complex event that involves different actors (doctor, patient, family member), is influenced by several factors (at the individual, social, organizational, and cultural level), and requires doctors to deploy situated and personalized communicative abilities and practices.

Keywords: cancer; oncology; doctor-patient communication; bad news; diagnosis; medical visits.

RIASSUNTO

Comunicare la diagnosi ad una persona che si ammala di cancro, non è un aspetto marginale delle cure: fornire chiare informazioni aiuta i malati a conoscere, valutare e partecipare alle decisioni sulle terapie. Lo scopo di questa rassegna bibliografica è di fornire un quadro della letteratura su questo tema rilevante, ripercorrendone le evoluzioni nel tempo e prendendo in esame la situazione di diversi paesi.

Nell'insieme la rassegna mostra come la comunicazione della diagnosi oncologica sia un evento interattivo complesso che vede coinvolti attori diversi (medico, paziente, familiare), è influenzato da una molteplicità di fattori (individuali, sociali, organizzativi e culturali) e richiede ai medici la messa in campo di abilità e pratiche comunicative personalizzate e situate.

Parole chiave: cancro; oncologia; comunicazione medico-paziente; bad news; diagnosi; visite mediche.

*Corresponding author.

Francesca Alby

Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione

Sapienza Università di Roma

Via dei Marsi 78, 00185, Rome, Italy.

francesca.alby@uniroma1.it

(F. Alby).



RdP

Introduzione

La comunicazione medico-paziente è fondamentale per il buon esito delle cure e collegata a variabili quali la *compliance* del paziente e la sua soddisfazione rispetto alla visita complessiva (Coulter, Ellins, 2007). Questo tema ha ricevuto un'attenzione particolare in ambito oncologico, focalizzandosi specialmente sullo studio delle *bad news* (Baile et al. 2002; Costantini et al. 2009). Lo scopo di questa rassegna bibliografica è di fornire un quadro della letteratura sulla comunicazione della diagnosi oncologica ripercorrendone le evoluzioni nel tempo e prendendo in esame la situazione di diversi paesi.

Sapere o non-sapere: accesso alle informazioni e preferenze dei pazienti

In passato il rapporto medico-paziente era caratterizzato da un'etica medica paternalistica. Recentemente, anche grazie alle richieste espresse dai movimenti per i diritti dei malati (cfr. American Hospital Association, 1973), si è affermato il diritto del paziente ad essere informato e a partecipare alle decisioni terapeutiche che riguardano la sua salute. A questo proposito in Italia nel 2001 viene sancito l'obbligo a firmare un consenso informato rispetto alle cure. Tuttavia, in ambito oncologico, alcuni studi hanno mostrato che il fornire informazioni viene influenzato anche da vari fattori quali l'età, il genere e il livello di istruzione (Andruccioli e Raffaelli, 2005). In particolare risulterebbe che pazienti anziani (Montrone, 2004) e di genere maschile conoscano meno la propria diagnosi e prognosi (Nord, 2003, Chochinov, 2000), mentre i pazienti consapevoli della propria diagnosi risulterebbero costituiti, soprattutto, da persone più giovani (Montrone 2004), con livelli educativi più elevati (Iconomou, 2002) e di genere femminile (Pronzato, 1994; Helft 2013).

Oltre che da fattori socio-demografici, le pratiche comunicative risultano influenzate da fattori socio-culturali, dando luogo a situazioni molto diverse nelle varie aree del mondo (cfr. Laser e Strauss, 1965; Delvecchio, Good, Schaffer, Lind, 1990; Mystakidou, Parpa, Tsilila, Katsouda, Vlahos 2004; Shahidi). Ad esempio nel 2000 in Inghilterra tutti i pazienti conoscevano la propria diagnosi (Leydon et al., 2000) così come ne era informato il 73.5 % dei pazienti canadesi (Chochinov, 2000). Negli Stati Uniti è stata, fin dagli anni sessanta, convinzione diffusa ritenere che i pazienti debbano essere informati e debbano comprendere cosa stia succedendo alla loro salute, in modo da poter partecipare alle decisioni sui trattamenti (Parker, 2002; Helft, 2003; Gattellari et al. 2001; Hagerty et al. 2005). In altri paesi l'evoluzione è stata molto più graduale, ad esempio in Spagna negli anni novanta il 68% dei pazienti risultava ignaro della diagnosi e il 42% di essi non desiderava saperlo (Centeno-Cortes e Nun-Olarte, 1994). Uno studio svolto in India mostra un andamento addirittura opposto, con un incremento della percentuale delle persone non informate nel corso del tempo: alla fine degli anni novanta il 33% dei pazienti era non consapevole della propria diagnosi di cancro (Alexander et al., 1993) mentre nel 1998 la percentuale registrata da Chandra (1998) era aumentata al 46%. Nel 2002 solo il 37% dei pazienti di nazionalità greca era consapevole della propria patologia (Iconomou, 2002) mentre, nello stesso periodo, in Turchia la percentuale di pazienti ignari era del 44% (Bozuck, 2002; Atesci, 2004). In Palestina, un recente studio ha evidenziato che il 67% delle donne con neoplasia mammaria ha ricevuto la comunicazione della propria diagnosi solo dopo che questa era stata comunicata ai familiari. Inoltre solo il 19% delle donne è stato informato dai familiari stessi mentre il 14% non ha avuto nessuna informazione (Almuhtaseb, 2017); lo studio analizza tale risultato alla luce di pratiche sociali e culturali che collegano la comunicazione della diagnosi al ruolo delle donne nella famiglia e nella società palestinese. L'Italia, partita negli anni novanta da percentuali simili a quelle della Spagna, si è negli ultimi anni attestata su valori più alti (80%), pur conservando un divario fra il nord e il sud del paese (Repetto, Piselli, Locatelli, 2009; Marzano 2009).

Parallelamente ai fattori demografici, la distinzione fra sapere e non sapere dipende anche dalle preferenze dello stesso paziente. In alcune indagini il 52% degli intervistati ha risposto di non voler conoscere la diagnosi relativa ad una malattia grave (Toscani et al., 1990; Mizushima et al., 1990). Weisman e Worden (1976) mostrano che il 10% di pazienti, pur essendo stato informato della diagnosi di cancro, sosteneva, a distanza di una settimana, di non conoscere la propria diagnosi. Una rassegna sistematica della letteratura (Fujimiri, Uchitomi, 2008) che ha preso in considerazione i database Medline e PsychInfo, focalizzandosi prevalentemente su contesti occidentali, ha rilevato che le preferenze del paziente sulla comunicazione delle *bad news* sono influenzate da quattro fattori principali: ambiente, modalità di comunicare le cattive notizie, informazioni fornite dal medico e supporto emotivo (cfr. Holland e Almanza, 1999). Parallelamente un altro studio condotto da Leydon et al. (2000) rileva che c'è un'ampia percentuale (oltre il 50%) che desidera essere informato sulle condizioni della propria salute e sulle aspettative di vita. In linea con tale ricerca, uno studio recente sulla comunicazione di diagnosi di tumore nei pazienti, svolto presso un grande ospedale del Centro Italia, ha evidenziato che il 67% di pazienti con prima diagnosi e l'80% con progressione di malattia ritengono fondamentale conoscere la propria diagnosi e partecipare alla decisione sulle terapie da intraprendere (Eboli, 2016; Alby e Eboli, in prep.). Altre ricerche, svolte in paesi occidentali, hanno mostrato una maggiore disponibilità, tra il 70% e il 90%, da parte dell'intervistato circa la possibilità di essere messo a conoscenza di una diagnosi di tumore (Kai et al., 1993; Cassileth, Zupkis, 1980; Blanchard et al., 1988).

Questi risultati, in sintesi, mostrano come ci siano alcuni pazienti che, pur essendo stati informati, rifiutino di sapere -o quantomeno abbiano bisogno di tempo per recepire la notizia- a fronte di una più ampia parte di pazienti che preferisce, invece, conoscere subito la propria diagnosi.

Il ruolo dei familiari

Un'analisi della letteratura mostra che i familiari hanno un ruolo di mediazione importante rispetto alla comunicazione della diagnosi di cancro. Uno studio di Eggly (2006) ha evidenziato che l'86% di familiari era presente nelle visite e ponevano significativamente più domande rispetto agli stessi pazienti, soprattutto se anziani. Diversi contributi di stampo interazionista hanno mostrato come l'interazione medico-paziente nella visita sia piuttosto un'interazione *multi-party*, in cui il contributo dell'accompagnatore alla realizzazione delle attività in corso è sostanziale (cfr. Stivers e Heritage, 2001; Alby et al., 2015; Zucchermaglio et al., 2016). Altri studi mostrano come, in alcuni casi, la diagnosi sia comunicata ad un familiare piuttosto che al paziente. In uno studio realizzato nel contesto italiano da Tamburini et al. (1988), sull'orientamento dei medici riguardo al "dire la verità" ad un malato oncologico, circa il 90% degli intervistati ritiene che sia meglio decidere con i familiari cosa comunicare al malato di cancro, mentre il 50% ritiene negativo, su un piano psicologico, comunicare al malato una prognosi sfavorevole. Tale ricerca è stata svolta circa trent'anni fa ma da allora la situazione italiana sulle pratiche di comunicazione, come detto prima, è cambiata. In un'indagine svolta sempre in Italia negli anni novanta sui parenti di pazienti con tumore polmonare, è emerso che nell'82% dei casi al paziente non era stata comunicata la diagnosi di cui, invece, i familiari erano a conoscenza (Costantini et al., 1992). Parallelamente in una ricerca spagnola, il 73% dei familiari di malati terminali ha risposto negativamente circa la possibilità che il malato dovesse essere informato della diagnosi (Espinosa et al. 1993). Questi dati sono stati sostanzialmente confermati da un'indagine (Morasso et al., 1998) svolta su malati terminali entrati in assistenza presso la Ryder Italia (associazione di assistenza domiciliare), dove il 65.2% dei pazienti, non era, al momento dell'ammissione, a conoscenza della diagnosi, mentre al 34% dei pazienti "informati" sono state fornite informazioni false o parziali (da medici curanti e dai familiari). Uno studio recente svolto in un grande ospedale nel centro Italia mostra una situazione in evoluzione, con percentuali più basse ma comunque rilevanti: risulterebbe infatti che il 27% dei

pazienti non ha ricevuto una comunicazione diretta ma filtrata dai propri familiari (Eboli, 2016; Alby e Eboli, in prep.).

Strategie e pratiche comunicative del medico

Anche le modalità comunicative dei medici sono cambiate nel corso degli anni, allontanandosi da un approccio paternalistico e di “dominanza medica” (Freidson, 1970, trad. it. 2002). Negli anni sessanta Okem et al. (1961) evidenziavano come circa il 90% dei medici dichiarasse che, in caso di diagnosi di cancro, preferiva non informare il paziente, e come una maggioranza dei medici esprimesse una sostanziale contrarietà all’idea di comunicare con franchezza al paziente la diagnosi di cancro.

Dagli anni '70, a partire dagli Stati Uniti, si assiste ad un graduale cambiamento di prospettiva. Nel 1970 solo il 9% dei medici americani interpellati non informava il paziente (Friedman, 1970), mentre alla fine degli stessi anni, quasi nessun medico (3%) nascondeva la diagnosi al paziente (Novak, 1977). In Italia, e più in generale all'interno della cultura sud-europea, la trasformazione è avvenuta più lentamente. Uno studio di Santuosso e Tamburini, ha evidenziato come nel 1990 raramente i medici informassero i pazienti circa una diagnosi di cancro e quasi mai della prognosi quando questa fosse sfavorevole (Santuosso, Tamburini, 1990; Holland et al. 1987; Datanalysis, 2003). Lo stesso Tamburini, nella ricerca esposta precedentemente, nell’ambito del ruolo dei familiari, mostra che circa il 90% dei medici intervistati preferiva decidere con i familiari che cosa comunicare al malato di tumore, mentre il 50% riteneva negativo, su un piano psicologico, comunicare al malato oncologico una prognosi sfavorevole (Tamburini et al. 1988). Uno studio di Grassi del 2010, mostra come seppur il 45% dei medici fosse concorde a comunicare la diagnosi, solo il 25% di essi applicava quanto detto alla pratica. Uno studio più recente di Repetti e Locatelli (2013) ha evidenziato che la variabilità della divulgazione delle *bad news* in oncologia, è legata non solo all’età del paziente, ma anche all’età e al genere dei medici e all’area geografica in cui operano. In questa ricerca, infatti, il 68% dei medici che preferiva non comunicare *bad news* erano uomini, lavoravano nel Sud dell’Italia ed erano significativamente più anziani. L’84% dei medici del campione nazionale considerava la famiglia come un ostacolo per la comunicazione diretta con pazienti anziani, mentre il 37,5% dei medici di sesso femminile parlava direttamente prima con la famiglia.

Oltre all’età dei medici anche l’età dei pazienti, secondo degli studi di Eva (2002), influenza l’interazione medico-paziente: medici anziani tendono a confortare e svolgere un ruolo “genitoriale” nei confronti di pazienti più giovani (Thom, 2001). Dinanzi a tali dati, alcuni autori hanno cercato di capire il perché della resistenza del medico. È emerso che alcuni medici trovano stressante comunicare questo tipo di notizie (Buckman, 1992) ed evitano di parlare di aspetti prognostici per proteggersi da potenziali discussioni emotivamente difficili con i pazienti (Beach et al. 2005; Ptacek & McIntosh 2009; Di Leo et al. 2011; Prouty, Mazor et al. 2014). Altri medici dubitano delle loro conoscenze in materia e della loro abilità di comunicare in modo adeguato notizie diagnostiche infauste (Furber et al. 2011; Del Vento, Bavelas, Healing e colleghi, 2009). Altri ancora sembrano non riuscire a cambiare il loro stile comunicativo e adattarlo alle esigenze del paziente (Tate, 2010). Tra le altre difficoltà sono citate la mancanza di tempo e di formazione specifica, fattori emotivi, quali la paura di vivere angosce e sentimenti di impotenza, senso di colpa ed esperienze personali negative (Vegni, 2005; Dosanjh et al., 2001; Supe, 2011).

Altri studi evidenziano, invece, come i medici possano tendere a sottostimare il desiderio d’informazione dei pazienti nel 65% dei colloqui (Waitzkin, 1984) o a ritenere che i pazienti con un livello d’istruzione medio - alto abbiano già delle informazioni mediche di base, dedicando così meno tempo nella visita a fornire loro informazioni sulla diagnosi (Al-Shadli et

al, 2001; Duran-Tauleria & Rona, 1999; Gergen, 1996; Mitchell, Stewart, Pattenmore, e Asher, 1989).

Il ruolo del dominio di pratica oncologica e del contesto organizzativo

Altri studi si sono soffermati, invece, sull'influenza di altri fattori che non riguardano la figura del medico ma che sono intrinseci al dominio di pratica oncologica, al caso clinico in questione, a esigenze organizzative. Ne elenchiamo i principali:

- *Incertezza della diagnosi.* L'incertezza diagnostica risulta essere piuttosto frequente in oncologia, almeno in alcune fasi del percorso di cura. Studi recenti, (Alby, Zucchermaglio e Fatigante, 2016; Fatigante, Alby, Zucchermaglio, Baruzzo 2016) hanno mostrato come l'incertezza della diagnosi (necessità di ulteriori esami o tumori rari) venga gestita dal medico nella visita attraverso pratiche comunicative specifiche, quali alternare una cattiva notizia (incerta) ad una buona notizia (certa), anticipare possibili scenari alternativi, anticipare i risultati sulla base delle evidenze disponibili e della pregressa esperienza del medico con simili casi. Attraverso queste modalità comunicative il medico non nasconde al paziente l'incertezza ma allo stesso tempo la riduce, circoscrivendo, fra i tanti, gli scenari possibili e probabili.

- *Rischio clinico.* Un altro studio (Alby, Fatigante, Zucchermaglio, in press) ha mostrato come il medico adotti pratiche comunicative diverse in considerazione del diverso livello di rischio della malattia: i pazienti ad alto rischio ricevono una maggiore pressione durante la visita verso la scelta terapeutica ritenuta migliore per la loro salute ma hanno una maggiore opportunità di coinvolgimento nel processo decisionale sul trattamento; i pazienti a basso rischio, invece, sono lasciati più liberi e autonomi nella decisione sulle terapie ma sono anche meno coinvolti nel processo decisionale sul trattamento durante la visita.

- *Pressione temporale.* Roberti (2006), in linea con le linee guida SPIKES (Buckman, Baile, 2000) ha evidenziato come il dedicare maggior tempo alla comunicazione consente al medico di: raccogliere informazioni quantitativamente e qualitativamente sufficienti per una corretta relazione terapeutica, ridurre la possibilità di errori e offrire al paziente la sensazione di essere preso in considerazione. Secondo uno studio di Langewitz (2002) è emerso che il medico interrompe, spesso, il resoconto del paziente sui propri sintomi prima che questi abbia finito.

In un recente studio svolto in un ospedale di medie dimensioni nel Centro Italia (Zucchermaglio et al. 2016; Fatigante et al. 2016) si è rilevato che il tempo medio di durata delle visite oncologiche era pari a ventitré minuti e trenta secondi circa. Un tempo maggiore di quello registrato per le visite dal medico di base ma piuttosto limitato se si considera le attività coinvolte in una prima visita oncologica e la complessità e delicatezza delle informazioni da condividere (Deveugele et al., 2002). Lo stesso studio ha evidenziato come il numero di assistiti presi in carico e di visite condotte da ciascun medico fosse considerevole: ad esempio il solo responsabile del reparto ha incontrato 440 nuovi pazienti solo nel corso del 2015.

I rischi di un ritmo troppo serrato nelle visite mediche sono stati evidenziati da una ricerca di Cua (2008) che mostra come siano possibili errori di assunzione dei farmaci da parte del paziente a causa dalle numerose informazioni fornite dal medico in un arco temporale limitato. Nel complesso questi studi sottolineano l'importanza di analizzare le pratiche comunicative in modo "situato", considerando le caratteristiche e i vincoli del dominio di pratica medica e degli specifici contesti organizzativi.

Conclusioni

La rassegna della letteratura ha mostrato, a livello internazionale, un *trend* di crescita sia nel fornire informazioni diagnostiche (da parte dei medici), sia nel desiderio di informazione dei pazienti. Allo stesso tempo si registrano casi in cui la comunicazione non avviene o è indiretta o è rifiutata dal paziente. Le ricerche mostrano, infatti, l'influenza di un complesso

intreccio di fattori (individuali, sociali, organizzativi e culturali) che coinvolgono diversi attori (medico, paziente, familiare) dentro contesti diversi, sia 'macro' -quali il paese e la cultura di appartenenza- sia 'micro' -quali i vari casi clinici, le visite e gli ambulatori specifici.

Nell'insieme la letteratura mostra, inoltre, come la comunicazione della diagnosi oncologica sia un evento interattivo delicato e difficile, che richiede la messa in campo di abilità e pratiche comunicative per le quali raramente i medici hanno ricevuto una formazione specifica.

Riferimenti bibliografici

- Alby, F., Zucchermaglio, C. & Fatigante, M. (2016). Communicating uncertain news in cancer consultations. *Journal of Cancer Education*. DOI: 10.1007/s13187-016-1070-x.
- Alby, F., Baruzzo, M., Fatigante M. & Zucchermaglio C. (2015). Diverse prospettive di oncologo e paziente nell'anamnesi e lo sviluppo di una comprensione condivisa. *Salute e Società*, 2, pp.37-59.
- Alby, F., Fatigante, M. & Zucchermaglio C. (in stampa). Managing risk, providing evidence: communication practices and treatment decision making in cancer consultations. *Sociology of Health and Illness*.
- Alexander, M.J., Stewart, A.I.F., Solomon, S.C. & Bougher, S.W. (1993). Local time asymmetries in the Venus thermosphere. *Journal of Geophysical Research* 98: doi: 10.1029/93JE00538.
- Almuhtaseb, M. I. A. (2017). *Communicating breast cancer diagnosis in Palestine: a multi-method qualitative study of patients' and doctors' practices*. Unpublished doctoral dissertation, Sapienza Università di Roma.
- Anderlik, MR, Pentz RD. & Hess KR (2000). Revisiting the truth-telling debate: a study of disclosure practices at a major cancer center. *J Clin Ethics*, 11:251–259.4.
- Andruccioli, J. & Raffaelli, W. (2005). La consapevolezza di malattia nel paziente oncologico. *La Rivista di Cure Palliative*, Vol 3, pp. 41-50.
- Baile, W. Lenzi, R. & Parker, PA. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *Journal Clinical Oncology*, Vol. 20(8) pp. 2189-2196.
- Bozuk, H., Erdogan, V. et al (2002). Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life? *Support Care Cancer* 2002; 10:51-7.
- Brown, V., Parker, P., Furber, L. & Thomas, A.L. (2011). Patient preferences for the delivery of bad news. The experience of a UK cancer centre. *European Journal of Cancer Care* 20, 56–61.
- Buckman, B. (1992). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. United States of America, on acid-free paper.
- Butow, PN., Kazemi JN, Beeney LJ, et al (1996). When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer*, 77, 2630-7.
- Centeno Cortes, C. & Nunez- Olarte J.M. (1994). Questioning diagnosis disclosures in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients responses. *Palliat Med* 8, 39-44.
- Chan, T. M. Wallner, C. Woboda, T, Leone, K. & Kessler, C. (2012). Assessing Interpersonal and Communication Skills in Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, Vol. 19 (12). pp. 1390- 1402.
- Chandra, P.S., Chaturvedi, S., Kumar, A., Subbakrishana, D.K, Channabasavanna, S.M. & Anantha, N. (1998). Awareness of diagnosis and psychiatric morbidity among cancer patients - a study from South India. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 45 (3). PP. 257-261.

- Chochinov, HM., Tataryn, DJ, Wilson, KG et al. (2000). Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics*, 41(6): 500-04.
- Costantini, A., Baile, W. F., Lenzi, R., Costantini, M., Ziparo, V., Marchetti, P., & Grassi, L. (2009). Overcoming cultural barriers to giving bad news: feasibility of training to promote truth-telling to cancer patients. *Journal of Cancer Education*, 24(3), 180-185.
- Costantini, A., De Marinis, F., Nosedà, M., Fusillo, L. & Pallotta, G. (1992). La famiglia del paziente con cancro polmonare: indagine psicologica preliminare all'istituzione di assistenza domiciliare. *Annali dell'Istituto Forlanini*, 12, pp.276-82.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *Bmj*, 335(7609), 24-27.
- Deveugele, M., et al., (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325(7362): 472.
- Edwards, B. & Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families. The influence of family functioning and patients illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-Oncology* 13, 562–576.
- Eggly, S., Penner, L., Albrecht, TL., et al. (2006). Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: Rethinking current communication guidelines. *J Clin Oncol* 24: 716.
- Espinosa, E., Baron, G.M. & Poveda, J. (1993). The information given to the terminal patient with cancer. *European Jour. of Cancer*, 29A, pp. 1795-1796.
- Fatigante, M., Alby, F., Zucchermaglio, C. & Baruzzo, M. (2016). Formulating treatment recommendation as a logical consequence of the diagnosis in post-surgical oncological visits. *Patient Educ. Couns.* 99, 878–887.
- Freidson, E. (1974). *Professional Dominance: the Social Structure of Medical Care*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Friedman, D. (1970). Physician management of dying patients: an exploration. *Psychiatric Medicine*, 1, 1970, pp.295-305.
- Fujimori, M. & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, Vol. 39(4). pp. 201-16.
- Furber, F., Murphy, R. & Steward, W. (2013). Investigating communication in cancer consultations: what can be learned from doctor and patient accounts of their experience? *European Journal of Cancer Care* 22, 653–662.
- Gattellari, M., Butowa, PM. & Tattersalla, M. (2001). Sharing decisions in cancer care. *Social Science & Medicine*, Vol. 52. pp. 1865-1878.
- Grassi, L., Giralì, T., Messina, EG., Magnani, K., Valle, E. & Cartei, G. (2000). Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer* 8:40–45.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N. Ellis, P. M. Dimitry, S. & Tattersall, M. H. N. (2005). Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Annals of Oncology*, Vol. 16. pp. 1005-1053.
- Iconomou, G., Viha, A., Koutra, A. et al. (2002). Information needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: a report from Greece. *Palliat Med*, 16(4): 315-21.
- Kai, I., Ohi, G., Yano, E., et al. (1993). Communication between patient and physician about terminal care: a survey in Japan. *Social Science in Medicine*, 36, pp. 1151-1159.
- Leydon, GM., Boulton, M., Moynihan, C. et al. (2000). Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMG*, 320(7239):909-13.

- Mauri, E., Vegni, E., Lozza, E., Parker, P.A. & Moja, E.A. (2009). An exploratory study on the Italian patients' preferences regarding how they would like to be told about their cancer. *Support Care Cancer*, Vol. 17. pp. 23-30.
- Montrone, V. et al. (2004). Proposta di una scala di valutazione dello stato di consapevolezza della propria malattia per i pazienti neoplastici. *Mo.Lo.Ru. It J Pain Manage e Palliat Care*, 2(3): 6-15.
- Morasso, G. (1998). *Cancro: curare i bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma.*
- Nord, C., Mykletun, A. & Fossa, S.D. (2003). Cancer patients' awareness about their diagnosis: a population-based study. *J Public Health Med* ; 25(4):313-17.
- Novack, D.H., Plumer, R., Smith, R.L., Ochitill, H., et al. (1977). Changes in physician attitudes toward telling the cancer patient. *Jour of the American Medical Assoc.*, 241, pp. 897-900.
- Pronzato, P. (2006). Cancer-Related Anaemia Management in The 21st Century. *Cancer Treatment Reviews*, 32, 1-3.
- their diagnosis: a population-based study. *J Public Health Med* 2003 Dec; 25(4): 313-17.
- Nord C, Mykletun A, Fossa SD. Cancer patients' awareness about their diagnosis: a population-based study. *J Public Health Med* 2003 Dec; 25(4): 313-17.
- Ptacek, J.T. & McIntosh, E.G. (2009). Physician challenges in communicating bad news. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 32(4). pp. 380-7.
- Repetto, L., Piselli, P., Raffaele, M. & Locatelli, C., (2009). Communicating cancer diagnosis and prognosis: when the target is the elderly patient-a GIOGer study. *European Journal of Cancer* 45 (3), 374-383.
- Roberti, A., Belotti, C. & Caterino, L. (2006). Comunicazione medico-paziente. La comunicazione come strumento di lavoro del medico. *Medicina e salute.*
- Santosuosso, A. & Tamburini, M. (1990). Dire la verità al paziente. Alcuni motivi psicologici e giuridici. *Federazione Medica*, XLIII, p. 503.
- Stivers, T., & Heritage, J. (2001). Breaking the sequential mould: Answering «more than the question» during comprehensive history taking. *Text-Interdisciplinary.*
- The Italian Group for the Evaluation of Outcomes in Oncology (IGEO) (1999). Awareness of disease among Italian cancer patients: is there a need for further improvement in patient information? *Ann Oncol.*, 10(9): 1095-100.
- Journal for the Study of Discourse*, 21(1-2), 151–185.
- Vegni, E., Mauri, E. & Moja (2005). Stories from doctors of patients with pain. A qualitative research on the physicians perspective. *Support Care Cancer*, 13:18–25 DOI 10.1007/s00520-004-07142.
- Vincent, J.L. (1998). Information in the ICU: are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire. *Intensive Care Med*, 24:1251–1256. doi:10.1007/s001340050758.
- Waitzkin, H. (1984). Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA*, 252(17):2441-6.
- Weisman, A. & Worden J. (1976). The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 7, 1976-77, pp. 1-15.
- Zucchermaglio, C., Alby, F. & Fatigante, M. (2016). What counts as illness? Anamnesis as a collaborative activity, [Special Issue]. *Communication and Social Interaction in medical contexts*, Vol. 23.
- Articolo spedito il 15 Novembre 2016; Revisioni del 09 Dicembre 2016; Accettato il 15 Dicembre 2016.*
DOI:10.4458/8043-06