

# Suono e silenzio: Come affrontare la comunicazione in senologia

A CURA DI: MANUEL KATZ

■ Suono e Silenzio [www.suonoesilenzio.it](http://www.suonoesilenzio.it)  
Responsabile Settore Psiconcologia  
Istituto Scientifico Prevenzione Oncologica (FI)

**L**a paziente: “No, non può essere. Mi DEVE dire che va tutto bene, che la bestia non è tornata. Non ce la farei a riaffrontare tutto. Oddio, gli occhi dei bambini. E un altro sfregio, il dolore. No. Mi dirà che va tutto bene, e forse smetterò di avere solo voglia di starmene chiusa in casa. Non posso morire, ho paura. Ma adesso i capelli stanno ricrescendo, forse Antonio, ricomincerà a desiderarmi. E io? Potrò ricominciare a guardarmi allo specchio? E ora viene anche l'estate! Ma quei marcatori perché si sono alzati? Devo sapere.

Ma perché non arriva? Cosa vorrà dire questo ritardo? Smettila di tremare così-. Ti dirà che va tutto bene. Il funerale. Tanta gente. I capelli che restano sul cuscino. No. La nausea, e la spossatezza. Chiedere di nuovo a Antonio di cucinare quando torna dal lavoro. Stupida donna inutile, dai solo fastidio! Ma mi dirà la verità? Ma sarà uno di cui mi posso fidare? Forse dovrei andare a Milano. Anna mi ha detto che a lei l'hanno trattata meglio. Dio speriamo che oggi mi dica che c'è speranza; almeno 5,6 anni, quando Iacopo finirà le medie. Sennò meglio morire lì, subito, sprofondare in un buco per terra.

Mi piacerebbe comprarmi quel vestito rosso che ho visto sulla rivista in sala d'aspetto. Per la primavera. Dovrebbe avere lo scollo giusto. Ah, eccolo che arriva, che vorrà dire quel sorriso? Pietà o buone notizie? Non mi dire che risponde al telefonino? Ma non vede come lo sto aspettando?”

**Il medico:** “Ma proprio oggi mi si doveva scaricare la batteria della macchina? C'è quella poverina che aspetta e ho già 20 minuti di ritardo. Come glielo dico? È una brava donna, simpatica, e il marito poi, assomiglia un pò a zio Giovanni. E subito dopo c'è la signora Rossi. Meglio non pensarci, domani vado al mare, per fortuna! Mi sa che andremo a mangiare in quel ristorante dell'altra volta. Che spigola! Brutte quelle metastasi epatiche. Vabbè mica gliela devo mettere troppo tragica, tutta in una volta. Poi si mette a piangere e io che faccio? Mi sembra di

ricordare che ha anche due o tre bambini. No, io oggi resto sul vago, così forse la digerisce meglio. Anche il marito mi sembra che preferisca non saperla tutta, è un pò iracondo, come zio Giovanni. E' capace che si mette a urlare. Poveretti. Questa è un'altra che mi vedrò sparire entro poco. Vabbè vai, entriamo e togliamoci stò dente, che c'è già la Rossi che sta arrivando. E poi la riunione e due consulenze in chirurgia. Oggi non posso fare le 8 come ieri. Abbiamo gente a cena e devo fare a tempo a ritirare la macchina dal meccanico. E la mamma ieri l'ho vista proprio maluccio. Uffa, sto cellulare suona sempre al momento sbagliato”

## Il protocollo

Il disagio dei pazienti oncologici è frequente e spesso non riconosciuto dal medico che ha difficoltà a creare situazioni nelle quali la paziente si senta in grado di esprimerlo.<sup>1,2</sup> L'impossibilità di farlo aumenta la sofferenza del paziente e mina la relazione con il medico, la cui capacità di identificare il malessere delle pazienti è, in maniera non sorprendente, severamente sub ottimale.<sup>3</sup> Per ovviare a questa situazione sono stati sviluppati protocolli di comunicazione che sono divenuti la base di corsi formativi finalizzati ad acquisire le “communication skills” necessarie. Si tratta di abilità diverse da quelle indispensabili per l'intervista clinica perché ci muoviamo in un terreno “ad alto contenuto emotivo”, e nel bene e nel male, l'emotività ha le sue leggi...

Questi protocolli<sup>4,5</sup>, generalmente suddivisi in sei fasi, danno indicazioni concrete e precise al clinico su come gestire in maniera sistematica e professionale le varie fasi del colloquio. Tramite le videoregistrazioni di colloqui con pazienti o con attori nel ruolo di pazienti, e la successiva codifica dei filmati da parte di osservatori esterni, si è creata la possibilità di dare indicazioni sempre più specifiche su quali comportamenti aiutino la paziente a condividere le sue necessità e quali invece ostacolano la relazione medico paziente. In tal modo la letteratura può offrire indicazioni dettagliate su come comportarsi nelle varie situazioni che si creano nel colloquio clinico.

Analizziamo nel dettaglio il protocollo base del colloquio clinico finalizzato a dare brutte notizie, generalmente suddiviso in sei fasi.

La prima fase è quella della creazione del setting, dell'ambien-

te adatto. Il medico dovrà avere un luogo adatto dove parlare con la paziente in intimità, senza intrusioni e senza interruzioni, e tempo disponibile e dedicato all'incontro. Gli converrà informarsi, per quanto possibile, dei dettagli clinici prima di far entrare la paziente, ed evitare di leggere la cartella mentre la paziente gli è seduta di fronte scrutando ogni sua micro espressione. Qui il medico si presenta e chiede alla paziente se desidera che ci sia qualcun altro presente al colloquio. In questa fase il medico si prepara, concretamente e interiormente a quello che per lui, pur essendo un atto professionale di routine, è non di meno una significativa fonte di stress psicofisico<sup>6-10</sup>. In termini psicologici in questa fase si crea il "campo della relazione".

**La seconda fase** dell'incontro è quella in cui il medico domanda e ascolta per farsi un'idea più precisa possibile di quello che la paziente già sa\immagina\teme della sua situazione e dello scopo del colloquio.

Qui c'è la verifica di quali la paziente crede che siano gli obiettivi del trattamento, cosa le è stato detto da altri medici, colleghi conoscenti amici, che informazioni ha recepito da Internet o altre fonti? **La fase tre**, un vero e proprio spartiacque del rapporto, è quella in cui il medico esplora le preferenze della paziente rispetto a quanto vuole sapere della situazione e, così facendo, stabilisce un contratto esplicito sulle "regole del gioco" della relazione.

Qui l'enfasi viene posta sul chiedere esplicitamente invece che basarsi sulle interpretazioni dei comportamenti verbali e non della paziente. Poco affidabili sono le estrapolazioni del medico al riguardo anche perché questa è una fase estremamente delicata: facilmente si ricevono messaggi contraddittori dalla paziente che è spesso ambivalente su quanto vuole sapere. *E a volte, come nel nostro esempio iniziale, anche il medico può essere ambivalente su quanto vuole dire.* Per evitare malintesi la regola migliore è di chiedere apertamente alla paziente come vuole che si comporti il suo medico. Si instaura così una relazione paritaria, in cui viene tutelato il diritto della paziente di essere riconosciuta come individuo unico, in grado di scegliere se sapere o non sapere. Importante è ricordare che in momenti diversi le preferenze dei pazienti possono cambiare e quindi è opportuno rifare questa verifica durante la traiettoria della

malattia. In questa fase, si chiede al medico di rinunciare alla sua politica standardizzata e di fare invece uno sforzo cosciente e volontario per adattare il comportamento alle richieste esplicitate dalla paziente. La quasi totalità delle persone, se interpellate al riguardo diranno, soprattutto negli stadi iniziali della malattia, che vogliono sapere. E' nondimeno fondamentale legittimare e rispettare il desiderio della persona di non ricevere informazioni.

La fase tre è quella che permette di mettere chiarezza e dignità all'interno del rapporto. Questo protegge anche il medico togliendolo da un ruolo paternalistico e dai pesi psicologici che questo ruolo porta con sé. **Nella fase quattro**, alla luce dei presupposti stabiliti, si comunicano le informazioni rilevanti. Tra i suggerimenti operativi che possono aiutare in questo stadio ricordiamo: frasi brevi, italiano parlato e non "medichese", frequenti verifiche di essere compreso, rispetto dei tempi della paziente e contatto visivo con l'interlocutrice. Se invece la paziente ha scelto di declinare le informazioni queste vanno comunicate alla persona da lei indicata.

**La fase cinque** è quella in cui si chiede al medico di essere empatico nei confronti delle naturali ed inevitabili reazioni della paziente. Gli si chiede cioè di accogliere il vissuto indotto dalla comunicazione con comportamenti, verbali e non, finalizzati esclusivamente a dare spazio e legittimità alle reazioni emotive che seguono alla fase quattro. Spesso può essere più facile minimizzare, o consolare dando false speranze. Qui invece si chiede al medico di ascoltare e comprendere. Compito difficile per persone abituate al "fare", perché pertinente alla sfera dell' "essere". Compito difficile, perché aprirsi alle reazioni del paziente limitandosi a identificarle, validarle, accoglierle, rinunciando alla pretesa di cambiarle, spoglia il medico della sua potenza e lo lascia, umano indifeso, di fronte alla sofferenza della sua paziente. Compito difficile perché la reazione dei pazienti può essere di tanti tipi, dal dolore all' incredulità, all' aggressività alla denigrazione: accogliere senza reagire non è un atto naturale né spontaneo. E' un atto professionale che può essere agito sulla base di una comprensione precisa delle dinamiche in gioco in quel momento. Questa fase è cruciale per mantenere l'alleanza con il paziente anche perché sappiamo che fino a che ci sono forti emozioni non espresse per i



pazienti è più difficile comprendere a livello cognitivo quello che viene detto dal medico rispetto al trattamento. **La fase sei** rappresenta il momento conclusivo del colloquio: si riassume quanto è stato detto, si verifica quanto è stato compreso, si programma lo stadio successivo. Una buona tecnica per verificare la comprensione è chiedere alla paziente di riassumere con parole proprie quello che ha capito. Qui inoltre vanno esplorati i sistemi di supporto disponibili e l'eventuale necessità di coinvolgere servizi psicosociali, gruppi di supporto, volontariato eccetera.

Quando è necessario fare sottoscrivere il consenso informato questo è il momento di farlo, in modo che il consenso sia un atto formale all'interno della relazione interpersonale e non una mera formalità tesa a tutelare il professionista da complicazioni giudiziarie. Questo è anche il momento di scrivere in cartella quanto è stato detto e a chi. **Il passaggio di informazioni all'interno dello staff è un importante atto nel contesto della comunicazione, che salvaguarda la paziente e chiunque se ne prenderà cura in seguito.**

Fino a qui il protocollo classico<sup>4-5</sup>. Nell'esperienza formativa dell'autore, maturata con svariate centinaia di oncologi e infermieri oncologici negli ultimi 10 anni, è però opportuno aggiungere al protocollo classico una **fase sette**. Questa fase, tra un colloquio e quello successivo, è finalizzata alla "manutenzione emotiva" dell'oncologo. Questo è il momento di dedicare un attimo di attenzione a se stessi. La necessità per il medico di "ascoltarsi", monitorare i vissuti che si sono mossi in lei/lui nell'incontro con il paziente appena conclusosi, scambiare forse due parole con un collega in cucina, programmare se necessario uno spazio per esplorare più in profondità l'impatto di quella relazione su di sé, non deve essere sottovalutata. Questa fase è indispensabile per salvaguardare sia il medico che il paziente successivo. **L'attenzione a se stessi è la naturale conclusione di una relazione dove si pretende dal medico di trascurare se stesso e i propri bisogni emotivi per focalizzarsi sui bisogni della paziente.** Ed è il presupposto affinché il medico possa cominciare il colloquio successivo in uno stato di equilibrio e disponibilità al prossimo paziente. La necessità di questo passaggio emerge chiaramente leggendo gli aneddoti sul vissuto soggettivo del medico di cui è

pervasiva la letteratura oncologica. Alcuni studi indagano tale dimensione in maniera un po' più sistematica<sup>7-8-9</sup> ed è sempre più chiaro come la comunicazione di cattive notizie sia un elemento stressogeno non solo per il paziente ma anche per il professionista coinvolto<sup>6-10</sup> con una precisa psicobiologia della relazione probabilmente mediata dal sistema neuroni specchio<sup>11</sup>. È paradossale che la soggettività del medico non venga inclusa nei protocolli di comunicazione: ci aspettiamo dal medico la capacità di sviluppare atteggiamenti differenziati sulla base della sua capacità di adeguarsi alle specifiche necessità di informazione del paziente. Nella fase tre gli chiediamo di negoziare esplicitamente con il paziente il "contratto relazionale" e di mettere in secondo i piani i propri bisogni personali. Essere in grado a volte di condividere diagnosi e prognosi altre volte di essere il depositario empatico di quello che il paziente non è in grado di sentire.

Ci aspettiamo che sia in grado di monitorare le reazioni del paziente, soprattutto nella fase cinque, per saper rispondere in maniera emotivamente sintonizzata, rispettando ritmo e silenzi del paziente, di nuovo mettendo in secondo piano i suoi bisogni personali.

Gli chiediamo quindi di identificare e accogliere momenti di rabbia, dolore, ansia, denigrazione senza esserne toccato nel suo intimo. Essere in una modalità di accoglienza disidentificandosi dalle proprie reazioni. E ovviamente gli chiediamo di restare coinvolto, senza cadere né nell'estremo dell'identificarsi con i suoi pazienti né nell'estremo opposto di diventare freddo e distaccato staccando i fili della propria emotività. Riconosciamo l'importanza delle emozioni nella vita del paziente ma ci ostiniamo, per una sorta di pudore, a non includere a chiare lettere il vissuto del medico come terreno inevitabilmente incluso nel campo di studio della relazione medico paziente. Come se il medico fosse una macchina che è esente dall'impatto di dolore separazione e morte. Questo approccio non è razionale.

### Vantaggi del protocollo

Uno dei risultati significativi della formulazione di un protocollo e dell'identificazione di comportamenti specifici che vanno o non vanno agiti è che vengono dati al medico stru-

menti relativamente semplici per orientarsi nei meandri della relazione.

In un recente articolo sull'argomento<sup>12</sup> vengono riassunti alcuni comportamenti che vanno incoraggiati e scoraggiati: da incoraggiare a) Il principio **Chiedi-Parla-Chiedi** secondo il quale prima di dire è importante verificare cosa l'interlocutore sa o si aspetta, e dopo aver detto è importante verificare la comprensione del messaggio da parte dell'interlocutore. b) Ci sono alcune indicazioni su come **assumere un atteggiamento empatico**. Vedi per esempio l'acronimo NURSE<sup>13</sup>, l'importanza di chiedere le implicazioni psicologiche per il paziente specifico o di manifestare quella che viene chiamata "risposta di accettazione"<sup>14</sup>. Invece di rassicurare, controbattere, spiegare o giudicare la risposta di accettazione si limita a validare il vissuto dell'interlocutore in quanto tale e a cercare di integrarlo come possibile contributo nelle scelte terapeutiche da intraprendere. Ciò non significa ovviamente essere d'accordo con quanto detto, ma semplicemente riconoscere la legittimità del vissuto o dell'opinione del paziente al riguardo.

Tra i comportamenti che il medico deve evitare ricordiamo: a) il **"comportamento bloccante"**: quando il medico, consciamente o inconsciamente, ignora una preoccupazione espressa dal paziente. Per esempio se alla difficile domanda "dottore quanto mi resta da vivere?" la risposta è "non ci pensi" o peggio "anch'io potrei avere un incidente tornando a casa" il messaggio che la paziente recepisce è che il medico non è disponibile ad instaurare un dialogo sull'argomento b) la tendenza a fare **lunghi monologhi** esplicativi tipo conferenza, c) **la rassicurazione precoce**, del tipo "non si preoccupi signora i capelli ricrescono" prima di aver esplorato il significato personale e soggettivo per quella paziente dell'alopecia.

Questi suggerimenti, sistematizzati nel protocollo, diventano dunque una sorta di bussola che permette al medico di orientarsi nell'intensità del momento anche nel mezzo del colloquio, quando la paziente per l'ennesima volta fa delle domande a cui sono già state date le risposte, quando si lancia in un attacco denigratorio o scoppia in lacrime liberatorie. Una sorta di mappa interiore, disponibile al medico in tempo reale, con cui confrontare quello che sta accadendo nell'incontro specifico. Parliamo di un vantaggio importante per il medico

che è utilizzabile a condizione che sia in grado in tempo reale di applicarlo step by step o quanto meno di verificare a posteriori se e dove quel colloquio specifico si è allontanato dal protocollo.

Per fare questo chiediamo al medico di muoversi con professionalità su un livello sottile, parliamo di consapevolezza di sé stessi in tempo reale, di capacità introspettiva, un terreno poco insegnato alla facoltà di medicina e poco riconosciuto come competenza professionale richiesta ai medici. E' **riduttivo oltre che fuorviante considerare le communication skills come qualcosa di tecnico**. Il protocollo non può essere considerato uno strumento da memorizzare, bensì va interiorizzato. Il protocollo "costringe" il medico a incontrare il paziente da persona a persona, senza abbandonare il ruolo né tanto meno uscire dal setting, eventualità che risulterebbe dannosa per entrambi i partecipanti. Guida il medico a restare interiormente disponibile, ad accogliere le proprie reazioni e a sviluppare la capacità di ascoltarsi come presupposto per accogliere l'individualità della paziente. Questo inevitabilmente porta il medico a dare spazio alla propria emotività, fa emergere le strategie personali con le quali viene affrontata la sofferenza, fa rivisitare le motivazioni personali che hanno portato a scegliere l'oncologia. Non si può insegnare l'empatia come si insegna il teorema di Pitagora né si possono dare i fazzolettini di carta a una paziente in lacrime perché "lo dice il protocollo". Lo studio della relazione medico paziente può invece diventare l'opportunità per il medico, sia a livello individuale che nel contesto del gruppo dei colleghi, per sviluppare un atteggiamento che gli permetta poi, supportato da delle indicazioni operative e da una comprensione cognitiva, di comportarsi empaticamente grazie allo spazio interiore che lo consente. Facciamo un esempio di come l'attitudine interiore del medico sia determinante rispetto alla sua capacità comunicativa: alla comunicazione di metastasi ossee segue un'espressione di paura della paziente, signora X.

Qui il medico può percepire interiormente lo spavento della paziente come una minaccia per se stesso o come un'opportunità di proporre una risposta empatica. Nel primo caso offrirà un comportamento bloccante "Signora non si preoccupi abbiamo dei nuovi farmaci molto efficaci" nel secondo sarà in



grado di offrire una “risposta di accettazione”. “Signora la vedo impaurita...” La prima porterà alla chiusura della paziente, la seconda le permetterà di esprimere qualcosa per lei significativo “mi ricordo di mia mamma morta con dolori per delle metastasi” rinforzando quindi la relazione con il medico.

### **Negoziare le decisioni con il paziente**

Molte pazienti sono interessate ad avere un ruolo nelle decisioni mediche che le riguardano.<sup>15</sup> Questo aumenta il loro coinvolgimento attivo in una situazione nella quale sperimentano una forte perdita di controllo sulla propria vita e sulla propria immagine corporea. Valorizzare questo coinvolgimento è estremamente costruttivo per la qualità di vita del paziente, per lo sviluppo del suo senso di coping e non ultimo per la relazione medico paziente.

Le informazioni ottenibili da Internet sono ormai una realtà di cui la relazione con il medico deve tenere conto<sup>16</sup>. Lee<sup>17</sup> identifica cinque tipologie di pazienti: quella che vuole decida il medico, “dottore mi dica lei cosa fare”, quella che vuole che il medico prima di decidere tenga in conto le preferenze del paziente, quella che cerca una decisione congiunta, quella che vuole prendere la decisione basandosi sull’input del medico e quella che vuole prendere la decisione autonomamente. Il 75% delle pazienti sembra collocarsi nelle tre posizioni intermedie. Identificare le preferenze della paziente richiede da parte del medico la disponibilità e la capacità di aiutarla ad esprimerle, e la capacità di negoziare con lei la decisione più appropriata nella situazione specifica. Una maniera di scoprirlo è per esempio dire “persone diverse hanno atteggiamenti diversi rispetto alla malattia: alcuni vogliono essere coinvolti nelle decisioni, altri preferiscono affidarsi completamente al medico. Mi aiuti a capire lei che tipo di persona è al riguardo.”

Come nella fase tre del protocollo questo presuppone una disponibilità del medico a rispettare l’individualità del singolo. Per esempio, con le pazienti che vogliono che il medico decida tenendo conto del loro input, per il medico è indispensabile conoscere valori e priorità rispetto a qualità di vita o necessità familiari. Nel caso invece si tratti di persone che vogliono avere un ruolo attivo nella decisione un suggerimento utile prima

di cominciare ad esporre i dettagli del trattamento è fare un’introduzione generica con le varie opzioni. “In un caso come il suo, di tumore al seno metastatico, le opzioni a nostra disposizione sono tre: A B C. I vantaggi e gli svantaggi dell’opzione A sono.... dell’opzione B sono ..... ecc”.

### **La discussione della prognosi**

La discussione della prognosi è un campo della comunicazione particolarmente difficile. Il clinico deve decidere se offrire stime e statistiche sulla sopravvivenza, se parlare o meno di aspettativa di vita a pazienti con prognosi infausta, e come porsi di fronte a speranze estremamente improbabili. Tutte queste informazioni vanno date con un’onestà sensibile ed in conformità con le necessità legali di dare ai pazienti l’informazione necessaria per fare scelte appropriate. Una recente revisione della letteratura sull’argomento<sup>18</sup> rivela che la maggior parte dei pazienti nei primi stadi della malattia vogliono informazioni prognostiche dettagliate, presentata in maniera franca e onesta.

Non ci sono invece evidenze altrettanto chiare rispetto a come queste preferenze si modifichino con l’evolversi della malattia. I pochi dati al riguardo sono contraddittori. Le strategie che i medici usano nel discutere la prognosi<sup>19</sup> sono prevalentemente realismo, ottimismo esagerato ed evitamento del tema. I risultati, in termini di percezione del medico da parte della paziente - dalla mia parte o distante - e della sua comprensione dello scopo della terapia - curativa o palliativa - non sembrano essere soddisfacenti. L’approccio centrato sul paziente e le capacità di negoziazione vengono proposte come strumenti necessari per identificare se e che tipo di informazioni i pazienti desiderino rispetto alla prognosi<sup>19 20</sup>. Qui la negoziazione è finalizzata a capire esattamente qual è il tipo di informazione che la paziente desidera o meno ricevere prima di rispondere a generiche domande prognostiche. Percentuali? Tempo di sopravvivenza? Vantaggio della terapia? Sua finalità? Per la complessità tecnica ed emotiva presente nella discussione della prognosi tale modello parte dal presupposto che il clinico sia già competente e rilassato nelle competenze base della comunicazione, quali la capacità di identificare le emozioni, dare

risposte empatiche, e verificare la comprensione del paziente.

### Implicazioni organizzative

Sviluppare nei medici competenze relazionali di questo tipo è un processo che ha dei costi e delle implicazioni organizzative. Ci vuole del tempo dedicato alla formazione che non può essere una tantum ma che deve, per sua natura, essere continuativa anche se intermittente ed erogata da professionisti con competenze specifiche. Ci vuole un tempo adeguato per i colloqui e dei tempi dedicati per elaborare nello staff gli echi che le relazioni evocano nei vissuti personali degli operatori. Tutto questo ha dei costi.

Sull'altro lato della bilancia vanno messi i costi per le terapie che a volte vengono prescritte più per evitare di affrontare colloqui difficili che per la loro reale efficacia, i costi per cause legali che, con una maggiore formazione alla relazione, avrebbero potuto essere evitate ed infine vanno inclusi i costi personali per la persona dentro il camice e qui emerge una domanda: rende di più un medico stressato, inseguito da sensi di colpa inespressi, estraniato dalle proprie potenzialità comunicative, ingessato in un ruolo paternalistico o evitante a volte prossimo al burn out, o un medico formato a riconoscere le proprie e le altrui reattività emotive, elastico e in pace con sé stesso, conscio della propria potenza ma anche dei propri limiti? In una cultura di medicina basata sull'evidenza e gestita in un'ottica aziendale sarebbe auspicabile fare ricerche sistematiche in tal senso.

- 1 Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J Psychiatric Morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer *Br J Cancer* 2001; 84:1011-1015
- 2 Maguire P, Faulkner A, Booth K et al Helping cancer patients disclose their concerns. *Eur J Cancer* 1996; 32:78-81
- 3 Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect di stress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultation? *Br J cancer* 1994; 70: 767-770
- 4 Buckman R, How to break bad news John Hopkins university press 1992
- 5 Baile WF, Buckmann R, Lenzi R, et al Spikes a six step protocol

for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5:302-311

- 6 Biondi M The implications of neurosciences in communication and doctor-patient relationship *Psycho-oncology* 2006; 15: S 5
- 7 Meier EM, Back AL, Morrison RS The inner life of physicians and care of the seriously ill *Jama* 2001; 286:3007-3014
- 8 Zoppi K, Epstein RM Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation *Family Medicine* 2002; 34,5: 319-324
- 9 Epstein RM Mindful practice *Jama* 1999; 282-9: 833-839
- 10 Steensma DP The Narrow Path *JCO* 2001, 19, 2102-2105
- 11 Gallese V, Magone P, Eagle MN La simulazione incarnata: I neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicanalisi *Psicoterapia e scienze umane* 2006; XL 3: 543-580
- 12 Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsy JA, Fryer-Edwards K Approaching difficult communication tasks in oncology *CA A Cancer Journal for Clinicians* 2005; 55: 164-177
- 13 Smith RC Patient Centered interviewing: an evidence based method. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin 2002
- 14 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon Oxon, UK Radcliffe Medical Press 1988
- 15 Quill TE, Brody H, Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient choice *Ann Intern Med* 1996; 125: 763-769
- 16 Helft PR, Hlubocky F, Daughtery CK American oncologists' view of internet use by cancer patients: a mail survey of ASCO members *JCO* 2003 21:942-947
- 17 Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK Enhancing Physician-patient communication *Hematology* 2002; 464-483
- 18 Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM, Dimitry S, Tattersall MHN Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature *Annals of Oncology* 2005; 16: 1005-1053
- 19 Back AL, Arnold RM Discussing prognosis: "How much do you want to know?" Talking to patients who are prepared for explicit information *JCO* 2006; 24: 4209-4213
- 20 Back AL, Arnold RM Discussing prognosis: "How much do you want to know?" Talking to patients who do not want information or who are ambivalent *JCO* 2006; 24: 4214-4217