



La tras-formazione in medicina Progettare il cambiamento nelle cure di fine vita

Trans-formation in medicine Planning the change in End of Life health care

Maria Isa Carelli

Università degli Studi di Bari Aldo Moro
Dottorato di Ricerca in Pedagogia delle Scienze della Salute
carelli81@gmail.com

ABSTRACT

The term “humanization of medicine,” now widely used to show the importance of the recovery of human and relational dimension in the process of care, deserves to be re-discussed and considered with reference to the way the relationship between health/disease, norm/deviation has evolved in the context of our civilization. Around this expression, in fact, are gathered the requests for change addressed to medicine and to a biomedical approach to illness. It thus allows one to reflect on the cultural meanings that accompany the experience of illness, pain and suffering and the transformations that over the past decades have touched the medicine. In this perspective, the article presents the results of a study on the lived experiences of general practitioners working in the context of end of life, which shows the importance of implementing training programs increasingly integrated through the inter-disciplinary nature of knowledge and through the contribution of specific professional profiles (family mediators) to improve the scope of relationships and communication between the physician, the patient and the family of the latter.

Il termine “umanizzazione della medicina”, ora ampiamente usato per mostrare l’importanza del recupero della dimensione umana e relazionale nel processo di cura, merita di essere ridiscussa e considerata in riferimento al modo in cui le relazioni tra salute/malattia, norma/deviazione si sono evolute nel contesto della nostra civiltà. Attorno a questa espressione, infatti, si raccolgono le richieste di cambiamento indirizzate alla medicina e a un approccio biomedico alla malattia. Ciò consente di riflettere sui significati culturali che accompagnano l’esperienza della malattia, del dolore e della sofferenza e le trasformazioni che hanno toccato la medicina nei decenni trascorsi. In questa prospettiva, l’articolo presenta i risultati di uno studio sulle esperienze vissute di medici di famiglia che lavorano nel contesto del fine vita, le quali mostrano l’importanza di implementare programmi di formazione sempre più integrati attraverso il carattere inter-disciplinare della conoscenza e grazie al contributo di specifici profili professionali (mediatori famigliari) allo scopo di migliorare le opportunità di relazione e comunicazione tra i medici, i pazienti e le famiglie di questi ultimi.

KEYWORDS

Disease and cultural dimension, Pain and suffering, Palliative care, Communication and the doctor-patient-family contexts of end of life, Lived experiences of general practitioners.

Malattia e dimensione culturale, Dolore e sofferenza, Cura palliativa, Comunicazione e contesti del fine vita dottore-paziente-famiglia, Esperienze vissute di medici di famiglia.

Non c'è forse persona tanto indifferente per te, la quale, salutandoti nel partire per qualunque luogo, o lasciarti in qualsivoglia maniera, e dicendoti 'Non ci rivedremo mai più', per poco d'anima che tu abbia, non ti commuova, non ti produca una sensazione più o meno trista.

(Leopardi, *Zibaldone*, vol.1, 645, 11 febbraio 1821)

Introduzione

I cambiamenti che nell'arco degli ultimi decenni hanno inciso sulla pratica del sapere medico richiedono una riflessione sui significati culturali dell'esperienza di malattia: il ricorso (attualmente così frequente) a espressioni come *umanizzazione della medicina*, merita pertanto di essere approfondito alla luce delle variabili sociali che hanno modificato l'odierna domanda di salute. Quando si parla, infatti, di *umanizzazione della medicina* si è sin dall'inizio di fronte a un'aporia: è forse disumana la "nostra" medicina? L'essere umano si distingue dagli oggetti in virtù del fatto che egli non ha già *in sé* il proprio significato: a quella «scimmia nuda» (Morris, 2008), a quell'«animale non ancora stabilizzato» (Nietzsche, 1886) è data soltanto la possibilità di rintracciare in una rete di significati, solo in parte già costituiti, un proprio percorso di senso, mai univoco. La risposta alla domanda se questa condizione rappresenti un dono, il dono della libertà, non è scontata. In essa è implicita la domanda sul senso del dolore e della sofferenza che ineriscono alla nostra libertà. Eppure, nonostante tutto, se quella libertà è quanto propriamente ci caratterizza, non è possibile eluderla e nel rapporto con gli altri e con il mondo diviene essenziale per ciascuno sentirsi riconosciuto. L'umanizzazione, perciò, sarebbe innanzitutto una reazione a una sorta di reificazione: in ambito medico essa fa dunque pensare a un'equiparazione del proprio sé a un oggetto, attraverso un processo che si attua innanzitutto ai danni del proprio corpo. Dunque, la richiesta di umanizzazione può essere intesa come un cambiamento in medicina che fa riferimento a «vere e proprie azioni sull'ambiente strutturale e relazionale» da attuare «mediante un'educazione continua degli operatori sanitari» (Cavicchi, 2011, p. 238).

Se ciò che contraddistingue gli esseri umani è proprio l'unione fra il biologico e il culturale, ravvisabile fin da subito nel legame che tiene insieme il singolo e l'ambiente che lo circonda, quell'ambiente che egli subirà ma anche modificherà nel corso della propria esistenza, occorrerà riflettere sulle modalità con cui l'esperienza di malattia nel contesto delle nostre società si è sempre di più appiattita su di un paradigma, quello biomedico, che ha ridotto l'importanza della sfera culturale della malattia. C'è da chiedersi, pertanto, cosa abbia favorito l'affermarsi di una pratica medica, centrata sul predominio del paradigma biomedico.

Nel contesto delle società industriali caratterizzate dalla divisione del lavoro, e, quindi, dall'assolvimento da parte di ciascuno di una determinata funzione (modello struttural-funzionalista), alla professione medica è stato affidato il compito di curare e, in particolare, di operare ai fini della guarigione degli individui. Dentro quel quadro, dunque, la salute e la malattia sono divenute un punto cardine della stabilità sociale, con la conseguenza che in medicina è andato affermandosi un modello paternalistico basato sulla direttività delle istruzioni del medico e sulla esecuzione di queste da parte del malato. Inoltre, i mutamenti intervenuti a causa delle scoperte e delle innovazioni tecniche hanno favorito un processo di iperspecializzazione, con una progressiva modificazione della stessa professione medica, dell'organizzazione delle strutture ospedaliere e dei suoi spazi, in conflitto con l'istanza più profonda del malato di sentirsi riconosciuto e rispettato.

La dimensione del negativo, costituito dal dolore, dall'inguaribilità, dalla morte, esulando dall'obiettivo prioritario della guarigione, è scivolata gradualmente in se-

condo piano quale grande rimosso delle nostre civiltà, relegata quasi esclusivamente alla sfera dei vissuti individuali: del malato e della sua famiglia, ma anche della classe medica e degli operatori sanitari.

La questione del dolore e della sua sopportabilità, però, rappresenta il nodo critico su cui ciascuna società deve interrogarsi, rivedendo i propri saperi e il proprio modello di organizzazione. Ecco perché se si vuole parlare di umanizzazione della medicina, si deve anche fare riferimento a una società che potremmo dire “umanizzata”. Questa espressione, tuttavia, lungi dal rassicurare, palesa risvolti inquietanti, fino a evocare la distopia dei regimi totalitari. Non si deve dimenticare, a tale proposito, che anche il nazionalsocialismo perseguiva l’ideale di una umanità in qualche modo “umanizzata” e che fu proprio in seguito alle atrocità compiute dal nazismo, dalla complicità e dal ruolo che in esso assunsero molti medici, che il modello paternalistico di medicina ha mostrato tutto il suo potenziale rischio, richiedendo il suo superamento attraverso la successiva introduzione di misure quali, ad esempio, il consenso informato. In ogni caso, però, la riflessione intorno al dolore deve occupare un posto centrale nella riflessione sociale, a partire dalla domanda su quanto dolore un essere umano possa sopportare. Un essere umano, appunto, il singolo: le risposte, però devono essere sociali, discusse, partecipate, per superare gli steccati della divisione fra norma-salute/ deviazione-malattia che il processo di medicalizzazione diffuso ha consolidato. Non vi sono scorciatoie: nel dolore la vecchia divisione fra emotivo e cognitivo si frantuma. Affinché l’impatto sia meno violento, l’unico modo che una società ha per ripensare se stessa risiede nella sua capacità di rimettere in discussione i propri sistemi formativi: non perché si debba parlare necessariamente di morte e dolore, ma perché occorre ripensare la vita, la qualità delle relazioni, far interagire i saperi, riformulare gli insegnamenti e le pratiche. Occorre che medicina e arte, ad esempio, si parlino attraverso una riconsiderazione delle proprie strutture fondamentali e dei propri punti di contatto. Esse, infatti, esprimono in linguaggi diversi la grande questione del rapporto che gli esseri umani intrattengono con il tempo, con la loro finitudine. Anche la filosofia e la religione lo fanno e, a ben vedere, i grandi temi della nostra esistenza risiedono nelle diverse forme di sapere, anche se attualmente queste sembrano così irrigidite da non mostrare più i collegamenti che esse intrattengono fra loro e con la realtà. Intorno al grande tema del dolore, i saperi umanistici possono e devono ripensarsi dialogando con quelli scientifici, e viceversa. Si tratta di un discorso che tocca la razionalità politica, le vecchie strutture di organizzazione sociale, e che va nel senso di un superamento della logica delle competenze, per come essa è stata intesa e praticata fin qui. Alla crisi economica e sociale che sta toccando così profondamente le nostre società, si deve rispondere forse in modo diverso rispetto a quanto è stato fatto nel passato in situazioni analoghe: ripensare la specializzazione potenziando al contempo le occasioni di dialogo fra i saperi, un dialogo che, nel tempo, possa dar luogo anche a un ripensamento dei programmi nei diversi gradi di istruzione.

1. Dolore e cure palliative

Cronicità e disabilità tendono a diventare la cifra della nuova domanda di salute nelle nostre società occidentali che, quindi, devono farsi carico della necessaria e non più procrastinabile riorganizzazione dei servizi di assistenza.

Il malato, in particolare, sembra esprimere un nuovo bisogno di personalizzazione delle cure di fronte al quale la medicina mostra le proprie difficoltà a ripensare se stessa, barricata nei propri vecchi modelli formativi e operativi. Serve, pertanto, una riflessione critica soprattutto sui processi formativi del medico che dovranno ricomprendere la problematicità dei discorsi sulla salute e sulla malattia, nonché il modo in cui, come aveva sostenuto B. J. Good (1999) la medicina ha costruito i propri oggetti rimuovendo gli aspetti legati alle rappresentazioni simboliche, culturali e sociali, con

cui interpretiamo le esperienze di malattia. Le decisioni in materia di fine vita hanno fatto riaffiorare tutta l'importanza dei contesti antropologici del vivere e delle cure palliative dal momento che esse sono: «*terapie attive* (vanno ricercati bisogni sia dichiarati sia inespressi), *globali* (rivolte alla persona intera, la quale variamente interagisce nel suo ambiente), *multidisciplinari* (è essenziale l'efficace integrazione di più professionalità per rispondere in modo appropriato alle necessità che emergono)». Infatti: «1. le cure palliative considerano la morte come un evento naturale, che non va né accelerato, né ritardato; 2. le cure palliative provvedono al sollievo dei sintomi (e in particolare del dolore), ma sono ugualmente premurose verso esigenze psicologiche, spirituali, relazionali e sociali; 3. le cure palliative mirano a permettere al malato il massimo esercizio possibile della sua autonomia e offrono un consistente supporto alla sua famiglia» (Bertolissi, Brasesco, Cancian, Lora Aprile e Turbil, 2007).

A fronte di una medicina sempre più tecnica, diventa essenziale una formazione critica. Ecco perché nell'ambito della nostra ricerca, condotta presso l'Università degli Studi di Bari, abbiamo cercato innanzitutto di ricostruire gli atteggiamenti e i bisogni dei medici di Medicina Generale di fronte alle problematiche del fine vita. Lo studio teorico, l'analisi del contesto nazionale e della normativa vigente, infatti, hanno fatto emergere la centralità del ruolo che la Medicina Generale va assumendo nel quadro delle cure palliative.

2. La ricerca

Titolo

Prendersi cura dei malati in trattamento palliativo: umanizzazione in medicina e reti di cura

Obiettivo

Ricostruire gli atteggiamenti e i bisogni dei medici di Medicina Generale di fronte alle problematiche del fine vita.

Collaborazioni

Dott. Vincenzo Pomo (ARES Puglia), Dott. Rino Moraglia (CompuGroup Medical Italia SPA), Dott. Nicola Birardi (CompuGroup Medical Italia SPA)

Strumenti e metodologia di indagine

Abbiamo somministrato a un campione di MMG pugliesi, iscritti nella mailing list della CompuGroup Medical Italia SPA, un questionario, utilizzato nell'indagine nazionale SIMG – Area Cure Palliative, *I vissuti del MMG nell'assistenza al malato morente* (Bertolissi et al., pp. 12-18), previa autorizzazione degli Autori e modificandolo sulla base delle esigenze della nostra indagine.

Il campione

Complessivamente il questionario è stato inviato, a mezzo posta elettronica, a 2.876 MMG che lavorano in Puglia. Ha risposto al questionario l'11% del campione (315 medici). Al termine della compilazione ogni questionario è stato acquisito e registrato, attraverso il mezzo telematico, presso il centro di elaborazione della CompuGroup Medical SPA.

Struttura del questionario

Il questionario è diviso in sezioni, in base alle informazioni richieste e alle aree indagate: caratteristiche dei MMG che hanno risposto al questionario (ITEM 1-8); il sentire del MMG (ITEM 9-12); il paziente e la sua famiglia (ITEM 13-16); l'organizzazione (ITEM 17); affrontare la morte (ITEM 18-21); interesse del MMG per l'indagine (ITEM 22-24).

Breve sintesi dei risultati

Il 77% dei MMG che hanno risposto sono uomini, il restante 23% sono donne. La maggior parte di loro ha un'età compresa fra i 50 e i 60 anni. Si tratta di medici che ha all'attivo molti anni di esperienza professionale: il 40% di loro dichiara di esercitare da più di 20 anni, il 36% da più di 30. La maggior parte dei medici che compongono il campione, precisamente il 73%, appartiene alla categoria dei cosiddetti "massimalisti", cioè ha un numero di assistiti che supera le 1000 persone.

Il 59% dichiara di riconoscersi in una specifica confessione religiosa e fra questi il 98% dichiara di essere cattolico. Di questi ultimi, in merito ai processi decisionali di fine vita, il 34% ritiene le proprie convinzioni religiose molto importanti; il 46% importanti, il 13% poco importanti, soltanto il 5% le ritiene non importanti e il 2% ha preferito non rispondere.

Alla domanda «Quando tra i suoi assistiti segue una persona nella fase avanzata di malattia, quali sono i suoi sentimenti prevalenti?», le risposte ottenute rappresentano un ventaglio estremamente variegato e testimoniano la presenza di un'ampia gamma di emozioni che potremmo definire "positive o facilitanti" come la compassione, il senso di empatia, la tensione positiva, il senso di utilità e pregnanza e sentimenti che potrebbero ostacolare la relazione con il malato e i familiari di quest'ultimo, nonché tradursi in frustrazione professionale per il medico. I 178 medici, che hanno risposto a questa domanda, dichiarano di provare spesso/talvolta: senso di solitudine professionale (66%), senso di colpa (39%), senso di inadeguatezza personale e di impreparazione ad affrontare la situazione (60%), rabbia per presunti errori e disorganizzazione del sistema (63%), impotenza per non essere in grado di guarire o prolungare la vita (85%), angoscia (54%). Il 92% sperimenta un senso di utilità, l'88% una tensione positiva, il 93% un senso di empatia, l'80% compassione. Su 171 medici che hanno risposto alla domanda «Quando deve assistere una persona nella fase avanzata della malattia, verso quali priorità orienta le sue preoccupazioni assistenziali?» il 65% assegna la massima priorità al sollievo dal dolore. Su 171 medici che hanno risposto alla domanda «Secondo la sua esperienza quando un suo assistito/assistita è nella fase avanzata della malattia con quale frequenza percepisce le seguenti paure e/o preoccupazioni presenti in lui/lei?», l'81% dichiara di percepire spesso nel paziente la paura del dolore fisico, il 79% di loro, con la stessa frequenza, percepisce la paura di dipendere dagli altri e il 50% rileva spesso la preoccupazione del paziente per il futuro della famiglia.

Dalle risposte alla domanda «Con quale frequenza ha riscontrato divergenze di opinione tra lei e la famiglia riguardo all'approccio da seguire nella cura di un paziente in fase avanzata della malattia?», su 267 medici che hanno risposto, è emerso che le divergenze maggiori si manifestano spesso e talvolta in merito a: interventi invasivi (46%), sul luogo di morte (40%), sul luogo di cura (53%) e sulle terapie specifiche (44%). Alla domanda seguente «Con quale frequenza ha riscontrato divergenze di opinione tra i familiari riguardo all'approccio da seguire nella cura di un congiunto nella fase avanzata della malattia?», hanno risposto 267 medici. Essi hanno rilevato che principalmente i motivi di contrasto fra i familiari riguardano: interventi invasivi (55%), il luogo di morte (47%), il luogo di cura (62%), le terapie specifiche (58%), il consulto con medici esterni (48%) e la sospensione di idratazione/nutrizione medicalmente assistita (45%).

Dall'analisi delle risposte che ci forniscono informazioni importanti sul grado di apprezzamento e l'interesse con cui i MMG hanno compilato il questionario è emerso che per il 48% di loro rispondere al questionario ha significato un confronto con i propri limiti professionali.

Infine, altre considerazioni importanti riguardano l'autovalutazione che i medici hanno fornito circa la propria preparazione per affrontare i contesti di fine vita: su 264 medici, il 55% la ritiene sufficiente, il 23% inadeguata, il 22% buona, tuttavia il 64% di loro dichiara di sentire la necessità di partecipare a un percorso formativo specifico e solo il 36% non avverte questa necessità.

3. Considerazioni sui risultati, proposte

I dati che abbiamo raccolto, se per un verso mostrano una grande consapevolezza che il Medico di Medicina Generale ha del proprio ruolo nei contesti segnati dalla fragilità, soprattutto per quanto attiene all'ambito della gestione del dolore, dimensione che la maggioranza del campione ha riconosciuto come una delle principali preoccupazioni dei malati, dall'altro confermano l'ipotesi che le difficoltà più grandi si riscontrano proprio nel campo della comunicazione con la famiglia del malato soprattutto in merito alle terapie specifiche da seguire e al luogo di cura.

Per affrontare tali difficoltà potrebbe risultare utile attingere alle capacità e competenze di esperti nell'ambito della mediazione familiare. Questi ultimi, infatti, potrebbero costituire una risorsa estremamente proficua apportando il proprio contributo nella formazione dei MMG e affiancandosi alle altre figure di professionisti che compongono le équipes di cure palliative, in particolare, all'interno dei contesti familiari dove vi siano bambini e adolescenti.

In riferimento a tali contesti, diversi studi (condotti in particolare negli Stati Uniti) hanno evidenziato i problemi cui possono andare incontro i *caregiver*. Tutto questo perché occorre riconsiderare innanzitutto che nell'esperienza di malattia ne va del nostro incontro con "l'altro", con quanto ci aspettavamo da lui: trovarvi rifugio, sicurezza, protezione. Il dolore e la malattia, invece, producono estraneità e straniamento rispetto ai luoghi e ai tempi della propria vita, oltre che ai ruoli con cui ciascuno di noi si riconosce all'interno di quel funambolico gioco di specchi delle identità. L'esperienza di malattia, in particolare, produce una frattura all'interno della vita anche familiare. Una malattia ad andamento cronico e degenerativa richiede un riadattamento di ogni singolo componente. Comunicare, in queste situazioni, è difficile. Si dice, talvolta, che la sofferenza unisca, in realtà essa rischia di creare tante solitudini, forme di dolore diverse: fra le quali quella del medico. Per tutti, in forme diverse, è l'infallibilità (propria e dell'altro) ad allontanarsi insieme alla sicurezza di un destino addomesticato. Così, quando ancora rimane del tempo, fintanto che lo si può assaporare anche nel dolore, riportandolo a condizioni "accettabili", un singolo giorno può unirsi al passato, a ciò che è stato, nel segno della continuità e, insieme, della rottura. Come per Ivan Illich, che, grazie anche al sollievo che gli procura il suo servo, il quale quotidianamente gli permette di poggiare le gambe sulla propria schiena, riesce a superare tutta la rabbia verso i propri familiari (fatta eccezione per il figlio, nei confronti del quale non nutre alcun sentimento di odio) e ad assaporare il barlume di una vita diversa, quella che non ha fatto e, in fondo, ad abbracciare il passato, *ciò che è stato, ciò che poteva essere, ciò che è come il frutto della propria libertà*. La libertà che insieme può farci sentire l'ebbrezza del Tutto e l'abisso del Nulla. L'eternità, di ciò che è stato e che non può essere più diverso, si trasfigura, come attraverso un cristallo che mostra tutte le sue possibilità.

Conclusioni

Il sapere pedagogico, secondo la prospettiva delineata, potrebbe porsi al crocevia di altri saperi di carattere umanistico, per volgersi alla comprensione della nuova dimensione antropologica, valorizzare il raccordo di dimensioni come quella filosofica, sociologica, psicologica, storica. Occorre, quindi, formare una competenza professionale e umana che si dispieghi nel dialogo con il malato e con la sua famiglia e sviluppare i saperi relazionali fondamentali nei contesti di fine vita, tenendo conto del fatto che lo sviluppo di adeguate competenze relazionali riguarda l'esercizio di una sensibilità quotidiana che non necessariamente deve riferirsi a dottrine morali o a convinzioni religiose.

Bibliografia

- Adam, Ph., e Herzlich, C. (1999). *Sociologia della malattia e della medicina*. Milano: Franco-Angeli.
- Cavicchi, I., Coda, P., Natoli, S., Vargas, A. C., Azzoni, P., Caretta F., e Gostinelli, M. (2011). *Le parole ultime. Dialogo sui problemi del «fine vita»*. Bari: Dedalo.
- AA. VV. (2009). *End of Life Decisions Study (E.L.D.Y.)*. Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (Sezione Veneto – Trentino Alto-Adige), Università degli Studi di Padova (Clinica Geriatrica di Padova), CNR (Istituto di Neuroscienze, Sede di Padova), Fondazione Lanza Di Padova. Retrieved from <<http://www.eldstudy.appspot.com/>>.
- AA. VV. (2010). Le cure palliative domiciliari in Italia. Strumenti di conoscenza per una strategia condivisa nell'attuazione della legge 38 [supplemento]. *I Quaderni di Monitor*, 26. Roma: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.
- Bertolissi, S., Brasesco, P., Cancian, M., Lora Aprile, P. & Turbil, E. (2007). I vissuti del MMG nell'assistenza al malato morente. *Rivista SIMG*, 3, 12-18.
- Bonanate, U. (2003). *La cultura del male: dall'idea di colpa all'etica del limite*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Boncinelli, E. (2007). *Il male. Storia naturale e sociale della sofferenza*. Milano: Mondadori.
- Boraschi, A., e Manconi, L. (Eds.) (2007). *Il dolore e la politica*. Milano: Paravia Bruno Mondadori.
- Cattorini, P. (2005). Narrare il dolore. *Rivista italiana di cure palliative*, 4, 27-32.
- Council of Europe (2009). Palliative care: a model for innovative health and social policies. *Resolution 1649*.
- Fondazione Zoé (Ed.). (2009). *La comunicazione della salute: Un manuale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gioffrè, D. (Ed.). (2008). *Il dolore superfluo*. Trento: Erickson.
- Gioffrè, D. (Ed.). (2004). *Il dolore non necessario*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Good, B.J. (1999). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di Comunità.
- Hebert R. S. e Schulz, R. (2007). Improving well-being in caregivers of terminally ill patients: Making the case for patient suffering as a focus for intervention research. *J. Pain Symptom Manage*, 34(5), 539-46.
- Legge n. 38 del 15 marzo 2010. *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*. In G.U. n. 65 del 19 marzo 2010.
- Manfredi, M. (Ed.). (2009). *Variazioni sulla cura. Fondamenti, valori, pratiche*. Milano: Guerini e Associati.
- Morris, D. (1968). *La scimmia nuda*. Milano: Bompiani.
- Natoli, S. (1986). *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*. Milano: Feltrinelli.
- Nietzsche, F. (1972). Al di là di bene e del male: Preludio di una filosofia dell'avvenire. *Opere*, VI(2), §63 (p. 68). Milano: Adelphi.
- Nussbaum, M. C. (2011). *Non per profitto. Perché le democrazie hanno bisogno della cultura umanistica*. Bologna: il Mulino.
- Parsons, T. (1996). *Il sistema sociale*. Torino: Edizioni di Comunità.
- Portinaro, P. P. (Ed.). (2002). *I concetti del male*. Torino: Einaudi.
- Ricoeur, P. (1993). *Il male. Una sfida alla filosofia e alla teologia*. Brescia: Morcelliana.
- Severino, E. (2008). *Immortalità e destino*. Milano: Rizzoli.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Volpicella, A. (2008). *La famiglia. Una realtà complessa*. Lecce: Pensa MultiMedia.
- Volpicella, A. (2009). Aver cura della sofferenza. In M. Manfredi (Ed.), *Variazioni sulla cura: Fondamenti, valori, pratiche*. Milano: Guerini e Associati.

