

# L'acrobatica del morire

Laura Rugnone, Maria Luisa Traina, Vittorio Lenzo, Noemi Venturella, Giuseppe Ruvolo, Giorgio Falgares



## Narrare i gruppi

*Etnografia dell'interazione quotidiana*

*Prospettive cliniche e sociali*, vol. 10, n° 2, Ottobre 2015

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Titolo completo dell'articolo

**L'acrobatica del morire**

Autore	Ente di appartenenza
Laura Rugnone	<i>Università degli Studi di Palermo</i>
Maria Luisa Traina	<i>Università degli Studi di Palermo</i>
Vittorio Lenzo	<i>Università degli Studi di Messina</i>
Noemi Venturella	<i>Università degli Studi di Palermo</i>
Giuseppe Ruvolo	<i>Università degli Studi di Palermo</i>
Giorgio Falgares	<i>Università degli Studi di Palermo</i>

To cite this article:

**Rugnone L., Traina M. L., Lenzo V., Venturella N., Ruvolo G., Falgares G.**, (2015), L'acrobatica del morire, in *Narrare i Gruppi*, vol. 10, n° 2, Ottobre 2015, pp. 185-194 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

## ricerche/interventi

### L'acrobatica del morire

Laura Rugnone, Maria Luisa Traina, Vittorio Lenzo, Noemi Venturella,  
Giuseppe Ruvolo, Giorgio Falgares

#### Riassunto

Il presente lavoro si propone come una sintesi delle riflessioni emerse da un piccolo gruppo di psicologi che operano nel contesto delle cure palliative. La teoria e la metodologia che lo supportano sono mutuare da un approccio gruppoanalitico; l'obiettivo del gruppo di lavoro è una ricerca basata sull'elaborazione dell'esperienza degli operatori, che intende individuare sia le specificità del dispositivo di lavoro con le persone accompagnate alla conclusione della vita, sia le principali aree tematiche della relazione tra *équipe* di assistenza, pazienti e famiglie. Il lavoro che presentiamo intende visualizzare le tematiche più pregnanti emerse durante gli incontri di gruppo: sono state indagate *in primis* alcune criticità dei servizi che operano nell'area dell'assistenza terminale e le possibili quote di saturazione e di disagio psico-sociale che abitano gli operatori, generando in alcuni casi un diffuso senso di precarietà professionale.

*Parole chiave:* cure palliative; cancro in fase avanzata; cure domiciliari; fine vita; piccolo gruppo

#### *The Acrobatics of Dying*

#### Abstract

This article aims at summing up the reflections of a small group of psychologists who work in the domain of palliative treatment. The theory and methodology supporting it are borrowed by a group analysis approach; purpose of the group is a research based on the workers' experience elaboration, which aims at finding out both the specificities of the work apparatus with the people accompanied to the conclusion of their lives, and the main thematic areas of the relationship between health care team, patients and families. The work we present aims at introducing the most meaningful themes emerged during group meetings: first of all some service criticalities examined in the area of terminal health care and the workers' possible saturation and psychosocial discomfort quotas, generating in some cases a common sense of professional precariousness.

*Keywords:* palliative care; advanced cancer; home care; end life; small group

## 1. Introduzione

Il presente lavoro nasce come naturale prodotto del percorso elaborativo di un piccolo gruppo di psicoterapeuti che operano nel contesto delle cure palliative. Si tratta di un gruppo aperto, attivo da circa un anno ed attualmente composto da cinque partecipanti: tre psicoterapeuti operanti nell'ambito delle cure palliative ed afferenti a diverse realtà istituzionali, un coordinatore ed un osservatore partecipante. La cadenza degli incontri è mensile e la loro durata è di due ore e mezza. La fondazione del gruppo avviene in seguito alla domanda esplicita dei suddetti psicoterapeuti palliativisti e, in particolare, a partire dall'esigenza/desiderio di riflettere sul proprio dispositivo di lavoro e sui temi psico-antropologici in esso emergenti.

## 2. Metodo

Il gruppo ha lavorato con un modello gruppoanalitico di riferimento, sia nel mantenere una visione che tenesse co-presenti le dinamiche soggettive/individuali, gruppali, familiari, istituzionali, sia quale metodo in grado di valorizzare i processi di pensiero e la costruzione grupale condivisa. La prospettiva elaborativa utilizzata è stata fin dall'inizio volta all'individuazione delle specificità del dispositivo psicologico di questo campo di intervento, abbracciando un vertice di analisi di tipo etnoantropologico<sup>1</sup> ed un approccio di tipo narrativo<sup>2</sup>. La progressiva strutturazione di uno spazio grupale elaborativo e l'individuazione (tutt'ora *in fieri*) delle specificità e dei temi culturali del lavoro nell'ambito delle cure terminali si sono basate sull'esperienza concreta dei partecipanti e, in particolare, sulle narrazioni e sulla discussione delle esperienze professionali e dei casi clinici.

Ciascun incontro prende avvio dalla lettura dei *report* dell'incontro precedente, redatti in forma scritta da ogni partecipante. Questa lettura funge sia da connessione con l'incontro precedente sia da stimolo per la narrazione di nuovi casi clinici o dei plurimi aspetti dell'esperienza di lavoro e attiva la libera discussione e l'elaborazione del gruppo.

In questa fase il gruppo procede in maniera quasi associativa<sup>3</sup> includendo nel proprio percorso riflessivo livelli di analisi che si aprono a connessioni tematiche di tipo filosofico, antropo-fenomenologico, artistico, politico e socioculturale.

Il lavoro che proponiamo in questo contributo si è sviluppato a partire dall'analisi qualitativa incrociata dei resoconti scritti redatti di volta in volta da ciascun partecipante. Inizialmente i testi sono stati analizzati diacronicamente per estrarne i principali contenuti tematici ed il loro sviluppo. Successivamente i singoli testi sono stati confrontati ed incrociati attraverso la creazione di un'apposita griglia con lo scopo di ottenere una mappatura grupale dei temi emersi in questa prima fase del lavoro.

---

1 Tale vertice si rende necessario in relazione alla consapevolezza che in questo campo di lavoro è centrale il tema della morte, delle sue rappresentazioni, della ritualità entro la quale essa viene collocata e vissuta socialmente, delle sue concezioni culturali/storiche, etc.

2 Con questa specificazione intendiamo indicare che l'elaborazione di gruppo si articola a partire dalla narrazione di esperienze, ma anche dalla narrazione tramite i report del processo del gruppo di lavoro medesimo.

3 L'espressione "quasi associativa" sta ad indicare che la discussione di gruppo avviene sulla stimolazione di pensieri ed evocazioni legati associativamente non secondo il classico modello della fantasia associativa del dispositivo psicoanalitico, ma rimanendo sostanzialmente ancorato al pensiero riflessivo.

### 3. Mappatura dei temi emergenti nel lavoro di gruppo

Riportiamo di seguito uno schema sintetico della mappatura dei contenuti tematici complessivamente emersi nel gruppo. Esso può essere utile a tenere una visione di insieme di quanto esposto nei paragrafi successivi.



Tav.1 - Mappatura dei contenuti tematici del gruppo

#### 3.1. L'Istituzione di riferimento

A partire dalle analogie e dalle differenze presenti tra i servizi di Cure Palliative di riferimento operanti nel territorio regionale, il gruppo, fin dai primi incontri, si è soffermato su alcune criticità. Il lavoro in *équipe* multidisciplinari esige competenze trasversali, comunicative e relazionali che consentano uno scambio sinergico e collaborativo tra le varie professionalità. Uno degli aspetti emersi riguarda proprio il difficile dialogo tra i diversi modelli di pensiero degli operatori (medico, psicologo, assistente sociale, infermiere, operatore socio-sanitario, fisioterapista) e dunque la condivisione delle conoscenze orientate ad una presa in carico globale ed individualizzata del paziente.

Altro elemento critico riguarda la sensazione diffusa che la logica della cura rischi oggi di essere colonizzata dalla logica dell'imprenditorialità, strettamente dominata dall'epocale inversione "mezzi/fini", in cui il lavoro di un operatore della salute non mira a produrre qualità della vita, ma profitti.

Le proposte dei singoli operatori, volte alla costruzione di adeguati spazi di condivisione, di elaborazione e di formazione, si scontrano con un clima istituzionale saturo di simbolizzazioni affettive (Carli, 1990) che collusivamente ripropongono a volte tematiche del livello macro-sociale attuale (medicalizzazione, negazione della morte, narcisismo) e del livello micro dell'utenza specifica oggetto della relazione di cura (non detto, negazione, congiura del silenzio).

La logica del profitto, del fare e della sedazione sembrano a volte prevalere a discapito del pensiero e dell'elaborazione profonda dei vissuti, dando luogo ad una collusione che,

se non è pensata, si trasforma in agito emozionale, intendendo con questo l'evacuazione delle emozioni entro la relazione contestuale.

### 3.2. Lo psicoterapeuta all'interno dei servizi di cure palliative

Tra le specificità emerse in gruppo rispetto al lavoro dello psicoterapeuta che opera nell'ambito delle cure palliative domiciliari troviamo proprio la *domiciliarità*: andare a casa dell'altro significa respirare ed essere coinvolti immediatamente dal clima emotivo e dalle dinamiche familiari che lo caratterizzano.

La precarietà delle condizioni di salute degli assistiti rende la variabile temporale fortemente connotata dal tema dell'urgenza, che rappresenta sia un acceleratore nell'instaurarsi della relazione clinica, sia un potenziale rischio/limite all'elaborazione dei vissuti emersi, in quanto rende imprevedibile la durata dell'assistenza e richiede rimodulazioni *in itinere* dell'intervento psicologico.

La storia della malattia spesso traspare nelle modifiche subite dal *corpo*; la progressiva perdita di alcune funzioni rende importanti, nell'interazione con il paziente, non solo il contatto emotivo e gestuale, ma anche la presenza e l'intensità del contatto fisico. I pazienti parlano soprattutto con il corpo ed è questo che il terapeuta deve "saper ascoltare", tralasciando a volte il lavoro di interpretazione.

Queste peculiarità rendono necessario allo psicoterapeuta il confronto con i suoi vissuti luttuosi e la rimodulazione di una rappresentazione idealizzata della sua identità professionale che gli consenta di uscire dal suo arroccamento nella stanza d'analisi per raggiungere il paziente là dove si trova.

Fondamentale diviene acquisire la capacità di rimodulare la ricaduta operativa della propria figura professionale nella comunità locale a confronto con l'antropologia locale, i suoi valori, le sue credenze e i suoi strumenti per far fronte alle problematiche che le persone devono affrontare nelle reti delle cure palliative, familiari in particolare.

### 3.3. La Morte e il Morire

Nonostante il campo semantico della morte permei il lavoro del gruppo fin dalla sua fondazione, la focalizzazione sul tema avviene in una fase avanzata del lavoro, probabilmente in virtù della sua estrema complessità.

Nell'aver cura del morire si incontra e ci si confronta con modelli culturali che affondano le loro radici nelle tradizioni popolari che coesistono e si intrecciano con una "moderna società della performance" (Sloterdijk, 2010) che, mancando di dispositivi e di ritualità elaborative, rappresenta la morte come in-sensata, vergognosa, anti-atletica e anti-eroica, in-comprensibile, porcherosa (Sloterdijk, 2013). La fatica dell'operatore sta nel poter conoscere e dialogare le diverse matrici di significato dell'immaginario culturale del paziente. Affiora altresì la necessità di ricreare quel ponte, quel vitale spazio transizionale tra "vivi" e "morti", che consenta alle due dimensioni di non concepirsi in un'ottica antitetica, ma di restare insieme all'interno di un circuito dialogico.

In questo *continuum* virtuoso, vivi e morti resterebbero in contatto, preservando affetti ed eredità transgenerazionali. Sono l'accettazione dei limiti umani, del dolore e la conseguente rinuncia all'onnipotenza a rendere possibile un morire "competente".

### 3.4. Il Contesto Sociale

Come in un gioco di specchi, il contesto socio-economico caratterizzato dall'ideale di una crescita senza limite sembra riproporre la proliferazione illimitata delle cellule tumorali;

aderire a tale dinamica perversa condurrebbe ad un'inadeguata presa in carico dell'altro-da-sé all'interno di servizi deputati, per definizione, all'implementazione della qualità della vita. E' su questo specifico scenario che i partecipanti collocano l'allontanamento dell'uomo moderno dalla consapevolezza di una mortalità inevitabile quanto umana.

Dal lavoro del gruppo emerge un contesto macro-sociale narcisistico-sonnambulico che non dota gli essere umani di supporti e di spazi socio-relazionali di pensiero ed elaborazione della morte, estendendo su essa la sua tendenza al controllo onnipotente e prediligendone la sconfitta tecnologica. *“Nell'ambito delle cure palliative questo processo viene definito come “medicalizzazione” della morte. Esso mette in evidenza l'evacuazione della morte dal contesto sociale e familiare e la sua riduzione a fenomeno meramente biologico e conseguenza naturale e fatale di una malattia, con lo scopo di un suo possibile controllo attraverso una sorta di anestesia totale della sofferenza e del dolore”* (Di Mola, & Ripamonti, 2002).

Si delinea dunque un macro-sociale che ha perso, nel corso del suo processo di civilizzazione, ogni possibilità di collocare la morte dentro un codice culturale condiviso e ritualizzato e che non può che caldeggiare la rimozione sociale della tematica, trasformandola in un inaffrontabile tabù sociale, piuttosto che in un saper-fare condiviso e competente.

### 3.5. Emozioni/Vissuti lavoro-correlati

La complessità dell'istituzione e della tipologia di lavoro, provocano negli operatori vissuti di frustrazione e rabbia, nel confrontarsi con il limite derivante sia dall'oggetto di cura, l'accompagnamento al morire, sia da aspetti contestuali quali il tempo, il mandato istituzionale etc., esitando in sentimenti di solitudine, *impasse* ed una diffusa sensazione di crisi e precarietà.

Il confrontarsi con il limite estremo dell'esistenza, lo stare in attesa della morte fa sperimentare dei profondi vissuti di impotenza difficili da tollerare sia per l'individuo e la sua famiglia che per il gruppo assistenziale e che possono condurre reattivamente sia ad agiti concreti sia a pensieri evacuativi che alla ricerca di ulteriori tecniche mediche e/o capri espiatori.

Laddove manchino adeguati spazi dedicati all'accoglienza ed all'elaborazione di tali vissuti i curanti risultano esposti ad un rischio di *burn-out*.

### 3.6. La “Buona Assistenza”

*... Alle porte dell'universo  
importante è non arrivarci in fila  
ma tutti quanti in modo diverso  
ognuno con i suoi mezzi  
magari arrivando a pezzi ...*

**Lucio Dalla**

Il lavoro di espressione, accoglienza, ascolto, elaborazione svolto nel *qui ed ora* dal gruppo incarna una sintesi di ciò che nel *là ed allora* della relazione di cura, una buona assistenza, dovrebbe garantire al malato ed ai suoi curanti.

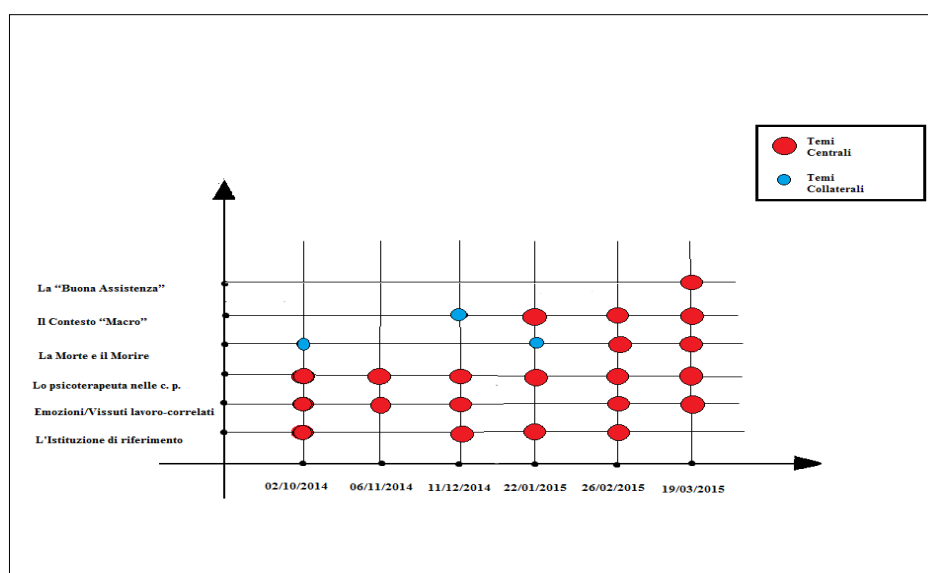
Un ascolto che consenta cioè di esplorare i propri vissuti, anche quelli più scomodi ed ambivalenti, dando loro dignità e consentendo a ciascuno di poter vivere ed attraversare questo momento nel modo e con le risorse e le possibilità che gli sono proprie, sentendo

la propria dignità tutelata e senza la pressione di angosce performative e giudicanti sul come si deve morire.

Il processo di cura per approdare ad una morte competente si configura sia come lavoro intrapsichico che interpersonale volto alla dolorosa elaborazione della propria impotenza, al superamento della propria onnipotenza psico-fisica, all'accettazione dei propri limiti e della propria finitezza, all'acquisizione di una consapevolezza dell'eredità transpersonale della propria, umanissima, vita.

#### 4. Processualità

*Una grande montagna proietta la sua ombra su un villaggio.  
Per mancanza d'irradiazione solare, i bambini crescono rachitici.  
Un bel giorno i paesani vedono il più anziano di loro uscire dal paese  
tenendo in mano un cucchiaino di porcellana.  
Dove vai? gli chiedono.  
Risponde: Vado dalla montagna.  
Perché?  
Per spostarla.  
Con che cosa?  
Con questo cucchiaino.  
Ma tu sei matto! Non ci riuscirai mai!  
Non sono matto, so che non riuscirò mai a spostarla, però qualcuno deve pur cominciare.*  
**Alejandro Jodorowsky**



Tab. 2 - Temi emersi nel lavoro di gruppo

Così come il paziente a cui è stata diagnosticata una malattia grave, terminale, attraverso fasi che possono alternarsi e sovrapporsi (Kubler-Ross, 2005), anche il gruppo si è mosso alternativamente da aspetti più "concreti" (economico, cura del corpo, aspetti di setting,

medicalizzazione) ad aspetti più eminentemente simbolico-elaborativi (separazione, lutto, aspetti culturali) e viceversa.

Nella fase iniziale, l'espressione e la condivisione delle criticità degli aspetti istituzionali e dei vissuti ad essi connessi hanno facilitato la conoscenza ed il confronto reciproco tra i partecipanti e sono state fondamentali sia per una più puntuale identificazione dei limiti che delle possibilità di intervento. Così come accade nella relazione con il paziente, è stata essenziale, per il gruppo, la creazione di un clima che facilitasse l'espressione delle narrazioni e dei vissuti inerenti l'ambito clinico dei partecipanti. Si è così creato uno "*spazio relazionale*" in cui è stato possibile condividere le esperienze e le emozioni per tradurle in pensiero e quindi in azioni professionali efficaci" (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007). Ciò ha consentito che il gruppo si configurasse come uno "*spazio anzi*" (Carli, Paniccia, 1984) in cui la sospensione dell'agito collusivo ha permesso la riflessione ed il riconoscimento dell'emozione e del sentimento del tempo presente entro il contesto storico-clinico dell'ambito di cura.

In tal senso la processualità del gruppo sembra essere in un rapporto sintonico con il lavoro che gli operatori sono chiamati a svolgere: accogliere e dare dignità anche alle emozioni più tossiche per poter consentire gradualmente, laddove possibile, una trasformazione verso processi di simbolizzazione.

Poter promuovere nel paziente un morire competente, inteso come accettazione del limite, come dato che dà forma e senso alla possibilità, implica che innanzitutto l'operatore abbia maturato coscienza e comprensione dei suoi limiti come essere umano e come professionista.

I partecipanti assumono su di sé quel vissuto per cui pensare la morte è per l'uomo la precondizione per pensare la vita, poiché non esiste vita senza la morte; essa influenza, permea e arricchisce il vivere e mette in contatto con la propria storia. E', in questo senso, "*un punto di partenza che cambia i colori a tutto*" (Sloterdijk, 2013).

Il processo simbolopoietico (Napolitani, 1987) reso possibile dallo *spazio anzi* ha condotto il gruppo ad approfondire in maniera più puntuale il significato ed il valore culturale ed individuale della vita, della morte e della malattia, a cui la teoria e la *praxis* di un intervento di cura come quello palliativo non possono che attingere in ogni momento.

Il percorso gruppale ha evidenziato come il tessuto sociale *post-moderno* appaia sempre più impregnato e contagiato dalle logiche del profitto e della cultura di impresa oltre che da una liquefazione dei legami (Bauman, 2002). In un simile scenario il soggetto, punto nodale della sua rete sociale (Foulkes, 1977), diventa cassa di risonanza di un modello dell'esistenza narcisisticamente centrato sull'individuo che rischia di essere consumisticamente omologato, sempre più inadeguato a vivere le sue emozioni e le sue relazioni, afflitto dalla solitudine, egoista ed egocentrico, incapace di mentalizzare il fisiologico dolore del vivere e del morire, cercando rifugio in sofisticate e vuote antropotecniche (Sloterdijk, 2013).

L'occuparsi in gruppo della rimozione sociale della morte - che, più che intesa come una fase naturale della vita, è stata trasformata in oggetto di spettacolarizzazione mediatica - ha condotto il gruppo alla formulazione del concetto di "morte competente", intesa come un saper-fare condiviso in cui sia possibile l'accettazione dei limiti e della finitezza umana unitamente alla possibilità di valorizzare ciò che si è compiuto, di accettare ciò che non potrà mai essere compiuto e, laddove possibile, di guardare alla propria vita per coglierla nel suo valore più ampio e transgenerazionale come un lascito, un seme nella terra della vita.

"*La cura palliativa - dunque - si caratterizza per il fatto di essere tutta rivolta all'uomo e ai suoi più profondi bisogni, e non alla malattia*" (Ventafridda, 2002); il suo oggetto non è "la morte" in



sé, ma “il morire”, la cura della sofferenza, della “catastrofe” (Sloterdijk, 2013) intrinseca al morire.

## 5. Conclusioni “in itinere”

“... Tutta la vita dobbiamo imparare a vivere e,  
cosa della quale forse ti meraviglierai,  
tutta la vita dobbiamo imparare a morire.”

**Lucio Anneo Seneca**

Le riflessioni e le elaborazioni maturate dal gruppo in questo breve ma denso anno di attività sembrano mettere in evidenza come il tema della morte e del morire sollevi questioni che riguardano profondamente la vita ed il vivere e che portano gli operatori ad occuparsi dei modelli culturali di cui siamo impregnati e delle relazioni di cui siamo nodi. Il lavoro del gruppo ha aperto delle tematiche *in fieri* che meritano di essere approfondite ed elaborate, come ad esempio l'accompagnamento al lutto dei familiari che a fine assistenza si ritrovano a dover affrontare un doppio lutto.

La lettura che il gruppo fa del contesto sociale e delle sue implicazioni rispetto all'onnipotenza, e alla rimozione della morte, ha fatto emergere un pensiero clinico che, nella sua accezione di creazione nuova, è in qualche modo un pensiero artistico ed acrobatico in perenne tensione che devia dalle rimozioni anestetizzanti della post-modernità e trasgressivamente ci restituisce la nostra sublime umana finitezza, vitalizzando il nostro processo poetico immaginativo anche di fronte alla morte. L'acrobatica dell'accompagnare al morire si configura dunque come possibilità di stare in equilibrio tra vita e morte, emotività e razionalità, vincoli e possibilità, individuo e sociale, concreto e simbolico.

## Bibliografia

- Bauman Z., (2002), *Modernità Liquida*, Editore Laterza, Roma-Bari.
- Carli R., Paniccia R. M., (1984), Per una teoria del cambiamento sociale: spazio "anzi", in Lo Verso G., Venza G. (a cura di), *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia*, Bulzoni, Roma.
- Carli R., (1990), Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali, *Rivista di Psicologia Clinica*, 4, 282-296.
- Di Mola, G., Ripamonti, C., (2002), La medicina dei morenti, in Pinkus L., Filiberti A. (a cura di), *La qualità della morte*, Franco Angeli, Milano.
- Foulkes S. H., (1977), *Psicoterapia gruppoanalitica. Metodi e principi*, Astrolabio Ubaldini. Roma.
- Jodorowsky A., (2008), *Cabaret Mistico*, Feltrinelli, Milano.
- Kubler-Ross E., (1976), *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella.
- Lo Mauro V., Falgares G., Ruvolo G. (2012), La cura della relazione: il gruppo allargato nella formazione degli operatori delle cure palliative, in Capozza D., Testoni I. (a cura di), *Dinanzi al morire. Percorsi interdisciplinari dalla ricerca all'intervento palliativo*, Atti del Convegno Padova, 6-7-8 settembre 2012.
- Napolitani D., (1987), *Individualità e Gruppalità*, Boringhieri, Torino.
- Profita G., Ruvolo G., Lo Mauro V., (2007), *Transiti psichici e culturali. Una prospettiva culturalista sulle dinamiche psicologiche dei gruppi mediani e allargati*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rosa H., (2011), *Accélération. Une critique sociale du temps*, La Découverte, Paris.
- Seneca L. A., (1993), *La brevità della vita*, Rizzoli.

- Sloterdijk P., (2010), *Devi cambiare la tua vita*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Sloterdijk P., (2013), *Crescita o extraprofitto*, Mimesis Edizioni, Milano.
- Ventafridda, V., (2002), Le cure palliative, modello di interdisciplinarietà: note introduttive ai *Percorsi del morire*, Pinkus L., Filiberti A. (Eds). *La qualità della morte*. Franco Angeli, Milano, 2002.