

## I bambini e i ragazzi ci raccontano di sé

**Silvana Selmi**

*Psicologa Psicoterapeuta. Già responsabile S.S. Psicologia Ospedaliera e Cure Palliative UOC Psicologia APSS Trento. Coordinatrice GdL Cure Palliative, Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore della Consulta delle Società Scientifiche del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP). Mail: [silvanaselmi@gmail.com](mailto:silvanaselmi@gmail.com).*

### Premessa

Quando mi è stato chiesto un breve scritto a commento del prezioso Documento del CEPC «Il fine vita: considerazioni etiche a partire dal contesto pediatrico», in sintesi, ho risposto che non avrei avuto nulla da aggiungere, che ogni commento sarebbe stato pleonastico. Poi, però, ho riflettuto su due principi che hanno sempre orientato le mie relazioni professionali e che sono parte costitutiva e fondante della relazione con la persona malata, di qualsiasi età, condizione patologica, sociale, di appartenenza culturale e religiosa ovvero: astenermi dal giudizio, pregiudizio, pensiero stereotipo e impegnarmi, sempre, a far narrare all'altro la "sua storia", la sua verità, il suo autentico senso e significato. Sottolineo "sempre" e "comunque": che fossi al fianco di un anziano, di una giovane mamma, di un adolescente o di un bimbo piccolo. Cambiando i modi e gli strumenti di facilitazione alla narrazione, ma "con" tutti il principio fondante è sempre stato quello dell'essere "con" la persona nel tratto del percorso che stavamo condividendo.

Per questo ho deciso di far parlare loro, bambini e ragazzi che con le loro storie possono aiutarci a calare, nella realtà clinico-relazionale, i principi e le riflessioni contenute nel Documento. Sono soprattutto storie che raccontano come le abilità

comunicative, chiare, accoglienti, rispettose dei tempi, siano di centrale importanza nell'instaurare delle relazioni significative, in grado di far emergere, in un clima di fiducia, i reali desideri e bisogni dei minori. Relazioni aperte e disponibili a farsi toccare dai loro vissuti, sorprendere dai contenuti e impegnarsi nel loro accompagnamento.

Aggiungo a questa premessa che, soprattutto il lavoro psicologico con i minori, non può prescindere dalla conoscenza teorica, dalla formazione di competenze specifiche che riguardino le tappe di evoluzione psicologica negli stadi di sviluppo emotivo/cognitivo, gli stili e i modelli dei sistemi familiari, nonché dall'aggiornamento costante sulla complessità socio-culturale in perenne evoluzione. Basti pensare all'impatto della pandemia, della rivoluzione tecnologica, del pluralismo culturale e religioso. Va però altrettanto sottolineato ciò che apparentemente appare come una banale affermazione: ogni persona, ogni singolo minore è un universo a sé stante. Un universo, un sistema, in cui gravitano decine di pianeti e costellazioni sostenuti da legami, energie e principi estremamente complessi e unici. Il bambino, soprattutto l'adolescente e i ragazzi in età di transizione, che abbiano vissuto una storia più o meno lunga di malattia cronico degenerativa fatta di ospedalizzazioni, terapie, viaggi della speranza, sospensione della propria quotidianità, stravolgimento delle relazioni familiari, sradicamento dalle consuetudini amicali e sociali, diventano molto più "competenti", rispetto ai coetanei, e non solo, nel saper riconoscere le proprie dinamiche emotive, attivare dei meccanismi funzionali di adattamento (strategie di coping) e fronteggiamento del trauma, della gestione delle separazioni, resilienza e sintonizzazione dei bisogni propri e altrui. I riferimenti teorici, se applicati rigidamente, rischierebbero, quindi, di ingabbiare questi minori in stadi

evolutivi non corrispondenti al loro percorso biografico.

Vorrei infine porre l'attenzione all'etimologia del verbo "competere" da cui derivano i termini, utilizzati in Premessa, "competenze" (riferite ai sanitari) e "competenti" (riferito ai minori malati), per fare chiarezza sul loro uso specifico in questo scritto.

Il termine "competenza" deriva dal verbo composto, latino, *competere* (*cum* e *petere*) che, tra gli altri significati sviluppatosi nei secoli, ha come radice: l'andare insieme, far convergere in un medesimo punto, mirare ad un obiettivo comune, incontrarsi, corrispondere, coincidere e gareggiare.

Così mi piace immaginare che nel rapporto con i nostri piccoli e giovani pazienti non valutiamo solo il loro essere competenti (in termini giuridici la loro capacità di discernimento), la loro conformità anagrafica con lo stadio evolutivo cognitivo-affettivo, ma più estesamente, la loro maturità psicologica, il loro essere "esperti" nel saper condurre lungo un percorso di comprensione e scelte realmente condiviso. Percorso che non può che basarsi su un rapporto continuativo, un incontro tra biografie che permetta l'autentica espressione del mondo personale del paziente: di qualsiasi età.

**Annalisa: Never Back Down (Arrendersi Mai!) ovvero come la Buona Comunicazione sia il fulcro per poter affrontare anche il circuito più insidioso**

Annalisa ha 27 anni quando decidiamo che è finalmente ora di scrivere il suo "libriccino". Desidera fortemente intitolarlo «Never Back

Down»<sup>1</sup>, ovvero la frase che l'ha accompagnata in tutto l'iter della sua malattia e la lega al mondo della Formula 1 di cui è una grandissima appassionata.

La sua storia in sintesi: diagnosi a due anni di Leucemia Linfoblastica Acuta, diagnosi che Annalisa scoprirà solo a 16 anni, e da lì, più che adolescente, sarà costretta a rileggere la sua vita. Ci incontriamo a questo punto della sua storia. Sono passati, poi, molti anni prima di riuscire a riorganizzare i ricordi, i *flashback*, a potersi concedere di dare un nome a emozioni apparentemente "insensate" che l'avevano accompagnata dalla prima infanzia a tutta l'adolescenza. Un percorso irto di difficoltà psicologiche e fisiche: ricadute, terapie, ricoveri in molteplici strutture e reparti ospedalieri. Non voglio aggiungere nulla a ciò che Annalisa ha scritto, estrapolando solo dal libriccino (come lo chiama lei) i passi più significativi al nostro fine, quelli che lei ha voluto inserire in *box* di riflessione, i cui titoli abbiamo condiviso e il cui punto di partenza è significativamente questo:

- La Mia Storia Non è Quella delle Cartelle Cliniche  
«[...] ecco perché ho deciso, con non poca fatica e dopo tanti anni, di scrivere questa mia storia: perché non voglio che la mia esperienza sia narrata dagli altri, ma voglio raccontarvi la MIA esperienza vissuta attraverso i MIEI ricordi e le MIE emozioni di bambina»
- La Stanza del Midollo: Non Si Deve Essere Eroi a Ogni Costo  
«[...] solo entrare in quella stanza mi metteva un'ansia fortissima, una paura inesprimibile... quel dolore che ti fa stare male dentro, quello

<sup>1</sup> A. STENECH, *NEVER BACK DOWN, Arrendersi mai!*, Pubblistampa per AIL Trento O.D.V. 2019.

Questo libro, attraverso il susseguirsi di *flashback*, immagini, pensieri, frammenti di dialoghi, riflessioni e considerazioni di chi ha vissuto, da bambina, una

grave patologia, permette di far comprendere e dare un nome alle molteplici emozioni che si possono sperimentare nel tempo della malattia, in un'età in cui, ancora, non si hanno gli strumenti linguistici, per comunicare il proprio sentire.

che non ti fa più vivere, che ti schiaccia quando è forte, troppo forte, più della tua forza di reagire». «Io durante quella procedura, a differenza di altri bambini, non piangevo...». «Incitare un bambino ad essere “forte” e non esprimere vistosamente le proprie emozioni, costringerlo al confronto con altri bimbi sul controllo delle proprie espressioni emotive, è dannoso per tutti. Per chi si sente costretto a mantenere un comportamento consono alle aspettative degli adulti e per chi deve emulare un modello non suo».

- L'importanza della comunicazione “con” gli adulti

«[...] penso sia giusto dare le spiegazioni ai figli, chiamando la malattia con il suo nome... Secondo me i bambini, per quanto piccoli, hanno il diritto di sapere, quindi, utilizzando i corretti canali, il linguaggio appropriato, sono in grado di tollerare queste informazioni». [...] «Un'altra cosa, secondo me molto importante, è rispondere alle domande del figlio sulla malattia. Se i genitori si rifiutano o spostano la conversazione su altri argomenti, il bambino/ragazzo si renderà conto che non se ne vuole parlare: si sentirà, quindi, non capito, e di conseguenza, si chiuderà in se stesso. Se i genitori non danno le spiegazioni che i loro figli chiedono, fin da piccoli impareranno ad affrontare e tentare di risolvere i problemi tenendosi per sé, chiudendosi, senza più aprirsi al confronto [...]».

«Comunicare con un bambino non significa solamente parlare: comunicare significa anche e soprattutto ascoltare. Ascoltare attentamente per capire i suoi bisogni... il bambino parla giocando, disegnando, inventando, raccontando...». «Se il genitore racconta tutta la verità solo perché o quando viene messo alle strette dal figlio, questo si sentirà tradito».

«Il bambino deve sentirsi incluso nella relazione comunicativa tra adulti (genitori, medici, staff infermieristico), non deve essere escluso».

Annalisa chiude il suo racconto con questa frase:

«Ci sono piccole o grandi battaglie, ma tutte si possono affrontare. Ciò che distingue i grandi lottatori è il modo di interpretare la vittoria: indipendentemente dal risultato».

Ma proprio poco prima di andare in stampa mi chiede di aggiungerne un'altra di Giorgio Faletti:

«Purtroppo, a volte, non è possibile scegliere il momento in cui combattere. Possiamo solo farlo con coraggio quando ci viene richiesto».

### **Francesca e la trappola del pensiero anticipatorio. Pensi alla morte e trovi la vita**

Francesca è una ragazzina di 11 anni che condivide con il fratello maggiore di due anni la diagnosi di SMA 1 (atrofia muscolare spinale). In lui vede riflesse tutte le tappe che farà nella sua vita: condivide la “normalità” della carrozzina elettrica, del ritmo del respiratore notturno, delle visite, dei ricoveri, delle piccole grandi frustrazioni nel confronto con la quotidianità, ma anche le gioie dei successi nella conquista di piccole/grandissime autonomie. Francesca ha una spiccata abilità nel captare le variazioni degli stati d'animo dei genitori (che convivono nonostante il desiderio di separarsi), dei nonni e perfino dei loro curanti. Non è stato facile guadagnare la fiducia di Francesca, rompere le resistenze ad aprirsi all'ennesima relazione con un sanitario, però, attraverso un rapporto sempre molto franco, siamo riuscite a stringere una forte relazione di fiducia. Arriva a dirmi riferendosi ai genitori che ama smisuratamente: «ho capito che quei due stanno insieme solo per noi due (lei e suo fratello), anzi solo perché siamo “così... così speciali”... meglio per noi, ma a te pare giusto?». Con estrema semplicità ed immediatezza Francesca ha sintetizzato così uno dei grandi temi che

accompagnano e possono condizionare le scelte di fine vita ovvero il sentirsi di peso per gli altri (*caregiver in primis*) o elementi di condizionamento negativo (*burden*) delle vite altrui.<sup>2</sup>

È circa dopo un anno, in un momento molto critico del percorso di malattia del fratello, nel frattempo passato in carico “anche” all’equipe di cure palliative, ricevo la telefonata di Francesca che mi chiede, in modo pressante, di andare a casa loro perché «ti devo parlare di una cosa importante che posso dire solo a te».

Il mio primo pensiero alla fine della telefonata fu: ecco siamo arrivati al momento in cui dobbiamo confrontarci, tutti, con il tema della possibile perdita del fratello. I genitori, i nonni e gli insegnanti avevano sempre voluto evitare anche solo di accennare a questa possibilità, nonostante il confronto con la realtà, nel corso degli anni e dei ricoveri, fosse impietosamente evidente ai bambini. Basti pensare ai bimbi con la stessa malattia, conosciuti nel corso delle degenze talvolta molto lunghe, che non ritrovavano più ai successivi controlli.

Mi preparo all’incontro con Francesca, all’idea di dover affrontare con lei il tema della morte, di come poterlo fare conoscendo le resistenze dei genitori, volendo e dovendo rispettare i desideri di tutti gli attori in causa. Arrivo a domicilio, la mamma è fuori, in casa con Francesca ci sono la nonna e l’assistente domiciliare. Francesca vuole che ci chiudiamo in cameretta e intuendo a par-

suo, con molta probabilità, quanto anche per me fosse difficile condividere un momento di così profonda intimità mi dice: «senti tu sei l’unica, finora, che non mi ha mai raccontato “palle” (mi guarda furbescamente perché sa che la mamma non vuole che usi questo linguaggio con i medici). Vero che non me le racconti?». Non mi lascia il tempo di rispondere e incalza con un’espressione del viso tesissima «per questo non potevo che parlarne con te» sospirone suo e, silenzioso, anche mio, poi tutto d’un fiato: «la B. a ricreazione ha detto che era andata in bagno e che aveva le mutande con delle macchie rosse. La R. le ha detto che è normale, che si chiamano “melestuazioni” e che le vedrà sempre perché è una femmina e tutte le femmine una volta ogni tanto hanno le “melestuazioni” se vogliono avere dei bambini. Le ha detto anche altre cose che non ho capito. Senti, io sono una femmina, ma non voglio avere le macchie di sangue e non voglio avere nemmeno dei bambini, non adesso, ma neanche... l’anno prossimo. Come faccio? Devi dirmi tu come faccio a non avere il sangue e se ce l’ho a non avere i bambini!» Sono sicura di non aver sorriso e di aver preso molto seriamente questa sua richiesta, ma lei ha proseguito: «non c’è niente da ridere, proprio niente! Pensa se mi viene un bambino come mio fratello, quello pensa solo a come inventare dei nuovi videogiochi! Sarà così anche fra 100 anni!».

<sup>2</sup> Il tema del WTHD (*wish to hasten death*) relativo all’auto percezione di rappresentare un *burden* assistenziale per i propri familiari è stato largamente trattato in letteratura per quanto riguarda l’età adulta, molto meno, ad oggi, nella prima infanzia e l’età di transizione. Vedi: A. RODRÍGUEZ-PRAT, A. BALAGUER, A. BOOTH, C. MONFORTE-ROYO, *Understanding patients’ experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography*, in *BMJ*, 2017, Sep 29; A. RODRÍGUEZ-PRAT, E. VAN LEEUWEN, *Assumptions and moral understanding of the wish to hasten death: a philosophical review of*

*qualitative studies*, in *Med Health Care Philos*, 2018; A. RODRÍGUEZ-PRAT, A. BALAGUER, I. CRESPO, C. MONFORTE-ROYO, *Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: A systematic review*, in *Bioethics*, 2019; C. MONFORTE-ROYO, C. VILLAVICENCIO-CHÁVEZ, J. TOMÁS-SÁBADO, A. BALAGUER, *The wish to hasten death: a review of clinical studies*, in *Psychooncology*, 2011; A. BELAR, M. MARTINEZ, C. CENTENO ET AL, *Wish to die and hasten death in palliative care: a cross-sectional study factor analysis*, in *BMJ Support Palliat Care*, 2021.

Tutti avevamo pensato come affrontare un giorno il tema della morte con lei e suo fratello, dimenticandoci di parlare della vita.

Grande lezione su come, nonostante i molti anni di esperienza, quando entra nella sfera cognitiva (e affettiva) il tema della morte di un bambino/adolescente/ragazzo, sia difficile liberarsi da pensieri anticipatori, da pre-giudizi e dalla trappola di fantasie proiettive. Tutto ciò rischia di condizionare, in tutte le relazioni, la possibilità dell'accoglimento dei reali bisogni e desideri delle persone, tanto più di quelli di ragazzi e bambini. Con loro, ancor più che con gli adulti, si tende protettivamente ad anticiparne pensieri, timori, speranze, desideri, inficiando, spesso inconsapevolmente e in buona fede, la reale libera espressione delle loro necessità e vissuti.

Con Francesca pensavo di dover ascoltare, accogliere ansie, paure, preoccupazioni riguardo al morire, alla morte e lei, invece, mi ha "costretta" ad affrontare un tema, per lei, ancora più "sensibile": la vita. Di morte ne avremo dovuto parlare, purtroppo, a lungo di lì a pochi mesi, ma Francesca ormai con me aveva affrontato già, apertamente, un tema, per lei, tanto più spinoso: se riesci a discutere di sessualità, di gravidanza, di certezza di non poter e non voler vivere la propria femminilità, «puoi anche "pianificare" come vorresti vivere la tua malattia, in tutte le sue fasi». Parola di Francesca!

### **Riccardo, Babbo Natale e l'inversione dei ruoli**

Riccardo ha 14 anni, frequenta la prima superiore, perché, come dice lui: «avendo avuto molto tempo, in ospedale, per studiare, sono avanti di un anno». E infatti letto e comodino sono sempre invasi da libri, quaderni e soprattutto evidenziatori. «Questi mi servono per la memoria... sottolineo e evidenzio con tanti colori diversi così mi ricordo meglio...» apparentemente una frase banale, una strategia di facilitazione mnemonica comune a molti studenti, ma

per un ragazzo che da quando ha 11 anni deve fare i conti con una patologia neuro-degenerativa, assume una valenza diversa: «devo trovare il modo di non perdermi dei pezzi».

Riccardo non è solo avanti di un anno nel percorso scolastico, lo è molto di più nelle tappe di sviluppo psico-affettivo. Il rischio nel parlare con lui è quello di dimenticarsi della sua età anagrafica e relazionarsi come con un giovane adulto. Viene costantemente descritto come un "ragazzo" (da quando ha solo 11 anni) riflessivo, ma soprattutto autoriflessivo, empatico, curioso, sempre attento. È ironico Riccardo, anche molto autoironico, forse un po' troppo; ed è proprio questo atteggiamento, che attira tanta simpatia in reparto sia tra i sanitari che tra i giovani e piccoli pazienti, a farmi insospettire, a desiderare di andare un po' oltre nel voler capire chi è veramente Riccardo.

Nei mesi successivi costruiamo un rapporto che gli permette finalmente di poter esprimere le sue reali emozioni: Riccardo ha tanta paura, è arrabbiatissimo, «ma ancora di più di più che inc.....o, perché con chi cavolo me la posso prendere?» e la rabbia aumenta proporzionalmente con la perdita progressiva delle autonomie motorie, ma apparentemente nel rapporto con i sanitari e, soprattutto, con i familiari, lui riesce a sublimarla, a trasformarla in sorrisi e dolcezza. Con me, però, si concede di lasciarla esplodere, a modo suo: a volte piangendo, a volte inanellando una serie di «gustose parolacce» a volte chiedendomi di mettere della musica a palla (nelle cuffie) «per poter immaginare di sbattere contro il muro e per terra, tutto ciò che trovo». Giochiamo a carte scoperte. Ed è così che un giorno Riccardo, respirando molto a fatica, rifiutando qualsiasi strumento di facilitazione del linguaggio, mi dice: «so che tutta questa fatica per vivere di m...a non mi porterà da nessuna parte se non al cimitero, lo so da un c....o di tempo, ma

ora sarebbe proprio ora di finirla». Non riesce a proseguire, ma non perché non voglia, ma perché non ha ulteriore autonomia respiratoria. Resto accanto a lui, aspetto senza commentare lasciandolo libero di proseguire o di fermarsi. Ma se conosco bene Riccardo andrà a cercare anche solo un filo di ossigeno nei polmoni e mi dirà qualcos'altro. Infatti: «promettimi, giurami, che non dirai mai ai miei che io sapevo tutto, che avrei voluto dirgli degli incubi di notte, del male profondo, della voglia di buttare flebo e medicine nel cesso, della rabbia di non potermi accoccolare in braccio alla mamma come da piccolo e di piangere piangere piangere piangere. Di urlare per la fisioterapia che tanto non serve a un c...o, ma sono tutti contenti quando la faccio». Altra lunghissima pausa. «Sai come quando sai che Babbo Natale non esiste, ma non lo dici ai tuoi un po' per paura di non avere più i regali come la G. (la sua sorellina), un po' per non perdere la magia del Natale e perché mi divertivo troppo a vederli così felici». Pausa. «Sono così belli quando sorridono il papà la mamma e anche la G., quando la mamma si trucca per mascherare il dolore nei suoi occhi, sono tanto belli gli occhi della mamma! Ti giuro so che saranno l'ultima cosa che vedrò e sarà come volare». Pausa. «Che figata, anzi che str....a, morire per poter volare». E poi in pieno stile da Riccardo, facendo ricorso a non so quale strategia per recuperare un po' d'aria, aggiunge: «avrei preferito essere la Cristoforetti!».

### Riflessioni conclusive

Ho scelto queste storie a margine del Documento «Il fine vita: considerazioni etiche a partire dal contesto pediatrico», facendo un grosso torto alle decine di altri racconti che avrei potuto condividere. Le ho utilizzate soprattutto come

<sup>3</sup> Ho trascritto fedelmente in corsivo virgolettato.

monito e rinforzo del concetto, espresso magistralmente nel Documento, della necessità “etica” del rimanere sempre saldamente ancorati ai principi ispiratori di ogni azione in sanità e non solo: il sapere (la formazione e aggiornamento continuo), il saper mettere costantemente a confronto e discussione costruttiva i propri principi e valori e, nella fattispecie dell'argomento trattato, il saper essere “con” ovvero le competenze comunicativo/relazionali.

Mi auguro servano a sostenere la necessità di un costante lavoro di rete interdisciplinare, in cui ciascuno metta a disposizione le proprie competenze specifiche per una reale presa in carico ed accompagnamento dei minori e dei loro familiari nonché sostegno e supporto agli operatori. Ciò in considerazione di quanto affermato nelle ultime pagine: «La realtà pediatrica è caratterizzata da storie di cura ad alta complessità e drammaticità nonché da frequenti dilemmi di tipo etico, infine da un peso di sofferenza che coinvolge sia il minore che i suoi genitori. Quanto appena detto ricade anche sui medici e i professionisti sanitari che operano nel contesto pediatrico i quali, dinanzi al compito professionale di dover affrontare situazioni cliniche drammatiche, necessitano a loro volta di un adeguato supporto»<sup>3</sup>.

quanto scritto nel libriccino di Annalisa e gli stralci di dialogo con Francesca e Riccardo. Come detto in premessa, non ho intenzione di commentarli o darne interpretazione in chiave psicologica sulla base delle teorie dello sviluppo cognitivo, psico-affettivo ed evoluzione del concetto di morte nelle tappe evolutive. Non è lo scopo di questo scritto. Non ho nemmeno voluto dare suggerimenti su strumenti di valutazione, facilitazione e metodologie comunicative, tutto ciò si può facilmente reperire in una ricca letteratura specifica<sup>4</sup>. Ho ritenuto, invece, necessario porre

<sup>4</sup> Numerosi ed aggiornati riferimenti bibliografici e approfondimenti sul tema si possono trovare in: S. SELMI,



l'attenzione su quanto sia importante far crescere sempre dentro di noi il seme del dubbio quando crediamo e ci arroghiamo il diritto di sapere, di conoscere e interpretare i reali bisogni e desideri dei minori. Sono loro gli "esperti" a cui ho voluto dare voce, noi dovremmo avere l'umiltà di farci trovare pronti a lasciarci guidare dalla loro competenza lungo il tragitto della loro storia. Consapevole che le relazioni non sono altro che complessi intrecci di biografie, i sanitari, a mio avviso, dovrebbero costruire, alimentare nel costante dibattito intra ed interdisciplinare, la coscienza interiore, con lo stesso impegno

profuso nell'aggiornamento scientifico. Si raggiungerebbero così, attraverso la consapevolezza del proprio ruolo di facilitatori del fluire della narrazione autentica delle vite delle persone, gli obiettivi di creare produttive alleanze relazionali e conoscere, attivandosi poi nel dare risposte adeguate, gli autentici bisogni dei piccoli/giovani pazienti e delle loro persone di riferimento (familiari, amici, insegnanti, allenatori, sanitari). Compiere, cioè, un autentico Percorso di Cura la cui Pianificazione non può che essere Condivisa.

---

R. VECCHI (a cura di), *Psicologia in Cure Palliative. Manuale pratico*, 2023. In particolare nei seguenti capitoli: A. SANTINI, V. DE TOMMASI, *Il processo del morire nell'età evolutiva e di transizione*, 47-61; S. SELMI, R. VECCHI, *Strumenti narrativi per la Pianificazione*

*Condivisa delle Cure e la Death Education nell'età evolutiva e di transizione*, 63-77; S. VARANI, S. DI PROFIO, *Valutazione dei bisogni psicologici e assesment*, 101-125; P. PONTON, M. TOMASI, L. BUSATTA, *Le Scelte di fine vita: etica e deontologia*, 269-284.