

## MALATTIA E PERSONA

Angelo Picardi

Psichiatra, psicoterapeuta. Dirigente di Ricerca presso il Centro di riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### **Corrispondenza**

E-mail: [angelo.picardi@iss.it](mailto:angelo.picardi@iss.it)

### **Riassunto**

La mera presenza e gravità dei sintomi non rende pienamente conto di come le malattie fisiche influenzino la vita delle persone affette. Per tale motivo, è importante la distinzione tra la patologia in senso tecnico e l'esperienza di malattia vissuta dal paziente. L'ascesa della medicina nel XX secolo, grazie ai grandi successi resi possibili dal progresso tecnologico, ha comportato una tendenza a concentrarsi sugli aspetti tecnici della cura, con il rischio che il personale sanitario veda come proprio ruolo unicamente quello di curare la patologia e dimentichi il ruolo complementare di prendersi cura del malato. A contrastare questa tendenza si è posta un'altra disciplina in ascesa all'interno della medicina, la psichiatria, la quale ha sviluppato metodi per misurare variabili soggettive, aprendo la strada alla misurazione di variabili fondamentali come la qualità della vita, la disabilità e il funzionamento. Questo ha reso possibile valutare in modo affidabile e valido non solo gli aspetti sintomatici, ma anche quelli personali, sociali, emotivi e funzionali che contraddistinguono l'esperienza di essere malato, i quali rivestono spesso grande importanza.

**Parole chiave:** patologia, malattia, qualità della vita, disabilità, funzionamento

### ILLNESS, DISEASE, AND THE PERSON

### **Abstract**

The mere presence and severity of symptoms do not fully account for how physical diseases affect people's lives. This is why it is important to distinguish between disease and illness. The ascent of medicine in the Twentieth Century, characterized by the great successes made possible by technological progress, has implied a tendency to focus on the technical aspects of care. This carries the risk that healthcare workers think that their only role is treating the disease, and forget the complementary role of caring for the ill person. In contrast with this tendency, the medical discipline of psychiatry has developed methods to measure subjective variables, which paved the way to the measurement of constructs such as quality of life, disability and functioning. This made it possible to validly and reliably assess not only the presence and severity of symptoms, but also the personal, social, emotional and functional aspects of the experience of illness, which often have great importance.

**Key words:** disease, illness, quality of life, disability, functioning

**DOI:** 10.36131/COGNCL20240211

RICEVUTO IL 19 GIUGNO 2024, ACCETTATO IL 15 OTTOBRE 2024

Nella visione di Ippocrate, la medicina consisteva di tre fattori: il medico, la malattia, e il paziente, un insegnamento rimasto purtroppo trascurato per molti secoli, con il focalizzarsi della medicina pressoché esclusivamente sulla morbilità e la mortalità legata alle patologie.

Il motivo di questa enfasi della medicina sulla morbilità e la mortalità, e dunque sugli aspetti strettamente sintomatologici delle patologie, trova precise ragioni storiche in quella che è stata la condizione umana fino alla metà del XIX secolo (Cassell, 1976). Nel Settecento la malattia e la morte erano una cosa normale, ordinaria. L'aspettativa di vita era poco più della metà di quella odierna, e la mortalità infantile era devastante, alimentata da malnutrizione e infezioni. Malattie infettive relativamente banali come infezioni streptococciche, infezioni intestinali e polmoniti erano una comune causa di morte nei giovani, mentre banali traumi implicavano il pericolo del tetano e della setticemia. Appendiciti, ulcere e tumori erano frequenti e conducevano a morte prematura. Anche quelle che oggi sarebbero considerate fratture non gravi portavano spesso a disabilità permanente. In questo scenario, i medici servivano a poco, considerato che la lista dei "trattamenti" che avevano a disposizione appare, agli occhi di oggi, la trama di un film dell'orrore, costellata com'era di salassi, lassativi, ed emetici.

Intorno alla metà del XIX secolo, nei paesi sviluppati, uomini e donne erano stati tirati fuori in misura sensibile dalla mortale palude della malattia in cui si trovavano, e questo non grazie allo sviluppo di trattamenti efficaci, poiché ancora ne esistevano ben pochi, ma dall'igiene e dalla medicina preventiva. In seguito, con l'avvento dei sulfamidici negli anni trenta del XX secolo, iniziarono progressi esponenziali nello sviluppo di trattamenti efficaci che condussero a ulteriori notevoli benefici per la salute delle popolazioni.

I grandi successi che il progresso tecnologico ha consentito nel campo della medicina comportano tuttavia una tendenza a concentrarsi sugli aspetti tecnici della cura, tralasciando altri aspetti che non sono meno rilevanti. Il rischio insito in questa tendenza è che il medico veda come proprio ruolo unicamente quello di curare la patologia e dimentichi il ruolo complementare di prendersi cura del malato. Invero molti, sia tra i non addetti ai lavori che tra il personale sanitario, ritengono che i medici curino le patologie: questo è errato, in quanto i medici non curano le patologie, bensì curano i pazienti che presentano patologie. La corretta messa a fuoco di questo aspetto è fondamentale poiché un paziente è una persona che non solo è affetta da una patologia, ma ha anche un'esperienza di malattia, che è caratterizzata da minacce di perdita in vari ambiti, quali la perdita di legami sociali e la perdita del senso di controllo sul proprio corpo, le proprie azioni e il mondo. La persona può sentirsi meglio soltanto se entrambi gli aspetti della malattia, tecnici ed esperienziali, sono fatti migliorare dalle cure.

La lingua inglese contiene due parole per esprimere questi aspetti distinti, ma complementari, insiti nel concetto di malattia: *illness* e *disease* (Helman, 1981). Il concetto di *illness* si riferisce all'esperienza di essere malato, a "ciò che il paziente sente quando va dal medico", mentre il concetto di *disease* rimanda alla malattia in senso tecnico, "ciò che il paziente ha quando torna a casa dallo studio del medico" (Cassell, 1976). Nella semantica della nostra lingua potrebbero forse trovare una corrispondenza, sia pure imperfetta, rispettivamente nei termini di "malattia", più colloquiale e di uso più comune, e "patologia", più tecnico. In questa prospettiva, la "patologia" attiene a un organo del corpo, la "malattia" si riferisce all'esperienza dell'essere umano nella sua globalità.

Il concetto di "patologia" rimanda ad anomalie nella struttura e nella funzione di organi e sistemi corporei. Le patologie sono infatti viste come entità che hanno proprietà specifiche e un'identità ricorrente che è indipendente dal contesto in cui si presentano (Eisenberg, 1977). Nell'ambito del concetto di "patologia" non è facile incorporare fattori personali, culturali e

sociali. Tali fattori sono meglio concettualizzati dalla prospettiva della “malattia”, che esprime il punto di vista del paziente sulla propria cattiva salute e include aspetti psicologici, culturali e sociali. Tra questi si annoverano l’esperienza di modificazioni sgradite nello stato dell’essere e la risposta soggettiva del paziente a tali modificazioni, il significato che paziente e persone care danno all’essersi ammalato, e come l’essere ammalato influenza non solo il comportamento, ma anche le relazioni del paziente, poiché eccetto che per le persone che vivono in contesti fortemente isolati, la malattia è un evento sociale. L’esperienza di essersi ammalato comporta tipicamente timori di perdita di legami sociali, di disconnessione dal proprio tessuto di relazioni, e manda in frantumi il senso di solidità e forza che ci aiuta a funzionare adeguatamente nel mondo e fronteggiare le difficoltà della vita. Rispetto a prima di ricevere la diagnosi, la persona malata non abita più il proprio mondo nel medesimo modo, non si sente connessa alle persone di riferimento nella stessa maniera, non ha più il pieno controllo del proprio corpo e del proprio agire (Cassell, 1976). La persona malata avrà inoltre delle idee sul perché ciò sia avvenuto che non necessariamente coincidono con le spiegazioni mediche: tipicamente, le spiegazioni popolari includono l’invasione (da parte di un germe, del cancro, o di qualche alimento nocivo), la degenerazione (l’essersi scaricato, le tossine), aspetti meccanici (blocco di vasi sanguigni o tratti digestivi) e la perdita dell’equilibrio (dieta squilibrata, carenza di sonno, perdita di armonia nella vita e nelle relazioni interpersonali) (Chrisman, 1977). Se queste convinzioni del paziente non vengono esplorate, tenute in adeguato conto e discusse, anche la prescrizione del miglior trattamento possibile potrà non condurre ad alcun esito positivo, in quanto l’adesione a tale trattamento potrebbe essere insufficiente o scarsa.

Nel XX secolo, dunque, l’ascesa della medicina scientifica, la cui metodologia tende a negare l’esistenza di ciò che non sia misurabile, ha condotto alla tendenza a negare l’importanza della persona in relazione alla sua patologia. Questa tendenza ha aspetti paradossali, in quanto mentre nei secoli precedenti la maggior parte delle visite mediche era per patologie acute, oggi predominano patologie croniche, il che fa sì che i bisogni e le aspirazioni dei pazienti siano molto più vari rispetto ai secoli scorsi e si estendano oltre la semplice remissione o riduzione dei sintomi.

A contrastare questa tendenza si è posta nel XX secolo un’altra disciplina in ascesa all’interno della medicina, la psichiatria, la quale, a partire da Freud, ha mostrato che può esserci validità in ciò che non si può misurare, e ancora meglio, ha sviluppato metodi per misurare variabili soggettive, non strettamente biologiche. Dal punto di vista storico, vi sono alcune figure che meritano di essere ricordate per il ruolo fondamentale che hanno avuto in questo processo.

Anzitutto, il canadese William Osler, una celebre figura della seconda metà dell’Ottocento, fondatore della medicina umanistica, la quale utilizza un modello biomedico della malattia e lo applica ove appropriato, ma sempre con una consapevolezza umanistica dell’importanza della persona che è affetta dalla malattia (Bliss, 1999).

Nella prima metà del Novecento, va ricordato Karl Jaspers, un medico tedesco i cui contributi hanno spaziato attraverso discipline diverse come la psichiatria, la psicologia e la filosofia. Nella sua visione, le patologie, pur se entità oggettive nel mondo naturale, si manifestano in singoli esseri umani, uomini e donne liberi, con i loro sentimenti rispetto all’essere affetti da patologie, e il medico non è né un semplice tecnico, né un’autorità, ma un’esistenza per un’esistenza (Jaspers, 1991). Più o meno coeva l’opera dello svizzero Ludwig Binswanger, che nel campo della psichiatria sottolineò sia l’importanza di rispettare il mondo e i modi di essere del paziente, anche se grave, sia la limitatezza del prendere in esame i soli sintomi, che si dovrebbe cercare di ricondurre globalmente a un altro tipo di ordine, reso possibile appunto dalla

nuova interpretazione di questi dati come le risultanze di particolari modalità della presenza della persona nel mondo (Binswanger, 2018).

Nella seconda metà del Novecento, vanno menzionati gli statunitensi George Engel e Alvan Feinstein. Il primo è stato l'ideatore del celebre "modello biopsicosociale" che concepisce salute e malattia come risultanti dall'interazione tra fattori non soltanto biologici, ma anche psicologici e sociali (Engel, 1977). Il secondo è stato il fondatore della clinimetria, un dominio costituito da indici, scale e qualunque strumento atto a descrivere e quantificare fenomeni di interesse clinico, nel cui ambito non è più la semplice "patologia" ad essere al centro della medicina, in quanto la clinimetria implica la misurazione di una vasta gamma di aspetti psicosociali (Feinstein, 1982).

A fianco di questi grandi autori stranieri, anche in Italia vi sono figure di spicco che meritano menzione per il loro lavoro teso a coniugare gli aspetti fisici, corporei con quelli mentali e interpersonali: Ferruccio Antonelli, fondatore nel 1966 della Società Italiana di Medicina Psicosomatica; Paolo Pancheri, autore nel lontano 1984 di un apprezzato trattato di medicina psicosomatica; Giovanni Fava, direttore dal 1992 al 2022 della prestigiosa rivista "Psychotherapy and Psychosomatics" e tra gli ideatori degli innovativi Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) (Fava et al., 1995); e Bruno Bara, promotore di un corso di laurea dal visionario titolo di "Scienze del corpo e della mente" presso l'Università di Torino e curatore di un autorevole volume sull'esperienza della persona di fronte al corpo malato che contiene contributi che spaziano dalle malattie cutanee alla tanatologia (Bara, 2023). Chi scrive ha conosciuto di persona Bruno Bara attraverso il privilegio di essere relatore insieme con lui nell'ambito della sessione plenaria di apertura, dedicata alla psicosomatica, di un apprezzato convegno su mente e corpo tenutosi nel 2007 ad Alba, e ricorda come fin da allora fosse stato colpito, oltre ovviamente che dall'ampiezza della sua cultura scientifica, anche dalla sua carica umana, dall'acutezza delle sue metafore, e dalla profondità dei suoi riferimenti artistici e letterari, spesso attingenti all'Oriente.

Tra i costrutti misurabili tesi a esplorare gli aspetti dell'esperienza di malattia di natura non biologica né strettamente sintomatica, i principali sono la qualità della vita, la disabilità e il funzionamento.

Il concetto di "qualità della vita" (in inglese *Quality of Life*, abbreviato *QoL*) è relativamente recente. Fu infatti introdotto all'inizio degli anni Sessanta in risposta a una ridotta enfasi sulla mortalità e la morbilità e una maggiore consapevolezza degli aspetti soggettivi della salute e dell'esperienza di malattia (Pennacchini et al., 2011). Nella letteratura medica, venne ufficialmente menzionato per la prima volta nel 1966 da Elkinton (Elkinton, 1966) in un editoriale dal titolo "Medicine and quality of life", per poi iniziare a essere utilizzato diffusamente negli anni Settanta, fino a divenire nel 1977 una parola chiave all'interno del *Medical Subject Headings* nel sistema Medline/PubMed della *National Library of Medicine*. Il costrutto ha notevole successo per il suo intuitivo *appeal*, e negli anni Ottanta inizia a essere utilizzato in medicina come uno degli elementi che guidano le decisioni relative al trattamento, trovando vasta accettazione e applicazione.

Tuttavia, è sorprendente che, a fronte della diffusione del costrutto e della sua apparente semplicità intuitiva di significato, in effetti non esiste una definizione universalmente accettata del costrutto di qualità della vita (Pennacchini et al., 2011). La più autorevole è forse quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che la definisce come la percezione che le persone hanno della loro posizione nella vita nel contesto della loro cultura e del loro sistema di valori e in relazione ai loro obiettivi, le loro aspettative, e ciò che sta loro a cuore. Tuttavia, non mancano posizioni critiche nei confronti di questa definizione e proposte alternative (Prutkin & Feinstein,

2002). Fatto sta, comunque, che il concetto ha rivestito un ruolo assai significativo e utile per introdurre il punto di vista del paziente, reso in termini operativi e misurabili, nella pratica clinica e nei relativi processi decisionali.

Per quanto concerne la disabilità, si tratta di un costrutto di estrema importanza e notevoli ripercussioni, che ha trovato grande risonanza a livello mondiale negli anni Novanta attraverso lo studio *Global Burden of Disease (GBD)*, nel quale per la prima volta, per misurare il peso delle malattie in termini di salute pubblica furono ideati e utilizzati degli indici quantitativi fortemente innovativi rispetto alla mera mortalità specifica per causa (Murray & Lopez, 1997). Vennero infatti introdotti gli anni di vita sana persi per disabilità (*Years Lived with Disability, YLD*), calcolati utilizzando uno specifico peso di disabilità assegnato ad ogni patologia. Gli YLD vengono a loro volta utilizzati per il calcolo della principale misura del peso in termini di salute pubblica o *burden*, ovvero gli anni di vita sana perduti per disabilità o per morte prematura rispetto alla speranza di vita della popolazione (*Disability Adjusted Lost Years, DALY*). L'utilizzo dei DALY consente di confrontare il *burden* associato a patologie che causano morte prematura ma scarsa disabilità con quello associato a patologie che non portano a morte prematura ma provocano disabilità consistente.

Grazie alla sua capacità di consentire di mettere a confronto attraverso i medesimi indici quantitativi problemi di salute diversissimi come la malaria, la cardiopatia ischemica, le patologie oncologiche, la schizofrenia e le malattie della pelle, lo studio GBD ha esercitato un enorme impatto sulla comunità scientifica e sulle decisioni di politica sanitaria. È stato, tuttavia, criticato da alcuni esperti in quanto i pesi di disabilità per patologia utilizzati per il calcolo degli YLD e dei DALY non riflettono le effettive limitazioni funzionali misurate empiricamente sui pazienti, bensì una disabilità astratta valutata da esperti, che è indipendente dalla persona e dal suo contesto socioeconomico ed esprime come degli esperti percepiscono la desiderabilità e il valore economico di differenti condizioni di salute (Grosse et al., 2009).

Una cornice di riferimento alternativa per la disabilità e il funzionamento che non soffre della genericità e dell'astrattezza indicate per gli indici quantitativi dello studio GBD è costituita dalla ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). Si tratta di una classificazione complementare alla ICD (*International Classification of Diseases*) che è stata elaborata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità per descrivere e organizzare informazioni sul funzionamento e la disabilità (Ustün et al., 2003). La ICF riconosce il ruolo dei fattori ambientali (fisici e sociali) nella creazione della disabilità associata agli stati di salute, e consente al pari degli indici utilizzati per lo studio GBD il confronto tra diverse condizioni di salute secondo una metrica comune. Nell'ambito della ICF, il livello di funzionamento di una persona è concettualizzato come il risultato di una interazione dinamica tra le sue condizioni di salute, in termini di strutture e funzioni corporee, le sue attività e le limitazioni esperite (funzionamento individuale), la partecipazione alle varie aree della vita (funzionamento come membro di una comunità), e i fattori ambientali che influenzano tali esperienze (favorevoli o limitanti). Su questo sistema di classificazione possono poi essere basati o mappati strumenti per valutare o misurare il funzionamento individuale.

Numerose e svariate sono le evidenze empiriche della limitatezza di una valutazione clinica basata sulla sola morbilità in termini di presenza e gravità dei sintomi, trascurando l'esperienza di malattia vissuta dal paziente. Ne viene presentata qui una delle più illustrative (Meldolesi et al., 2007). Si tratta di uno studio longitudinale condotto su 52 pazienti con epilessia del lobo temporale resistente al trattamento farmacologico trattati con chirurgia ablattiva, che presentavano crisi con frequenza delle crisi mensile nel 50% dei casi, settimanale nel 46%, e giornaliera nel

4%. Prima dell'intervento chirurgico, ai pazienti sono stati somministrati vari strumenti per la valutazione della depressione, dell'ansia, della rabbia, e della qualità della vita specifica per patologia e generale, ovvero rispettivamente il Beck Depression Inventory (BDI), lo Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI), lo Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), il Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31) e il World Health Organization Quality of Life (WHOQPL-100). In seguito, sono state effettuate delle valutazioni di esito a 1 anno e a 2 anni, nel corso delle quali sono state valutate la frequenza e la gravità delle crisi secondo la classificazione di Engel e sono stati somministrati nuovamente gli strumenti di valutazione sopra indicati.

Per quanto riguarda il punto di vista strettamente sintomatologico, gli esiti clinici sono stati eccezionalmente buoni, in quanto a 1 anno dall'intervento chirurgico il 91% dei pazienti risultavano liberi da crisi, e di questi soltanto il 10% lamentava ancora la presenza di aure, mentre l'8% presentava crisi rare (1-3 l'anno) e non disabilitanti. Questi ottimi risultati si sono mantenuti a distanza di 2 anni, con l'83% dei pazienti totalmente liberi da crisi, il 6% con sole aure, e l'11% con crisi rare e non disabilitanti.

Di fatto, per la stragrande maggioranza di queste persone l'intervento di ablazione della zona epilettogena, opportunamente pianificato in base a un'accuratissima valutazione epilettologica prechirurgica, ha avuto l'effetto di un vero e proprio incantesimo. Raramente in medicina si vedono istanze di una patologia grave, cronica, pesantemente disabilitante, farmacologicamente intrattabile come una epilessia farmacoresistente, che letteralmente scompare nel volgere di poche ore su un tavolo operatorio. E tuttavia, al follow-up effettuato a un anno dall'intervento non erano apprezzabili miglioramenti nello stato psicopatologico ed emotivo. Solamente dopo 2 anni, si è osservato un miglioramento nelle variabili psicopatologiche ed emozionali, correlato a un miglioramento nella qualità della vita.

Questo studio mostra, con evidenza palmare, quanto una valutazione clinica incentrata sui soli aspetti sintomatici possa essere inaccurata e del tutto incapace di cogliere aspetti fondamentali dell'esperienza di malattia vissuta dal paziente. Come acutamente osservato da Bara (Bara, 2018), una malattia colpisce tipicamente il paziente non con una, ma con due frecce: quella della sofferenza fisica e quella della sofferenza mentale. Nel caso dell'epilessia resistente al trattamento farmacologico, devastante è l'impatto fisico della perdita di controllo sul proprio corpo e spesso sulla coscienza stessa, ma altrettanto pesante è l'impatto delle conseguenze psicologiche della patologia, in termini di paura che in ogni momento una crisi possa presentarsi, preoccupazione per il proprio futuro e per come la patologia potrà danneggiare la propria vita sociale e lavorativa, tristezza per la propria condizione di malato cronico incurabile, rabbia per l'ingiustizia dell'aver avuto in sorte un simile peso da portare.

Una persona che ha sofferto per molti anni di un'epilessia cronica e intrattabile, pur se resa indenne dalla prima freccia attraverso la guarigione resa possibile dalla chirurgia, avrà certamente bisogno di tempo, molto tempo, per scrollarsi di dosso la seconda freccia, ovvero credere realmente di essere guarita, che le crisi non si ripresenteranno. Anche dopo molti mesi di assenza di crisi, e come visto ancora dopo un anno dall'operazione, verosimilmente avrà ancora paura che la malattia torni a tormentarla, si sentirà ancora malato, con i sentimenti di tristezza e rabbia che questo può comportare. E quando anche arrivasse a credere, sia pur flebilmente, nella guarigione, potrebbero emergere tutti i sentimenti di paura che le sfide poste da una vita non più da malato implicano, con il venire a mancare di una giustificazione a prova di bomba, costituita dalla malattia, di fronte alle tante carenze che una vita da malato grave spesso comporta, come non poter guidare l'automobile e muoversi liberamente, non avere un lavoro, non avere un

partner sentimentale, e così via.

In conclusione, svariati e diversi campi del sapere come la letteratura, le arti, l'antropologia, la psicologia e la medicina convergono nel mettere in evidenza il fatto che l'esperienza di una persona affetta da una malattia fisica va ben al di là della mera presenza e gravità dei sintomi della patologia. È imperativo che ogni professionista sanitario sia consapevole che il suo mandato non è di curare le malattie, ma le persone con delle malattie, e che un trattamento ben condotto richiede il prendersi cura del paziente non solo rispetto agli aspetti sintomatici, ma anche rispetto a quelli personali, sociali, emotivi, funzionali che contraddistinguono l'esperienza di essere malato e che rendono conto dell'unicità di ogni paziente.

## Bibliografia

- Bara, B. (2018). *Il terapeuta relazionale*. Raffaello Cortina.
- Bara, B. (2023). *Il corpo malato*. Raffaello Cortina.
- Bliss, M. (1999). *William Osler. A life in medicine*. University of Toronto Press.
- Binswanger, L. (2018). *Daseinsanalyse Psichiatria Psicologia*. Raffaello Cortina.
- Cassell, E. J. (1976). Treating patients for both is the healer's art: Illness and disease. *The Hastings Center report*, 6, 2, 27–37.
- Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1, 4, 351–377.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1, 1, 9–23.
- Elkinton, J. R. (1966). Medicine and the quality of life. *Annals of internal medicine*, 64, 3, 711–714.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 4286, 129–136.
- Fava, G. A., Freyberger, H. J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 63, 1, 1–8.
- Feinstein, A. R. (1982). T. Duckett Jones Memorial Lecture. The Jones criteria and the challenges of clinimetrics. *Circulation*, 66, 1, 1–5.
- Grosse, S. D., Lollar, D. J., Campbell, V. A., & Chamie, M. (2009). Disability and disability-adjusted life years: not the same. *Public health reports*, 124, 2, 197–202.
- Helman, C. G. (1981). Disease versus illness in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31, 230, 548–552.
- Jaspers, K. (1991). *Il medico nell'età della tecnica*. Raffaello Cortina.
- Meldolesi, G. N., Di Gennaro, G., Quarato, P. P., Esposito, V., Grammaldo, L. G., Morosini, P., Cascavilla, I., & Picardi, A. (2007). Changes in depression, anxiety, anger, and personality after resective surgery for drug-resistant temporal lobe epilepsy: a 2-year follow-up study. *Epilepsy research*, 77, 1, 22–30.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 9063, 1436–1442.
- Pancheri, P. (1984). *Trattato di medicina psicosomatica*. UTET.
- Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M. M., & De Marinis, M. G. (2011). A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *La Clinica terapeutica*, 162, 3, e99–e103.
- Prutkin, J. M., & Feinstein, A. R. (2002). Quality-of-life measurements: origin and pathogenesis. *The Yale journal of biology and medicine*, 75, 2, 79–93.
- Ustün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and rehabilitation*, 25, 11-12, 565–571.