

Oltre le polarizzazioni: ripensare la bioetica a partire da cura, giustizia e autonomia relazionale

Lucia Galvagni

Quanto polarizzazioni e dualismi definiscono il dibattito bioetico? Se pensiamo ai termini e ai modelli più presenti nel confronto pubblico italiano, ad esempio quelli del paternalismo e dell'autonomia in medicina, all'opposizione tra cattolici e laici, alla contrapposizione tra giovani e anziani nel momento delle scelte durante l'emergenza sanitaria, capiamo che il ricorso alle opposizioni, e alla definizione per contrapposizione, è molto frequente anche quando si dibattono le questioni etiche. Questo approccio ha manifestato e manifesta molti limiti, perché semplifica le questioni e non permette di affrontare e di capire la complessità dei problemi e delle situazioni dei quali si discute.

Cura e giustizia, sapientemente bilanciate, rappresentano parametri morali cui si possono – e si dovrebbero – ispirare le scelte sanitarie, su scala globale e in dimensione locale: il richiamo a nozioni quali l'autonomia in relazione, la reciprocità e l'intersoggettività consentono di ripensare anche gli scenari presenti e di provare a guardare diversamente alle modalità di interazione e scelta in medicina e nella sanità.

1. Polarizzazioni nel dibattito bioetico

Proviamo ad osservare più da vicino alcune importanti polarizzazioni che attraversano il dibattito bioetico e la riflessione sull'etica della medicina: queste polarizzazioni riguardano il piano morale, dal momento che fanno riferimento a valutazioni e ad approcci morali, il piano epistemologico, perché riflettono modi diversi di intendere la conoscenza medica, e il piano antropologico, dato che rimandano a modalità diverse di interpretare gli esseri umani e la loro condizione.

Consideriamo innanzitutto tre importanti polarizzazioni che caratterizzano l'ambito morale del dibattito.

Le opzioni morali inerenti all'inizio e alla fine della vita vedono contrapporsi nel dibattito anglosassone le due posizioni estreme del *pro life* e del *pro choice*, che noi riportiamo ai due argomenti dell'inviolabilità o della sacralità della vita e a quello della qualità della vita e del diritto alla scelta: a tali posizioni si fa riferimento spesso quando si discute delle scelte rispetto alla vita nascente piuttosto che di quelle a fine vita o delle richieste di essere accompagnati a morire. Questa contrapposizione richiama quella – ben più nota in Italia – tra cattolici e laici, alla quale si è spesso ricorsi per rappresentare il dibattito bioetico (Fornero 2009 e 2012). Tale distinzione, che ha molto segnato il dibattito al suo inizio, non tiene in considerazione il fatto che gli orientamenti religiosi presenti nel nostro paese sono molti e differenti rispetto a quello cattolico, e non considera il fatto che il mondo cattolico e quello laico non sono omogenei ed indifferenziati al proprio interno, dal momento che – al contrario – sono caratterizzati da posizioni morali molto diverse e talora anche molto distanti tra loro.

Per quanto riguarda i modelli di relazione terapeutica, se da un lato il paternalismo medico ha rappresentato il modello di medicina più in voga nel passato, oggi tende a prevalere il principio del rispetto dell'autonomia e dell'autodeterminazione della persona, intese come la capacità della persona, e più in particolare del paziente, di determinarsi rispetto alle scelte inerenti alla sua salute e alla sua malattia. Anche in questo caso, forme di paternalismo forte, così come uno sbilanciamento esclusivo in direzione dell'autonomia individuale non favoriscono la possibilità che si crei una relazione di cura che riconosca e faccia spazio ai diversi soggetti in gioco.

Un'ulteriore polarizzazione, più complessa e problematica perché in parte latente nel dibattito e nella mentalità della nostra società, è quella tra giovani e anziani. È questa una polarizzazione che tutti abbiamo percepito, sbandierata dai media con poca attenzione e sensibilità per coloro che nella categoria degli «anziani» si trovano o si sono sentiti relegati e che ha giocato un ruolo pesante nei mesi dell'emergenza pandemica, quando si è tematizzato il problema di scegliere come e a chi destinare le cure intensive, a fronte di una scarsissima disponibilità di mezzi e di posti nei reparti d'ospedale. Questo dibattito morale, che si è svolto dapprima all'interno della realtà sanitaria, coinvolgendo medici e società scientifiche che molto hanno discusso in merito, si è esteso poi all'intera società, creando incomprensioni e profonde fratture e tensioni, in un momento già di per sé molto complesso.

A tali polarizzazioni – che riguardano il piano morale – se ne affiancano altre, non meno problematiche e per certi aspetti ancora più radicate e

profonde, che sono di tipo epistemologico e che riguardano le modalità di conoscenza che la medicina ha fatto e fa proprie.

Una prima importante polarizzazione epistemologica riguarda la pretesa oggettività della medicina e l'attribuzione della soggettività esclusivamente alla persona del paziente. La medicina è evoluta definendosi come disciplina scientifica, che riesce ad ottenere e ad offrire un approccio e uno sguardo sempre più precisi ed oggettivi rispetto alla malattia; nel tempo si è però fatta strada la constatazione che ci sono due importanti soggettività sempre in gioco, quella del paziente da una parte, che riporta la propria esperienza e il proprio vissuto di malattia, e quella del medico dall'altra, che interpreta tale condizione di malattia. Questa dimensione soggettiva va raccolta dal momento che consente di comprendere meglio la malattia, di cogliere la possibile sofferenza ad essa associata e insieme di identificare le risorse che ogni persona ha e può trovare per affrontare e convivere con tale condizione. La stessa dimensione terapeutica può essere pensata quale relazione, che prevede e richiede una forma di rapporto e di scambio intersoggettivo tra curante e paziente; per comprendere meglio la malattia ed intervenire in maniera più attenta e rispettosa, più pertinente e personalizzata nella cura.

Una seconda opposizione e potenziale polarizzazione epistemologica alla quale si ricorre è quella tra salute e condizione umana e salute e condizione animale, quasi a sancire una separazione e distinzione netta tra l'essere umano e gli altri animali. Se consideriamo come la salute viene inquadrata oggi, anche – ma non solo – a seguito della pandemia, possiamo osservare che tale distinzione e contrapposizione sembra essere saltata: la nozione e il modello della salute circolare e della *one health* si trova a rappresentare un nuovo importante paradigma di riferimento: in esso si riconosce una sostanziale continuità tra salute umana, salute animale e condizione ambientale, osservando e riconoscendo la profonda interconnessione che si dà tra queste diverse realtà che rappresentano – prese nel loro insieme – la comunità dei viventi (Vineis e Savarino).

Altre polarizzazioni infine rimandano al piano antropologico, dal momento che riguardano diversi modi possibili di intendere e di rappresentare salute e malattia: sono questi due poli, due estremi, due realtà e condizioni a sé stanti o vanno considerati piuttosto come momenti diversi di un continuum? La contrapposizione netta tra salute e malattia è problematica se consideriamo alcuni importanti ambiti e scoperte della medicina: la genetica permette ad esempio di identificare condizioni di predisposizione a malattia che pongono le persone in una complessa situazione di incer-

tezza, nella quale non è scontato capire e definire se si è in una condizione sana oppure malata, quando ancora la malattia non si manifesta (Vineis). Lo stesso vale per le malattie mentali, rispetto alle quali ci sono fasi, periodi e condizioni nelle quali la patologia si stempera e la condizione di malattia si mitiga e migliora, consentendo un recupero a volte temporaneo, a volte di più lungo periodo, quando non definitivo (Ongaro Basaglia).

La tendenza a definire i termini del dibattito bioetico per contrapposizione è stata ed è molto forte nella realtà italiana, ma non solo in questo contesto: pensare per dualismi porta spesso a costruire la definizione di quel che si è in contrapposizione rispetto ad un altro, ad un «diverso» da noi, che viene percepito come distante in particolare per quanto riguarda la sua visione morale o il suo orientamento religioso. Se le polarizzazioni consentono di dare una rappresentazione più semplice ed immediata di una questione, esse rendono sfocate tutte quelle posizioni intermedie che rappresentano spesso orientamenti importanti, presenti nella quotidianità, nelle realtà e nei luoghi più frequentati del dibattito.

Le polarizzazioni che abbiamo identificato possono però anche svolgere un ruolo importante, dal momento che consentono di tracciare e disegnare il «campo» entro cui si svolge il dibattito sulle questioni di etica della medicina e di etica della vita. È importante per questo provare a capire cos'altro si può incontrare e cosa può trovare collocazione tra questi estremi, che sono molto netti e che per questo risultano in certo qual modo esclusivi.

2. Cura e giustizia: un'ulteriore polarizzazione?

Accanto ai termini e ai modelli sin qui identificati come caratteristici del dibattito in etica medica, emergono due altri importanti parametri morali, che vogliamo richiamare e che vengono rappresentati a volte come un'ulteriore polarizzazione.

I termini in questione sono quelli di cura e giustizia, che possono venir considerati come estremi di un continuum: la cura da un lato richiede intervento, capacità di identificare e rispondere ai bisogni, lì dove giustizia, dall'altro, domanda di tener conto dei bisogni di tutti e di ciascuno, nelle differenze e nelle specificità che li caratterizzano, e chiede quindi di distribuire e differenziare gli interventi in maniera tale che, nel dare a ciascuno, non si comprometta quel che è dovuto a tutti.

La cura ha caratteristiche, se si considera ad esempio l'entità del bisogno di cura, che portano a parlare di una «dismisura della cura» (Tronto; Loute):

il grande bisogno di cura implica che, laddove c'è necessità di cura, questa necessità a volte si riduca, ma in molti altri casi essa tende invece ad ampliarsi, come capita nelle situazioni di malattia grave, nelle quali i bisogni di cura spesso aumentano e si amplificano.

È proprio guardando a tali scenari che la questione della giustizia e dell'equità, dell'equa distribuzione di interventi e risorse diventa sfidante: come garantire cura, una buona cura, una cura giusta a tutti e a ciascuno?

In un testo che sembra aver anticipato la situazione e le difficoltà che la pandemia ha enfatizzato, la filosofa Elena Pulcini considera come i parametri di cura e giustizia, ai quali si pensa perlopiù a livello locale, si modifichino quando li si consideri su scala globale. E rivaluta il ruolo di un'etica della cura per rapportarsi a se stessi, agli altri e al mondo.

«Con la sua attenzione alla relazione e al contesto, la sua sensibilità alla particolarità dell'altro e la valorizzazione di emozioni morali come l'empatia, la sensibilità, la fiducia; e soprattutto, attraverso il suo presupposto fondamentale di una reciproca interdipendenza, l'etica della cura appare più adatta a far fronte alle sfide della società globale» (Pulcini 41).

L'etica della cura prende le mosse dalla riflessione della psicologa Carol Gilligan, che negli anni Settanta si era interrogata sulle origini e le forme dell'educazione morale e aveva considerato come questa non possa essere ricondotta e ridotta soltanto alle norme e ai principi morali, ma debba saper tener conto delle attitudini, dei sentimenti morali, della capacità di empatia e della dote dell'immaginazione, che consente di pensare con un approccio creativo a scenari e soluzioni diversi, rispetto a situazioni complesse e dilemmatiche che si devono affrontare da un punto di vista morale (Gilligan; Tusino).

L'etica della cura rimanda al paradigma della vulnerabilità dell'essere umano: il riconoscimento della comune vulnerabilità porta a considerare come intervenire lì dove la vulnerabilità è diffusa, per capire a chi destinare le attitudini e gli interventi di cura (Giolo e Pastore; Reich). In questo modello sono proprio la dimensione della vulnerabilità e la risposta della cura a rappresentare e a diventare i criteri per mettere in atto la giustizia, cercando di garantire l'equità, ossia una distribuzione equa dei beni a disposizione.

Può sembrare la sfida più grande, quella di garantire cura e giustizia per tutti e per ciascuno. Lo capiamo quando guardiamo alla difficoltà di definire e distribuire le cure in sanità, lo possiamo osservare se ampliamo lo sguardo dal nostro mondo al resto del mondo e ci chiediamo quante delle condizioni che diamo per scontate nelle nostre realtà rappresentino le con-

dizioni di base o viceversa costituiscano dei «massimi» irraggiungibili per molti contesti. Basti pensare a quelle realtà che – per povertà e precarietà dei sistemi sanitari e delle condizioni di vita – sperimentano situazioni di grandissima instabilità, di insufficienza e indisponibilità di beni e sistemi che noi consideriamo come garantiti. Nella riflessione sulle risorse in sanità, è stato proposto – considerando l'aumento dei bisogni di salute nelle popolazioni dei paesi ritenuti più sviluppati e i costi che tali interventi implicavano ed implicano – di considerare una distribuzione dei beni e degli interventi essenziali, secondo una logica di ripartizione e di allocazione di un «minimo sufficiente» (Schramme)¹. Alla luce di quanto è capitato durante l'emergenza pandemica, ci possiamo chiedere se questo minimo è stato garantito o se, invece, non si sia venuti meno pure alla garanzia di quel che l'assistenza primaria dovrebbe sempre poter assicurare.

Nell'ampliare lo sguardo, possiamo considerare non solo gli altri contesti del mondo, del globo, al presente, ma anche chi vive e vivrà nel futuro: la cura e la giustizia, per essere tali, dovrebbero per questo diventare delle attitudini da esercitare verso l'altro che è distante nello spazio – chi oggi vive altrove – così come verso l'altro che è distante nel tempo, le generazioni future in particolare (Menga).

La rivalutazione del ruolo che passioni ed emozioni hanno per e nella vita morale può essere estesa anche all'interno delle dinamiche delle comunità e quindi nella vita politica. Nella sua disamina delle passioni, Elena Pulcini riserva un'attenzione particolare alle passioni che stanno alla base dei principi della cura e della giustizia, ossia l'empatia e la compassione, ma anche l'ira, l'indignazione, il risentimento. Tali passioni – e, potremmo dire, gli affetti ad esse associati – definiscono anche il nostro modo e la nostra capacità di accostare situazioni di vulnerabilità, entrare in risonanza con esse, nonché di utilizzare l'energia che dalle cosiddette passioni «negative» può derivare, per contrastare ed eventualmente ribaltare situazioni di iniquità e ingiustizia. C'è molto su cui riflettere, c'è molto su cui lavorare.

Una grande attenzione, sottolinea Pulcini, andrebbe riservata alla cura di sé e alla cura spirituale, per meglio identificare e comprendere quali emozioni caratterizzino la nostra esistenza e i nostri vissuti. Questo ci permetterebbe di capire e conoscere meglio la nostra interiorità e di riuscire così ad incontrare l'altro e gli altri con una diversa consapevolezza rispetto alla nostra persona e alla nostra identità.

¹ Questo approccio è definito «sufficiarismo», dall'inglese *sufficiarianism* (Schramme).

3. Differenze e identità: il valore della relazione

Accanto alla considerazione di cura e giustizia quali fondamentali parametri morali, nel dibattito etico e nell'etica della medicina alcuni autori e molte autrici hanno messo in luce il valore e la rilevanza di una dimensione che rimane spesso sotto traccia, ossia la dimensione delle relazioni, degli affetti e dei poteri, che sempre sono in gioco quando ci si rapporta a situazioni e questioni inerenti alla vita e alla morte, alla salute e alla malattia, alla cura e all'accompagnamento (Botti; Malherbe)². In questa prospettiva si osserva che l'identità del soggetto si costruisce all'interno di dinamiche relazionali, che contribuiscono a dar forma e a definire l'orientamento, la visione e le scelte morali della persona.

I filosofi e le filosofe citati propongono di ricorrere alla nozione di «autonomia relazionale» e di «autonomia reciproca», riconoscendo come – nelle scelte da fare e nelle decisioni da prendere – siano proprio l'entrare in relazione, il confronto, il dialogo tra paziente e curante a poter permettere una migliore definizione ed espressione dell'autonomia, ossia del proprio orientamento e della propria visione morale, che può risentire anche dei riferimenti spirituali o del credo religioso della persona.

Questi autori osservano come – a fronte di scelte complesse – le persone non decidano facendo riferimento semplicemente a principi astratti, a norme e valori morali, ma risentano in maniera significativa delle condizioni che quelle situazioni presentano, delle emozioni che esse suscitano e dell'influenza che le dinamiche relazionali possono avere rispetto alle scelte da fare, alle decisioni da prendere, alle azioni da intraprendere. La dimensione morale richiama dunque quella emotiva, quella affettiva e quella passionale, che portano con sé sentimenti ed energie che sembrano essere determinanti anche nel muovere la nostra interiorità, nel motivare le nostre azioni e nel definire le nostre possibili interazioni.

Per questo accanto agli affetti vengono identificati e nominati i poteri, quali elementi che «sbilanciano» in certo qual modo le presunte simmetrie e le polarizzazioni che abbiamo sopra identificato, siano esse morali – come nel caso della soggettività del paziente e di quella del curante –, epistemologiche – si pensi alla competenza del clinico e a quella del paziente – o antropologiche, se consideriamo ad esempio le due nozioni e condizioni di «salute» e di «malattia». In tale situazione di asimmetria,

² Oltre agli autori citati, un fondamentale contributo a tale dibattito è rappresentato dal lavoro di Carol Gilligan.

non viene meno il soggetto, che ha vissuti e sentimenti importanti e che modifica – ma mantiene, e per certi aspetti e in certi casi forse potenzia anche – la propria capacità di riflettere, di decidere e di agire in senso morale (Barazzetti). Nell’ottica dell’autonomia relazionale lo scambio tra medico e paziente viene pensato come una relazione a due, che a propria volta si inserisce entro dimensioni relazionali più ampie e complesse, dato che questi due soggetti si trovano a loro volta immersi all’interno di relazioni e reti relazionali significative: quella con i familiari e la comunità di riferimento, nel caso del paziente, quella dell’équipe e delle istituzioni di cura, per il medico e più in generale per i curanti.

In un modello relazionale e reciproco, si riconosce la rilevanza del confronto e del dialogo tra le persone, che possono avere posizioni morali diverse: il curante si può mettere in ascolto delle esigenze e dei riferimenti morali del paziente, può cercare di cogliere il suo punto di vista, per definire quindi anche un percorso di cura che sappia tener conto della sua storia di vita, delle priorità che lui si dà, delle abitudini e condizioni di vita nelle quali dovrà integrare una nuova modalità di vivere e con-vivere con la malattia. Può succedere che il medico cambi il proprio punto di vista, così come può accadere che lo cambi il paziente e che i familiari possano riflettere con lui sulle cure e l’accompagnamento che ritengono migliori.

Questa proposta etica si cala nelle situazioni e ne raccoglie la dimensione contestuale e concreta, caratterizzata da componenti soggettive ed elementi storici, che si delineano come fondamentali anche rispetto a scelte, decisioni e azioni da intraprendere. Le relazioni e le persone tornano qui a caratterizzare la situazione e a definirne i possibili contorni e i corsi potenziali. Le nozioni sulle quali abbiamo riflettuto ci portano a comprendere la complessità della relazione, in particolare quando in essa si entri da posizioni e con ruoli diversi, come quello di un medico, e più in generale di un curante, e quello di un paziente, o di una persona in difficoltà, che sta sperimentando una condizione di vulnerabilità.

È questo un modello bello ma esigente, nel senso che richiede la disposizione ad entrare e a stare in relazione, con l’impegno e le difficoltà che questo comporta – ma forse anche con i risvolti di bellezza e di umanità che esso implica. In questo spazio, in questo tempo e in questo stile di relazione si può pensare ed immaginare di far sì che orientamenti e posizioni morali, religiosi e culturali delle diverse persone e delle differenti realtà coinvolte possano trovare espressione e avere voce.

4. Gli estremi e la nostra comune umanità

Se spostando lo sguardo dal nostro tempo guardiamo al passato, ci accorgiamo di quanto la ricerca del «giusto mezzo» abbia rappresentato una sfida – e un compito – sin dall'antichità anche per il pensiero morale. Nell'*Etica Nicomachea* Aristotele osservava che la virtù può essere considerata come il punto medio tra due estremi: per riprendere l'immagine iniziale dei due poli, potremmo dire che la virtù rappresenta quel che sta tra i due poli come punto equidistante, che controbilancia limiti ed eccessi di ciascuno dei due. Il coraggio, ad esempio, è il punto medio tra la pusillanimità e l'eccesso di confidenza in se stessi o, detto altrimenti, l'arroganza; il giusto mezzo tra avarizia e prodigalità è la generosità, quello tra edonismo e indifferenza la temperanza; tra rassegnazione e rivolta il giusto mezzo è l'indignazione, tra ipersensibilità e insensibilità è l'empatia, tra compiacenza e opposizione è il dissenso.

Come viviamo noi oggi queste virtù, come le possiamo rimodulare nel e per il tempo presente?

Durante la prima fase di emergenza pandemica, nel guardare alle scelte più complesse, spesso tragiche, che i clinici dovevano affrontare, in molti abbiamo avuto l'impressione di esserci trovati di fronte a un estremo: l'estremo che separa vita e morte, benessere e malattia, speranza e disperazione, trattenere e lasciar andare. In molte situazioni di cura, anche estrema, la mediazione si realizza attraverso una presenza corporea, che permette una relazione tra il corpo di chi cura e il corpo di chi riceve la cura, che mette in comunicazione il corpo che tocca con il corpo che viene toccato, che consente l'intervento di uno sguardo e di una mano che, curando un corpo, talvolta lo possono aiutare a guarire. Molti medici e clinici coinvolti nella cura affrontano questi momenti estremi consapevoli del fatto di entrare in un luogo nel quale va osservato il silenzio ed esercitata la compassione, perché lì si assiste ad un momento di commiato, si accompagna una persona che può essere accostata solo con i modi della cura e della carità, intesa come *charis*, quale grazia. Si può essere vicini, esercitare la cura, dare e darsi conforto anche in una forma e con una presenza simbolica, silenziosa, corporea.

La situazione estrema che abbiamo vissuto e che stiamo sperimentando, per la pandemia e per le molte, altre numerose emergenze presenti oggi nel mondo, ha suscitato la consapevolezza del bisogno di arrivare in questi luoghi e a queste situazioni con un bagaglio carico di umanità, di quella capacità di sentire che ciascuno ha e che va coltivata e accompagnata, per far sì che nei momenti difficili e in quelli talora tragici della vita, nessuno si senta abbandonato, nessuno pensi di essere solo. Non siamo soli al mondo,

ricorda lo psicanalista Tobie Nathan, e lo ricorda pensando ai migranti, agli ultimi della terra, che si trovano a vivere uno spaesamento ed un isolamento che – per essere compreso e accostato – va riportato alla condizione che caratterizza ciascuna e ciascuno di noi e che ci richiama con forza alla nostra comune umanità (Nathan).

Bibliografia

- Aristotele, 2000, *Etica Nicomachea*, Milano, Bompiani.
- Barazzetti G., 2011, *Libertà e medicina. Il principio di autonomia nell'etica bio-medica*, Milano, Mondadori.
- Botti C., 2000, *Bioetica ed etica delle donne. Relazioni, affetti e potere*, Milano, Zadig.
- Fornero G., 2009, *Bioetica laica e bioetica cattolica*, Milano, Mondadori.
- 2012, *Laici e cattolici in bioetica: storia e teoria di un confronto*, Firenze, Le Lettere.
- Gilligan C., 1991, *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, Milano, Feltrinelli.
- Giolo O. e Pastore B. (edd), 2018, *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Roma, Carocci.
- Loute A., 2016, *La démesure du care: surabondance de l'amour, excédent sémantique ou contradiction?*, in "Revue du GRM", 10, pp. 1-24.
- Malherbe J.-F., 2014, *Elementi per un'etica clinica. Condizioni dell'alleanza terapeutica*, Trento, FBK Press.
- Menga, F.G., 2021, *L'emergenza del futuro. I destini del pianeta e le responsabilità del presente*, Roma, Donzelli.
- Nathan T., 2003, *Non siamo soli al mondo*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Ongaro Basaglia F., 1982, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Torino, Einaudi.
- Pulcini E., 2020, *Tra cura e giustizia: le passioni come risorsa sociale*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Reich W.T., 2002, *Prendersi cura dei vulnerabili: il punto di incontro tra etica secolare ed etica religiosa nel mondo contemporaneo*, in "Annali di Studi Religiosi", 3, pp. 71-86.
- Schramme T., 2019, *Just Enough Health. Theories of Health Justice*, Lanham, Rowman & Littlefield.

- Tronto J.C., 2013, *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Parma, Diabasis.
- Tusino S., 2021, *L'etica della cura. Un altro sguardo sulla filosofia morale*, Milano, Franco Angeli.
- Vineis P., 1997, *Prima della malattia. Per un'etica della prevenzione*, Venezia, Marsilio.
- e Savarino L., 2021, *La salute del mondo. Ambiente, società, pandemie*, Milano, Feltrinelli.