

Nicolò Maria Ingarra

Decisioni in tema di accesso alle cure: dalla biopolitica delle catastrofi alla post pandemia

Riassunto

Innovando l'ordine politico, sociale, economico e logico globale, la recente pandemia ha fatto riemergere la delicata questione della limitazione del diritto di accesso alle cure. Nell'infuriare dell'emergenza e nella prospettiva di un'estrema scarsità di risorse disponibili, si è prospettata infatti la manifestazione di un diverso volto della biopolitica di stampo foucaultiano. Da un lato, si è sperimentata una tangibile tanatocrazia basata sul *triage*, attraverso la proposta di prese di posizione fondate sul sacrificio degli individui più vulnerabili a favore di quelli ritenuti più appropriati e meritevoli di cura. Dall'altro, le misure adottate per contrastare il contagio hanno chiaramente rivelato una precedente e generale tendenza al riduzionismo biologico. Sebbene la virosi non abbia operato direttamente alcuna selezione di classe, origine, sesso ed età, ha contribuito a tale tendenza, indebolendo anche la realtà umana del morire di cui sono espressione alcuni elementi fondanti della civiltà, come l'accompagnamento alla morte e la ritualità del lutto. In tale prospettiva, come è mutata la narrazione intorno ai contesti della cura? E come è possibile proporre un ripensamento di questi ultimi in ottica post-pandemica?

Abstract

Innovating the political, social, economic and logical order, the recent pandemic has resurrected the delicate issue of limiting the right of access to care. In the raging emergency and the prospect of an extreme scarcity of available resources, a different face of Foucauldian biopolitics has indeed emerged. On the one hand, a tangible triage-based thanatocracy was experimented with, through the proposal of stances based on the sacrifice of the

most vulnerable individuals in favour of those deemed most appropriate and deserving of care. On the other hand, the measures taken to counter the contagion clearly revealed a previous and general tendency towards biological reductionism. Although virosis has not directly operated any selection of class, origin, sex and age, it has contributed to this tendency, also weakening the human reality of dying of which some of the founding elements of civilisation, such as the accompaniment of death and the rituality of mourning, are an expression. In this perspective, how has the narrative around the contexts of care changed? And how is it possible to propose a rethinking of the latter in a post-pandemic light?

Parole chiave: biopolitica; tanatopotere; cura; vulnerabilità; post-pandemia.

Keywords: bio-politics; thanatopower; care; vulnerability; post-pandemic.

Χρόνος ἐστὶν ἐν ᾧ καιρὸς, καὶ καιρὸς ἐν ᾧ χρόνος οὐ πολὺς· ἄκεσις χρόνω, ἔστι δὲ ἡνίκα καὶ καιρῷ

Il *chronos* (tempo) è nel *kairos* (nel momento giusto) e il *kairos* in un tempo che non sia lungo. La guarigione riguarda il tempo, quando però si presenti il *kairos*»

(Ippocrate, *Praeceptiones*, 1)

1. Tra emergenza e triage: il cambio di narrazione nei contesti della cura

A seguito dei diversi “post” che dominano la scena epistemologica contemporanea, si è ormai consolidata anche la categoria della post-pandemia (*ex multis* Cantaro 2021; Montani 2021; Semplici 2023). Risulta pertanto più che mai necessario ragionare su quei lasciti della fase acuta della crisi sanitaria che hanno inciso profondamente nel rapporto tra cura, vulnerabilità e politica. Nel mondo accelerato in cui la crisi sanitaria sembra cadere ormai nell’oblio, la narrativa di luoghi, tempi, simboli e contesti della cura è stata freddamente emendata dall’esperienza pandemica: dalle cure per chiunque alle cure solo per chi è selezionato. Del resto, già nell’immediato indomani delle prime ondate dell’emergenza Covid-19, il Rapporto annuale Istat 2021 sulla situazione del Paese ha dedicato un ampio focus allo

shock pandemico manifestatosi all'interno dei contesti di cura e le relative conseguenze sanitarie. Come evidenziato, lo shock non è stato solo a livello demografico – relativamente a natalità, matrimoni, decessi, mobilità interna e internazionale e stili di vita –, bensì ha comportato «l'acuirsi delle condizioni di fragilità della popolazione»¹, corredato anche da una decisiva diminuzione delle prestazioni erogate durante la fase emergenziale.

Più a freddo rispetto a tali considerazioni, è opportuna quindi la riapertura di un dibattito per la messa in discussione dei perimetri tracciati dalla biopolitica pandemica. Si parta, infatti, dalla constatazione che la pandemia è in primo luogo «un concetto politico: come suggerisce l'etimologia del termine, c'è sempre un *demos* interessato dall'evento»². Nel caso specifico «il *demos* non è più un certo corpo politico, ma una popolazione biopolitica»³, all'interno della quale la garanzia del diritto di accesso alle cure diviene parametro (meta-)giuridico di inclusione o di esclusione sociale. I contesti della cura sono infatti stati oggetto da parte della politica e dei tecnici (vedasi le diverse raccomandazioni per le regole di accesso alle cure di cui si tratterà più avanti) di una narrazione che ha contribuito all'espandersi di una

pandemia diseguale», che ha particolarmente penalizzato i soggetti più vulnerabili e fragili, intendendo con fragilità e vulnerabilità la particolare condizione nella quale la persona umana si trova in via permanente o temporanea, sia di tipo naturale (minore età, vecchiaia, disabilità, gravidanza) sia per situazione contingente (povertà, malattia, prigionia, migrazione, sofferenza fisica, psicologica e ambientale) e che, per tale motivo, necessita di particolare protezione⁴.

Ecco che il volto catastrofico di questa biopolitica pandemica ci consegna ad oggi dei legati di cui non è facile sbarazzarsi, i quali riecheggiano la silente restaurazione di luoghi, tempi, simboli e contesti propri di un'umanità che abitualmente fronteggiava la catastrofe, nel suo significato letterale di *καταστροφή*, capovolgimento.

¹ ISTAT 2021, p. 64.

² Agamben 2020a, p. 94.

³ Ivi, p. 41.

⁴ Durst 2022, p. 150.

Se poniamo attenzione all'iscrizione sul portale di ingresso, l'entrata della morte nel santuario di Asclepio a Pergamo non era consentita⁵. D'altronde, il tempio di guarigione sacro al dio Asclepio – l'*Asklepieion*⁶ – prevedeva un embrionale *triage*, una visita preventiva al cancello d'ingresso degli avventori: se non fosse stato possibile curarli non sarebbero stati accettati all'interno (o meglio all'interno dell'*àbaton*, per lo meno nel caso del santuario di Asclepio ad Epidauro)⁷. Vigeva, infatti, il divieto di accesso alle cure per «quei pazienti che erano in punto di morte e le donne in stato di avanzata gravidanza»⁸ con la finalità di mantenere puro il tempio, divieto che fu oggetto, in prima battuta, di aspra critica da parte dei rivali del culto del dio e, più tardi, anche da parte dei padri della Chiesa e che ricalca il divieto di morire o partorire sull'isola sacra di Delo⁹. Pertanto, attraverso l'analisi del culto di Asclepio, è possibile evidenziare come «i greci fossero attenti ad ammettere all'interno dell'*àbaton* solo coloro per i quali era possibile l'accesso al simbolico»¹⁰ e il *discrimen* principale per tale accesso non era altro che l'elevato rischio di morte del richiedente. L'iscrizione sulla stele di Apella, sebbene di epoca romana, risulta lapalissiana: «È aiutato solo chi è chiamato»¹¹. Conseguenza di ciò è che se il paziente ritenuto meritevole di cura, una volta varcato il grande cancello, credeva di essere stato salvato dalla morte, i soggetti visibilmente più fragili che erano stati respinti sapevano invece di essere stati condannati a morte quasi certa. Pertanto, in merito alla scelta di chi potesse essere salvato, il potere dei sacerdoti del dio non era

⁵ Ataç *et al.* 2006, p. 83; Tayanç *et al.* 2020, p. 114.

⁶ L'*Asklepieion* era il santuario di guarigione sacro ad Asclepio (latinizzato Esculapio), dio greco della medicina. In tali templi i pazienti venivano visitati per ricevere una cura, sia essa spirituale o fisica (sul tema: Melfi 2007; De Miro 2009; Porro 2009; Christopoulou-Aletra *et al.* 2010).

⁷ Compton 1998, p. 303; Ataç *et al.* 2006.; Gasseau 2009, p. 240. Si sottolinea anche come fosse presente un secondo livello di selezione per cui si riteneva che «fosse ritenuto incurabile colui che non riceveva, durante la prima notte, la visita della divinità» (Meier 1985, p. 63), ossia colui che non aveva ricevuto in sogno la divinità.

⁸ Gasseau 2006, p. 240.

⁹ Constantakopoulou 2017, p. 76; Bruneau 1970, pp. 372-373.

¹⁰ M. Gasseau 2009, p. 240.

¹¹ *Ibidem.*

sciolto da qualsiasi vincolo, bensì era simbolicamente legato alla effettiva speranza di vita del richiedente.

Malgrado l'avanzamento in campo medico rispetto alle precedenti epidemie e la maggiore disponibilità di risorse, il diffondersi di un contagio sconosciuto e il capovolgimento catastrofico dei paradigmi sanitari consolidati hanno comportato profonde innovazioni nel tessuto sociale globale e hanno riportato all'attenzione il delicato tema sul decidere in merito all'accesso alle cure e, di riflesso, quello delle politiche della morte. In maniera del tutto repentina, non è stato più possibile continuare a ricorrere a strategie che si traducevano «nell'obliare la morte»¹² o che se ne occupassero in modo indiretto. Ci si è dovuti rendere conto che «la paura della morte non può essere più evasa e necessita di essere esplorata e attraversata»¹³ soprattutto nella paventata ipotesi di un'estrema scarsità di risorse terapeutiche. Dimostrazione di ciò è che la parola *triage*, nella sua accezione moderna risalente al gergo della medicina militare col significato dal francese di *trier*, cioè ordinare e dividere, ha iniziato a diffondersi anche tra i non addetti ai lavori negli ultimi anni in relazione alla legittimità di un soggetto ad essere ammesso alle terapie intensive. Come evidenziato ben prima della pandemia, è innegabile che «l'ingresso dello Stato e della politica nell'ambito della morte c'è sempre stato, ma da tempo è divenuto molto invasivo», a maggior ragione «se consideriamo la possibilità di intervenire in vario modo tanto nella zona terminale di confine tra vita e morte, quanto in quella dell'inizio della vita o concepimento, esercitando un potere astratto sulla vita che vediamo in vario modo incarnato in diversi usi delle biotecnologie»¹⁴. La pandemia ha paradigmaticamente portato alle estreme conseguenze la tendenza a tale invasività, legittimando non solo la possibilità di intervenire direttamente su tutto ciò che pertiene alla dimensione della morte, bensì di mettere a morte «anche indirettamente, e cioè *moltiplicando per alcuni il rischio di morte*»¹⁵. La definizione del limite tra possibilità di guarigione ed

¹² Storace 2021, p. 128.

¹³ De Nardo 2021, p. 839.

¹⁴ Possenti 2013, p. 78.

¹⁵ Antoniol 2022, p.38.

esclusione dalla cura, e quindi tra vita e morte, viene demandata a criteri di opportunità.

A fronte di tali premesse si può avanzare una riflessione a partire dalle limitazioni all'accesso alle cure intensive e dai relativi criteri di *triage* proposti nel recente periodo pandemico, criteri che, ricordando le regole di accesso alle *therapeias* prestate negli *Asklepieia* greci, sembrano essere sintomatiche di un passaggio ad un modello di potere differente. Partendo dalle analisi foucaultiane sulla tanatopolitica¹⁶, non è mancato chi ha, infatti, evidenziato come le reazioni della politica al capovolgimento dell'ordine sociale, economico, psicologico e logico del mondo conseguente all'emergenza sanitaria permettono di effettuare «un'analisi del potere della modernità e della postmodernità di cui soffrono le società occidentali, a seguito del controllo del comportamento politico e sociale degli individui (biopotere) effettuando il controllo della vita e della salute della popolazione (tanatopotere)»¹⁷.

Riflessioni sull'insufficienza della nozione di biopotere per rendere conto delle forme contemporanee di politiche della morte ci arrivano anche dal pensiero del filosofo camerunese Achille Mbembe riguardo a ciò che lui chiama necropolitica (Mbembe 2016) la quale si manifesta nella legittimazione dell'esposizione alla morte di alcuni particolari gruppi di persone da parte del decisore politico. Sebbene Mbembe non avesse in mente la situazione pandemica e senza entrare nel merito del dibattito tra stato d'emergenza e stato d'eccezione¹⁸, è proprio il terre-

¹⁶ L'espressione tanatopolitica venne utilizzata dal filosofo di Poitiers per la prima volta nel 1982, durante un seminario svoltosi presso l'Università del Vermont in cui affermava che «la tanatopolitica è quindi il rovescio della biopolitica» (Foucault 1994, pp. 813-828 [trad. mia]).

¹⁷ Wardi 2021, p. 8 (trad. mia).

¹⁸ Ci si riferisce in particolare all'animato dibattito scaturito tra il filosofo Giorgio Agamben e il costituzionalista Gustavo Zagrebelsky. Se da una parte nel suo intervento provocatorio del 26 febbraio 2020 dal titolo *L'invenzione di un'epidemia*, Agamben (2020b) ha sostenuto che, tramite lo stato di emergenza decretato dal Governo, si tenderebbe a rovesciare lo stato d'eccezione in «paradigma normale di governo», dall'altra Zagrebelsky (2020), nel suo articolo del 28 luglio pubblicato su «La Repubblica», delinea una linea tra eccezione ed emergenza, ossia tra la necessità di assicurare la conservazione dell'ordinamento giuridico vigente, ritornando alla normalità, e l'instaurare un nuovo ordinamento giuridico. In risposta, il filosofo

no dell'imprevisto e della straordinarietà degli eventi, e quindi della crisi, ad essere tra i più fertili per il manifestarsi della politica della morte¹⁹. Del resto, l'emergenza «indica ogni sorta di condizione imprevista, improvvisa, inaspettata, e spesso una situazione di pericolo»²⁰, così come quella sperimentata a livello globale dall'intera umanità nel 2020. Spostandosi dall'emergenza globale al campo specifico della medicina d'emergenza, «il 'giudicare', il 'decidere' si sostantiva nel termine κρῖσις, usato nell'espressione 'giungere a crisi', con la quale è indicato il momento 'decisivo' del decorso di una malattia, nel quale il malato inesorabilmente si avvia alla guarigione oppure alla morte»²¹. All'interno della prospettiva della medicina delle catastrofi²² e, quindi, della biopolitica delle catastrofi, il momento decisivo e della crisi per il paziente si sposta in avanti, identificandosi non più con il bivio tra guarigione e morte, bensì con il bivio tra essere meritevole e non essere meritevole di cura.

Pertanto, se da una parte «le politiche anti-Covid sono naturalmente autoritarie perché, avendo ad oggetto la vita biologica, sono biopolitiche»²³, dall'altra, come l'antropologo Jean-Loup Amselle non ha mancato provocatoriamente di far presente, l'imperversare del coronavirus ha segnato la rottura con il biopotere degli Stati moderni e favorito l'ingresso in un nuovo modello del potere, ossia un regime tanatocratico fondato sullo smistamento e sacrificio delle persone. In altre parole, un modello fondato sul *triage*²⁴ la cui preoccupazione fondamentale diviene la sopravvivenza dei più resistenti, paventando il rischio di un darwinismo sociale, o meglio di uno *spencerismo* sociale,

romano ha pubblicato una nota critica a confutazione della distinzione operata dal giurista (Agamben 2020c; si veda sul tema anche il libro dello stesso autore dal titolo *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, Macerata: Quodlibet, 2020).

¹⁹ Mbembe 2003, pp. 16 e ss.

²⁰ Storace 2003, p. 109.

²¹ Gambetti 2021, p. 31.

²² L'espressione "medicina delle catastrofi" ha iniziato a diffondersi nel mondo culturale e scientifico negli ultimi decenni, sulla scorta di una sempre maggiore consapevolezza del senso di vulnerabilità degli Stati moderni dinanzi a catastrofi (o secondo il lessico anglosassone *disasters*) di matrice naturale o umana (si veda a tal proposito: Noto *et al.* 1989; Sgreccia 2002, pp. 406 e ss).

²³ Pajno, Violante 2021, p. 10.

²⁴ Amselle 2020.

che «identifica il principio della “sopravvivenza del più adatto” col progresso sociale basato sull’eliminazione del meno adatto [...]»²⁵.

Da qualunque prospettiva la si voglia considerare, la selezione dei più adatti a sopravvivere sembra comunque essere stata riproposta proprio all’interno dei luoghi che dovrebbero essere dedicati alla guarigione, restaurando nuovamente le porte di accesso al tempio di Asclepio. Con la differenza che all’epoca del dio greco l’individuo era maggiormente consapevole della propria ontologica vulnerabilità. Del resto, come ci insegna Nussbaum, la tragedia greca metteva il più fragile degli esseri a contatto con l’universale²⁶. L’individuo monadico che ci restituisce la pandemia, invece, rifugge dalla fragilità, preferendo rintanarsi in una classificazione gerarchica del rischio di morte, cercando fino all’ultimo di rinchiudersi in una «società della positività che tenta di sbarazzarsi di tutto ciò che è negativo»²⁷ ed in cui l’ideologia della resilienza «trasforma le esperienze traumatiche in catalizzatori di un aumento della prestazione»²⁸.

2. *La vulnerabilità dinanzi ai dilemmi della medicina e della biopolitica delle catastrofi*

To be in a situation where one needs care is to be in a position of some vulnerability²⁹.

Se da un alto è la tutela dei più fragili ad essere stata invocata formalmente tra le giustificazioni per l’adozione di misure di contenimento e distanziamento sociale, dall’altro, è innegabile che in epoca pandemica sia anche affiorata in maniera paradossale una logica selettiva a scapito proprio dei soggetti ritenuti più vulnerabili. Anzi, sono stati in primo luogo i fattori di maggiore vulnerabilità ad essere stati «adottati quali elementi per

²⁵ Mancarella 2010, p. 14.

²⁶ Nussbaum 1986, p. 23 e ss.

²⁷ Han 2021, p. 6

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ «Essere in una situazione in cui si ha bisogno di cura significa essere in una posizione di una qualche vulnerabilità» (trad. mia), Tronto 1993, p. 134.

determinare l'accesso alla terapia intensiva»³⁰ in un'ottica in cui «vulnerabilità chiama sovranità»³¹.

In Italia, le prime proposte³² in merito alla regolamentazione dell'accesso alle cure intensive risalgono alle ormai note raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI³³ (Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) del 6 marzo 2020 e, successivamente, alle linee guida SIAARTI-SIMLA³⁴ (Società Italiana Medicina Legale e delle Assicurazioni) del 13 gennaio 2021, entrambe le quali rappresentano statuizioni che hanno influenzato non solo l'opinione pubblica, ma anche gli addetti ai lavori, potendo arrivare potenzialmente ad «incidere sul diritto di accesso alle cure intensive dei pazienti più fragili»³⁵. Per quanto riguarda specificatamente il contenuto delle raccomandazioni, si tratta di indicazioni operative a supporto del personale medico-sanitario coinvolto nella cura dei pazienti con patologie gravi di Covid-19 e corredate da una serie di considerazioni etiche. In esse, vengono proposte una serie di regole

³⁰ Della Giustina 2021, p. 20.

³¹ Preterossi 2018, p. 207.

³² La grande rilevanza del tema concernente le scelte terapeutiche in caso di situazioni straordinarie ed eccezionali, a causa delle implicazioni deontologico-professionali, ha indotto la FNOMCeO (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri) a istituire un gruppo di lavoro con la SIAARTI con il fine di avviare congiuntamente una riflessione riportando in modo condiviso il ragionamento entro l'alveo della deontologia medica e a valutare l'opportunità di prevedere eventuali modifiche del Codice di Deontologia Medica (cfr. FNOMCeO-SIAARTI 2020).

³³ SIAARTI (2020). Principali destinatari di tali linee guida sono gli anestesisti-rianimatori impegnati a gestire in prima linea un'emergenza che trova un precedente soltanto nelle pandemie del 1957 e del 1918 (ci si riferisce, rispettivamente, alle comunemente note influenza asiatica ed influenza spagnola). Esse, in un certo senso, sembrano aver presagito quanto sarebbe di lì a poco accaduto: infatti, sono state rese pubbliche il 6 marzo 2020, appena due giorni prima del d.P.C.M. dell'8 marzo 2020 (con il quale è stata estesa la c.d. zona rossa dalle aree più circoscritte individuate nel d.P.C.M. del 23 febbraio 2020 all'intera Lombardia e alle numerose altre province indicate) e appena cinque giorni prima del d.P.C.M. dell'11 marzo 2020 mediante il quale l'intero territorio nazionale viene assoggettato alle eccezionali misure restrittive previste per la zona rossa. Sulle raccomandazioni SIAARTI il Centro Studi Livatino (2020) ha pubblicato una nota in cui si dichiarava in contrasto con il contenuto delle stesse, nel timore che seguendo la loro logica si potesse di fatti «ridurre ulteriormente le risorse curative in favore della popolazione».

³⁴ SIAARTI-SIMLA 2021.

³⁵ Di Costanzo, Zagrebelsky 2020, p. 445.

di razionamento non più fondate sul principio ordinario del *first come first served*, ma tese a privilegiare i soggetti ritenuti più reattivi alle cure, individuando come principali criteri di selezione la maggiore speranza di vita e la minore età. Conseguentemente, la raccomandazione n. 9 propone la creazione di «una lista di pazienti che saranno ritenuti meritevoli di terapia intensiva nel momento in cui avvenisse il deterioramento clinico sempre che le disponibilità in quel momento lo consentano».

Come è stato evidenziato, le raccomandazioni rappresentano sostanzialmente «un documento “anfibo” di carattere tecnico-politico, che attinge nelle sue premesse dall'impostazione assunta dagli studi di medicina delle catastrofi»³⁶ e che quindi prende in considerazione la possibile gestione di «un evento caratterizzato dalla distruzione delle infrastrutture e del tessuto sociale»³⁷. Il dilemma di fronte a cui il personale medico è stato posto non è affatto distante da quello nell'opera teatrale di Bernard Shaw *Il dilemma del dottore*³⁸ in cui il protagonista, Sir Colenso Ridgeon, ha sviluppato una nuova cura rivoluzionaria per la tubercolosi con cui, a causa delle risorse limitate, può curare solo dieci pazienti alla volta: conseguentemente da un gruppo di cinquanta pazienti ne ha selezionati dieci che crede di poter curare e che, secondo lui, sono i più degni di essere salvati. Del resto, si tratta di un dilemma che mette in discussione anche quei principi enunciati nella *Carta della professionalità medica*, pubblicata nel 2002 da *The Lancet* e *Annals of Internal Medicine* (Medical Professionalism Project 2002), e identificabili nel: «fornire cure efficaci, secondo lo standard delle conoscenze mediche; rispettare il paziente come persona autonoma, tenendo in considerazione le sue scelte e le sue preferenze; garantire a tutti i cittadini uguali opportunità, con equità e senza discriminazioni»³⁹.

Rispetto alle raccomandazioni 2020, le successive linee guida elaborate da parte della SIAARTI e della SIMLA in data 13 gennaio 2021, denominate «decisioni per le cure intensive in caso

³⁶ Conte 2020, p. 5.

³⁷ Morra *et al.* 2008, p. 7.

³⁸ Shaw 1926.

³⁹ Spinsanti 2020, p. 185.

di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia Covid-19» risultano essere state accreditate presso l'Istituto Superiore di Sanità e, di conseguenza, sono da ritenersi vincolanti per il personale sanitario. Anche tali linee guida non si distanziano molto per contenuto dalle raccomandazioni. Anzi, in aggiunta, propongono una tabella che consente di attribuire un punteggio di mortalità, o meglio che stratifica il rischio di morte in ospedale, per i pazienti con diagnosi di Covid-19. Anche in tal caso, al verificarsi della saturazione delle risorse assistenziali, si prevede la decisione di ricorrere ad un prestabilito meccanismo di *triage* per ogni livello di intensità di cura, invece che ad un criterio cronologico o casuale. In particolare, si prevede che la valutazione di selezione dei pazienti – che mira a stratificare le probabilità di superare l'attuale condizione critica con il supporto della terapia intensiva – debba procedere basandosi sulla valutazione globale di ogni singola persona malata secondo specifici parametri: il numero e tipo di comorbidità⁴⁰; lo stato funzionale pregresso e fragilità rilevanti rispetto alla risposta alle cure; la gravità del quadro clinico attuale; il presumibile impatto dei trattamenti intensivi, anche in considerazione dell'età del/della paziente; la volontà della persona malata riguardo alle cure intensive, che dovrebbe essere indagata prima possibile nella fase iniziale del *triage*.

Obiettivo sotteso alle proposte delle raccomandazioni e delle linee guida non è l'esercizio di un potere che si arresta, dunque, alla possibilità di «esprimere, modificare e orientare i movimenti del corpo, i suoi modi d'agire e le sue posture»⁴¹, bensì esso si spinge ad una selezione di chi curare con un controllo diretto sulla morte. Corollario di questa posizione è che i più vulnerabili, tra cui sono annoverati, *in primis*, i più anziani, debbano lasciare il proprio posto a coloro che sono ritenuti più meritevoli di essere sottoposti alle cure. Tale statuizione non si è mostrata ovviamente scevra da critiche, soprattutto in relazione al rischio che pos-

⁴⁰ Per comorbidità si intende la presenza o l'insorgenza di un'entità patologica accessoria durante il decorso clinico di una patologia oggetto di studio. Il primo autore ad usare e definire il termine *co-morbidity* è stato l'epidemiologo americano A. R. Feinstein in un articolo pubblicato nel 1970 (Feinstein 1970).

⁴¹ Gobbato 2010, p. 31.

sa risolversi nel disconoscimento dell'eguale valore morale delle persone e, di conseguenza, tradursi nella ingiustificata applicazione di un trattamento diseguale: tale approccio potrebbe essere ricondotto ad un fenomeno di discriminazione strutturale, noto come *ageism*. Quest'ultima espressione è stata introdotta verso fine degli anni Sessanta da Robert Butler e si è diffusa successivamente nella letteratura internazionale per descrivere il fenomeno risultante dalla combinazione di tre elementi: la presenza di pregiudizi nei confronti delle persone anziane, dell'anzianità e dell'invecchiamento; la messa in atto di pratiche discriminatorie nei confronti delle persone anziane; la diffusione di pratiche istituzionali e di *policies* che perpetuano tali stereotipi⁴².

Ecco che i fattori di fragilità, tra cui la maggior età anagrafica, comportano una più intensa attenzione e tutela fino a un limite prestabilito, superato il quale divengono pregiudizievolemente elementi di giustificazione del tanatopotere, che, agendo come il sistema immunitario, distrugge tutti gli agenti patogeni e i fattori di rischio presenti nell'organismo comunitario. D'altronde, anche l'endiadi *communitas-immunitas* di cui ci parla Roberto Esposito⁴³ torna utile come cifra ermeneutica nelle riflessioni sulla biopolitica contemporanea e, nel caso concreto, nella biopolitica delle catastrofi. Dal momento che la necessità di immunizzazione sembra connotare tutti gli aspetti della nostra esistenza, *a fortiori* in occasione delle misure da adottare in contrasto al contagio, il corpo politico ha conseguentemente attivato il proprio sistema immunitario con la funzione di rendersi resistente all'infezione, mettendo fra parentesi il sistema e il principio comunitario. Allo stesso tempo nel contesto di accesso alle cure post-crisi, il "post" non indica alcuna fine, bensì la necessità di riflettere sui lasciti della fase acuta e sui modelli di *governance* e cura per il sistema sanitario alla luce delle tendenze e delle derive che ne sono scaturite.

⁴² Sul tema si veda Butler 1969, pp. 243-246.

⁴³ La semantica dell'immunità ha permeato e permea ancora il discorso pubblico, medico, politico ed etico. Il paradigma immunitario a cui l'autore fa riferimento, non è mai risultato così tangibile come nel periodo pandemico la vita dell'individuo così come della collettività si è rintanata all'interno dei propri confini protettivi per resistere all'infiltrazione del contagio (Esposito 2020).

3. *Da βίος a ζωή: la tendenza al riduzionismo biologico*

L'affermazione di un modello che seleziona in base ai meno vulnerabili e il cui obiettivo è immunizzare rispecchia, in quanto ne è figlio, anche la generale sedimentazione di una tendenza al riduzionismo biologico nella tutela del diritto alla salute sulla scia di una «curvatura della politica in direzione della vita biologica»⁴⁴. Si parta dalla distinzione aristotelica tra *βίος* e *ζωή*. Mentre la *ζωή* è la dimensione puramente fisica e vegetativa del vivere che appartiene a tutte le forme viventi e che ha come opposto la non-vita, il *βίος* è, invece, una modalità di concepire la vita che si risolve nell'azione, è in un certo senso una descrizione della stessa⁴⁵. In clima di crisi, si è privilegiata l'accezione della vita come *ζωή* e le misure adottate si sono concentrate sulla tutela di questa dimensione, a scapito di una concezione più ampia e dinamica: le persone sono diventate numeri ed entità eminentemente biologiche⁴⁶. Difatti, nel momento in cui non è più possibile invadere le questioni della morte indirettamente, l'esercizio di un potere che seleziona e sacrifica non può che trovare le sue fondamenta in un ridimensionamento tutt'altro che metaforico della comprensione stessa della vita e della salute all'aspetto eminentemente fisiologico, in favore di un disperato tentativo di sacralizzare la maggior speranza di vita.

Sembra emergere, pertanto, l'idea che quanto vissuto negli ultimi anni, ancor prima della pandemia fino ad arrivare all'attuale fase successiva, si possa inquadrare all'interno di quella cornice, che nelle sue riflessioni sulla biopolitica, Foucault ha definito somatocrazia moderna. Come suggerisce il termine stesso, con tale espressione si individua l'instaurazione di «un regime per il quale una delle finalità dell'intervento statale è la cura del corpo, la salute fisica, la relazione tra malattia e salute ecc.»⁴⁷. L'affermarsi della somatocrazia non rappresenta altro

⁴⁴ Bazzicalupo 2010, p. 20.

⁴⁵ Heidegger 2017, p. 77.

⁴⁶ In tal senso è utile far riferimento all'analisi offerta da Macchia, il quale ha sottolineato come la cura principale della politica sia stata rivolta alla vita nella sua dimensione e concezione biologica e, pertanto, alla salute intesa come assenza di patologie (Macchia 2021).

⁴⁷ Foucault 1997, p. 205.

che l'infiltrazione del sapere medico-scientifico nella dimensione sociale, che si concretizza all'interno di un'osmosi continua tra medicina, politica ed economia e che comporta implicitamente una duplice osservazione: da una parte, la salute del corpo diviene un fattore essenziale per la conservazione e l'accrescimento della forza lavoro e, dall'altra, si realizza in fattore di mercato. Ciò che, tuttavia, il filosofo di Poitiers già sottolineava diversi decenni fa è che diversamente da quanto si sarebbe potuto sperare «l'introduzione del corpo umano e della salute nel sistema del consumo e del mercato non ha elevato in maniera correlativa e proporzionale il livello di salute»⁴⁸, bensì tale regime somatocratico sarebbe in crisi già dall'inizio della sua affermazione. Una crisi che sarebbe il risultato di due cause, ossia, per un verso, l'innovazione tecnologica, che ha consentito enormi progressi nella prevenzione e nel contrasto alle malattie, e, per l'altro, «il nuovo funzionamento economico e politico della medicina»⁴⁹. In questa prospettiva l'interesse primario diviene l'allungamento della vita a scapito di una salute intesa come benessere multidimensionale.

Non sorprende, dunque, che l'emergenza abbia legittimato il congelamento del contenuto dinamico del diritto alla salute di cui è esemplificativamente espressione la definizione offerta dallo statuto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e per cui la salute rappresenta lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia⁵⁰. Partendo dai

⁴⁸ Ivi, p. 216.

⁴⁹ Ivi, p. 205.

⁵⁰ Nel Preambolo dell'atto di costituzione dell'OMS si legge infatti: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (<<https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>>, 4.12.2023). Nel medesimo Preambolo il diritto alla salute è riconosciuto quale diritto umano fondamentale e viene enfatizzato il nesso tra il conseguimento di tale diritto e l'obiettivo cardine delle Nazioni Unite della sicurezza e della pace internazionali nonché la portata globale di ogni progresso in ambito sanitario: «The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition. The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent on the fullest co-operation of individuals and States. The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all». Per un commento di tali definizioni si rinvia a quanto scrive Zullo, in base a cui «l'idea di salute richiamata nello statuto dell'OMS è un'idea ampia che va oltre

modelli di riferimento epistemologico usati per la comprensione del concetto di salute, l'approccio dell'OMS è riconducibile a quello che viene, infatti, definito come modello bio-psicosociale, in contrasto con l'approccio biomedico (Becchi, Carulli 2009)⁵¹. Mentre quest'ultimo si fonda sul principio del riduzionismo biologico⁵², per il quale la malattia viene ricondotta esclusivamente a variabili biologiche e trattata, di conseguenza, come un'entità indipendente dal comportamento sociale, l'approccio bio-psicosociale presuppone una concezione della salute multidimensionale, secondo cui il personale medico non solo è tenuto a concentrarsi sulla cura dei problemi di funzioni e organi, ma deve altresì porre attenzione agli aspetti psicologici e sociali della persona, fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia. Contrariamente a tali premesse, la salute del regime pandemico non soltanto è stata identificata con lo stato di assenza di malattia fisica, bensì con l'assenza di una «specifica malattia, rinviando la prevenzione e la cura di tutte le altre a data da destinarsi». Conseguenza di ciò è che sul piano metaforico le biografie personali finiscono per ridursi a cartelle cliniche in un mondo in cui «il sapere medico sembra illuminare il corpo – lasciando in ombra il malato – all'interno di un luogo innaturale deputato alla sorveglianza della malattia»⁵³. Quanto appena detto è stato soprattutto evidente negli effetti scaturiti dallo stato di isolamento prescritto dalle misure di contenimento⁵⁴ e

l'aspetto della medicalizzazione dell'individuo, e include anche il rapporto con l'ambiente, le politiche sociali a sostegno del reddito, del lavoro ecc., perché l'idea di benessere globale riferito alla persona non include solo la componente dell'integrità fisica» (Zullo 2013, p. 98). Si vedano anche: Durante 2001; 2011.

⁵¹ Sulla distinzione tra i due approcci si veda anche: Di Giacomo, Montalti 2013, pp. 110 e ss.; Tatarelli *et al.* 2012, p. 89; Wade, Halligan 2017, pp. 995-1004.

⁵² Sulla critica al riduzionismo biologico si rinvia a: Zullo, da cui la prospettiva dell'OMS viene descritta come «tesa a contrastare il riduzionismo biologico e ad accogliere un'idea di persona che tuteli in prima istanza la *biografia* sulla *biologia*» (Zullo 2018, p. 197); Rodotà 2005, p. 129; Marci 2001, p. 83.

⁵³ Mattucci 2022, p. 77.

⁵⁴ Già con il DPCM del 4 marzo 2020 è stato previsto nell'art. 1 quanto segue: «[...] l) è fatto divieto agli accompagnatori dei pazienti di permanere nelle sale di attesa dei dipartimenti emergenze e accettazione e dei pronto soccorso (DEA/PS), salve specifiche diverse indicazioni del personale sanitario preposto; m) l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA) e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati

vissuto dai pazienti ricoverati in strutture sanitarie e di terapia intensiva. È fatto notorio che le misure restrittive, tra le quali il distanziamento fisico e le limitazioni ai contatti interpersonali, imposte dalle norme volte al contenimento della diffusione della virosi, hanno determinato una riduzione dell'interazione tra gli individui e un impoverimento delle relazioni socioaffettive. Lo stesso Ministero della Salute ha riconosciuto che nei soggetti più fragili le restrizioni sociali «possono favorire l'ulteriore decadimento psicoemotivo determinando poi un aumentato rischio di peggioramento di patologie di tipo organico»⁵⁵. Il Comitato Nazionale di Bioetica⁵⁶, conscio di tali problematiche, si è espresso nella mozione approvata il 29 gennaio 2021⁵⁷ riguardo le condizioni vissute dai pazienti ricoverati in strutture sanitarie e di terapia intensiva, ricordando come, «pur con la precauzione e la prudenza necessarie per far fronte alla condizione di emergenza», sia necessario procedere ad «ogni sforzo possibile anche all'interno delle strutture ospedaliere per assicurare la presenza di almeno un familiare, o di una persona di fiducia, in particolare nelle situazioni più gravi, nelle fasi terminali e per i pazienti in condizioni di particolari fragilità».

Ecco che in tale quadro, appare più che mai necessario aprire nel contesto odierno, che cerca disperatamente di dimenticare la

dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione».

⁵⁵ Si tratta della Circolare del Ministero Salute 30 novembre 2020, *Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura*. Dello stesso tenore è anche la Circolare del Ministero della Salute 4 dicembre 2020, *Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali*.

⁵⁶ Il CNB, istituito con Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri il 28 marzo 1990, possiede sia funzioni di consulenza presso il Governo, il Parlamento e le altre istituzioni, sia funzioni di informazione nei confronti dell'opinione pubblica sui problemi etici emergenti con il progredire delle ricerche e delle applicazioni tecnologiche nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute. Tra i compiti istituzionali del Comitato c'è quello di formulare pareri e indicare soluzioni anche ai fini della predisposizione di atti legislativi.

⁵⁷ Comitato Nazionale di Bioetica 2021. Lo stesso CNB nel parere *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale* del 28 maggio 2020 aveva già sottolineato che «le misure di contenimento hanno provocato nuove povertà e stati di profonda solitudine: pensiamo agli anziani/e, alle persone con disabilità, ai malati, ai tanti e tante che hanno vissuto le ultime fasi della vita separati dagli affetti più cari».

crisi epidemica, un dibattito sulla «nostra capacità di imparare dall'esperienza della vulnerabilità, di rompere il diniego e riconoscere i veri pericoli, di sfruttare persino la paura per accedere a dimensioni rimosse come l'ontologica fragilità dell'umano [...]»⁵⁸. In ottica di un dibattito di fine pandemia, non si può prescindere dal considerare come questa abbia rappresentato «esperienza e scoperta, della nostra vulnerabilità, e che rappresenta perciò la “catastrofe” capace (forse) di destituire l'umanità dalla sua posizione dominante, aprendo (auspicabilmente) a un cambiamento radicale a livello individuale e collettivo»⁵⁹. Ecco che in questa prospettiva, elemento profondo di riflessione della pandemia, «e in questo senso “nascosto e invisibile” come il virus, potrebbe rimandare ineludibilmente alla connaturale fragilità umana, alla sua autentica vulnerabilità e caducità nei confronti degli eventi naturali come le cicliche pandemie»⁶⁰.

4. *Brevi riflessioni a margine*

Tra le diverse criticità che la post-pandemia cela, l'evoluzione della narrazione sull'accesso alle cure rimane una questione che interrogherà a lungo la nostra umanità. I prodotti che la biopolitica pandemica ci ha consegnato nella definizione dei paradigmi emergenziali in campo sanitario restano quiescenti in attesa di un nuovo capovolgimento.

Se tuttavia governare «è sì regolare senza posa gli ingranaggi dell'amministrazione, ma prima ancora è ascolto e cura degli amministrati»⁶¹, *a fortiori* non si può prescindere dall'aver cura del sistema stesso di prestazione delle cure. Nell'epoca in cui gli assunti della medicina delle catastrofi sono tornati in auge, il dover decidere sull'accesso a queste ultime costringe infatti a riflettere più che mai sulla vulnerabilità, un concetto che come ci ricorda Lévinas, ci porta immediatamente sul piano dell'azione,

⁵⁸ Pulcini 2020, p. 249.

⁵⁹ Serughetti 2021, p. 207.

⁶⁰ Zini 2020, p. 94.

⁶¹ Cantaro 2021, p. 105.

poiché ne sollecita la cura⁶². In questa direzione,

al paradigma selettivo della c.d. “cultura dello scarto” si riproporrebbero le ragioni della bioetica personalistica della cura, come modello di riferimento, che investe tutti gli ambiti della bioetica e della biopolitica sanitaria: dall’efficienza della distribuzione delle risorse sanitarie, alle sperimentazioni farmacologiche, alle applicazioni biotecnologiche, ai limiti della ricerca scientifica, sino alla prevenzione del conflitto nella pratica sanitaria, risemantizzando il ruolo centrale della responsabilità medica e dell’alleanza medico paziente a tutti i livelli, compreso quello biopolitico⁶³.

Al contrario, le politiche pandemiche hanno proposto una gerarchizzazione della fragilità, ponendo un limite alla cura stessa. Sulla scia di un riduzionismo biologico strutturale, il potere di *triage* concretizzatosi nel tracciare il confine tra più vulnerabili e meno vulnerabili, ha paradossalmente implicato anche «il potere di ignorare quel che di comune c’è tra le persone, quanto all’esperienza della vulnerabilità»⁶⁴, limitando quest’ultima ad un *vulnus* eminentemente fisico. A tal proposito, può essere utile richiamare le parole messe nero su bianco poco prima dell’esplosione pandemica da parte dello stesso Consiglio di Stato con cui i giudici sembrano essere consci sulla necessità di porre un freno ad una possibile deriva dell’applicazione di un *triage* improntato al riduzionismo biologico a scapito dei soggetti più vulnerabili. La sentenza cui ci si riferisce verte, in particolare, sul tema dell’assistenza a persone con disabilità, la quale non può dipendere né dalle risorse finanziarie disponibili, né dai posti presso le strutture semiresidenziali, non potendosi ritenere «sufficiente la mera dichiarazione “di aver esaurito i posti nel centro diurno”»⁶⁵. Conseguentemente, i giudici hanno evidenziato come «occorrerebbe la dimostrazione dell’inesistenza di fondi di bilancio a cui attingere anche per una forma di assistenza indiretta, presso Centri privati, mediante rimborso alla famiglia del costo necessario a consentire l’adeguato sostegno

⁶² Lévinas 1996, p. 269. Emblematica della vulnerabilità corporea è, tra l’altro, l’immagine che l’a. utilizza, ossia quella della nudità che richiede la risposta della responsabilità dell’uomo (pp. 70-73).

⁶³ Zini 2020, p. 97.

⁶⁴ Macioce 2021, p. 110.

⁶⁵ Consiglio di Stato, sez. III, n. 1 del 2020.

socio-educativi» e come «una volta individuate le necessità dei disabili [...], l'attuazione del dovere di rendere il servizio comporti l'attivazione dei poteri-doveri di elaborare tempestivamente le proposte relative all'individuazione delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno e, comunque, l'attivazione di ogni possibile soluzione organizzativa»⁶⁶.

Nonostante le statuizioni di principio, la tendenza a cui già si era diretti è stata velocizzata per effetto del contagio. Comunque lo si voglia definire nell'emergenza è emerso un volto differente della forma di biopolitica di eredità foucaultiana, sullo sfondo di una già precedente e generale tendenza alla somatocrazia. In altre parole: c'è stato modo di sperimentare una tangibile tanatocrazia sociale in cui si propone di decidere e di scegliere chi può essere salvato: e quanto proposto in tempi emergenziali non è alle nostre spalle, ma in attesa di trovare futura applicazione. D'altro canto, se la selezione alle porte della terapia intensiva è stata imposta su basi tecnico-politiche, la virosi, invece, non ha dato scampo a nessuno, non operando alcuna distinzione di ceto, provenienza, sesso ed età. Tuttavia, essa ha contribuito a sottrarci anche la realtà umana del morire di cui sono espressione alcuni degli elementi fondanti della civiltà, quali l'accompagnamento alla morte e la ritualità legata al lutto. Sulla strada spianata da una spiccata propensione al riduzionismo biologico, la divisione alla base delle regole di *triage* non è stata una divisione solo tra morti di coronavirus e di altre patologie: essa è andata oltre, lasciando paventare una esplicita politica della morte alimentata da «uno spiccato individualismo, un'attenzione ossessiva per il proprio corpo e il senso di sicurezza personale [...]»⁶⁷. Ad oggi, il mondo a cui far fronte e che ci consegna il modello tanatocratico è, dunque, un mondo non dissimile da quello fotografatoci da Asher Colombo, ossia quello della «solitudine di chi resta»⁶⁸ (Colombo 2021), in cui si muore in solitudine e di

⁶⁶ Zini 2020, p. 99.

⁶⁷ Ceretta 2023, p. 96.

⁶⁸ Colombo si serve di interviste, necrologi e statistiche per scattare tale fotografia: l'autore ha cercato, infatti, di dipingere le immagini, di dar conto delle reazioni e di rispondere alle domande riguardo il cambiamento di paradigma nella concezione della morte, nella ritualità e che il contagio pandemico ha comportato.

solitudine, anche all'indomani della pandemia. Ripensare le politiche di accesso alle cure oggi significa pertanto anche acquisire consapevolezza della tendenza verso una progressiva frammentazione del biologico, di cui la pandemia è stata incubatore e catalizzatore, all'interno di quella microfisica del potere che può assumere il volto della gerarchia della vulnerabilità.

Riferimenti bibliografici

- Agamben G. (2020a), *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, Macerata: Quodlibet
- Agamben G. (2020b), *L'invenzione di un'epidemia*, 26 febbraio, <<https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>>, 4.12.2023
- Agamben G. (2020c), *Stato di eccezione e stato di emergenza*, 30 luglio, <<https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-stato-di-eccezione-e-stato-di-emergenza>>, 4.12.2023
- Amselle J.-L. (2020), *Jean-Loup Amselle: «bio-pouvoir» ou «thanatocratie»?*, «L'Obs», 8 aprile 2020 <<https://www.nouvelobs.com/idees/20200408.OBS27254/jean-loup-amselle-bio-pouvoir-ou-thanatocratie.html>>, 4.12.2023
- Antoniol V. (2022), *Biopolitica e Tanatopolitica nella pandemia: Agamben alla prova di Foucault*, in *Estetica Tecnica, Politica, Immagini critiche del contemporaneo*, a cura di Marino S., Milano-Udine: Mimesis, pp. 25-46
- Ataç A., Aray N., Yildirim RV (2006), *Asclepians in Turkey*, «Balkan Military Medical Review», 9, 2, pp. 82-84
- Bazzicalupo L. (2010), *Biopolitica. Una mappa concettuale*, Roma: Carocci
- Becchi M.A., Carulli N. (2009), *Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate*, «Medicina Italia», 3, pp. 1-5
- Bruneau P. (1970), *Recherches sur les cultes de Délos à l'époque hellénistique et à l'époque impériale*, Parigi: E. de Bonard, pp. 372-373
- Butler R. (1969), *Age-ism: Another Form of Bigotry*, «The Gerontologist», 9, 4, pp. 243-246.
- Cantaro A. (2021), *Postpandemia. Pensieri (meta)giuridici*, Torino: Giappichelli
- Centro Studi Livatino (2020), *Emergenza Covid19 e risorse disponibili: perplessità sulle Raccomandazioni SIAARTI*, <<https://www.>

- centrostudilivertino.it/emergenza-covid19-e-risorse-disponibili-perplessita-sulle-raccomandazioni-siaarti/>, 4.12.2023
- Ceretta M. (2023), *Distopia*, in *Quale politica dopo il virus? Concetti politici alla luce della pandemia*, a cura di Sciara G., Milano-Udine: Mimesis, pp. 87-98
- Christopoulou-Aletra H., Togia A., Varlami C. (2010), *The “Smart” Asclepieion: A Total Healing Environment*, «Archives of Hellenic Medicine», 27, 2, pp. 259-263
- Colombo A. (2021), *La solitudine di chi resta. La morte ai tempi del contagio*, Bologna: il Mulino.
- Comitato Nazionale di Bioetica (2021), *La solitudine dei malati nelle strutture sanitarie in tempi di pandemia*, <https://bioetica.governo.it/media/4225/m24_2021_solitudine-dei-malati-nelle-strutture-sanitarie-in-tempi-di-pandemia.pdf>, 4.12.2023
- Compton M. T. (1998), *The Union of Religion and Health in Ancient Asklepieia*, «Journal of Religion and Health», 37, 4, pp. 301-312
- Constantakopoulou C. (2017), *Aegean Interactions: Delos and its Networks in the Third Century*, Oxford: Oxford University Press
- Conte L. (2020), *Le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI. Profili di interesse costituzionale*, «Federalismi.it», Osservatorio emergenza Covid-19, 1, 13 marzo 2020, <<https://www.federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?Artid=41659>>, 4.12.2023
- De Miro E., Sfameni Gasparro G., Calì V., a cura di (2009), *Il culto di Asclepio nell'area mediterranea*, Gangemi Editore, Roma
- De Nardo M.C. (2021), *Antropo-etica della vulnerabilità al tempo del Covid-19*, «Revista Portuguesa de Filosofia», 77, 2-3, pp. 819-840
- Della Giustina C. (2021), *Il problema della vulnerabilità nelle Raccomandazioni SIAARTI e nelle linee guida SIAARTI-SIMLA*, «Stato, Chiese e Pluralismo religioso», 9, pp. 1-23
- Di Costanzo C., Zagrebelsky V. (2020), *L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, «BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto», 1, pp. 441-446
- Di Giacomo P., Montalti M. (2013), *L'operatore socio-sanitario*, Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore
- Durante V. (2001), *Dimensioni della salute: dalla definizione dell'OMS al diritto attuale*, «La nuova giurisprudenza civile commentata», 2, pp. 132-148
- Durante V. (2011), *La salute come diritto della persona*, in *Trattato di biodiritto-Il Governo del corpo*, a cura di Canestrari S., Ferrando G., Mazzoni C., Rodotà S., Zatti P., Milano: Giuffrè, Tomo I, Vol. II, pp. 579-600

- Durst L. (2022), *Fragilità e frammentazione del diritto alla salute in tempo di pandemia*, in *Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità*, a cura di Caporale C., Collicelli C., Durst L., Roma: Edizioni CNR, pp. 149-156
- Esposito R. (2020), *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Torino: Einaudi
- Feinstein A.R. (1970), *The Pre-Therapeutic Classification of Co-Morbidity in Chronic Disease*, in «Journal of Chronic Diseases», 23, 7, pp. 455-468
- FNOMCeO- SIAARTI (2020), *Documento FNOMCeO - SIAARTI*, <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/10/DOCUMENTO-FINALE-FNOMCEO_SIAARTI_22-OTTOBRE-2020_x.pdf>
- Foucault M. (1994), *La technologie politique des individus*, in Id., *Dits et écrits 1954-1988*, Parigi: Gallimard, vol. IV, n. 364, pp. 813-828
- Foucault M. (1997), *Archivio Foucault 2. Interventi, colloqui, interviste (1971 - 1977)*, Milano: Feltrinelli
- Gambetti F. (2021), *Krisis. La medicina come paradigma*, «Il Nuovo Atlante di Sophia», 7, pp. 29-34
- Gasseau M. (2009), *Dall'incubazione dei sogni nei templi di Asclepio all'incubazione del sogno nello psicodramma junghiano*, in *Il sogno. Dalla psicologia analitica allo psicodramma junghiano*, a cura di Gasseau M., Bernardini R., Milano: Franco Angeli, pp. 235-250
- Gobbato G. (2010), *Dalla biopolitica alla polis genetica?*, in *Polis genetica e società del futuro*, a cura di Giacca M., Gobbato C.A., Milano: FrancoAngeli, pp. 28-54
- Han B.C. (2021), *La società senza dolore: perché abbiamo bandito la sofferenza delle nostre vite*, trad. it. S. Aglan-Buttazzi, Torino: Einaudi
- Heidegger M. (2017), *Concetti fondamentali della filosofia aristotelica*, trad. it., Milano: Adelphi
- ISTAT - Istituto nazionale di statistica, *Rapporto annuale 2021. La situazione del Paese*, Roma, 2021
- Lévinas E. (1996), *Totalità e infinito: saggio sull'esteriorità*, Milano: Jaca Book
- Maciocce F. (2021), *La vulnerabilità di gruppo. Funzione e limite di un concetto controverso*, Torino: Giappichelli
- Macchia M. (2021), *La «questione» della burocrazia frenante durante e dopo la crisi pandemica*, in *Biopolitica, pandemia e democrazia. Rule of law nella società digitale*, a cura di Pajno A., Violante L., Vol. 1: *Problemi di governo*, Bologna: il Mulino, pp. 117-140

- Mancarella A. (2010), *Evoluzionismo, darwinismo e marxismo*, Trento: Tangram Edizioni Scientifiche
- Marci T. (2001), *Persona e società: verso una sociologia per la persona*, Sesto San Giovanni: Jouvence
- Mattucci N. (2022), *La Mortificazione della morte*, «Metábasis.it», 32, pp. 74-91, <https://www.metabasis.it/articoli/32/32_Mattucci.pdf>, 4.12.2023
- Mbembe A. (2003), *Necropolitics*, «Public Culture», 15, 1, pp. 11-40
- Mbembe A. (2016), *Necropolitica*, trad. it., Verona: Ombre corte
- Medical Professionalism Project (2002), *Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter*, «The Lancet», 359, 9305, pp. 520-522
- Meier C.A.M. (1985), *Il sogno come terapia. Antica incubazione e moderna psicoterapia*, Roma: Edizioni mediterranee
- Melfi M. (2007), *I santuari di Asclepio in Grecia*, I, Roma: L'Erma di Bretschneider
- Montani L. (2021), *21 - Alfabeto per la comunicazione etica post pandemia*, Milano: Altreconomia
- Morra A. et al. (2008), *Compendio di Medicina delle Grandi Emergenze*, Sassari: Restless Architect of Human Possibilities sas
- Noto R., Huguenard P., Larcán A., a cura di (1989), *Medicina delle catastrofi*, Milano: Elsevier-Masson
- Nussbaum M. (1986), *The Fragility of Goodness. Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy*, Cambridge: Cambridge University Press
- Pajno A., Violante L., a cura di (2021), *Biopolitica, pandemia e democrazia. Rule of law nella società digitale*, vol. I: *Problemi di governo*, Bologna: il Mulino
- Pizza G. (2005), *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma: Carrocci
- Porro G.G., (2009), *Asclepio: saggio mitologico sulla medicina religiosa dei Greci*, Forlì: Victrix
- Possenti V. (2013), *La rivoluzione biopolitica. La fatale alleanza tra materialismo e tecnica*, Torino: Lindau
- Preterossi G. (2018), *La dimensione sociale della vulnerabilità, in Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, a cura di Giolo O., Pastore B., Roma: Carocci, pp. 205-218
- Pulcini E. (2020), *La sfida ecologica: un cambio di paradigma?*, «Iride, Filosofia e discussione pubblica», 2, pp. 237-249
- Rodotà S. (2012), *Il diritto di avere diritti*, Bari: Laterza

- Semplici S. (2023), *Etica post-pandemica: I principi e le circostanze*, Soveria Mannelli: Rubettino Editore
- Serughetti G. (2021), *Filosofia politica nella pandemia. Il panorama italiano*, «Rivista Italiana di Filosofia Politica», 1, pp. 193-211
- Sgreccia E. (2002), *Manuale di bioetica: Aspetti medico-sociali*, vol. 2, Milano: Vita e Pensiero
- Shaw G.B. (1926), *Il dilemma del dottore*, trad. it., Milano: Mondadori
- SIAARTI (2020), *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, a cura di Vergano M., Bertolini G., Giannini A., Gristina G., Livigni S., Mistraretti G., Perini F., <https://www.flipsnack.com/SIAARTI/siaarti_-_covid19_-_raccomandazioni_di_etica_clinica_-2/full-view.html> , 4.12.2023
- SIAARTI-SIMLA (2021), *Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di covid-19*, <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2021/01/Siaarti-Simla_Decisioni-per-le-cure-intensive-nel-Covid_13gen21.pdf>, 4.12.2023
- Spinsanti S. (2020), *La cura: una questione di merito?*, «Recenti Progressi Medici», 111, pp. 184-185
- Storace E. S. (2021), *Simbolica della morte e della fragilità. Riflessioni filosofico-politiche sullo stato di emergenza durante la pandemia da Covid-19*, «Metabasis.it», 32, pp. 108-132, <https://www.metabasis.it/articoli/32/32_Storace.pdf>, 4.12.2023
- Tatarelli R., De Pisa E., Girardi P. (2012), *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*, Milano: FrancoAngeli
- Tayanç N. K., Bolat N., Sırer E., Akaydın A. (2020), *The First Treatment Center of the Ancient Era: Asklepieion*, in *Engellilik Tarihi Yazıları*, a cura di Aydın A.R., Keskin İ., Yelçe N.Z., Istanbul University Press, pp. 109-118
- Tronto J. (1993), *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge: New York-London
- Wade D.T., Halligan P.W. (2017), *The Biopsychosocial Model of Illness: a Model Whose Time Has Come*, «Clinical Rehabilitation», 31, 8, pp. 995-1004
- Wardi O. (2021), *Penser le thanatopouvoir dans “nos” sociétés post-mortem*, «Revue Droit & Société», pp. 4-21
- Zagrebel'sky G. (2020), *Non è l'emergenza che mina la democrazia. Il pericolo è l'eccezione*, «La Repubblica», 28 luglio 2020, <https://www.repubblica.it/cronaca/2020/07/28/news/non_e_l_emergenza_che_mina_la_democrazia_il_pericolo_e_l_eccezione-301116607/>, 4.12.2023

- Zini F. (2020), *Le conseguenze bioetiche dell'emergenza sanitaria e la biopolitica della pandemia*, «Società e diritti», 10, pp. 88-99
- Zullo S. (2013), *La dimensione normativa dei diritti sociali. Aspetti filosofico-giuridici*, Torino: Giappichelli
- Zullo S. (2018), *Il diritto di avere "nuovi" diritti nell'età della tecnica. La filosofia del diritto di Stefano Rodotà*, «BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto», 1, pp. 189-209