

Il benessere nel rapporto umano di cura

Well-being in the human care relationship

FRANCESCA GUMA
guma.francesca@hsr.it

AFFILIAZIONE
Università Vita-Salute San Raffaele

SOMMARIO

Le riflessioni specifiche che sorgono nelle questioni inerenti alla medicina e alla bioetica umana pongono al centro l'esigenza di comprendere cosa renda la vita migliore per l'individuo e come sia possibile valutare il grado di qualità della vita dell'interessato. Nel presente articolo, dopo aver introdotto il dibattito filosofico su ciò che è buono per l'agente e aver distinto tre macro gruppi di teorie – soggettive, oggettive e miste – sosterrò l'efficacia di una teoria mista, sottolineando i motivi che conducono a rifiutare sia un approccio oggettivista, sia un approccio soggettivista del benessere. Nell'ottica di una prassi medica che consideri determinante tener conto delle specificità, dei desideri e dei valori del malato, una teoria mista risulta la specificazione normativa migliore per rispondere alle situazioni etiche e mediche in cui è fondamentale considerare e comprendere cosa migliora la vita dell'individuo che sta vivendo quell'esistenza.

PAROLE CHIAVE

Benessere

Qualità della vita

Bioetica

Teorie del benessere

ABSTRACT

The need to understand what makes life better for the individual and how the degree to which the individual's quality of life can be assessed are at the center of the specific reflections that arise in issues pertaining to medicine and human bioethics. In this article, I will introduce the philosophical debate on that which is good for the agent and distinguish three macro groups of theories: subjective, objective, and mixed. Then I will show the reasons to reject both an objectivist and a subjectivist approach to well-being and I will argue for the efficacy of a mixed theory. A mixed theory turns out to be the best normative specification for responding to ethical and medical situations in which it is crucial to consider and understand that which improves the life of the individual who is living that existence. This is from the perspective of a medical practice that considers it crucial to take into account the specificities, desires and values of the sick person.

KEYWORDS

Well-being

Quality of Life

Bioethics

Theories of Well-being

DOI: 10.53267/20230104



1. IL CONCETTO DI BENESSERE

La centralità e l'importanza di una riflessione sul concetto di benessere nella medicina non dipende solo dal comune modo di pensare tale disciplina come una scienza e una pratica avente lo scopo di promuovere la salute e il benessere con interventi appropriati ed efficaci. I dilemmi etici che emergono nella clinica dell'attuale epoca della medicina (molecolare, personalizzata o di precisione) rimarcano la necessità di un'analisi che, pur partendo da definizioni astratte e dibattiti concettuali, abbia lo scopo di contribuire ad affrontare i problemi reali nella ricerca e nella pratica medica, chiarendo effettivamente cosa renda la vita migliore per l'individuo e come sia possibile valutare il grado di qualità della vita dell'interessato. A fronte delle sempre crescenti possibilità d'intervento sulla vita e di controllo sulla morte, comprendere come e cosa considerare buono per l'individuo non solo è basilare, ma appare come la chiave di volta per rispondere a domande relative alla spettanza delle decisioni, ai confini della relazione di cura, alle modalità di comportamento nella relazione con l'altro. Basti pensare alle diverse questioni morali sollevate, ad esempio, dai casi legati ai contesti decisionali dei test genetici pre-sintomatici, dove urge decidere se e chi informare dell'esito; ai problemi individuali e collettivi legati alle vaccinazioni o alle campagne di sanità pubblica in tempi di pandemia; ai dilemmi relativi all'eutanasia o al suicidio medicalmente assistito; agli argomenti inerenti all'identità biologica in confronto a quella psicologica; alle problematiche che sorgono nella medicina dei trapianti; ai temi dell'aborto o ancora alle controversie legate all'ingegneria genetica¹. Risulta chiaro che non è possibile affrontare tutte queste questioni senza un'adeguata riflessione critica proprio sullo scopo ultimo che dovrebbero perseguire. Ci si deve dunque domandare che cos'è il benessere? Esiste un modo per valutarlo o misurarlo? Che cosa conta quando si considera ciò che è meglio per l'individuo?

Nella sua dimensione pratica la medicina interroga la filosofia non solo astrattamente, ma per risolvere questioni che toccano la concreta quotidianità dei malati e dei medici partendo da un punto di visto critico.

In ambito filosofico il benessere è da intendere come ciò che è *buono per l'individuo*, ciò che incrementa la qualità della vita del particolare soggetto considerato. È pertanto qualcosa che va distinto da una valutazione generica di *buono*: la questione non è rintracciare cosa rende la vita buona,

ma più precisamente ciò che rende la vita buona per il soggetto che sta vivendo quella vita. In questo senso una *vita buona* è un'esistenza buona intrinsecamente per l'individuo, una vita buona in sé per colui che la vive. Indicare il benessere come *ciò che è buono per l'individuo considerato* resta, però, una definizione esplicitiva che necessita di un'ulteriore specificazione di contenuto normativo, in quanto ciò che buono per l'individuo può assumere diverse accezioni in base alle differenti teorie del benessere². Esistono molteplici teorie del benessere; alcune hanno differenze notevoli rispetto alle conclusioni a cui giungono, mentre altre si differenziano per piccoli dettagli. È arduo fornire una descrizione precisa e puntuale delle posizioni, ma è molto utile avere una panoramica generale degli approcci più significativi.

2. TEORIE DEL BENESSERE³

Considerando le principali concezioni del benessere presenti nel panorama filosofico contemporaneo, è possibile individuare tre grandi gruppi di teorie: oggettive, soggettive e miste.

In base alle teorie oggettive esistono, per gli individui, cose buone o cattive, positive o negative, indipendentemente dal fatto che desiderino possederle o evitarle⁴. Il benessere è definito a prescindere dagli stati mentali del soggetto, e risiede nel possesso o nella presenza di alcuni beni o valori. Tra queste concezioni si trovano, ad esempio, le teorie dei bisogni e le teorie perfezioniste. Le prime identificano una serie di necessità oggettive che tendenzialmente ogni individuo dovrebbe soddisfare per avere un buon livello di benessere. Le seconde rintracciano nella natura umana una lista di beni che, se esercitati e sviluppati, incrementano la qualità della vita dell'individuo: in questo contesto il benessere si identifica con lo sviluppo e il perfezionamento della natura umana nell'ottica di un'esistenza ideale da considerare come modello⁵. Nonostante le sostanziali differenze tra le diverse concezioni oggettive, è possibile identificare due aspetti ricorrenti. Il primo riguarda l'indipendenza dalle particolarità e dalle inclinazioni individuali: qualcosa è buono per un soggetto non perché soddisfa una sua disposizione, un suo desiderio, o un suo stato mentale, bensì perché è buono in sé. Tale aspetto è un requisito necessario e sufficiente per poter definire oggettiva una concezione del benessere. Il secondo elemento comune è il pluralismo: nella maggior parte delle teorie oggettive esistono diversi beni da considerare buoni per l'individuo e

da valutare nella determinazione del benessere. Per quanto il pluralismo sia estremamente ricorrente in queste concezioni, non può comunque essere considerato né un aspetto necessario per una teoria oggettiva (in quanto potrebbero essere formulate concezioni oggettive monistiche), né sufficiente (perché sono possibili teorie soggettive del benessere pluraliste). In sintesi, mentre qualsiasi teorico oggettivista ritiene che i beni inseriti nella lista siano i soli e unici aspetti che contano nella determinazione del benessere per qualunque essere umano, le opinioni in merito al tipo e al numero di questi beni sono molto diverse.

Per le dottrine soggettive ciò che è buono per l'individuo coincide con uno stato di piacere o di soddisfazione delle preferenze derivante dai suoi personali stati di coscienza. Per i soggettivisti qualcosa può incrementare la qualità della vita di una persona solo se è lei a volerlo, ad apprezzarlo, o a desiderarlo. Tra queste teorie si trovano i sostenitori dell'edonismo (teorie esperienziali o dello stato mentale), per i quali è necessario e sufficiente l'esperienza mentale del soggetto per determinare il benessere⁶, e i filosofi dell'appagamento dei desideri, per i quali è essenziale che il desiderio dell'individuo e il suo stato di coscienza siano collegabili a uno stato del mondo. I teorici dell'appagamento dei desideri non ritengono sempre sufficiente l'esperienza mentale, in quanto gli individui hanno obiettivi e desideri che implicano non solo oggetti esterni alla mente del soggetto, ma anche un certo risultato nella realtà⁷.

I teorici degli approcci misti suggeriscono che per esaminare il livello di benessere di un individuo sia necessario considerare contemporaneamente due aspetti colti, rispettivamente, dagli oggettivisti e dai soggettivisti: da un lato il valore oggettivo che alcuni beni hanno all'interno della vita di ogni essere umano, dall'altro il valore soggettivo che il singolo attribuisce a tali beni. Per i teorici degli approcci misti ciò che è buono per una persona può essere definito come qualcosa di composito, in grado di render conto dell'oggettività del bene e della soggettività dell'individuo. Sia la teoria del desiderio di Griffin, sia l'approccio delle capacità – nella formulazione di Sen e in quella di Nussbaum – sono da inserire in questa cornice. Griffin fornisce una lista di valori prudenziali fondamentali (come il conseguimento dei propri obiettivi, il piacere, le relazioni personali intime, la comprensione del mondo, la capacità d'azione e l'autonomia) considerandoli fini della

vita umana che un individuo ha ragione di scegliere per il proprio benessere in quanto possiedono un valore in sé e non semplicemente perché sono mezzi utili per raggiungere un determinato obiettivo. Tali valori dovranno essere giudicati in relazione ai casi particolari, in quanto si riferiscono a ciò che è bene all'interno di una vita umana in generale⁸. Per Sen il benessere di una persona risiede nello sviluppo delle sue capacità e nell'esercizio dei rispettivi funzionamenti. Attraverso l'esplicazione delle proprie capacità un soggetto può autorealizzarsi, fiorire e star bene. Introducendo il concetto di «*well-being freedom*», Sen sottolinea che il bene per l'individuo consiste nella capacità di conseguire funzionamenti validi e, allo stesso tempo, nella libertà di avere varie opzioni di funzionamento: è il singolo a scegliere il proprio benessere, ma deve essere nella posizione di poterlo scegliere. La qualità della vita dell'individuo va calcolata in base alla valutazione che il singolo dà ai propri funzionamenti⁹. Nussbaum, sebbene parta dalla stessa assunzione di base, si differenzia molto da Sen fornendo una lista di dieci capacità fondamentali e universali (come, ad esempio, la buona salute, l'essere ben nutrito, il pensare e il ragionare, l'amare, la partecipazione nella vita di comunità) da considerare nella valutazione del benessere: valutando la forma di vita umana è possibile circoscrivere alcune caratteristiche fondamentali indispensabili per la fioritura dell'essere umano. Nonostante l'impronta maggiormente oggettiva, anche questa versione dell'approccio delle capacità può dirsi una concezione mista del benessere: per Nussbaum il rispetto per i singoli e per le loro peculiarità e preferenze rimane fondamentale: le dieci capacità vanno garantite, ma ciò non implica imporre all'individuo di conseguire una determinata funzione¹⁰.

Alla luce delle diverse concezioni, è fondamentale individuare la specificazione normativa migliore per rispondere alle situazioni concrete in cui bisogna considerare e comprendere cosa incrementa il benessere dell'individuo: trattare tematiche indissolubilmente collegate alla vita delle persone porta a considerare l'effettiva possibilità di applicazione di una teoria.

3. PRO E CONTRO DELLE TEORIE OGGETTIVE E SOGGETTIVE

Una teoria che voglia tener conto del benessere non può soddisfare solo il requisito della coerenza: deve misurarsi anche con la corrispondenza. Le questioni empiriche che nascono in

ambito medico di certo non possono essere risolte facendo ricorso solo a sofisticate speculazioni e in molti casi richiedono di misurare anche gli stati interni del paziente, di trattare gli stati psicologici come se fossero fisiologici. Esiste una chiara esigenza di considerare, di comprendere e di quantificare il benessere in funzione dei processi e dei progressi terapeutici. Sicuramente vi sono diverse motivazioni a favore di una teoria oggettivista del benessere. Un vantaggio risiede nel fatto che il benessere dipende sicuramente dalla qualità di determinate condizioni oggettive in cui la vita è vissuta: indicare condizioni materiali e generali esterne al soggetto per raggiungere un buon livello di benessere cattura sicuramente un aspetto importante della vita dal punto di vista della persona che la vive. Valori come autonomia, conoscenza, informazione, salute e buone relazioni affettive sembrano effettivamente migliorare la vita delle persone. Inoltre, stabilire dei beni indipendentemente da caratteristiche e atteggiamenti individuali, fornisce delle linee guida che, in situazioni di malattia, invalidità e cura potrebbero agevolare l'azione. È grazie a dei parametri oggettivi che è possibile classificare le condizioni di salute di un individuo e identificare la patologia di cui potrebbe soffrire. In medicina da sempre si è elaborato un *modus operandi* con lo scopo di classificare e comprendere la variabilità dei malati e delle malattie. Nella pratica possedere delle linee guida è essenziale per farsi un'idea, ad esempio, delle aspettative di vita e delineare le possibili modalità di intervento. Inoltre, interpretare il benessere in funzione di una lista di beni è più semplice rispetto a una posizione che intende garantire benessere rispettando le caratteristiche individuali. Un approccio oggettivo agevola nella valutazione e nella misurazione del benessere e, al contempo, offre una chiara teoria di guida all'azione. Inoltre, non considerando desideri e preferenze del singolo, tali approcci possono eliminare il problema della competenza, spesso presente all'interno della pratica medica: a volte risulta difficile stabilire se l'individuo sia o meno autonomo e consapevole della propria scelta, se sia psichicamente in grado di decidere per la soluzione effettivamente migliore per lui. Avere un elenco di beni universalmente validi risolverebbe tale difficoltà. Tuttavia, i resoconti dell'elenco oggettivo presentano la difficoltà di essere troppo rigidi: non lasciano spazio alle differenze individuali e non tengono conto dell'esperienza soggettiva. Gli approcci oggettivi, ad esempio, potrebbero perdere di vista

le importanti considerazioni svolte dalla medicina di genere. Molte malattie si manifestano con incidenza e sintomi diversi tra uomini e donne e anche la risposta alle terapie è differente. Non tener conto delle differenze genetiche può provocare effetti collaterali severi, o una ridotta efficacia del trattamento¹¹. Se il benessere è da intendere come ciò che è buono per la persona che sta vivendo quella vita, l'espressione 'per la persona che sta vivendo quella vita' richiama alla mente la sua particolare individualità. Generalmente, la principale ragione che spinge ad avallare un approccio soggettivo consiste nella convinzione che solo l'individuo interessato possa indicare ciò che è intrinsecamente buono per lui. Se le attitudini valutative di un soggetto sono una guida in grado di mostrare ciò che è di valore, l'approccio soggettivo del benessere risulta corretto. Tale concezione, infatti, rispetta l'intuitiva soggettività del concetto di benessere dando libertà al soggetto di determinare cosa incrementi la qualità della sua vita e, al contempo, sottolinea l'importanza della dimensione esterna alla persona. Una teoria soggettiva, ad esempio, sicuramente spiana la strada a un rapporto tra medico e paziente capace di considerare l'autodeterminazione del malato e permette una ridefinizione dei principi di non maleficenza e di beneficenza: il medico deve sempre essere non maleficente, ma può essere benefico solo quando il malato acconsente alla sua azione e la accetta. Ciò gioverebbe anche alla pratica clinica che ha bisogno di confrontarsi con il significato attribuito dal malato alla propria patologia: per quanto sia rilevante la dimensione strettamente biologica, è imprescindibile per l'efficacia di ogni terapia anche il vissuto della malattia da parte di ogni singolo malato. Infine, l'approccio soggettivo permetterebbe di portare avanti gli scopi della medicina personalizzata o di precisione che ribadisce un modello di prevenzione, diagnosi e cura disegnato per ogni paziente, in base alle sue caratteristiche. Tuttavia, anche le teorie soggettive manifestano delle difficoltà: oltre al già citato problema della competenza, le persone non sono sempre razionali e non hanno sempre a disposizione tutte le informazioni rilevanti riguardo gli oggetti dei loro desideri. A volte capita, ad esempio, di desiderare qualcosa solo perché non si sa che si potrebbe desiderare qualcos'altro. Facendo appello solo ai tratti dell'esistenza che è possibile cogliere introspektivamente si perde di vista, ad esempio, il problema dei desideri mal informati e delle preferenze adattive.

Un paziente potrebbe desiderare di non sottoporsi alla terapia perché pensa che basti modificare il suo regime di vita, ignorando la realtà e le alternative possibili: il benessere di un soggetto dipende anche da fattori che vanno oltre a come l'esistenza gli appare. Le persone non sono esseri onniscienti o macchine in grado di elaborare calcoli perfetti. Una concezione adeguata del benessere che possa essere calata nell'ambito medico deve considerare la realizzabilità della propria teoria nella pratica. Inoltre, sono le stesse condizioni reali che richiedono di considerare alcuni parametri oggettivi. Nella pratica il benessere diventa rilevante in molteplici situazioni. L'importanza di tener conto della qualità della vita delle persone è data dalle esigenze umane e dai contesti che si sono creati nella nostra società contemporanea. La rilevanza di avere una cornice oggettiva di riferimento è determinata non solo dalla costitutiva fallibilità umana, ma anche da altri due fattori. Il primo dipende dall'inevitabile natura, potremmo dire, estranea dell'analisi. Quando si tratta di una teoria del benessere ci troviamo sempre nella situazione in cui qualcuno si interessa circa cosa sia il bene, cosa sia meglio per un altro soggetto. Questa alterità rende necessario considerare anche dei fattori oggettivi: del resto, da cos'altro si potrebbe partire nel tentativo di determinare cosa è buono per un altro individuo? Il secondo fattore che rende importante avere dei parametri oggettivi risiede nella particolare esigenza di oggettività posseduta da alcuni contesti in cui è centrale il benessere. È il caso, ad esempio, del rapporto tra medico e paziente, di quelle situazioni in cui un soggetto appare impossibilitato nell'acquisizione di un funzionamento. In queste circostanze è fondamentale fare riferimento ad alcuni aspetti oggettivi che diano un quadro di riferimento circa cosa potrebbe essere meglio per la persona che sta vivendo quella vita. Per quanto sia fondamentale considerare le differenze e ricordare che spetta sempre all'interessato l'ultima parola, in queste situazioni è d'obbligo avere un punto di partenza oggettivo.

Sembra che sia gli approcci oggettivi, sia quelli soggettivi abbiano delle difficoltà ardue da superare.

4. LA NECESSITÀ DI UNA TEORIA MISTA DEL BENESSERE PER LA MEDICINA

È interessante notare come, a livello teorico, la distanza tra le concezioni soggettive del benessere e quelle

oggettive non sia poi così grande, nonostante la grossa divergenza di base. Alcuni teorici partono col difendere degli approcci soggettivi, ma arrivano poi a ricercare valori oggettivi. La spiegazione potrebbe risiedere proprio nel fatto che il modo migliore per intendere il benessere è attraverso una teoria mista, grazie alla quale è possibile evitare il paternalismo, rispettare le peculiarità e la libertà dell'individuo interessato e, allo stesso tempo, considerare la possibilità che le sue scelte, le sue preferenze, i suoi desideri possano essere falsati a causa delle condizioni in cui si trova.

Gli approcci misti, scegliendo di porsi nel mezzo tra gli estremi, sostengono che la necessità di delineare dei valori oggettivi non rende possibile considerare tali valori dei beni indipendentemente dalle caratteristiche e dalle inclinazioni della persona presa in esame. Nell'ottica di una medicina personalizzata o di precisione, attenta alle problematiche e ai dilemmi che naturalmente insorgono nella pratica clinica e nella ricerca sperimentale, assumere una teoria mista del benessere – capace di combinare elementi oggettivi e soggettivi – risulta la scelta migliore per diverse ragioni pratiche. Tra queste, in primo luogo, vi è l'esigenza per le pratiche sanitarie di poter fare riferimento a valori oggettivi capaci di fornire linee guida nella clinica. In secondo luogo, le concezioni miste rendono possibile considerare le differenze, come ad esempio l'esistenza del *gender bias* nella ricerca biomedica e nella terapia. Assumere un approccio misto può aiutare ad elaborare argomenti capaci di spronare le agenzie e le organizzazioni che finanziano la ricerca biomedica a chiedere ai ricercatori di includere il tema delle differenze di genere nei loro studi, preclinici e clinici. In terzo luogo, una teoria mista sposa perfettamente il modello di relazione terapeutica basato sul consenso informato, che ha portato in luce l'esigenza di una relazione simmetrica in cui il malato cessa di essere oggetto passivo: dando importanza alla soggettività, permette di considerare il paziente come un individuo autonomo, la cui volontà, di regola, non può essere sostituita con quella di altri soggetti. In quarto luogo, una teoria mista può meglio rispondere alle esigenze della prassi medica della nostra epoca, che si scontra con i dilemmi generati dall'aumentata capacità di intervento e della maggiore disponibilità di strategie terapeutiche. Considerando contemporaneamente elementi oggettivi e soggettivi, tale approccio permette, ad esempio, una

divisione dei compiti tra medico e malato: al primo è opportuno riservare gli scenari degli interventi possibili, le diverse probabilità di esito favorevole o sfavorevole e l'incombenza di informare il paziente, mentre al secondo è da lasciare l'individuazione e la scelta del trattamento per raggiungere l'utilità da lui attesa.

Grazie a una teoria composita del benessere, si può tener conto del consenso del malato, dell'autonomia del paziente, delle sue peculiari differenze e caratteristiche, degli stati di coscienza in cui quella persona desidera trovarsi e, contemporaneamente, si può considerare che esistono alcune cose buone in quanto tali, positive perché basate sulle caratteristiche e le esigenze che, generalmente, tutti i soggetti hanno. Ad esempio, di fronte all'insorgenza di situazioni di grave patologia, come in casi di coma o di stato vegetativo permanente, soprattutto quando il soggetto non ha fornito direttive anticipate, può essere utile fare riferimento a una lista di valori oggettivi indicanti ciò che è buono per l'individuo. Tuttavia risulta necessaria un'assenza di assoluti in grado di dare spazio al rispetto delle scelte autonome, soprattutto in situazioni concernenti il trattamento della vita e le tecniche per la cura.

Alla luce delle considerazioni svolte, l'approccio delle capacità di Sen risulta un'ottima proposta per valutare il benessere di un individuo. Tale teoria permette di avere dei valori oggettivi attraverso la definizione di generali capacità e funzionamenti da vagliare nel momento in cui si prende in esame la qualità della vita di un soggetto. Allo stesso tempo, la scelta di non fornire un rigido elenco di funzionamenti e capacità consente di puntare l'attenzione sulle differenze individuali e sulle varie possibili concezioni di bene. Tale concezione può così rendere conto dell'esigenza di oggettività nella costante e ineliminabile diversità umana, uniformandosi alle esigenze della medicina personalizzata o di precisione.

NOTE

1. Cfr. ad esempio Giovanni Boniolo, *Decidere, morire, essere nella medicina di oggi*, Milano: Mimesis, 2023.

2. Per un approfondimento sul significato del concetto di benessere cfr. Guma, *Benessere. Una questione morale*, Milano: Mondadori Education, cap. 1.

3. Per una trattazione approfondita delle teorie del benessere cfr. Guma, *Benessere. Una questione morale*, cit.

4. Per esempi di teorie dei bisogni cfr. Arthur Cecil Pigou, *Economia del benessere*, trad. di M. Einaudi, Torino: UTET, 1968; David Miller, "Diritti umani, bisogni fondamentali e scarsità", *Ragion pratica*, 2 (2007): 433-448.

5. Per esempi di concezioni perfezioniste cfr. Thomas Hurka, "The Well-Rounded Life", *The Journal of Philosophy*, 84, 12 (1987): 727-746; Thomas Hurka, *Perfectionism*, Oxford: Oxford University Press, 1993; John Mitchell Finnis, *Natural Law, Natural Right*, Oxford: Clarendon Press, 1980.

6. Per esempi di teorie edoniste cfr. Jeremy Bentham, *Introduzione ai principi della morale e della legislazione*, trad. di S. Di Pietro, Torino: UTET, 1998; Henry Sidgwick, *I metodi dell'etica*, trad. di M. Mori, Milano: Il saggiaiore, 1995; Fred Feldman, "The Good Life: A Defense of Attitudinal Hedonism", *Philosophy and Phenomenological Research*, 65, 3 (Novembre 2002): 604-628; Fred Feldman, *Pleasure and the Good Life: Concerning the Nature, Varieties, And Plausibility of Hedonism*, Oxford: Oxford University Press, 2006.

7. Per un esempio di teorie dell'appagamento dei desideri cfr. Christopher Heathwood, "Subjective theories of well-being", in *The Cambridge Companion to Utilitarianism*, edito da Ben Eggleston e Dale E. Miller, Cambridge: Cambridge University Press, 2014: 199-219.

8. Cfr. James Griffin, *Well-being: Its Meaning, Measurement and Moral Importance*, Oxford: Clarendon Paperbacks, 1986.

9. Cfr. Amartya Kumar Sen, "Well-being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984", *The Journal of Philosophy*, 82, 4 (1985): 169-221; Amartya Kumar Sen, "The Concept of Well-Being", in *Essays on Economic Progress and Welfare. In honour of I. G. Patel*, edito da S. Guhan e M. Shroff, Oxford: Oxford University Press, 1986: 174-192; Amartya Kumar Sen, "Capability and Well-being", in *The Quality of life*, a cura di M. C. Nussbaum e A. K. Sen, New York: Oxford University Press, 1993: 30-50.

10. Cfr. Martha C. Nussbaum, *Diventare persone. Donne e universa-*

lità dei diritti, trad. di W. Mafezzoni, Bologna: Il Mulino, 2001; Martha C. Nussbaum, *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, trad. di G. Costa, R. Abicca, F. Lelli, S. Zullo, Bologna: Il Mulino, 2007; Martha C. Nussbaum, *Creare capacità. Liberarsi dalla dittatura del Pil*, trad. di R. Falcioni, Bologna: Il Mulino, 2012.

11. Cfr. Antonella Viola, *Il sesso è (quasi) tutto. Evoluzione, diversità e medicina di genere*, Milano: Feltrinelli, 2022.

Il benessere
nel rapporto
umano di cura

Volume 8 ■ 2023

theFuture
ofScience
andEthics

53