

**Autonomia, vulnerabilità e dipendenza nell'anziano:  
rassegna della letteratura etico-normativa**  
Virginia Sanchini

*Executive Summary*

- I sistemi sanitari di tutti i paesi sviluppati occidentali si stanno sempre più trovando nella necessità di confrontarsi con il cosiddetto **fenomeno del “double ageing”**, ossia l'aumento della durata della vita per un numero crescente di individui e la contemporanea decrescita delle nascite. Secondo stime recenti dell'OMS, questo fenomeno condurrà, **entro il 2020, al quasi raddoppio della proporzione di popolazione mondiale sopra i 60 anni di età**, che passerà dal 12% (dato del 2015) al 22%.
- Le preoccupazioni derivanti da tali evidenze – in particolar modo quelle legate alla presa di coscienza delle difficoltà che il sistema sanitario si troverà a fronteggiare nei prossimi anni a causa dell'incremento dei bisogni sanitari di questa specifica fascia della popolazione, in assenza di un corrispondente aumento delle risorse disponibili – **mostrano la necessità di riaprire la riflessione su una serie di questioni etiche relative alla cura della persona anziana.**
- Il presente contributo mira ad operare una ricognizione delle principali tematiche etiche relative al trattamento della persona anziana, con particolare attenzione a tre ordini di questioni: **(i) questioni relative al bilanciamento dei valori di protezione e promozione dell'autonomia dei soggetti anziani; (ii) questioni relative al cosiddetto age rationing; (iii) questioni etiche relative all'impatto delle nuove tecnologie sull'anziano e sulla sua vulnerabilità.**
- **Rispetto al punto (i)**, dalla letteratura sul tema si evince che: **(i.i) la protezione del paziente anziano** – in termini di conservazione e/o di accompagnamento della sua condizione attuale – si configura come l'opzione preferibile per coloro che si iscrivono all'interno di un paradigma che pone in rilievo la scarsità delle risorse pubbliche in ambito sanitario; **(i.ii) la promozione dell'autodeterminazione del paziente** si configura come l'opzione preferibile per coloro che sostengono politiche di “*active ageing*”.
- **Rispetto al punto (ii)**, dalla letteratura sul tema si evince che la domanda non consiste nel se effettuare un razionamento del sistema sanitario, quanto piuttosto *in che modo* effettuarlo, in particolare, **se l'età del paziente possa costituire un criterio legittimo per porre una soglia tra diverse tipologie di trattamento.** Rispetto a quest'ultima questione, **risposte affermative provengono da John Harris e da Daniel Callahan**, attraverso gli approcci dell'“ipotesi del tempo equo” e della “durata naturale della vita”, rispettivamente. **Obiezioni** a tale proposta provengono invece da **eticisti di ispirazione liberale e gerontologi** i quali hanno mostrato come ciascuna età della vita presenti le proprie specificità interne,

nonché da **medici e professionisti sanitari** che hanno enfatizzato l'importanza del prendersi cura del paziente *hic et nunc*, indipendentemente dalla sua età.

- **Rispetto al punto (iii)**, sono state riportate **le principali questioni etiche (in particolare la discussione su benefici potenziali versus rischi ipotizzabili) relative allo sviluppo e all'utilizzo di tre famiglie di sistemi tecnologici nel contesto della cura della popolazione anziana: *tecnologie e-health* – ossia tecnologie digitali di informazione e comunicazione per accedere a/o ricevere informazioni, guida o supporto relativamente a questioni riguardanti la sua salute; *tecnologie di monitoring* – ossia le tecnologie che monitorano il comportamento dell'anziano e ne comunicano i risultati in tempo reale ai professionisti sanitari che seguono il paziente e/o ai membri del nucleo familiare dell'anziano; *robot umanoidi* – ossia robot antropomorfi capaci di replicare alcuni tratti tipici dell'essere umano, dalla forma del corpo alle abilità motorie e percettive, utilizzati nell'assistenza del paziente anziano.**

Versione ridotta del Working Paper  
**Autonomia, vulnerabilità e dipendenza nell'anziano:  
 rassegna della letteratura etico-normativa**

Virginia Sanchini  
 Università Vita-Salute San Raffaele  
 Facoltà di Filosofia,  
[sanchini.virginia@hsr.it](mailto:sanchini.virginia@hsr.it)

## Introduzione

I sistemi sanitari di tutti i paesi sviluppati occidentali si stanno sempre più trovando a doversi confrontare con il cosiddetto fenomeno del “*double ageing*”, ossia l’aumento della durata della vita per un numero crescente di individui e la contemporanea decrescita delle nascite. Secondo stime recenti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), questo fenomeno condurrà, entro il 2020, al quasi raddoppio della proporzione di popolazione mondiale sopra i 60 anni di età, che passerà dal 12% (dato del 2015) al 22% (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>). Tali stime sono state accolte, da parte degli studiosi, dei *policymaker*, e dell’opinione pubblica, con atteggiamenti contrastanti, ma comunque in linea con la convinzione che l’invecchiamento demografico rappresenti un “fenomeno bifronte” (Cosmacini e Mordacci 2002), foriero tanto di aspetti positivi (quali, appunto, l’allungamento della vita media della popolazione), quanto di aspetti negativi (quali le ricadute economiche della senescenza per i sistemi di *welfare* contemporanei, in aggiunta al mancato corrispondente incremento della qualità della vita, per via ad esempio della cronicizzazione di un gran numero di patologie legate all’invecchiamento).

Le preoccupazioni derivanti da tali problematiche – in particolar modo quelle legate alla presa di coscienza delle difficoltà che il sistema sanitario si troverà a fronteggiare nei prossimi anni a causa dell’incremento dei bisogni sanitari di questa specifica fascia di popolazione, in assenza di un corrispondente aumento delle risorse disponibili – mostrano la necessità di riaprire la riflessione su una serie di questioni etiche relative alla cura della persona anziana. In particolare, occorre riflettere su quali siano i valori e i principi che caratterizzano e accompagnano, dal punto di vista della riflessione etico-normativa, questa particolare età della vita, interrogandosi, inoltre, sul se le evidenze qui riportate possano costituire una ragione sufficiente per ripensare i valori morali che la definiscono.

Partendo da tali considerazioni, il presente contributo mira a proporre una ricognizione delle principali tematiche etiche relative al trattamento della persona anziana, con particolare attenzione a tre ordini di questioni:

- i. **questioni relative al bilanciamento dei valori di protezione e promozione dell’autonomia dei soggetti anziani:** tali questioni vertono intorno alla domanda se l’anziano sia unicamente depositario di un diritto a ricevere trattamenti contenitivi (ed eventualmente palliativi) rispetto alla propria condizione o se, invece, esso mantenga il diritto a ricevere trattamenti che promuovano e/o ripristino, qualora possibile, la sua autonomia. Tale interrogativo comporta anche, e di conseguenza, riflettere su come operare un bilanciamento tra un approccio protezionista e uno libertario nel contesto dell’*healthcare delivery*;
- ii. **questioni relative al cosiddetto *age rationing*:** tali questioni vertono intorno alla domanda se l’anziano sia depositario o meno di un diritto ad un trattamento sanitario uguale a quello di cui

beneficia il resto della popolazione, o se l'appartenenza a questa specifica fascia della popolazione lo renda, in modo giustificato, escluso da un tale diritto. Tale interrogativo verrà esplorato tanto a partire dalla letteratura sul *decision-making* in ambito medico, per verificare se queste ultime siano anche basate su ragionamenti che attribuiscono valori diversi alle diverse età dei pazienti (con il fine di rendere più trasparente il processo decisionale in ambito medico), quanto a partire da considerazioni di macro-livello relative alla relazione tra *age rationing* e politiche di sanità pubblica;

- iii. **questioni etiche relative all'impatto delle nuove tecnologie sull'anziano e sulla sua vulnerabilità:** tali questioni vertono intorno alla domanda su quali siano le implicazioni delle nuove tecnologie a servizio dell'anziano (quali, ad esempio, telemedicina e uso di robot umanoidi specializzati nell'assistenza a questa fascia di popolazione) sul concetto di cura, nonché su quali siano i potenziali (s)vantaggi derivanti dall'adozione di tali tecnologie.

## 1. Protezione vs. autonomia nel trattamento dell'anziano

Lo sviluppo della bioetica ha seguito traiettorie determinate anche e soprattutto dalle condizioni storico-culturali soggiacenti al contesto nelle quali il 'discorso' bioetico si stava sviluppando. Se negli Stati Uniti, contesto caratterizzato dalla promozione dell'autonomia individuale, tale disciplina si è sviluppata in direzione dell'imperativo delle cure (più che del prendersi cura), in Europa, invece, la bioetica si è configurata innanzitutto quale disciplina tesa alla salvaguardia di un principio di solidarietà (Moody 2005). Tale diversità di prospettive ha avuto un impatto anche sul dibattito riguardante le questioni etiche relative alla cura della persona anziana. Quest'ultima, infatti, pur nel riconoscimento di una serie di tratti distintivi comuni caratterizzanti la condizione dell'anziano – quali l'esser dipendente e quindi limitato nella propria libertà individuale, l'accettare che la propria responsabilità sia condivisa tra più soggetti (ad esempio, i membri del nucleo familiare che se ne prendono cura), il riconoscimento di una traiettoria di declino (fisico e/o cognitivo, progressivo o improvviso) (*Ibid.*) – ha presentato, al suo interno, risposte diverse circa l'interrogativo di quale fosse (e dovesse essere) il principio guida nel relazionarsi con l'anziano, se la sua protezione o la promozione della sua autonomia individuale, o entrambe le cose.

Per quanto non si possa non riconoscere che il gruppo degli 'anziani' non costituisce una popolazione omogenea (e che, anzi, l'eterogeneità di tale popolazione aumenta con l'aumentare dell'età dei soggetti che vi si riferiscono (Kalache & Kickbusch 1997), ciò che a sua volta sembrerebbe suggerire l'importanza di adottare un approccio contestuale e *case-based*), sembra nondimeno possibile identificare in letteratura delle risposte a tale interrogativo che in parte prescindono dalla condizione individuale del singolo soggetto anziano.

In primo luogo, la protezione del paziente anziano – in termini di conservazione e/o di accompagnamento della sua condizione attuale – si configura come l'opzione preferibile per coloro che si iscrivono all'interno di un paradigma che pone in rilievo la scarsità delle risorse pubbliche in ambito sanitario (si veda il paragrafo successivo, "2. Questioni etiche relative all'*age rationing*").

Di contro, risposte diverse seguono dallo studio dell'impatto, anche economico, della promozione di ciò che l'OMS ha definito attraverso l'espressione di "*active ageing*". Per *active ageing* si intende "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita delle persone anziane" (WHO 2002, p. 12).

Come si evince chiaramente da tale definizione, il concetto di *active ageing* non si esaurisce nella dimensione della salute, ma si estende fino a comprendere una serie di fattori i quali, considerati nella loro totalità, portano allo sviluppo e al mantenimento di un'agency attiva più a lungo possibile: il termine 'attivo' rimanda infatti all'importanza, per l'anziano, non solo di mantenere l'efficienza fisica, quanto di continuare la propria partecipazione alla vita economica, culturale e civica della comunità, ad esempio configurandosi quale supporto per la propria famiglia e i propri pari. Per quanto riguarda la sotto-categoria di salute che il concetto di *active ageing* fa propria, quest'ultimo sposa la definizione di salute (certo non esente da critiche) già proposta dall'OMS nella sua carta fondativa del 1948, ovvero quella di "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" (OMS 1948). Così facendo, il concetto di *active ageing da un lato*, non accetta la riduzione del concetto di salute alla sua dimensione fisica, *dall'altro*, proprio per l'enfasi posta su ciò che si potrebbe definire quale 'cultura dell'invecchiamento attivo', non sembra disposto a voler accettare come principio guida di un'etica della persona anziana la sola protezione di quest'ultima, che, all'interno di questo quadro, assumerebbe il valore di bene inferiore.

Accanto alle considerazioni finora riportate, i sostenitori dell'*active ageing* giustificano tale prospettiva e la successiva riconfigurazione del sistema sanitario sulla base di politiche volte alla conservazione e alla promozione dell'autonomia del paziente anziano, anche sulla base di considerazioni di carattere meramente economico. In particolare, nel già citato report dell'OMS del 2002 si sottolinea come "esistono buone ragioni per rendere esecutivi programmi e politiche che promuovono l'*active ageing* sia in termini di aumentata partecipazione dell'anziano all'interno della collettività, sia in termini di riduzione dei costi in ambito sanitario" (WHO 2002, p. 17). Dal momento infatti che l'incremento della spesa in ambito sanitario è correlata principalmente a due fattori generalmente (anche se non necessariamente) associati all'età anziana, quali disabilità e condizioni di salute precaria, segue che, "se le persone invecchiano attraverso migliori condizioni di salute, la spesa medica può essere tenuta sotto controllo" (*ibid.*).

Le considerazioni avanzate finora sembrano mostrare come esistano buone ragioni (anche di carattere economico) per mettere in atto politiche pubbliche volte alla realizzazione e al perseguimento di un invecchiamento attivo e, parallelamente, per promuovere, laddove possibile, un principio di autonomia dell'anziano. Che cosa ciò significhi, ossia come il principio di autonomia – che costituisce una pietra miliare della riflessione bioetica ed etico-medica contemporanea – sia stato interpretato e declinato all'interno della letteratura etico-filosofica di riferimento, è quanto verrà spiegato nella restante parte della presente sezione.

Tradizionalmente, l'origine del principio di autonomia all'interno della riflessione bioetica contemporanea viene fatta risalire ad un altro principio, noto in letteratura come "principio di rispetto per le persone" formulato, per la prima volta, nel *Belmont Report* (un documento intitolato "*Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*", redatto nel 1979 presso il centro di conferenze Belmont nel Maryland, USA, su incarico del *Department of Health and Human Service*). Il principio di rispetto per le persone, poi divenuto noto, nella sua successiva e ormai canonica formulazione (Beauchamp & Childress 2012<sup>7</sup>), come "principio di autonomia", incorpora due diverse convinzioni: da un lato richiede di promuovere e rispettare il peso decisionale degli individui in grado di autodeterminarsi (e cioè in grado di porre scopi e di impiegare i mezzi atti a perseguirli), dall'altro sostiene che gli individui incapaci di autodeterminazione debbano essere passibili di maggiori tutele.

Nel contesto appena riportato il significato di autonomia va dunque a sovrapporsi a quello di autodeterminazione. Di conseguenza, al professionista sanitario, o a colui che si trova a doversi

relazionare con il paziente incapace di autodeterminazione, non viene lasciata altra via possibile se non quella della sua *protezione*.

Di contro, alcuni importanti studiosi operanti nel campo della bioetica e dell'etica medica si sono a lungo interrogati su origine e implicazioni dell'interpretazione dell'autonomia quale autodeterminazione, arrivando a mostrare l'inadeguatezza di tale concetto in particolare nel contesto della cura dell'anziano. Tale inadeguatezza è ascrivibile in particolare: **(i)** alla differenza tra il contesto dal quale il concetto di autonomia era stato originariamente mutuato (etica kantiana) e quello nel quale viveva la propria rinascita (bioetica contemporanea); **(ii)** alla differenza tra il concetto di autonomia in riferimento al paziente adulto e il concetto di autonomia in riferimento al paziente anziano.

- i. Uno psicologo ed eticista olandese, Ruud ter Meulen, in un suo saggio sull'argomento dal titolo *Care for dependent elderly persons and respect for autonomy* (2010), ha mostrato come il principio di autodeterminazione si sia evoluto, all'interno dell'etica medica e della bioetica contemporanea, passando dall'essere un diritto *positivo* (diritto all'autodeterminazione) ad assumere le sembianze di un diritto *negativo* (diritto a non subire interferenza rispetto alle proprie preferenze e azioni), dai tratti procedurali (ter Meulen 2010). Corresponsabile di un tale risultato sarebbe anche e soprattutto, secondo lo studioso, un errore di valutazione rispetto all'origine del concetto stesso di autonomia come autodeterminazione. La bioetica contemporanea avrebbe infatti mutuato il moderno concetto di autonomia come autodeterminazione dal concetto di auto-legislazione caratterizzante l'impianto filosofico-morale di Kant, senza però, nello stesso tempo, averne mutuato anche l'apparato deontologico annesso, consistente nella considerazione dell'esistenza di doveri morali assoluti e del comportamento dell'agente razionale unicamente come allineamento (autonomia) o allontanamento (eteronomia) rispetto a tale apparato di doveri. E tuttavia, non possedendo un apparato di riferimento a priori quale quello kantiano, la bioetica contemporanea non riuscirebbe a riempire il concetto di autonomia di contenuto sostantivo, finendo per ascrivere ad esso le sembianze di un rispetto procedurale per le volontà e i desideri del singolo rispetto alla gestione del suo corpo e della sua mente (*ibid.*).
- ii. Le implicazioni di un tale discorso nell'ambito dell'etica per la persona anziana sono state invece discusse da un altro studioso, George J. Agich, il quale ha sostenuto come, nel contesto in oggetto, il principio di autodeterminazione inteso quale libertà di decidere in base alle proprie preferenze e di compiere le proprie scelte secondo un criterio di libertà personale si sia spesso tradotto in un "diritto ad essere lasciati soli" (Agich 1993). Per Agich, rappresentazione figurata di questo passaggio è la transizione da un sistema di accompagnamento dell'anziano basato principalmente su programmi di assistenza domiciliari a procedure di cura informale, le quali, per lo studioso, hanno come conseguenza quella di lasciare l'anziano nella solitudine e/o nell'isolamento. Partendo da tali osservazioni, Agich propone di abbandonare il concetto procedurale di autodeterminazione per abbracciare un concetto *sociale e relazionale* di autonomia (*ibid.*), basato sui concetti di *identità* e *identificazione*. Secondo tale modello, agire autonomamente significherebbe, per il paziente anziano, essere in grado di riconoscere le azioni compiute come proprie, e di rivedere se stesso in esse. Secondo tale definizione, essere autonomi richiede il possesso di un'identità propria, la cui presenza sarebbe 'provata' dal processo psicologico di identificazione: nel momento in cui io posso identificare me stesso con il mio comportamento e/o con gli effetti del mio comportamento, è allora che mi sento autonomo. Al di là delle criticità legate alla formulazione di un approccio 'psicologista' di

autonomia – per cui si potrebbe obiettare circa la legittimità di identificare la presenza di un comportamento autonomo con la percezione che l'agente ha di se stesso come tale – tale concezione di autonomia presenta due meriti importanti per il contesto a cui ci stiamo qui riferendo. Da un lato, proponendo una concezione 'thin' di autonomia, secondo la quale tale capacità può essere affermata anche attraverso le più semplici azioni quotidiane, rispettare l'autonomia del paziente anziano non significherebbe assecondare la sua volontà unicamente in quelle occorrenze eccezionali dove si tratta di compiere scelte decisive per la propria esistenza (ad esempio riguardo alla [non] sospensione di un trattamento salvavita), ma significherebbe dar vita ad un processo continuativo di cura del paziente anziano da realizzare giorno dopo giorno. D'altra parte, il concetto di autonomia così definito permetterebbe di superare la visione secondo la quale protezione e promozione dell'autonomia dell'anziano sono da considerarsi quali concetti mutuamente escludentisi, per ricomprenderli invece come elementi, entrambi imprescindibili, della relazione con il soggetto anziano:

*people who are suffering from a chronic or enduring disease have to fight continually for their own identity, adjusting themselves to their handicaps, pain and loneliness. The promotion of autonomy is not in contradiction with the dependency caused by chronic disease: in view of their chronic diseases, people who find themselves to be dependent and vulnerable need support in finding a new identity or readjusting the previous one. Particularly in those circumstances, they need to recognize themselves in the choices they make. [...] In this process of identification and of regaining or restoring autonomy, the relationship with caregivers is extremely important. Autonomy, conceived as development of one's identity, is a relational process (ter Meulen 2010, 136<sup>1</sup>).*

## 2. Questioni etiche relative all'*age rationing*

Tema classico del dibattito relativo all'etica della persona anziana riguarda il cosiddetto *age rationing*, ossia l'insieme delle questioni che vertono intorno alla domanda se l'anziano sia depositario o meno di un diritto ad un trattamento sanitario uguale a quello di cui beneficia il resto della popolazione, o se l'appartenenza a questa specifica fascia della popolazione lo renda, in modo giustificato, escluso da un tale diritto.

Tale dibattito trova la propria giustificazione nella narrativa che parte dall'attestazione della scarsità di risorse sanitarie, la quale sembra comportare la necessità di fissare dei limiti per i diritti all'assistenza sanitaria, così come stabilire le priorità per fruire di certi tipi di servizi. In altre parole, a partire dall'evidenza della scarsità di risorse in ambito sanitario, qualche forma di razionamento, ossia di distribuzione di risorse scarse all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria, sembra essere inevitabile. La domanda non è più quindi se effettuare un razionamento del sistema sanitario, quanto piuttosto *in che modo* ciò dovrebbe essere eseguito e, in particolare, se l'età del paziente possa costituire un criterio legittimo per porre una soglia tra diverse tipologie di trattamento.

Prima di entrare nel merito di questa domanda, è importante osservare come giustificare il razionamento dell'età con un diretto richiamo all'invecchiamento demografico richiederebbe o di

---

<sup>1</sup> "Le persone che soffrono di una malattia cronica o permanente devono lottare continuamente per la propria identità, adattandosi ai loro handicap, al dolore e alla solitudine. La promozione dell'autonomia non è in contraddizione con la dipendenza causata dalla malattia cronica: in considerazione delle loro malattie croniche, le persone che si sentono dipendenti e vulnerabili hanno bisogno di supporto per trovare una nuova identità o per riadattare la precedente. Soprattutto in quelle circostanze, hanno bisogno di riconoscersi nelle scelte che fanno. [...] In questo processo di identificazione e di recupero o ripristino dell'autonomia, la relazione con i *caregivers* è estremamente importante. L'autonomia, concepita come sviluppo della propria identità, è un processo relazionale".

ignorare l'ideale politico e morale di solidarietà esistente tra generazioni vicine espresso nell'ideale di copertura universale, o compiere una fallacia logica secondo la quale, a partire dall'osservazione fattuale secondo la quale la popolazione anziana sta crescendo, seguirebbe che la sua salute abbia un valore morale inferiore (Brauer 2009). La domanda che ricorre in letteratura rispetto a questo tipo di dibattito non è dunque se sia moralmente doveroso promuovere strategie di razionamento basate sull'età, ma se, limitatamente a certe circostanze, il razionamento sulla base dell'età possa costituire una procedura moralmente accettabile.

Tra le risposte affermative a tale interrogativo le più note all'interno del dibattito sull'etica dell'*age rationing* provengono da John Harris<sup>2</sup> e da Daniel Callahan<sup>3</sup>.

Harris propone un approccio noto in letteratura attraverso l'espressione di "ipotesi del tempo equo", che si basa a sua volta sul principio rawlsiano di equa eguaglianza delle opportunità. Tale ipotesi prevede che a ciascuno sia data un'uguale possibilità di godere di un certo lasso di tempo e di raggiungere una soglia che potremmo universalmente e intuitivamente considerare come ragionevole durata di vita. Tale soglia viene da Harris arbitrariamente fissata intorno ai settant'anni di età. Tuttavia, continua Harris, "una volta che questa viene raggiunta, ciascuno avrà ottenuto ciò che gli spettava. Il resto della sua vita è una specie di bonus che può essere cancellato qualora sia necessario aiutare altri a raggiungere tale soglia" (Harris, 1985).

Approccio che comporta esiti simili pur partendo da premesse diverse è stato proposto da Callahan attraverso l'espressione di "durata naturale della vita". Secondo tale visione noi dovremmo ragionare in termini di bisogno, inteso come ciò a cui si può ragionevolmente aspirare proporzionalmente alla fascia di età popolazione di appartenenza. Così facendo, apparirebbe chiaro come, indipendentemente dal caso singolo dove la situazione può sempre variare, e focalizzandosi a livello di popolazione generale, le fasce più giovani della popolazione ragionevolmente aspirare al soddisfacimento bisogni maggiori rispetto alle fasce più meno giovani della popolazione. Attraverso le parole di Callahan: "nel caso degli anziani, ho proposto che il nostro ideale di vecchiaia dovrebbe essere il raggiungimento di un'età che permetta a ciascuno di noi di assolvere all'ordinaria gamma di possibilità che la vita offre, prevedendo che possa essere necessario considerare una fascia di età, piuttosto che indicare un'età precisa. Riferendoci a questo ideale, gli anziani avrebbero bisogno solo di quelle risorse che consentano loro un'effettiva probabilità di vivere fino a quel punto e, una volta superato quello stadio, di concludere i loro giorni senza dolori e sofferenze evitabili. Perciò definirei necessario per l'anziano innanzitutto poter raggiungere una durata di vita naturale e in seguito vedere alleviate le proprie sofferenze" (Callahan, 1987). Ciò che Callahan sostiene è che quindi, dopo aver raggiunto la soglia di età corrispondente all'aver vissuto una durata naturale della vita, gli individui non debbano più ricevere terapie e/o trattamenti curativi, intesi cioè ad un ripristino di una condizione di guarigione, ma solo un accompagnamento di natura palliativa.

Le proposte tanto di Harris quanto di Callahan (e in particolare quest'ultima su cui quest'ultimo ha investito gran parte della propria riflessione) hanno ricevuto non poche critiche, venendo accusate di una forma di discriminazione indicata in letteratura attraverso l'espressione di "ageismo" (Brock 1989). In particolare, diversi eticisti di ispirazione liberale e gerontologi hanno sostenuto che ogni età della vita presenta i suoi obiettivi e bisogni (per usare l'espressione usata da Callahan) e che nessuno può determinare al posto di un altro se la sua vita sia stata completata e se la sua 'durata naturale' sia

---

<sup>2</sup> Harris, J. (1985), *The value of life*, London, Routledge & Kegan Paul.

<sup>3</sup> Callahan, D. (1987), *Setting limits: medical goals in an aging society*, New York, Simon & Schuster.



stata raggiunta. Se è vero che, come suggerisce Harris, sembra esserci un'intuizione morale profonda nell'idea secondo cui la morte di un individuo giovane costituisce un evento tragico, mentre quella di un anziano non si può interpretare secondo le medesime categorie, è altrettanto vero che la messa in atto di politiche basate su tale intuizione difficilmente raggiungerebbe un'approvazione generale. Obiezioni alle ipotesi del tempo equo e della durata naturale della vita sono state sollevate anche da medici (in particolar modo clinici) e professionisti sanitari i quali, a partire dall'imperativo deontologico di cura, hanno sostenuto l'impossibilità di accettare una posizione che impedisca loro di offrire il miglior trattamento possibile ai propri pazienti.

### 3. Anziani e nuove tecnologie: opportunità e sfide

Una terza traiettoria nel dibattito circa le questioni etiche relative alla cura della persona anziana riguarda la discussione circa le implicazioni delle nuove tecnologie a servizio dell'anziano sul concetto di cura, nonché l'analisi dei potenziali vantaggi e svantaggi derivanti dall'adozione di tali tecnologie<sup>4</sup>.

Una prima famiglia di tecnologie per l'anziano consiste nelle cosiddette **tecnologie e-health**. Il termine 'e-health' si riferisce all'interazione di un individuo (consumatore, paziente, o operatore sanitario) con le tecnologie digitali di informazione e comunicazione quali Internet e dispositivi mobili per accedere a/o ricevere informazioni, guida o supporto relativamente a questioni riguardanti la sua salute (Fox 2011).

Le tecnologie e applicazioni e-health possono risultare molto proficue nel contesto della popolazione anziana in quanto forniscono all'anziano l'opportunità di diventare più informato sulla propria salute e sulla gestione di una serie di aspetti ad essa correlati, permettendogli quindi di essere più preparato nel discutere i piani di trattamento con il proprio medico (Taha, Czaja, & Sharit, 2009). Inoltre, tali tecnologie costituiscono uno strumento rilevante di *empowerment* relazionale e decisionale dell'anziano, laddove permettono a quest'ultimo di conoscere, ed eventualmente di entrare in relazione con, esperti e organizzazioni competenti, quali, ad esempio, associazioni di medici e/o di pazienti.

Accanto a tali vantaggi, le tecnologie e applicazioni e-health presentano anche alcune potenziali criticità. In primo luogo, proprio in quanto tecnologie che forniscono maggiori conoscenze all'utente, possono creare dei presunti 'pazienti esperti', i quali si accosterebbero al professionista sanitario presumendo - e a tratti pretendendo - di dirigere le proprie cure, invece di instaurare un rapporto collaborativo, perlopiù asimmetrico, teso ad una migliore gestione della loro condizione di salute. Esistono, inoltre, una serie di criticità legate al fatto che le nuove tecnologie sanitarie, in particolare le applicazioni e-health, vengono spesso prodotte e lanciate sul mercato senza considerare le esigenze e le preferenze del gruppo di utenti al quale si rivolgono, e spesso mancando di considerare adeguatamente le capacità cognitive-interpretative dell'individuo anziano, il quale si troverebbe, così, a dover interpretare un'informazione alquanto complessa presentata in un linguaggio poco accessibile.

Una seconda famiglia di tecnologie per l'anziano consiste nelle **tecnologie di monitoring**, ossia le tecnologie che monitorano il comportamento dell'anziano e ne comunicano i risultati in tempo reale ai professionisti sanitari che seguono il paziente e/o ai membri del nucleo familiare dell'anziano. Tali sistemi indicano, ad esempio, quanto una persona ha dormito la notte precedente, possono identificare

---

<sup>4</sup> Per una trattazione completa delle tecnologie per l'anziano e loro discussione in termini di vantaggi e svantaggi potenziali si veda: Sixsmith, A. e Gutman, G.M. (a cura di.) (2013), *Technologies for active aging* (Vol. 9), New York, Springer.

potenziali problemi di salute prima che questi diventino seri, sono in grado di sapere se gli anziani monitorati sono capaci di svolgere le routine quotidiane (ad esempio se l'anziano ha camminato o meno nell'arco della giornata all'interno dell'abitazione o se ha avuto uno stile di vita eccessivamente sedentario), permettendo quindi di verificare, a distanza, che il proprio parente anziano si trovi in buone condizioni di salute. Le tecnologie di monitoraggio costituiscono, quindi e idealmente, un progresso fondamentale nella gestione e cura dell'anziano, in quanto consentono a quest'ultimo di mantenere la propria indipendenza invecchiando nella propria abitazione e, così facendo, migliorandone la qualità di vita.

Il *Center for Aging Services Technologies* (<https://www.leadingage.org/center-aging-services-technologies>) classifica i sistemi di monitoraggio domiciliare in tre grandi famiglie: (1) le tecnologie di monitoraggio della sicurezza domiciliare; (2) le tecnologie di monitoraggio della salute e del benessere; e (3) le tecnologie di monitoraggio della connettività sociale (Alwan, Wiley, & Nobel 2007).

1. *Le tecnologie di monitoraggio della sicurezza domiciliare* includono sistemi di rilevamento e prevenzione dalle cadute, indossabili sia con pulsantiera e basati su accelerometro (ad esempio, Life Alert), che sistemi ambientali incorporati basati su sensori (ad esempio, QuietCare); ausili per migliorare la mobilità attraverso sistemi volti al miglioramento di sedie a rotelle (ad esempio per consentire che queste ultime possano raggiungere ogni angolo della casa, anche in presenza di scale interne); rilevatori di uso della stufa (ad esempio, Stove Guard); e sistemi di monitoraggio di fumo e temperatura dell'abitazione.
2. *Le tecnologie di monitoraggio della salute e del benessere* includono strumenti di monitoraggio che utilizzano accelerometri e sensori per tenere sotto controllo le attività quotidiane (ad esempio, Healthsense); monitor per registrare e trasmettere dati fisiologici; sistemi di monitoraggio non indossabili come il monitor per la valutazione clinica del sonno; sistemi di conformità dei farmaci, i quali ne monitorano l'assunzione, fornendo all'utente suggerimenti e promemoria; dispositivi di valutazione cognitiva e/o ortopedica.
3. *Le tecnologie di monitoraggio della connettività sociale* consistono in un'area di applicazione relativamente nuova e comportano l'uso di sensori per facilitare l'interazione tra i membri della famiglia che si trovano in remoto. Uno sviluppo più recente è la progettazione e l'implementazione di applicazioni per la 'casa intelligente'. Queste consistono in reti integrate di sensori, che possono includere una combinazione di sicurezza, salute e benessere, e tecnologie di connessione sociale installate nelle case o negli appartamenti per monitorare simultaneamente e continuativamente le condizioni ambientali, i modelli di attività quotidiana, i segni vitali, e i modelli di sonno nel lungo periodo dell'anziano.

Accanto ai chiari benefici apportabili dai sistemi di monitoraggio domiciliare per la popolazione anziana – riassumibili in un miglioramento della condizione di vita degli anziani in termini di salute e qualità, nel potenziamento delle loro capacità psico-fisiche, nel prolungamento della loro indipendenza – tali tecnologie sollevano perplessità e preoccupazioni in merito ai possibili abusi nei confronti della cosiddetta 'privacy informazionale', ossia alle questioni relative a quale tipo di informazione venga registrata tramite tali sistemi tecnologici, come venga registrata e con chi venga condivisa. Studi recenti (Beach *et al.* 2009; Beach *et al.* 2010) hanno mostrato come vi sia richiesta di maggior riservatezza rispetto alle informazioni acquisite in alcune aree specifiche delle abitazioni (quali ad esempio il bagno e la camera da letto), nonché come vi siano resistenze nel condividere tali informazioni con enti esterni (quali ad esempio le compagnie assicurative), mentre minori preoccupazioni sussistano relativamente alla condivisione delle informazioni con il proprio medico

curante e/o i propri famigliari. Sempre gli stessi studi hanno mostrato anche come maggior riserbo nel condividere le informazioni rispetto alla propria salute e alle proprie abitudini venga da parte di anziani non affetti da disabilità e di come, invece, gli anziani affetti da disabilità sostengano che tale trasparenza crei loro meno preoccupazioni. Lorenzen-Huber e colleghi (2010) hanno inoltre mostrato come il timore rispetto alla privacy informazionale sia legato ad alcuni fattori che sono a loro volta connessi con i livelli di privacy percepiti (e non quelli realmente tali) da parte dell'anziano, in particolare: (1) quanto la tecnologia in questione venga percepita dall'anziano come utile in relazione alla percezione della propria vulnerabilità; (2) le relazioni sociali di cui l'anziano dispone; (3) la nitidezza dei dati (ad esempio, nel caso delle immagini quanto siano precise o piuttosto sfuocate); (4) la sensibilità del sistema tecnologico, ossia quanto quest'ultimo risulti più o meno controllabile da parte dell'anziano.

Un'ultima serie di questioni riguarda **l'uso di robot umanoidi** come strumenti di ausilio della popolazione anziana. L'insieme delle riflessioni tese ad esplorare le implicazioni etiche della robotica è nota in letteratura attraverso l'espressione di "roboetica". Essa è da intendersi come quell'ambito di studio interdisciplinare che si occupa di analizzare e definire la complessa relazione che collega gli esseri umani ai loro artefatti intelligenti e autonomi (Veruggio & Operto 2008). Presentando questi ultimi caratteristiche molto diverse tra loro, coloro che per primi hanno posto le basi di questa nuova disciplina si sono anche occupati di definire i pro e contro di natura prettamente etica generatisi dall'interazione tra i diversi tipi di artefatti intelligenti e i soggetti umani che con questi entravano in relazione. All'interno della Roboethics Roadmap (Veruggio 2006) - lo strumento che si occupa di fornire una valutazione sistematica delle problematiche etiche della robotica - una specifica sezione è dedicata proprio a vantaggi e svantaggi, dal punto di vista etico, dell'introduzione e dell'utilizzo dei robot umanoidi, ossia quei robot antropomorfi capaci di riprodurre alcuni tratti tipici dell'essere umano, dalla forma del corpo alle abilità motorie e percettive. In quanto 'esseri intelligenti', benché di un'intelligenza etero-indotta, essi sono in grado di aiutare gli esseri umani a compiere compiti molto complessi in modo ripetibile e standardizzabile. Inoltre, essendo progettati in modo da essere versatili, gli umanoidi sono robot così flessibili che risultano applicabili e utilizzabili in diversi campi. Infine, proprio la loro sembianza fisica, che tiene conto di gradi di somiglianza con l'essere umano 'tollerabili' dalla psiche umana (Mori, MacDorman, & Kageki 2012), fa sì che essi possano attivare canali comunicativi riconoscibili dall'essere umano e che quindi quest'ultimo riconosca e accetti il robot, anche a livello inconscio. Critiche relative all'accettazione dei robot umanoidi vengono invece sollevate in riferimento all'eventuale inaffidabilità dei sistemi di 'valutazione interna' dei robot, nonché alle capacità predittive del loro comportamento.

Accanto alle osservazioni più generali sopra riportate, vi sono svariate questioni che sorgono dallo specifico utilizzo dei robot umanoidi in campo biomedico e, in particolare, nel momento in cui questi ultimi si trovino ad interagire - nei diversi momenti del percorso terapeutico - con pazienti geriatrici, da sempre considerati, anche in letteratura, soggetti vulnerabili, appartenenti ad una categoria particolarmente fragile della popolazione. Uno dei principali interrogativi etici che vengono sollevati in tale contesto riguarda la legittimità morale della sostituzione di esseri umani con macchine intelligenti nell'assistenza e nella cura di altri esseri umani: proprio perché in condizioni di difficoltà, costoro avrebbero bisogno di un sostegno emotivo di natura specificamente umana. Se, infatti, come alcuni hanno mostrato, fornire a soggetti in stato di disagio un'assistenza più distaccata sembrerebbe massimizzare le possibilità di miglior riuscita della maggior parte delle operazioni volte al ripristino della salute (si veda, ad esempio, il caso della chirurgia), in patologie che non richiedono operazioni puramente meccaniche, il coinvolgimento emotivo del paziente con il personale sanitario sembra

costituire un elemento determinante dello stesso iter terapeutico. Non è irrilevante la preoccupazione che si dia un attaccamento di natura affettiva da parte dell'anziano nei confronti del robot che lo 'cura', cosa che avrebbe molte implicazioni etiche. In particolare, la non restituzione dell'affettività da parte del robot creerebbe una condizione di asimmetria tra affettività data e ricevuta, generando frustrazione nell'anziano.

## Riferimenti bibliografici

- Agich, G. J. (1993), *Autonomy and long-term care*, Oxford University Press, USA.
- Alwan, M., Wiley, D., e Nobel, J. (2007). *State of technology in aging services*, Washington, DC, Center for Aging Services Technologies (CAST). Disponibile al seguente sito:  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/cast-statetechnology-01.pdf>
- Battin, M. P. (1987), *Age rationing and the just distribution of health care: Is there a duty to die?*, «Ethics», 97(2), pp. 317-340.
- Beach, S., Schulz, R., Downs, J., Matthews, J., Seelman, K., Barron, B., et al. (2009). *End-user perspectives on privacy and other trade-offs in acceptance of quality of life technologies*, Paper presented at the First International Symposium on Quality of Life Technology, Pittsburgh, PA.
- Beach, S., Schulz, R., Downs, J., Matthews, J., Seelman, K., Person Mecca, L., et al. (2010), *Monitoring and privacy issues in quality of life technology applications*, in «Gerontechnology», 9 (2), pp. 78-79.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2012). *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press
- Bengtson, V. L., Coleman, P. G., & Kirkwood, T. B. (2005), *The Cambridge handbook of age and ageing*, Cambridge University Press.
- Brauer, S. (2009), *Age rationing and prudential lifespan account in Norman Daniels' Just health*, in «Journal of medical ethics», 35(1), pp. 27-31.
- Brock, D. W. (1989), *Justice, health care, and the elderly. Philosophy and Public Affairs*.
- Callahan, D. (1987), *Setting limits: medical goals in an aging society*, New York, Simon & Schuster.
- Callahan, D. (2012), *Must we ration health care for the elderly?*, in « The Journal of Law, Medicine & Ethics», 40(1), pp. 10-16.
- Churchill, L. R. (2005), *Age-rationing in health care: flawed policy, personal virtue*, in «Health Care Analysis», pp. 137-146.
- Cosmacini, G., e Mordacci, R. (2002), *Salute e bioetica*, Einaudi scuola.
- Daniels N. (2008), *Just health: meeting health needs fairly*, New York, Cambridge University Press
- Dickenson, D., Huxtable, R., & Parker, M. (2010), *The Cambridge medical ethics workbook*, Cambridge University Press.
- Emanuel, E., Schmidt, H., & Steinmetz, A. (a cura di) (2018), *Rationing and Resource Allocation in Healthcare: Essential Readings*, Oxford University Press.
- Fox, S. (2011), *Health topics. Pew Internet & American Life Project*, disponibile al seguente sito  
<http://www.pewinternet.org/2011/02/01/health-topics-2/>
- Gormally, L. (Ed.). (1992), *The Dependent Elderly*, Cambridge University Press.
- Harris, J. (1985), *The value of life*, London, Routledge & Kegan Paul.
- Kalache, A. and Kickbusch, I. (1997), *A Global Strategy for Healthy Ageing*, in «World Health», 4, pp. 4-5.
- Lie, R. K., Schotsmans, P., & Hansen, B. (a cura di). (2002), *Healthy thoughts: European perspectives on health care ethics* (Vol. 5), Peeters Publishers.
- Lorenzen-Huber, L., Boutain, M., Camp, L. J., Shankar, K., & Connelly, K. H. (2010), *Privacy, technology, and aging: A proposed framework*, in «Ageing International», 36 (2), pp. 232-252.
- McKerlie, D. (2001), *Justice between the young and the old*, in «Philosophy & Public Affairs», 30(2), pp. 152-177.

Mori, M., MacDorman, K. F., & Kageki, N. (2012). *The uncanny valley [from the field]*, in «IEEE Robotics & Automation Magazine», 19(2), pp. 98-100.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, Ginevra.  
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

Sammet, K. (2007), *Autonomy or protection from harm? Judgements of German courts on care for the elderly in nursing homes*, in «Journal of medical ethics», 33(9), pp. 534-537.

Singer, P. (2009), *Why we must ration health care*, in «The New York Times», p. 38.

Sixsmith, A. e Gutman, G.M. (a cura di.) (2013), *Technologies for active aging* (Vol. 9), New York, Springer.

Ter Meulen, R. (1994), *Are there limits to solidarity with the elderly?*. *Hastings Center Report*, 24(5), 36-38.

Ter Meulen, R., e Ubachs-Moust, J. (2005). *Healthcare rationing: is age a proper criterion?* (chapter in book – 2005).

Ubachs-Moust, J., Houtepen, R., Vos, R., & Ter Meulen, R. (2008), *Value judgements in the decision-making process for the elderly patient*, in «Journal of medical ethics», 34(12), pp. 863-868.

Veruggio, G. (2006, December), *The euron roboethics roadmap*, in *Humanoid Robots, 2006 6<sup>th</sup> IEEE-RAS International Conference on, IEEE*, pp. 612-617.

Veruggio, G., e Operto, F. (2008), *Roboethics: Social and ethical implications of robotics*, in *Springer handbook of robotics*, Springer, Berlin, Heidelberg, pp. 1499-1524.

Williams, A., e Evans, J. G. (1997), *The rationing debate. Rationing health care by age*, in «BMJ: British Medical Journal», 314(7083), 820.