

PASQUALE GIUSTINIANI

VERSO UN CAMBIAMENTO DI PARADIGMA NELLA VISIONE BIOETICA DELL'INVECCHIAMENTO UMANO

1. *Il cambiamento di paradigma nella visione della vecchiaia*

La sollecitazione di F. D'Onofrio ad un «cambiamento di paradigma» nell'attuale visione biomedica dell'invecchiamento trova certamente concordi tutti, anche a motivo del fatto che il XXI secolo, in molti Paesi, sarà il secolo degli anziani¹, almeno con la conseguenza socio-etica che ogni *welfare* locale sarà chiamato a destreggiarsi tra invecchiamento ed immigrazione, sia dal punto di vista sociale che economico. Se un paradigma è un insieme di asserti e teorie scientificamente consolidati che, presente e condiviso nei periodi di scienza “normale”, cade progressivamente in crisi a seguito di nuove scoperte e invenzioni, il suo cambiamento è dovuto al concorrere di più fattori, per cui esso viene ad essere trasformato o superato, come accade particolarmente nei momenti di variazione epocale o, come si dice, di crisi. L'anzianità, oggi intesa come un *continuum* di eventi e problemi, convenzionalmente fissato a partire dai 65 anni – eventi e problemi che, nelle società attuali, divengono più rilevanti eticamente e socialmente soprattutto dopo i 75 anni –, appare appunto come l'etichetta sintetica di una vera e propria interruzione del sapere normale tradizionale circa una condizione che è, ormai, non soltanto in via di trasformazione, ma è diventata senz'altro *nuova* e, peraltro, in dissonanza con città tendenzialmente ancora vecchie sia sul piano urbanistico che del *welfare*².

La sollecitazione, o forse la constatazione, al cambiamento di paradigma trova, dunque, particolarmente d'accordo chi è convinto che le scienze

1 *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, (a cura di) A. Golini-A. Rosina, Il mulino, Bologna 2011, cfr. anche F. D'AGOSTINO, *La condizione anziana: problemi etici ed epistemologici*, in F. Minazzi (a cura di), *Filosofia, scienza e bioetica nel dibattito contemporaneo. Studi internazionali in onore di Evandro Agazzi*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma 2007, 1199-1204.

2 Cfr. S. POLI, *Città vecchia, nuovi anziani. Invecchiamento e postmodernità in una periferia metropolitana*, Franco Angeli, Milano 2012.

bioetiche rappresentino, a loro volta, un fattore rilevante di cambiamento di qualunque paradigma etico-sociale, particolarmente nel momento in cui il nostro contesto prende consapevolezza di dover elaborare una nuova etica per attraversare la stagione della tecnoscienza e dell'*e-health* senza perdere in umanità nel confronto con gli anziani³. È questa, del resto, la prospettiva di chi guarda alla questione in discussione a partire da un'ottica bioetica, cioè un orizzonte che si sforza di correlare le esigenze e le possibilità offerte dalle tecnoscienze, poste a servizio della vita avanzata, con la quantità-qualità di vita percepita dai soggetti che trascorrono la stagione adulta della propria esistenza (*senescenza*, intesa come invecchiamento normale, senza riverberi sociali di tipo pietistico-patologico⁴), bilanciando il tutto anche alla luce dei principali orientamenti morali della nostra società complessa, senza dimenticare il contesto geo-culturale meridionale e mediterraneo. Rispetto a chi troppo spesso, in linea con l'adagio classico del *senectus ipsa morbus*⁵, ascriveva la vecchiaia ad uno dei fenomeni anormali o patologici della vita umana, non distinguendo tra invecchiamento fisiologico ed invecchiamento patologico, fino ad equiparare la stessa età avanzata con la patologia, è subentrata e si è affermata, infatti, una ben diversa sensibilità. Essa è condensabile nell'espressione *invecchiamento attivo*, che appare ormai consacrata anche nei testi internazionali di carattere socio-sanitario. Introdotta fin dal 1999 dalla Commissione europea, essa viene intesa, inizialmente, nel senso di un possibile prolungamento della vita lavorativa dell'anziano e, quindi, di posticipazione del pensionamento⁶. Legittimata anche dall'Organizzazione mondiale della sanità, particolarmente sensibile alle implicazioni mediche e sanitarie dell'età avanzata, ecco che si diffonde nel mondo la prassi, anche sanitaria, dell'*invecchiamento attivo*, o anche del *positivo invecchiamento*⁷, con lo scopo di ottimizzare le opportunità per la salute delle persone anziane, favorire la partecipazione e la sicurezza fra loro, migliorare la loro qualità di vita attraverso la partecipazione costan-

3 Cfr. G. HOTTOIS, *Il paradigma bioetico. Un'etica per la tecnoscienza*, in Daniela De Leo, Rita Rocco (a cura di), Rubbettino, Soveria Mannelli 1996.

4 Cfr. R. CAVALLARO, *Perché non amiamo gli anziani. Quattro tesi e un'ipotesi*, in *Sociologia e ricerca sociale* 94 (2011), 111-129.

5 TERENCE, *Phormio*, vv. 574-575; cfr. anche CECILIO, *Plocium*, vv. 169-171. In merito, cfr. la dissertazione dottorale di G. CAROSI, *Cecilio Stazio e il PHerc.78: Obolostates sive Faenerator* (Università di Bologna, Dottorato di Ricerca in Filologia Greca e Latina Ciclo XIX, a.a. 2003-2006).

6 F. VON NORDHEIM NIELSEN, *L'invecchiamento attivo. Una politica centrale e prioritaria per l'Unione europea*, in *Quaderni europei sul nuovo welfare* (2/2005), 1-5.

7 *Il segreto della vecchiaia. Una stagione da scoprire*, (a cura di) Mario Gecchele, F. Angeli, Milano 2010.

te alle attività sociali, economiche, culturali e civili delle città e dei contesti socio-geografici. Non è, forse, plasticamente anche questo un segno dell'auspicata transizione dal paradigma dell'anzianità, intesa come peso sociale e sanitario, a quello della valorizzazione sociale e culturale dell'età anziana dei soggetti umani (che talvolta, nei paesi opulenti, va diventando vera e propria "idolatria" della salute ad ogni costo)?

Nel corso di questa transizione, si dice, l'anziano, oltre a partecipare in quanto bisognoso di cure, diviene finalmente soggetto attivo per promuovere, a sua volta, un contesto socio-culturale umanizzato, in cui sia prevalente l'atmosfera di cura e di prossimità; un anziano che, in ultima istanza, non soltanto chiede erogazione di terapie e presidi sociali, ma promuove una diversa visione teorica ed etica dell'età anziana. Frattanto, già dal punto di vista della sola salute, lo stesso processo "normale" d'invecchiamento non appare più come un fenomeno uniforme e omogeneo, che anzi risulta sempre più influenzato da molteplici fattori sia bio-medici che psico-socio-culturali (patrimonio genetico, malattie e traumi subiti, educazione ricevuta, esperienze vissute, perdite sofferte, affetti, opportunità e difficoltà incontrate, caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di provenienza, desiderio di "essere e di vivere"...). Ne consegue, sul piano bioetico, la necessità di ampliare sempre più il ventaglio dei riferimenti, soprattutto di non limitarsi ai soli aspetti quantitativi e terapeutici di tipo sanitario, anche inventando nuovi approcci, come si dice, *capacitanti*⁸. Anzi, per esemplificare sul solo piano socio-sanitario, piuttosto che basare i criteri per la determinazione dei giusti livelli di assistenza soltanto sul vigore fisico o sulla residua possibilità di partecipazione alla forza lavorativa da parte del soggetto anziano, occorre piuttosto, come fa l'OMS, guardare «all'invecchiamento attivo come a un processo duraturo influenzato da numerosi fattori, i quali, isolatamente o congiuntamente, favoriscono la salute, la partecipazione e la sicurezza della vita degli adulti più anziani»⁹. Di conseguenza, per godere pienamente dell'apporto partecipativo e della "nuova" risorsa-anziani¹⁰, ed assicurarne il diritto alla salute ed alla sicurezza di vita con tutte le metodiche più avanzate, compresa, per esempio, l'arte-terapia¹¹, gli anziani stessi – peraltro sempre più in crescita nelle so-

8 Cfr. P. VIGORELLI, *L'approccio capacitante. Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer*, F. Angeli, Milano 2011.

9 *Città a misura di anziano*, in *Quaderni di sanità pubblica* 30 (marzo 2008), 11. Cfr. *Brasilia Declaration on Ageing. World Health*, 1997, n. 4: 21.

10 V. CAPORALE, *Una nuova risorsa. Gli anziani*, Cacucci, Bari 2011.

11 Cfr. R. TANGUSSO-A. PAPPALARDO, *La danzaterapia e l'anziano istituzionalizzato. Danzare per curare gli anziani residenti in Casa Protetta*, La Moderna Edizioni,

cietà occidentali anche a motivo dell'abbassamento degli indici di fertilità – domandano, in questo processo, una società ri-strutturata a partire dall'età adulta, nel tutto che è il processo vitale. In questo svolgimento, gli adulti più anziani dovrebbero, in particolare, essere sempre più abilitati (anche educativamente e formativamente) a godere della libertà di prendere decisioni indipendenti circa la propria sicurezza e salute e circa il grado di solidarietà dei sistemi civici di cui sono parte integrante. Senza, tuttavia, dimenticare che, dal punto di vista etico e personologico, fine ed inizio della vita sono pur sempre tappe del tutt'uno che è l'essere umano, il cui significato ultimo rimane un "mistero". Già Romano Guardini osservava opportunamente, dal punto di vista etico-antropologico: «L'inizio e la fine sono dei misteri. La distinzione tra l'inizio della vita, la nascita e l'infanzia [...] non significa che la vita prende le mosse da un punto di partenza poi lasciato dietro di sé, ma che questo punto di partenza accompagna la vita nel suo svolgimento. [...] Inversamente la fine agisce a ritroso fino al primo inizio. Del pari, l'attacco della melodia ne determina la forma in tutto il suo sviluppo successivo, così come anche la fine dà forma alla melodia percorrendone lo svolgimento a ritroso. La vita non è un affastellamento di parti, bensì una totalità – che con un'espressione un poco paradossale – è presente in ogni punto dello sviluppo»¹². Questo comporta una ri-configurazione complessiva degli stessi criteri etici e sanitari. Così, diviene rilevante il criterio, ormai consolidato, del consenso autonomo ai trattamenti, senza interferenza dello Stato e senza pressioni eccessive da parte dei poteri forti della società avanzata, globalizzata e complessa, soprattutto quando questa fosse, a sua volta, pressata da emergenze economiche e finanziarie che spingerebbero a guardare quasi esclusivamente alla soddisfazione dei soli bisogni primari e non certo dei diritti di ultima generazione. Così poste le cose, per i soggetti anziani ne derivano conseguenze notevoli sui diritti di salute che vanno, a loro volta, bilanciati con analoghi diritti di altre età e fasce sociali, nel tutt'uno che è lo sviluppo umano. Così, lo stesso diritto di ricevere assistenza sanitaria primaria non potrebbe più trovare una sorta di blocco "finanziario", prima che etico-sociale, a fronte dell'incremento di patologie dell'età decrepita (si pensi, soltanto per esemplificare, alle patologie neurodegenerative, che sono oggi le più preoccupanti¹³, in quanto comportano costi elevati e più lunghi nei tempi di erogazione). Siamo

Acireale 2008.

12 R. GUARDINI, *Le età della vita*, Prefazione di V. Melchiorre, Vita e Pensiero, Milano 1992, 73-74.

13 C. GANDOLFO, C. LOEB, *Principali malattie neurologiche dell'anziano*, Associazione volontari ospedalieri, Genova 1988.

effettivamente tutti preoccupati dall'impatto sociale ed economico delle demenze, le cui dimensioni in Europa sono stimate in incremento, soprattutto tra gli ultrasessantacinquenni (problemi di assistenza domiciliare, di coinvolgimento della famiglia – che frattanto vive una crisi sociale rispetto all'assetto tradizionale –, di integrazione tra cure sanitarie e cure sociali e solidaristiche). A sua volta, il diritto ad una tutela sociale dell'anziano che riconosca e consideri tutti gli elementi legati all'età, non soltanto quelli materiali (che potrebbero essere risolti mediante un'assistenza domiciliare e di lungo periodo), ma anche quelli psicologici, relazionali e spirituali, non trova ancora delle società, per quanto avanzate, del tutto attrezzate e pronte ad erogare siffatti servizi. Il punto è più delicato in quelle zone, come l'Italia, dove la legislazione concorrente Stato-Regione potrebbe implicare almeno differenti modalità di erogazione dei servizi, pur ritenuti essenziali e divenuti necessari per l'intero territorio nazionale. Si pensi altresì al diritto di accesso ad altri fattori determinanti, in riferimento alla salute ed al benessere dell'anziano, come l'accesso all'acqua e ai servizi igienici, al cibo e all'alimentazione, all'educazione e alle abitazioni, a fronte di un'evoluzione sociale che, in diverse zone, rischia di dover, invece, limitare questi accessi a diverse altre fasce sociali altrettanto deboli.

Riconoscere, come si fa nei testi, l'impatto deleterio che un diverso orientamento etico-sociale potrebbe comportare sull'autonomia e sulla dignità degli anziani fragili – peraltro sempre più numerosi rispetto alla popolazione globale (nel 2050 l'incidenza della stagione anziana viene stimata al 22%) – non è, pertanto, sufficiente. Le stesse dichiarazioni di principio circa il "bisogno speciale" di proteggere gli anziani contro l'abuso fisico ed emotivo da parte di chi presta loro cure (che non è fatto più da persone in relazione familiare, stante l'elevatissima percentuale di badanti conviventi¹⁴) sono evidentemente indotte, oltre che da lacune teoriche, anche da un'oggettiva lacerazione e frantumazione della rete di cura sociale nelle società ultramoderne, che generano deprecabili fenomeni di emarginazione, se non di esclusione e maltrattamento, degli anziani non autosufficienti¹⁵. Probabilmente, non basta più offrire dei dati e ribadire dei precetti etici condivisibili; né è più sufficiente svolgere delle considerazioni soltanto nella prospettiva di un'etica della salute o di una bioetica medi-

14 Cfr. B. DA ROIT, C. FACCHINI, *Anziani e badanti. Le differenti condizioni di chi è accudito e di chi accudisce*, F. Angeli, Milano 2010.

15 *Gli anziani nelle nostre case e nelle nostre città. Il maltrattamento*, (a cura di) C. Landuzzi, F. Angeli, Milano 2011; cfr. anche A. BIONDI, P. BERTI, *Caregivers anziani e famigliari con disabilità. Quali bisogni, quali risorse, quali opportunità*, Il ponte vecchio, Cesena 2011.

ca. Si tratta d'indurre nella società complessa – ma questo è, come si vedrà, un problema di pedagogia bioetica – delle istanze educative nuove, a cui non possono essere estranei, come soggetti attivi, gli anziani stessi¹⁶ –, o almeno d'insinuare, nella formazione di medio periodo, delle istanze educative diverse, in grado di arricchire la discussione generale e, soprattutto, di educare le ultime generazioni ad atteggiamenti di lungo periodo, ovvero a nuove sensibilità consone con il cambiamento di paradigma etico-sociale e bioetico in atto, prim'ancora che a nuovi atteggiamenti di accoglienza o di accudimento¹⁷.

2. Possibili apporti di un punto di vista bioetico-religioso

Sarebbe troppo facile – come pure suggeriscono alcuni di fronte alla complessa situazione dell'età anziana avanzata nella società attuale – preferire l'uscita dal proscenio, dichiarando che ogni produzione normativa di regole, di imperativi ipotetici o categorici, ogni condivisione di norme di comportamento circa l'invecchiamento umano... sia oggi, se non impossibile, almeno da posporre a ben altri problemi, più urgenti, di bioetica della biosfera, di bioetica animale e di bioetica antropica. Non ci si può porre nell'atteggiamento di chi attende gli eventi, vedendo maturare il peso socio-economico delle malattie senili e degenerative nei nostri gruppi umani e, all'occorrenza, risolvere i casi di volta in volta, magari a seguito di contenzioso giuridico o, peggio, teorizzando selezioni precoci di soggetti non più idonei o non più sopportabili socio-economicamente. La bioetica, come scienza della vita, non si può contentare di calcolare degli indici di qualità della vita residua¹⁸ e neppure escogitare soluzioni soltanto giuridiche, ma deve auspicare orientamenti morali e norme condivise e, almeno tendenzialmente, universalizzabili; in particolare, essa non può limitarsi a registrare gli indirizzi di comportamento di volta in volta prevalenti, oppure le situazioni di fatto esibite da questa o quella fetta di popolazione: se così facesse, non sarebbe una scienza morale, seppur in nome di un improbabile atteggiamento avalutativo, riducendosi quasi ad una registrazione

16 Movimento terza età-Milano, *Educare in un mondo che cambia. Un ruolo per gli anziani*, In dialogo, Milano 2012.

17 Cfr. M. PALLESCHI, *Per una migliore qualità di vita della persona anziana. Come vivere bene nonostante l'età avanzata*, Casa Editrice Scientifica Internazionale, Roma 1999.

18 Cfr. il suggerimento neo-utilitaristico di J. BARON, *Contro la bioetica*, edizione italiana a cura di Luca Guzzardi, R. Cortina, Milano 2008.

notarile di eventi e situazioni socio-culturali. Il “morale” ed il “giuridico” non possono essere ridotti a delle mere ri-trascrizioni di comportamenti sociali maggioritari, che verrebbero soltanto inventariati e tradotti in norme, finendo per non esser mai discussi, come si deve, anche alla luce di orientamenti ideali, di valori da proteggere, di diritti ritenuti indisponibili...¹⁹. Certo, la bioetica, sia quella della vita quotidiana²⁰ che quella dei casi-limite, o più precisamente le teorie etiche a monte di ogni bioetica, dividono inevitabilmente le soluzioni operative perché speculativamente differenti. Antitetiche, infatti, prim’ancora che le possibili decisioni, sono le etiche e le antropologie filosofiche di riferimento, in cui i decisori si ritrovano, per così dire, come dei veri e propri *stranieri morali*. Dal *venire al mondo* dei primi anni Novanta del XX secolo alle più recenti problematiche dei cosiddetti nuovi diritti della generatività e della riproduzione, fino a quelle suscitate dagli organismi interspecie, per giungere, ora, alla bioetica dell’invecchiamento attivo e delle questioni di fine vita..., è sotto gli occhi di tutti questa sorta di polverizzazione delle posizioni e perfino di antitesi, al punto che un intervento del CNB ha dovuto mettere a tema quella che ormai è divenuta la vasta gamma delle obiezioni di coscienza, pur rispetto a prassi e norme codificate²¹. Il campo dell’etica medica e della bioetica della senescenza, inoltre, non può trasformarsi in un territorio di conflitto sociale tra opinioni che pretendano di essere soltanto sostenute da valori di maggioranza, tradendo la responsabilità umana nei confronti dei meno attrezzati, dei deboli e degli svantaggiati sul piano psichico, fisico e sociale, quali tendono ad essere i soggetti anziani, particolarmente quelli non più autosufficienti. La nuova atmosfera socio-bio-etica richiede non soltanto una rinascita dell’etica ed una nuova riflessione circa le etiche deontologiche o le etiche antropologico-culturali, ma lo sforzo di reperimento di nuove linee di ricerca, senza far finta di non rendersi conto di un clima generale che, spesso, rifugge dalle parole stesse che osino esplicitamente indicare o, almeno, far intravedere degli orizzonti di senso più generali, o rinviino alla dignità dell’essere umano in quanto tale, prescindendo, cioè, dalle caratteristiche esibite e dalle contingenti situazioni di salute, o dai costi sociali eccessivi comportati da certe stagioni della vita umana. Davvero la questione bioetica, oltre ad assumere oggi inevitabili riverberi *biopolitici*²²

19 G. ANGELINI, *Diritto e teologia. Una mediazione dimenticata, la morale*, in *Diritto e teologia*, «Hermeneutica» n.s. (1998), 81-108.

20 Cfr. G. BERLINGUER, *Bioetica quotidiana*, Giunti, Firenze 2000.

21 Sull’obiezione, cfr. CNB, *Obiezione di coscienza e bioetica* (30.7.2012).

22 Cfr., tra gli altri, *Diritto e vita. Biodiritto, bioetica, biopolitica*, (a cura di) Francesco Lucrezi, Francesco Mancuso, Collana scientifica dell’Università di Salerno-

(cosa suggerire in concreto al legislatore per la promulgazione di giuste e adeguate norme a vantaggio dell'anziano?), rinvia continuamente al piano delle visioni generali del mondo circa l'adulto e l'anziano, che a sua volta chiede previamente di conoscere bene la genesi remota delle antropologie filosofiche e delle etiche in conflitto, o in confronto, su questo specifico problema. È a questo livello originario, o di fondo, infatti, che risalgono determinate soluzioni anziché altre. È in quest'orizzonte che può essere inserita la possibilità di ri-pensare anche le questioni della vita anziana alla luce di una concezione religiosa, che fa appello al un principio trascendente, inteso come autore della vita e perfino come *il Dio degli anziani*²³, però senza ripararsi semplicisticamente dietro le etichette di *bioetica laica* e *bioetica cattolica*, o anche di *bioetica della qualità della vita* e *bioetica della sacralità della vita*. Tra concezioni antropiche, più o meno soggettocentriche, ed altre che vanno, invece, nella direzione di un *personalismo dialogico* – un orientamento teoretico ed etico che tendenzialmente rifiuterebbe degli orizzonti di tipo consequenzialistico o utilitaristico –, si tratta di creare l'orizzonte morale più idoneo agli assunti di riconoscimento della dignità dell'anziano e di incremento della prassi dell'invecchiamento attivo. Dobbiamo e possiamo chiederci, perciò, anche quale luce alla coscienza morale possa provenire da una serrata riflessione circa il “punto di vista del Dio”, inteso quale creatore ultimo della vita intesa come tutt'uno.

3. Un apporto “proverbiale” allo sguardo bioetico sull'anziano

La risposta dipende dal grado di autorevolezza che s'intenda conferire al risolto speculativo ed etico di una visione qualificata da un movimento rivelativo, messo cioè in atto da un Assoluto divino, a cui possa co-rispondere una libera e non cieca adesione da parte umana. Ma questo è possibile soltanto se si supera un luogo comune che, nel recente dibattito bioetico, tende talvolta a porre le visioni religiose nell'angolo del privato e del sentimentale, facendone tutt'al più una “opinione di parte” di un determinato gruppo umano, senza effettiva “generalizzabilità” morale e sociale, anzi in qualche caso foriera di rischi di intolleranza e di fondamentalismi. Del resto, la prassi di prossimità ed accoglienza sociale degli anziani riconosce ormai come proprio la religiosità delle persone anziane rappresenti non

Atti di Convegno, Edizioni Rubbettino, Soveria Mannelli (Cz) 2010.

23 J.-R. FLECHA ANDRÉS, *Il Dio degli anziani*, traduzione di Andrea Monti, EDB, Bologna 2011.

soltanto un campo d'indagine molto interessante, ma anche un fattore da mettere certamente in rilievo, accanto a quelli quantitativi del dato epidemiologico, della nocicezione, della terapia del dolore e della palliazione, o dell'invecchiamento attivo... Tutto questo apre non pochi spiragli su uno scenario di natura prevalentemente esistenziale, a cui si correlano molti altri fattori eticamente e socialmente rilevanti (soddisfazione di vita, qualità di vita, percezione del tempo, rapporti interumani...). Se effettivamente la componente che possiamo, per comodità, denominare "spirituale" va acquistando una maggiore importanza nella stagione della senescenza che, spesso, è anche l'età in cui più forte è il desiderio di ricevere rassicurazioni sulla vita futura, soprattutto se esse provengano da prospettive formalmente religiose²⁴, non è, dunque, inutile valorizzare, tra i tanti, il punto di vista bioetico-religioso, lasciandosi, per esempio, illuminare dai testi sacri, peraltro in più punti consonanti con i testi classici della letteratura didattica egizia e, più, ampiamente del mondo arcaico del vicino Oriente antico. E questo non tanto per consacrare una visione o una prassi a preferenza di altre, o per insistere ulteriormente sulla sempre più desueta contrapposizione tra bioetica della sacralità della vita e bioetica della qualità della vita²⁵, bensì per valorizzare tutte le antichissime tradizioni antropiche i cui antichi archivi, anche epigeneticamente, vengono trasferiti nell'oggi. In tal modo, quasi a riprova del notevole apporto che una visione generale del mondo, dei rapporti tra le generazioni, delle tradizioni socio-culturali, il *grande codice*, che è la Bibbia, appare ben in grado di offrire, conservare e rilanciare, in tanti contesti contemporanei, un orizzonte sapienziale, molto attento all'età avanzata, alle sue ricchezze ed ai suoi problemi nel confronto tra generazioni. Esso invita, appunto, a far tesoro del messaggio di esperienza e di saggezza di cui le persone anziane ed i grandi vecchi sono portatori, come esponenti delle antiche generazioni, con relative tradizioni, che hanno sentito come importante il compito di consegnare una, per così dire, *epigenetica culturale*, ai nuovi *phyla* evolutivi umani.

In particolare, al nostro scopo, valorizzerei almeno un libro sapienziale della Bibbia ebraica e cristiana, *Proverbi*, la cui versione greca apporta delle belle aggiunte etiche al testo ebraico conosciuto e, talvolta, ritenuto

24 *Anzianità e valori*, (a cura di) E. Sgreccia, S. Buralassi, G. Fasanella, Vita e Pensiero, Milano 1991; L. ANTICO, R. BERNABEI, F. CARETTA, M. PETRINI, A. SGADARI, *Anziano Salute Società*, Vita e Pensiero, Milano 1991; *Anzianità creativa*, (a cura di) L. Antico, E. Sgreccia, Vita e Pensiero, Milano 1989; *L'età in gioco. Anziani in Calabria tra vecchie e nuove identità*, (a cura di) D. Sacchini, Rubbettino, Soveria Mannelli 2002.

25 Cfr. *Discussioni di bioetica*, (a cura di) Pasquale Giustiniani, ECS, Napoli 2009.

infondatamente il più certo. Spesso studiato solamente in riferimento alla misteriosa figura di una *Sapienza* personificata (soprattutto in 8,22-23, si legge l'esordio di un "auto-inno" cantato dalla sapienza in persona e che presenta anche la famosa immagine del bambino che gioca sul globo della terra), questo libro – che fa parte dei cosiddetti *sapientziali* del Primo testamento – può risultare molto interessante per la nostra discussione bioetica sulla senescenza. Sia in generale che, in dettaglio – ovvero a motivo delle cosiddette dieci istruzioni che il padre-maestro (o, forse, una madre-maestro, dato il femminile di riferimento) offre nei primi nove libri di questo libro sacro –, tali istruzioni, se valorizzate dal punto di vista della teoria della comunicazione, della sociologia e della psicologia, sono in grado di offrire qualche spunto, non soltanto allo scopo di conoscere le peculiari forme di tradizione della sapienza consolidata nel mondo antico, ma anche per ricavarne indicazioni pedagogico-culturali per l'oggi etico e bioetico-sociale, ovviamente in prospettiva di ri-attualizzazione ermeneutica. Nel senso descritto, il libro biblico, quindi, non è da rileggere soltanto come un espediente letterario, comune nel mondo antico per criticare l'irresponsabilità ed il disimpegno verso gli svantaggiati a motivo della loro età o della loro condizione sociale, ma anche come una vera e propria proposta antropologica sintetica per le società che, come le nostre, vogliano valorizzare l'invecchiamento attivo, peraltro presentata come plausibile a nome non di un sapiente qualunque, bensì di Dio stesso. Di fronte alle nuove minacce per il gruppo umano, provenienti dal di fuori, come soprattutto mostrano gli accenni alle donne straniere ed alle culture non autoctone, che usano le armi ammaliatrici della seduzione dei più giovani²⁶, il libro invitava i giovani non tanto a fare ed operare a vantaggio della tradizione consolidata, depositata presso gli anziani del gruppo, bensì ad ascoltare. Come evidenzia il continuo invito all'ascolto da parte del padre-maestro, il testo – che probabilmente vuole operare a vantaggio delle classi sociali e delle famiglie più in vista del suo mondo di riferimento, almeno in una prima fase – ben presto si rivolge, dunque, alla nuova generazione, proprio nei primi nove capitoli – che gli studiosi considerano tardivi rispetto al testo originario e che, a sua volta, era forse risalente alla fine dell'epoca persiana (periodo dell'ascesa del potere sacerdotale e dell'affermarsi sempre più netto del giudaismo sadocita). L'anonimo personaggio che chiede ascolto ai giovani, parlando come una donna a suo figlio, riporta, quindi, i pareri

26 Cfr., tra gli altri, G. STROLA, *Il desiderio autentico descritto attraverso un anonimo, ovvero le massime sul pigro del Libro dei Proverbi*, in *Rivista Biblica* 53 (2005), 1, 3-30.

proverbiale di uno o più saggi, ovvero di anziani che prendevano a modello il re Salomone in un periodo di diffusa instabilità e di crisi socio-religiosa, utilizzando diversi rilevanti sinonimi per qualificare la stagione “anziana” della vita e, soprattutto per noi, allo scopo di porla in rapporto di continuità con le generazioni nuove, sollecitate continuamente all’ascolto di un insegnamento, che viene espresso mediante formule imperative o iussive, a riprova della preziosità di quanto viene insegnato e che, per questo, viene inculcato come magistero che dovrebbe restare stabile di generazione in generazione (elemento comune a tutta la letteratura sapienziale del vicino Oriente antico). Si ricordi che la metafora genitoriale e filiale, adottate qui dall’agiografo, che raccoglie almeno otto secoli di riflessioni e materiali trasmessi da una plurisecolare tradizione orale, intende sottolineare l’autorità di chi sta parlando ai più giovani, in un contesto in cui la figura paterna non poteva essere messa in discussione; inoltre, essa serve a sottolineare che chi ora è padre-madre e anziano, fu un tempo, a sua volta, figlio o giovane.

Ne deriva una chiara indicazione pedagogica ed etica, ancora attuale per l’oggi: il più anziano, o più ampiamente, l’esponente della generazione precedente, mediante il massimo di significato comunicato con il minimo di parole, non intende offrire ai più piccoli tanto dei precetti, quanto piuttosto dei consigli e delle esortazioni, mettendone in luce le motivazioni e, quindi, mostrandone la plausibilità anche per la generazione nuova, la quale potrebbe-dovrebbe far tesoro di quanto maturato dall’esperienza delle generazioni precedenti, al fine etico-sociale di porre un argine al rischio di snaturare la famiglia e la società tradizionale. Siffatto orientamento, in un mondo come quello attuale nel quale, oltre ad una certa eclissi della figura del padre, sono spesso mitizzate la forza e la potenza dei più giovani, assegna significativamente all’anziano *la missione di testimoniare i valori che contano davvero* nella vita e nella società, al di là delle apparenze, quei valori che rimangono per sempre perché iscritti nel cuore di ogni essere umano²⁷. Riletto in ottica bioetica, esso si presenta davvero come «corrente internazionale di pensiero e di lettura sapienziale di grande antichità» e, quindi, inaugura una forma peculiare di umanesimo religioso, notevole per il nostro contesto, che andrebbe senza dubbio recuperato e valorizzato²⁸.

27 Cfr. S. PINTO, *Ascolta figlio. Autorità e antropologia dell’insegnamento in Proverbi 1-9*, Città Nuova Editrice, Roma 2006.

28 Cfr. *Proverbi*, nuova versione, introduzione e commento di Mario Cimosà, Paoline editoriali libri, Milano 2007, 13.

4. Disaggregare i temi bioetici che accompagnano la vecchiaia

Pur in un auspicato orizzonte di *nuovo umanesimo*, in cui tra le generazioni si stabilisce un circuito virtuoso di comunicazione e di ascolto, resta però il dato odierno che la *senectus*, pur non essendo di per sé una malattia, comporta per gli anziani del quadrante occidentale disturbi e patologie di notevole peso, come mostra il trend delle malattie geriatriche, particolarmente nel genere femminile, a riprova della ulteriore necessità di disarticolare il discorso generale dell'età anche in un discorso di genere. In questa direzione si muoveva il parere del CNB su "Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio-sanitaria" (16.7.2010)²⁹, nel quale, piuttosto che ricordare le patologie dell'età, si segnalavano, significativamente, una serie di fattori che avrebbero resa sempre più precaria e fragile la condizione della donna nell'età anziana. Si elencavano, così, la situazione di solitudine familiare, la scarsità di reddito e il tendenziale rischio di povertà materiale, la persistenza degli svantaggi economico-sociali, i cambiamenti dell'autopercezione dovuti alla progressiva perdita di plasticità del sistema nervoso centrale, i contraccolpi negativi della disuguaglianza in sanità (non soltanto di natura economica), l'incidenza delle malattie debilitanti. Quel parere riprendeva ed integrava quanto già osservato, più in generale, il 20.01.2006, nel parere su "Bioetica e diritti degli anziani", nel quale si osservava già come il continuo spostamento in avanti della mortalità in età anziana coincidesse con la progressiva prevalenza delle malattie cronico-degenerative (venivano inventariate: patologie cardio-vascolari, tumori, diabete, osteoporosi, demenze), non senza segnalare, pur con le tante eccezioni di alcuni ultraottantacinquenni, l'aumento dell'età come correlato della comorbidità o polipatologia, nonché della disabilità, misurata come attività comune del vivere quotidiano. Come si diceva, l'occhio bioetico mira al bilanciamento delle esigenze e degli interessi contrapposti, anche sul piano ideale suggerito dalle antiche sapienze, quindi si muove sulla base di dati pertinenti, della situazione demografica, delle principali malattie, antiche e nuove, nel contesto della globalizzazione (quali le origini di queste malattie ai livelli: personale, tecnico, scientifico, socio-politico ed ecologico?), ma cerca di correlarli continuamente con i valori consolidati e con i criteri condivisibili di gestione dei problemi. Di qui la necessità, oltre che di disaggregare nelle sue varie componenti la bioetica della senescenza, di definire anche delle priorità nei

29 Fonte: http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/donne_terza_quarta_eta_16072010.pdf

criteri di riferimento, indipendentemente dalle differenze di genere, di ceto, di situazione economica e culturale. In questa direzione, non si può che insistere sul primato della valorizzazione delle risorse e delle opportunità che gli anziani offrono al contesto sociale avanzato, prim'ancora d'interrogarsi sui bisogni che essi esprimono. Se questo, in generale, vale soprattutto per i tantissimi anziani ancora autosufficienti, per i non autosufficienti non si può che ribadire la necessità di un atteggiamento accogliente e capacitante, orientato sulla prevalenza dei valori di solidarietà, prossimità, cura ed accoglienza degli svantaggiati, per i quali s'insisterà anche sui complessi problemi relativi all'erogazione di cure e terapie. Tali criteri, oltre ad essere tramandati alle quantitativamente esigue giovani generazioni, vanno attuati da parte degli anziani stessi, stante il dato che le persone di sessanta anni e oltre, nel mondo erano 760 milioni alla fine del 2010, e saranno un miliardo entro la fine del decennio attuale. Questo fenomeno è di fatto trasversale e transculturale, con numeri sempre più elevati di anziani nei Paesi in via di sviluppo. Il rapporto ministeriale italiano su "La situazione sanitaria del Paese"³⁰ ricorda che «nel 2009 l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra la popolazione di ultrasessantaquattrenni e quella con meno di 15 anni, è pari al 143 per cento. Il processo d'invecchiamento investe tutte le regioni d'Italia, particolarmente quelle settentrionali e centrali per le quali l'indice di vecchiaia è ben oltre la soglia di parità, con valori rispettivamente pari al 157 per cento e al 161 per cento. Nelle regioni del Mezzogiorno l'equilibrio tra giovani e anziani è maggiore, ma negli ultimi anni si sta anche qui modificando a favore degli ultrasessantaquattrenni con un indice di vecchiaia giunto al 118 per cento»³¹. Sul piano specifico delle patologie, il medesimo rapporto informa che «i progressi medici, scientifici, tecnologici, e soprattutto le migliorate condizioni di vita della popolazione, hanno consentito a un numero sempre maggiore di soggetti di raggiungere le età più avanzate della vita. L'evoluzione positiva della sopravvivenza si è accompagnata, inoltre, a una trasformazione della struttura della mortalità per età e causa: i decessi avvengono progressivamente a età sempre più elevate e la mortalità per malattie infettive è stata superata da quella legata alle malattie cronico-degenerative»³². Infine, «per quanto concerne l'analisi della sopravvivenza, sono stati analizzati i valori della speranza di vita alla nascita e all'età di 65 anni distinti per sesso e regione di residenza...

30 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1144_ulterioriallegati_ulterioriallegato_0_alleg.pdf.

31 *Ivi*, 7.

32 *Ivi*, 9.

Sono le Marche la regione italiana dove si vive più a lungo, sia per gli uomini (79,46 anni) sia per le donne (84,97 anni), mentre la regione che presenta i valori più bassi per questo indicatore è la Campania (76,91 e 82,54 anni, rispettivamente)»³³. Aumenta, analogamente, anche la percentuale di popolazione con 80 anni e più, quella dei cosiddetti “grandi vecchi”, che nel 2008 rappresenta il 5,5% del totale (ossia quasi tre milioni di persone) mentre nel 1980 ne costituiva appena il 2,1%.

5. Interpretare bioeticamente i fenomeni di ordine socio-sanitario

Non c'è unanimità ermeneutica sui trend che tali fenomeni comporteranno, per esempio, sull'erogazione delle terapie; difatti «la complessa relazione tra aumento della longevità e qualità della sopravvivenza ha dato luogo a diverse ipotesi interpretative sulle quali gli studiosi continuano a confrontarsi. Alcuni ritengono che i progressi ottenuti siano solo apparenti e siano il risultato di miglioramenti terapeutici che avrebbero consentito solo una maggiore sopravvivenza in vita di individui malati. L'allungamento della vita sarebbe quindi nient'altro che il risultato dell'aumento del numero di anni trascorsi in cattive condizioni di salute. Altri, facendo riferimento ai processi morbosi più gravi e invalidanti, sostengono invece che alla riduzione della mortalità si è associata una riduzione dell'incidenza delle malattie o, almeno, un rallentamento del processo evolutivo delle malattie stesse verso le fasi più gravi. Altri ancora sono inclini a riconoscere un effettivo miglioramento della qualità della sopravvivenza nel corso del tempo pur in presenza di un aumento della morbosità dichiarata; quest'ultima infatti potrebbe dipendere dalla crescente»³⁴. Tutti vedono come, alla variazione del criterio (legato all'andamento della morbidità, oppure al miglioramento qualitativo dello stare al mondo), corrisponda comunque un possibile esito di azioni da progettare e mettere in atto sul piano etico-socio-sanitario. In particolare, la società avanzata è interessata a ipotizzare i trend di cronicità grave delle patologie dell'anziano, anche per prevenire i costi economici. Ora, la medesima fonte ministeriale ci dice che «un efficace indicatore sintetico di cronicità grave è rappresentato dalla percentuale di persone affette da almeno una delle seguenti patologie: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi, tumore maligno,

33 *Ivi*, 12.

34 *Ivi*, 145.

parkinsonismo, Alzheimer, demenza senile. In base a questo indicatore risulta che il 13,1% della popolazione è affetto da almeno una delle patologie considerate, le donne si confermano in peggiori condizioni di salute, infatti lamentano almeno una patologia cronica grave il 17,2% delle intervistate, contro il 10,3% degli uomini. Nell'età anziana, invece, sono gli uomini a riferire cronicità più gravi: il 45,5% rispetto al 38,9% delle donne»³⁵.

Si tratta certamente di dati, sulla base dei quali ipotizzare risposte sanitarie ed anche bioetiche. E tuttavia, come suggerito da quelli che denominavamo gli archivi epigenetici, non bisogna enfatizzare il solo dato quantitativo, pur riconoscendo, come fa ad esempio la *Evidence Based Medicine*, che il dato resta pur sempre rilevante dal punto di vista strumentale e funzionale alla decisione clinica; esso, infatti, viene posto allo stesso livello delle Linee guida (che sono redatte al servizio di un indirizzo sanitario coerente con le evidenze raggiunte in una branca sanitaria o raccomandate dal Sistema), nonché della cosiddetta appropriatezza clinica (che è al servizio dell'individualizzazione del trattamento terapeutico, basato su esperienza dell'operatore e conoscenza della situazione clinica del paziente). Tuttavia, resta vero che ogni evidenza è pur sempre subordinata alla valutazione diagnostico-terapeutica di una persona esperta in medicina e salute e questa, a sua volta, è subordinata ai valori di riferimento del gruppo sociale che assiste alla diffusione delle malattie croniche tra gli anziani e che ne fa giustamente oggetto di una periodica indagine. In merito, l'indagine multiscopo, denominata "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'Istat e basata sulle dichiarazioni rese dagli intervistati, discute i dati disponibili al 2005, concludendo per una progressiva complessificazione del rapporto tra medico e paziente, che sarà sempre più alla ricerca delle prestazioni e delle cure più idonee per i soggetti anziani ed i grandi vecchi. Il che implica l'esigenza di individuare una filosofia d'approccio professionale che metta ordine nelle procedure decisionali, in modo tale da consentire un confronto tra i diversi interessi professionali (il medico e il gestore dei servizi sanitari, per esempio) e tra questi ed il versante non-tecnico (il cittadino e la comunità). È stata questa, del resto, la ragione essenziale dell'affermarsi dell'approccio tecnico-professionale definito *evidence-based*, «caratterizzato dal voler privilegiare una valutazione critica (critical appraisal) dell'informazione scientifica, ispirata al modello statistico-epidemiologico, che ne giustifichi il passaggio nella

pratica»³⁶. Se la tumultuosa crescita demografica pone, quanto agli anziani, problematiche sanitarie, sociali e previdenziali del tutto insospettabili fino a pochi anni orsono, che meritano risposte costruite specificamente secondo l'epistemologia fondativa del SSN italiano dalla metà degli anni Novanta del XX secolo in poi, non basta asserire che la pratica clinica sarà tanto più efficace quanto più si costruisce su decisioni derivate dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'uso coscienzioso ed esplicito delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente. Si osservi, infatti, che già la ricerca delle "migliori evidenze" e, soprattutto, le "preferenze del paziente" sono due fattori con grandi risvolti etici, aventi a che fare, il primo, con la correttezza scientifica ed etica delle procedure di reperimento delle evidenze e, il secondo, con le "visioni del mondo" proprie di ogni oggetto umano, ovvero con una tradizione culturale che si sia, frattanto, decisamente aperta ad una "cultura geriatrica", in grado di operare una corretta sintesi nel passaggio dalla cura della malattia alla gestione e cura della persona malata, in un più ampio orizzonte solidaristico e aperto al confronto intergenerazionale. Tutto ciò rende indispensabile individuare modalità e strumenti che sappiano identificare precocemente, nel corpo sociale generale, non soltanto le malattie più rilevanti, ma i soggetti anziani a più elevato rischio di disabilità, nel cui determinismo interagiscono problematiche sanitarie ma anche sociali, culturali ed etiche. In particolare, agli effetti dell'invecchiamento della popolazione vanno addizionati, anche in vista di soluzioni terapeutiche, i cambiamenti intervenuti nella struttura familiare, che hanno portato ad una drastica diminuzione del ruolo tutelare della famiglia per i soggetti più deboli, che, lì dove è ancora presente nelle forme tradizionali, si trova comunque appesantita dalla difficoltà di affrontare da sola problematiche complesse, alle quali peraltro quasi mai è preparata e che richiedono grande dispendio di tempo, energie e risorse, soprattutto in presenza di "anziani fragili". Bisogna, poi, addizionare i rilevanti problemi di carattere economico, in un contesto, più evidente nelle Regioni del Sud, in cui l'incidenza della povertà è superiore alla media tra le famiglie con almeno un componente di oltre 65 anni di età e raggiunge il valore massimo quando i componenti anziani sono due o più. Ne derivano nuovi compiti per la ricerca e i comitati etici (non solo sperimentazione di farmaci!), per la ricerca biomedica e clinica sull'invecchiamento ed in particolare sulle relazioni esistenti tra fragilità, patologia, comorbidità, menomazioni e disabilità geriatriche, per il coordinamento delle ricerche

36 *Medicina e multiculturalismo. Dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*, Prefazione di S. Maffettone, Apèiron, Bologna 2000, 52.

gerontologiche attraverso una maggiore cooperazione tra i paesi europei. Ne derivano altresì nuovi compiti socio-culturali ed educativi, mediante i quali aiutare le collettività a prendere maggior consapevolezza delle esigenze degli anziani, per aiutarli ad esprimere al meglio le loro capacità, per facilitare il loro attivo inserimento nella vita delle comunità di cui fanno parte, anche religiose, soprattutto per fare in modo che la loro dignità di persone sia sempre e comunque rispettata e valorizzata. Sul versante psicologico-sociale, ne consegue la necessità di accompagnamento di una cultura bioetica della senescenza, in grado di inquadrare l'essere umano nella sua totalità psicofisica e morale, non sottovalutando i processi psicologici, quali lo stress o la depressione, e la loro influenza sulla risposta immunitaria dell'organismo anziano. Sul versante sanitario, diviene centrale la prospettiva dell'umanizzazione della malattia e della terapia del dolore anche nei non acuti, nei residenti fuori della famiglia, per esempio nelle residenze per anziani.

6. Alcune derive e rischi

Di fronte alla bioetica della senescenza, si suggeriscono talvolta soprattutto domande di ordine sanitario: quali prodotti utilizzare? Perché prescrivere un protocollo anziché un altro? Come identificare la banca dati da utilizzare in vista della decisione clinica? Come definire la strategia di ricerca e come perfezionarla? Come filtrare i risultati della ricerca? Come fondare le decisioni cliniche sulle "migliori evidenze disponibili" e non sulle "migliori evidenze possibili", considerando il fatto che, in numerose aree della medicina, studi clinici controllati e randomizzati potrebbero non essere mai disponibili per motivazioni etiche, metodologiche o economiche? Come contenere la spesa sanitaria, ricorrendo a protocolli e prodotti che diano i migliori risultati possibili stando alle evidenze disponibili? Si tratta di utili interrogativi che, tuttavia, non devono preludere all'apertura di un fossato tra bioeticisti e clinici, al punto da lasciare agli eticisti le discussioni sull'accanimento terapeutico, le cure sproporzionate sugli anziani, la palliazione ed eventualmente l'eutanasia, ed ai clinici il compito deontologico, piuttosto che bioetico, di far bene ed appropriatamente il proprio mestiere, anche per evitare il contenzioso medico-legale³⁷. Se esiste ancora il rischio dello ageismo "compassionevole", che invita a lasciare in pace chi abbia già ampiamente vissuto la sua vita; se esiste ancora il rischio di

37 Cfr. Editoriale del «Bollettino Sigc» n. 2 (febbraio-marzo 2011).

residui di onnipotenza medica, non tanto nel campo della cura dell'anziano cronico quanto dei suoi sistemi-chiave (cervello, cuore-polmoni, rene), esiste, anzi è più pericolosamente esistente, il rischio di elidere dalla discussione il *mondo* 3, ovvero le domande ideali e contestuali di riferimento, magari in nome di una terapia di attutimento sociale dei fattori ansiogeni. Non si può certamente rischiare una sedazione semi-totale della società e, in essa, della popolazione anziana e del positivo invecchiamento, seppur in nome del giusto lenimento del dolore, dell'abbassamento della percezione della sofferenza, del decremento dei costi socio-economici.