



L'ANZIANO FRAGILE: DALLA DIAGNOSI ALLA PREVENZIONE

I diritti dell'anziano fragile: una prospettiva etica

The rights of the frail elderly: an ethical perspective

M. PETRINI

Centro di Promozione e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica, Dipartimento di Scienze Geriatriche, Gerontologiche e Fisiatriche, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Humanity means frailty, weakness, illness, disability, trauma, ageing, and numerous other signs of mortality. However, the social consideration of frailty varies along life's course. Much is said about in connection with old age, but it certainly is not interpreted with the same care.

Today, there is a need to affirm that the frail elderly have the right to avail of the same support services and to be treated with the same dignity and quality of life as any other member of society.

Key words: Frail elderly • Geriatric ethics • Quality of life

Per evitare quell'emarginazione che anche le parole possono determinare, si può notare primariamente che l'anziano fragile è pur sempre una persona che vive una particolare fascia di età, conservando integralmente quel valore che dovrebbe contraddistinguere tutta la vita umana, a prescindere dall'età anagrafica. Una civiltà si qualifica come tale, radicalmente, quando si impegna a spostare l'asse della considerazione dell'uomo come oggetto a quella dell'uomo come soggetto. E questo va operato dall'alba al tramonto della vicenda umana¹. Il fatto da considerare è che la persona è il volume totale dell'uomo. È un equilibrio in lunghezza, larghezza e profondità, è una tensione in ogni uomo, tra le sue tre dimensioni: quella che sale dal basso e l'incarna in un corpo; quella che è diretta verso l'alto e l'innalza verso un universale; quella che è diretta verso il largo e la porta verso la comunione. In altre parole, la persona ha tre livelli distinti e strettamente interagenti: la corporeità, la psicoaffettività e la spiritualità, tre livelli che si devono considerare anche quando parliamo di assistenza sanitaria.

Ancora, si deve notare, che se la fisiologia dell'invecchiamento, centrata sul processo e sui cambiamenti fisici è sempre più precisa, la psicologia dell'invecchiamento appare in ascesa², sono quasi del tutto assenti, invece, un'antropologia e un'etica della vecchiaia, che del resto possono radicarsi soltanto in un'ontologia, ossia in una visione della struttura della persona umana.

Allora, dal punto di vista della corporeità, l'anziano fragile è una persona anziana, generalmente di almeno 75 anni di età, che vive una situazione clinica di fragilità. Una situazione clinica, definita in inglese "*frailty*", che malgrado l'interesse scientifico manca di una sua concettualizzazione e definizione. Abitualmente si definisce fragile la popolazione anziana più debole e vulnerabile. Il termine fragilità identifica una condizione, intuitivamente comprensibile, di rischio, esprime una condizione di vulnerabilità; e l'anziano, per motivi intrinsecamente legati al processo di invecchiamento, è destinato a diventare più vulnerabile di fronte a *noxae* di varia natura - endogene o esogene - in grado di sollecitare l'equilibrio omeostatico dell'organismo che si sa ridursi nel corso dell'invecchiamento. In altri termini nel corso dell'invecchiamento si verifica un processo di "omeostenosi" che riducendo le riserve funzionali di organi e apparati espone l'anziano a un maggior rischio di "rottura" indotto da agenti patogeni o da modificazioni dell'equilibrio psicologico, sociale e ambientale³.

Vi è una specie di ambiguità del rapporto che chi invecchia ha con il proprio corpo e sta proprio nella presenza simultanea di una progressiva concentrazione sul proprio corpo e di una crescente estraniamento da essa: in questo senso, l'invecchiare provoca un effetto analogo a quello

dell'ammalarsi. Anche chi si ammala, infatti, si accorge di essere corpo, avverte il peso del suo avere un corpo, contempla e accudisce narcisisticamente il suo corpo malato, ma allo stesso tempo non vi si riconosce pienamente. Anzi, quel corpo che prima era un modo per entrare in relazione con il mondo, un mediatore con l'esterno, diventa sempre più massa e sempre meno energia" e sbarra la strada, occupa la vista divenendo esso stesso mondo⁴.

Mentre il giovane è se stesso senza e con il proprio corpo, l'anziano è se stesso attraverso e contro il corpo: nel primo, la percezione dell'identità personale non è sempre mediata adeguatamente dal corpo, anche se l'essere giovani significa, per l'appunto, sapere di poter contare sul proprio corpo; il secondo, invece, si accorge di invecchiare attraverso il decadimento del proprio corpo, ma non si sente più se stesso in quel corpo⁵.

È il senso di estraneità che si coglie nell'autore de *Il Gattopardo*, quando descrive i sentimenti che il protagonista, ormai prossimo alla fine, prova guardandosi allo specchio: "riconobbe più il proprio vestito che se stesso: altissimo, allampanato, con guance infossate, la barba lunga di tre giorni ... Perché mai Dio voleva che nessuno morisse con la propria faccia?"⁶.

L'invecchiamento però è un processo riduttivo anche di una "omeostasi psicologica e spirituale". Con l'avanzare dell'età si manifestano alcune modificazioni delle capacità intellettivo-affettive e, come si è detto, la capacità di adattamento si attenua: il tono umorale si fa variabile e tende alla depressione. Molto, però, dipende dalla percezione che il soggetto ha della sua vecchiaia, dalla situazione economica, isolamento ed emarginazione che vive ma anche dalla trascuratezza che può sentire da parte di parenti e amici¹. Ancora, la vecchiaia, per l'insieme di eventi e situazioni che mettono alla prova la forza psichica della persona, la sua capacità o meno di reagire e assorbire le difficoltà, di mobilitare meccanismi di difesa e strategie di adattamento, è certamente un momento di crisi, di rottura cioè di precedenti equilibri a livello sia personale sia sociale. In essa sono presenti elementi nuovi che rischiano di destrutturare l'identità del soggetto. La crisi della vecchiaia impone un cambiamento di equilibri interni, di relazioni tra sé e il mondo degli altri, di strategie di comportamento e di elaborazione del processo di lutto legato a numerose perdite: perdita di oggetti d'amore importanti come possono essere il coniuge, i figli, la propria casa, perdita delle proprie funzioni e del controllo delle proprie azioni; perdita del sé, della propria immagine corporea, dell'identità personale e sociale⁷.

In tale ambito occorre anche considerare che dagli studi disponibili emerge chiaramente che la componente spirituale e religiosa influenza moltissimo la qualità di vita dell'anziano, sia che si trovi in condizioni di autosufficienza, sia che si trovi in condizione di disabilità. È spesso l'età in cui più forte è il desiderio di ricevere rassicurazioni sulla vita futura.

I problemi della condizione anziana e del singolo anziano a livello personale sono numerosi, difficilmente quantificabili e qualificabili in modo uniforme e tanto più difficilmente omologabili, proprio perché ciascun essere umano rappresenta una particolare individualità. I problemi che

riguardano la salute dell'anziano sono affrontabili da diversi punti di vista e da angolazioni proprie delle singole scienze che si occupano dei diversi problemi, e tanto più se si vuole affrontare la salute in modo integrale, è necessaria una competenza multidisciplinare e questa dovrebbe essere quella propria di una geriatria, troppo angusta nel suo ambito clinico.

Si può affermare che tutta la vita umana è all'insegna della fragilità, già a partire dalla considerazione che la morte ne è il suo destino. Umanità vuol dire fragilità, debolezza, malattie, traumi, menomazioni, invecchiamento e molti altri segni della mortalità. Varia però nel corso della vita la considerazione sociale di questa fragilità. Così ci si china amorevolmente sulla fragilità del bambino, si considera seriamente la fragilità dell'adolescenza, si dà per definizione la maturità dell'età adulta, si riparla di fragilità nell'età anziana, ma certo questa non viene letta come le precedenti. Ma ancora contraddizioni. Oggi, per quanto ci si schieri volentieri a favore dei diritti dell'infanzia, si è affermato che in realtà i bambini sono scomparsi: al loro posto vi sono adulti in miniatura, cresciuti velocemente e precocemente sperimentati nei campi più diversi. Il motivo dell'eclisse dell'infanzia è analogo alla causa dell'occultamento della vecchiaia: una società che non tollera la vulnerabilità, così come si manifesta nel non ancora del bambino o del non più dell'anziano, travolge il primo con la fretta di bruciare le tappe e lascia indietro il secondo, ormai troppo lento nella corsa del progresso. Queste due età della vita sembrano, infatti, il simbolo di qualcosa che si vorrebbe rimuovere come un complesso di inferiorità: la realtà che l'uomo è di fondo dipendente, per cui è vano ogni tentativo di autosufficienza e di autopoiesi. Al massimo si arriva a tollerare la dipendenza solo come condizione transitoria per raggiungere i propri scopi, ma non la si accetta come una situazione ontologica propria dell'essere umano, per il quale l'aver bisogno degli altri non comporta necessariamente un'ammissione di inferiorità. Invece, solo, una relazione di dipendenza rende possibili le cosiddette virtù in cui dare e ricevere non sono calcolati in base a un'esatta proporzionalità. Esse hanno un'importanza fondamentale nella maturazione personale: da una parte la beneficenza, la compassione, l'ospitalità, dall'altra la gratitudine, la cortesia, l'amicizia. Si sono definite le virtù della dipendenza riconosciuta ritenendole indispensabili anche per la costruzione di una convivenza civile dove il valore della persona sia riconosciuto e rispettato⁸.

Ma in ambito assistenziale il culto della "guarigione" tende a distorcere e mal interpretare il rapporto operatore-paziente; ancora la cura e l'assistenza non possono essere intese solo nella dimensione fisica.

Naturalmente se è generale nel corso della vita condividere una fragilità esistenziale, questo non vuol dire non prestare attenzione alle particolari esperienze, in questo ambito dell'anziano fragile, considerato che dire fragilità significa anche dire dolore e sofferenza.

Il dolore è esperienza unica e difficilmente descrivibile; ogni uomo deve porsi di fronte al fratello che soffre come di fronte a un mistero. E non solo rispetto ai significati ultimi della sofferenza, ma anche per quello che il dolore

provoca nell'animo dell'altro. Nulla sappiamo, infatti, della disperazione e della speranza: l'unico atteggiamento possibile è l'accompagnamento silenzioso che non giudica, ma partecipa e che cerca con l'affetto di lenire almeno la solitudine⁹.

Il livello assistenziale però è condizionato anche dalla cultura sociale. Infatti, per quanto si possano doverosamente ed efficacemente rivendicare i diritti dei soggetti anziani e per quanto la medicina possa efficacemente operare per dare all'esercizio concreto dei diritti un solido supporto biologico, resta per la condizione anziana il problema di fronteggiare quel diffuso sentimento di disprezzo nei suoi confronti che si ha raramente il coraggio di considerare fino in fondo e che trova la sua ultima radice nell'innaturalità che in qualche modo possiede per l'uomo il diventare vecchio e la cui evidenza stampata nei volti senili, suscita, in chi ancora vecchio non è, un turbamento profondo, che viene in genere rimosso e occultato, ma che più spesso ancora suscita sentimenti di aggressività¹⁰.

Oggi però si assiste al sorgere di una cultura giovanilistica nello stesso ambito della società anziana, se pensiamo alla troppa enfasi posta su "slogan" quali *successful aging*, *active aging* - slogan che hanno peraltro una loro logica terapeutica - ma che eccessivamente enfatizzati forse tendono a discriminare dagli stessi coetanei l'anziano fragile. Tutti miti per evitare di confrontarsi con due grandi paure: non siamo eterni e non abbiamo il controllo perfetto di noi stessi. La fragilità infatti richiama un preciso orizzonte escatologico.

Questa nuova enfasi posta sul *successful aging* rappresenta certamente per alcuni aspetti un incoraggiante cambiamento nei confronti del precedente paradigma di "declino e perdita" che ha caratterizzato l'atteggiamento sociale, se non anche quello della geriatria e gerontologia, ma questa tesi della possibile diminuzione della morbilità può sollevare alcune perplessità. *In primis*, questa prospettiva può generare o motivare maggiormente un pregiudizio contro l'anziano disabile e questo pregiudizio spesso può essere condiviso dagli anziani stessi.

Pregiudizi questi che possono condizionare lo stesso operatore professionale e la qualità e la quantità della preoccupazione assistenziale.

Le persone hanno il diritto di "invecchiare vivendo", godendo, cioè, di una qualità di vita che corrisponda al più alto livello di benessere possibile. Ma occorre, al riguardo, segnalare l'assenza di una riflessione adeguata intorno al tema dei parametri minimi di qualità della vita da tutelare nel vecchio, a vantaggio, ancora una volta, della ricerca scientifica, della sperimentazione clinica e, talora, dell'accanimento terapeutico. Questa stessa predisposizione verso la medicina curativa rischia di privare di significato la vecchiaia¹⁰.

A chi svolge la propria attività professionale con gli anziani, si richiede di rivedere i tradizionali e storici obiettivi della medicina, indirizzati alla guarigione del paziente. Di qui la necessità di un'etica della cura che tenga conto di fornire un sostegno a tutti i livelli, il dovere di supplire ai deficit, l'attenzione alla qualità della vita psicologica e spirituale, l'attenzione cioè al mondo interiore della persona anziana.

Sembra di intravedere questi aspetti nelle tensioni della geriatria, che mi sembrano concretizzarsi nell'alternativa tra geriatra "clinico" e geriatra "umanista". A chi svolge la propria attività professionale con gli anziani, si richiede di rivedere i tradizionali e storici obiettivi della medicina, indirizzati alla guarigione del paziente. Di qui la necessità di un'etica della cura che tenga conto di fornire un sostegno a tutti i livelli, il dovere di supplire ai deficit, l'attenzione alla qualità della vita psicologica e spirituale, l'attenzione cioè al mondo interiore della persona anziana, con la prospettiva anche di essere un "avvocato" del suo paziente nel più ampio mondo sociale e politico.

Occorre attribuire maggiore importanza al raggiungimento di una buona qualità di vita anziché alla lotta senza quartiere alla malattia, rimettendo in questione taluni atteggiamenti tradizionali nei confronti della morte e della vita (quelli, ad esempio, per cui la medicina si oppone alla morte difendendo strenuamente la vita)¹¹⁻¹³.

Prendersi cura di un anziano va ben aldilà dell'assicurargli esclusivamente un'assistenza farmacologica o medica in senso stretto: comprende, invece, una serie di gesti che valorizzino la sua persona e le assicurino il luogo adeguato nella cerchia familiare e sociale.

In tal modo, viene propugnato un cambiamento del nostro sistema sanitario, orientato verso la cura (*cure*) anziché l'aver cura (*care*), cioè una filosofia della medicina e un tipo di assistenza sanitaria capaci di individuare un migliore equilibrio tra la medicina curativa e aggressiva (tecnologia) e quella più paziente del prendersi cura. Un'assistenza però che è più correttamente da definire sociosanitaria.

La cura del paziente fragile ha costituito un aspetto ampiamente dibattuto, soprattutto perché vi è stata in passato la tendenza a privilegiare interventi assistenziali, di scarso contenuto clinico e quindi a bassa intensità di costi. Oggi prevale una lettura del fenomeno più matura, frutto anche del progresso scientifico. In particolare è possibile intravedere nei comportamenti degli operatori (e complessivamente nel sistema organizzato), una tendenza a migliorare la qualità dei servizi prestati, collocando gli interventi a favore del paziente fragile all'interno delle dinamiche di modernizzazione del servizio sanitario assistenziale³.

Ma non è tutto così scontato. Quando si parla di assistenza sanitaria si parla di risorse limitate e sulla loro allocazione incide anche la cultura sociale, e la sua considerazione negativa della persona anziana può influenzare anche il mondo scientifico, tanto è vero che in ambito internazionale si è parlato del rischio di una discriminazione sulla base dell'età cronologica, nell'accesso all'assistenza sanitaria¹⁴⁻¹⁷.

I fautori di una politica di riduzione delle cure mediche per pazienti anziani affermano che:

- l'anziano ha l'obbligo verso il giovane di rinunciare a un'assistenza sanitaria troppo onerosa alla fine della vita;
- la società in generale dovrebbe impiegare minori risorse per gli anziani, per poterne invece impiegare di più per il benessere dei bambini;
- gli anziani possono trovare un significato per la loro età accettando la morte, come in epoche precedenti;

- la non somministrazione di cure all'anziano è giustificabile perché la morte non è prematura, infatti l'anziano ha avuto la possibilità di vivere un naturale ciclo di vita;
- se le cure sanitarie devono essere razionate, è più giusto razionarle sulla base dell'età, poiché l'età è un criterio equo.

Ma a tali concezioni si oppongono però quanti sostengono che:

- gli anziani sono un gruppo eterogeneo, tanto che alcuni anziani di 80-85 anni con malattie gravi potrebbero vivere ancora un periodo di vita relativamente autonomo, se curati adeguatamente. Di conseguenza l'età cronologica è un criterio arbitrario e inadeguato;
- le decisioni circa la terapia dovrebbero essere adottate esclusivamente sulla base del medico curante insieme al paziente e alla sua famiglia,
- le persone anziane hanno maggiori necessità di cure mediche, poiché sono a maggior rischio di malattia e disabilità e il bisogno è il criterio migliore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria;
- il criterio di accesso alle cure mediche sulla base dell'età cronologica non è un criterio etico poiché discrimina fortemente la popolazione anziana femminile generalmente più longeva;
- non vi è nessuna garanzia sul fatto che sospendere o ridurre le cure alle persone anziane significhi migliorare il benessere e lo stato di salute della popolazione adulta più giovane e dei bambini.

Ecco allora che un non corretto atteggiamento sociale, quello che si definisce *ageism* nel mondo anglosassone, può ritenere accettabile già la stessa discussione della limitazione delle cure.

Una situazione contraddittoria: da una parte l'aumento della longevità come un progresso della società, dall'altra questo aumento è visto come un "problema" che altera l'equilibrio economico diventando un peso e un turbamento per l'organizzazione della società stessa. Quando si identifica l'aumento degli anziani come un "problema" di difficile soluzione si rischia di colpevolizzare una parte di popolazione di essere ancora in vita, e certo in modo particolare "l'anziano fragile".

Il criterio che fa riferimento all'età anagrafica come a un indice decisivo per stabilire priorità allocative in ambito sanitario è uno di quelli sui quali maggiore è stato il dibattito negli anni passati. Benché non sia mai stata adottata a livello ufficiale in nessun paese, è stata tuttavia applicata effettivamente soprattutto come standard di riferimento, a livello informale, per l'allocazione di risorse sanitarie scarse: ad esempio, molti centri che praticano trapianti di cuore negli Stati Uniti non accettano pazienti al di sopra di 50 o 55 anni; lo stesso vale per i trattamenti di dialisi renale e di trapianto di rene, nei paesi nei quali vi è scarsità di questo tipo di risorsa in particolare¹⁶. In particolare, da molti anni, in Gran Bretagna l'esclusione sulla base dell'età di un paziente che potrebbe ricevere un beneficio medico dal trattamento è prassi abbastanza consolidata: in genere,

un'età superiore ai 55 anni costituisce un motivo sufficiente di esclusione dal trattamento¹⁸. Anche per quanto riguarda scelte micro-allocative al letto del paziente, il criterio dell'età trova molti consensi: ad esempio, nell'ambito delle terapie intensive, quando si tratti di decidere a quale tra due pazienti assegnare l'unico posto disponibile, la prassi di selezionare il paziente più giovane è piuttosto diffusa¹⁹.

In conclusione sembra che il criterio allocativo dell'età anagrafica non sia sostenibile in quanto tale: in particolare, una politica a livello macro-allocativo che prevedesse ad esempio la generale esclusione dei soggetti al di sopra di una certa età da particolari trattamenti, come la dialisi o la terapia intensiva, non sarebbe adeguatamente giustificata e potrebbe in certi casi essere fonte di palesi iniquità. Ciò non significa che l'età non dovrebbe in alcun modo essere considerata nella ricerca degli standard selettivi; tuttavia, essa andrebbe considerata non in quanto tale, ma come fattore suscettibile di inficiare, in parte o tutto, il beneficio medico connesso al trattamento.

In altre parole, l'età costituisce uno dei fattori che contribuiscono a determinare il giudizio di proporzionalità e dunque, quando sia inevitabile una comparazione tra diversi pazienti a motivo della scarsità delle risorse, a stabilire la maggiore o minore probabilità di beneficio connesso al trattamento in questione. In molti casi, quando si sia in presenza di una grave compromissione funzionale complessiva, la valutazione della proporzionalità terapeutica porterà a selezionare e trattare il giovane, a scapito del più anziano; tuttavia, tale scelta non si imporrà in forza di un criterio pregiudiziale, ma sulla base delle differenti chance terapeutiche connesse alle diverse situazioni cliniche¹⁶.

La ricerca del senso e la ricerca della salute non camminano mano nella mano. La tentazione della medicina contemporanea di far valere il proprio metro di giudizio in termini di salute per determinare il valore globale della vita delle persone non tiene conto della complessità di tale valore che appare - nei suoi tratti essenziali - piuttosto legato al tempo e alle relazioni che intercorrono tra il passato, presente e il futuro.

Un ambito nel quale si misura l'inadeguatezza del concetto di salute è quello del confine tra interventi sanitari e interventi sociali. Su questo tema si scontrano due argomenti, spesso sostenuti dalle stesse fonti culturali. Da una parte si afferma che la salute è il prodotto di una serie di condizioni non strettamente legate agli aspetti somatici, ma al complesso delle condizioni vitali, dall'altra si accusano di "medicalizzazione" interventi qualificati sul piano tecnico volti a migliorare caso per caso specifici fattori di disagio. Il problema si pone con particolare acutezza riguardo agli anziani (e ai minori), il cui stato di benessere è per definizione dipendente anche da fattori psicologici e socio-relazionali. Una visione distorta per cui l'invecchiamento si associa necessariamente a malattia porta a limitare l'intervento sanitario sull'anziano, al quale basterebbe un ambiente sereno, un po' di attivazione, una buona alimentazione, ecc.

D'altra parte vi sono tradizioni assistenziali secolari, anche se il concetto di fragilità e di disabilità come lo si conosce oggi non era conosciuto, contraddistinte da altri concetti.

Nelle società la tradizione assistenziale è variata qualche volta in risposta a cambiamenti religiosi o sociali, ma in generale era caratterizzata dalle nozioni di carità e di obbligo verso quelli che erano “meno fortunati”, e un’etica di responsabilità nel fornire cure a quelli che erano incapaci

Umanità vuol dire fragilità, debolezza, malattie, traumi, menomazioni, invecchiamento e molti altri segni della mortalità. Varia però nel corso della vita la considerazione sociale di questa fragilità; se ne parla anche nell’età anziana, ma certo questa non viene letta con la stessa cura.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Palumbieri S. *L’anziano: corporeità, significato, speranza. Una prospettiva antropologica*. In: Soldini M, Accettella U, Buralassi S, eds. *La bioetica e l’anziano. Prospettive e garanzie per una salute globale dell’anziano alle soglie del nuovo millennio*. Acireale: ISB 1999: 51.
- ² Sandrin L. *Un’età da vivere. Invecchiare meglio si può*. Milano: Paoline 2007.
- ³ Rozzini R, Zanetti O. *Fragilità e malattie*. In: Rozzini R, Morandi A, Trabucchi M, eds. *Persona, salute, fragilità*. Milano: Vita e Pensiero 2006: 37.
- ⁴ Russo MT. *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*. Soveria Mannelli (CZ): Rubbettino 2004.
- ⁵ Améry J. *Rivolta e rassegnazione. Sull’invecchiare*. Torino: Boringhieri 1988.
- ⁶ Tomasi di Lampedusa G. *Il Gattopardo*. Milano: Feltrinelli 1990.
- ⁷ Scrutton S. *Bereavement and grief. Supporting older people through loss*. London: Arnold 1995.
- ⁸ McIntyre A. *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, Milano: Vita e Pensiero 2001.
- ⁹ Trabucchi M. *Introduzione*. In: Rozzini R, Morandi A, Trabucchi M, eds. *Persona, salute, fragilità*. Milano: Vita e Pensiero 2006: 12-3.

di badare autonomamente a se stessi. Oggi si tratta di superare il concetto di carità e di affermare che un anziano fragile ha il diritto di servizi di supporto e lo stesso livello di dignità e qualità di vita di qualsiasi altro membro della società.

Oggi si tratta di affermare che un anziano fragile ha il diritto ad avere servizi di supporto e lo stesso livello di dignità e qualità di vita di qualsiasi altro membro della società.

Parole chiave: Anziano fragile • Etica geriatrica • Qualità della vita

- ¹⁰ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica. *Bioetica e i diritti degli anziani*. 20 gennaio 2006: 3.
- ¹¹ Callahan D. *Setting Limits*. New York: Simon & Schuster 1987.
- ¹² Callahan D. *What Kind of Life?* New York: Simon & Schuster 1993.
- ¹³ Callahan D. *Trubled Dream of Life*. New York: Simon & Schuster 1993.
- ¹⁴ Zweibel NR, Cassell KC, Karrison T. *Public attitudes about use of chronological age as a criterion for allocating health care resources*. *Gerontologist* 1993;1:1.
- ¹⁵ Petrini M. *Assistenza geriatrica e dignità della persona*. In: Petrini M, Caretta F, Antico L, Bernabei R. *Etica e Geriatria*. Roma: CEPSAG/Università Cattolica del Sacro Cuore 1999: 11-2.
- ¹⁶ Reichlin M. *Il criterio dell’età nel razionamento delle cure sanitarie*. In: Cattorini P, ed. *Etica e giustizia in sanità. Questioni filosofiche, principi operativi, assetti organizzativi*. Milano: Franco Angeli 1998.
- ¹⁷ Reichlin M. *Distribuzione delle risorse sanitarie*. In: Russo G, ed. *Bioetica Sociale*. Torino: Elledici, Leumann 1999.
- ¹⁸ Aaron H, Schwartz WB. *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Washington: The Brookings Institution 1984.
- ¹⁹ Baroness JA, Kalb P, Weil WB Jr, Cassel C, Ginzberg E. *Clinical decision-making in catastrophic situations: the relevance of age*. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:919-37.