

Silvia Dadà

## Autonomia in telemedicina. L'*e-patient* tra indipendenza e coinvolgimento

### 1. *Introduzione*

All'epoca della cosiddetta «quarta rivoluzione»<sup>1</sup>, l'identità di ognuno di noi, nei suoi diversi ruoli e contesti, ha subito una ridefinizione alla luce della nuova dimensione tecnologica e informazionale in cui si trova immersa. Tra questi spazi di ridefinizione della propria identità, anche la nostra esperienza della malattia, e quindi il nostro essere-pazienti, è stato notevolmente modificato dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC). L'*e-patient*, rispetto al suo antenato, si trova davanti a una realtà nuova, impensata. Il nostro accesso alle cure è mediato e la dimensione clinica è estesa oltre la sola relazione terapeutica in presenza. Sempre più spesso, infatti, ci serviamo di dispositivi per il monitoraggio personale dei nostri parametri e del nostro stato di salute, ci affidiamo a applicazioni per regolare il nostro stile di vita, oppure svolgiamo visite mediche a distanza, da remoto attraverso video.

L'impiego delle TIC in questo ambito ha dato vita alla cosiddetta «telemedicina», un settore ampio e variegato, che comprende tutti quegli interventi e quelle pratiche eseguite a distanza (come suggerisce il prefisso greco *tele-*). Riprendendo la definizione proposta dall'OMS:

La telemedicina è l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'in-

<sup>1</sup> Dopo quella copernicana, quella di Darwin e quella psicanalitica di Freud, la rivoluzione informatica di Alan Turing è la quarta rivoluzione, che priva l'essere umano della sua unicità anche rispetto alla capacità intellettuale e razionale: L. Floridi, *La quarta rivoluzione. Come l'infosfera sta trasformando il mondo*, Cortina, Milano 2017.

formazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura<sup>2</sup>.

Negli ultimi anni assistiamo a una crescente diffusione di questo settore<sup>3</sup>, che comporta anche una progressiva differenziazione interna, in base alle funzioni, alle tecnologie di cui si serve e alle sue applicazioni<sup>4</sup>. Ciò si rispecchia anche da un punto di vista terminologico. Al generico «telemedicina», infatti, si aggiungono col passare degli anni altre sottocategorie o specificazioni a seconda che si tratti dell'applicazione delle TIC alla prevenzione e alla gestione pubblica della salute («telehealth»)<sup>5</sup>, alla gestione in rete delle pratiche mediche («e-Health»)<sup>6</sup>, oppure, alla crescente diffusione della gestione personalizzata della salute tramite la tecnologia mobile collegata agli smartphones e alle apps («m-Health»)<sup>7</sup>. Ancor più recentemente, poi, la cosiddetta Intelligenza Artificiale e l'utilizzo dei Big Data stanno ulteriormente contribuendo ad ampliare lo spazio di applicazione tecnologica alla medicina<sup>8</sup>.

Per quanto, quindi, la WMA affermi che «face-to-face consultation between physician and patient remains the gold standard of clinical care»<sup>9</sup>,

<sup>2</sup> World Health Organization, *A Health Telematics Policy in Support of WHO's Health-For-All Strategy for Global Health Development: Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics*. 1998, p. 10 (consultabile online: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63857/1/WHO\\_DGO\\_98.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63857/1/WHO_DGO_98.1.pdf)).

<sup>3</sup> Nel caso dell'Unione Europea, dal 2004 con l'e-Health Action Plan (rinnovato nel 2012) si susseguono una serie di politiche finalizzate alla diffusione di servizi medici online e alla loro interconnessione nel territorio europeo (documento ufficiale consultabile al link [https://ec.europa.eu/health/publications/ehealth-action-plan-2012-2020\\_it](https://ec.europa.eu/health/publications/ehealth-action-plan-2012-2020_it)).

<sup>4</sup> Per una tassonomia completa e ben articolata che tiene conto di tutti questi aspetti si rimanda a R. Bashur, G. Shannon, E. Krupinski, J. Grigsby, *The Taxonomy of Telemedicine*, in «Telemedicine and e-Health», (2011), 17, 6, pp. 484-493.

<sup>5</sup> S.N. Gajarawala, J.N. Pelkowski, *Telehealth Benefits and Barriers*, in «The Journal for Nurse Practitioners», (2021), 17, pp. 218-221.

<sup>6</sup> G. Eysenbach, *What is e-health*, in «Journal of Medical Internet Research», (2021), 3, 2, e20.

<sup>7</sup> H. Oh, C. Rizo, M. Enkin, A. Jadad, *What is mHealth (3): A systematic review of published definitions*, in «J Med Internet Res», (2005), 7, 1 (consultabile online : [www.jmir.org/2005/1/e1](http://www.jmir.org/2005/1/e1)).

<sup>8</sup> J. Morleya, C.C.V. Machadoa, C. Burra, J. Cowlsa, I. Joshid, M. Taddeo a,b,c, L. Floridi, *The ethics of AI in health care: A mapping review*, in «Social Science & Medicine», (2020), 260; S. Dash, S.K. Shakyawar, M. Sharma, S. Kaushik, *Big data in healthcare: management, analysis and future prospects*, in «Journal of Big Data», (2019), 6, 54.

<sup>9</sup> WMA, *WMA Statement on the Ethics of Telemedicine* (adottato dalla 58<sup>th</sup> WMA General Assembly, Copenhagen, Denmark, October 2007 e emendato dalla 69<sup>th</sup> WMA General Assembly,

l'applicazione delle telecomunicazioni e la preferenza per forme virtuali di visita o di trasmissione di dati rappresentano un servizio spesso preferito a quello standard.

Questo vasto panorama di possibilità aperte dall'uso medico delle nuove tecnologie, quindi, è innegabilmente un fattore positivo da vari punti di vista. Oltre agli odierni vantaggi legati al contenimento della pandemia, se ne possono rintracciare altri soprattutto di ordine economico e gestionale, quali la diminuzione dell'ospedalizzazione e conseguente riduzione dei costi del sistema sanitario, la maggior accessibilità delle cure anche da luoghi difficilmente raggiungibili, la personalizzazione delle cure attraverso informazioni mirate rispetto alle proprie preoccupazioni e bisogni.

Oltre ai suddetti vantaggi, un aspetto che è stato spesso posto in evidenza è la potenzialità da parte di questa pratica medica di contribuire al rafforzamento e all'ampliamento dell'autonomia del paziente: il maggior accesso alle informazioni sulla propria salute, la gestione personale delle proprie cure e la possibilità di svolgerle nel proprio ambiente domestico, sembrano in effetti tutti elementi che contribuiscono a rendere il processo di cura maggiormente legato alla volontà attiva del paziente. L'idea di *empowerment*<sup>10</sup> trova in questo contesto un grande impiego, proprio ad indicare questa accresciuta capacità del paziente di svolgere in modo autonomo il percorso di cura.

In effetti la diffusione delle TIC in ambito medico e sanitario ha favorito il superamento di un modello di paziente *compliant* tipico di una relazione paternalistica di cura a favore di un rapporto di *partnership*, in cui il paziente più informato e interessato, ha sempre maggior controllo sulla propria salute.

Tuttavia, la convinzione riguardo questo accrescimento dell'autonomia del paziente merita di essere indagata approfonditamente per essere compresa in modo adeguato. Per quanto infatti molta letteratura ponga l'accento sul potenziale positivo, non mancano casi in cui il fenomeno è interpretato piuttosto in senso opposto, come esempio di controllo politico del cittadino-paziente e della medicalizzazione totale della sua esistenza. Nel nostro intervento ci dedicheremo ad un'analisi di questo dibattito, per mostrare i limiti di entrambe le posizioni. Ci sembra infatti che sia opportuno,

Reykjavik, Iceland, October 2018) (consultabile online <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>).

<sup>10</sup> K. Veitch, *The government of health care and the politics of patient empowerment: New Labour and the NHS reform agenda in England*, in «Law & Policy», (2010), 32, 3, pp. 313-331.

per comprendere se effettivamente la telemedicina nelle sue molteplici forme favorisca o meno l'autonomia del paziente e il suo *empowerment*, risalire a comprendere in che modo debba essere intesa l'idea di «autonomia» nel contesto degli ambienti digitali. L'*e-patient* non presenta infatti le stesse caratteristiche del paziente classico, soprattutto per quanto riguarda la sua capacità di prendere decisioni e di esercitare la propria volontà. Egli si muove in uno spazio mediato, in cui acquisisce nuove competenze e responsabilità, perdendo invece altre caratteristiche, delegate ai dispositivi, alle infrastrutture tecnologiche e al medico.

Dopo aver preso in esame il dibattito sul tema, ci soffermeremo su uno specifico senso di autonomia, che chiameremo *esecutiva* o *gestionale*. Ci sembrerà che questo senso di autonomia si trovi potenziato nel contesto di telemedicina sebbene in modo problematico, lasciando invece in secondo piano l'aspetto decisionale. Ricondurremo questo limite alla necessità di superare l'equazione tra autonomia e indipendenza, favorendo una prospettiva relazionale nella pratica di cura. L'incontro tra medico e paziente nella telemedicina ci apparirà veicolo di potenziamento dell'autonomia solo nei casi in cui vada di pari passo con una relazione personale basata su fiducia, coinvolgimento e cura delle vulnerabilità.

## 2. Tra utopia e distopia

Passiamo, quindi, all'analisi di questo dibattito, che vede da un lato dei convinti sostenitori della telemedicina come risorsa per l'accrescimento per l'autonomia e l'*empowerment* del paziente, dall'altro visioni assai più pessimistiche sulla diffusione di questi sistemi come strumenti di sorveglianza e controllo. Come sottolinea giustamente Tamar Sharon nella sua attenta ricostruzione<sup>11</sup>, la discussione risulta fortemente polarizzata, andando a contrapporre modi differenti di intendere nozioni etiche fondamentali, quali solidarietà, autenticità e, appunto, autonomia.

I saggi di Eric Topol rappresentano dei chiari esempi dell'atteggiamento entusiastico nei confronti dell'innovazione digitale, che a suo parere co-

<sup>11</sup> L'autrice identifica tre principali polarizzazioni: 1. *empowerment* vs. sorveglianza; 2. miglioramento della salute generale vs. deterioramento della responsabilità statale; 3. accrescimento dell'auto-conoscenza vs. falsa imparzialità dei numeri. Per i nostri fini sarà soprattutto la prima polarizzazione a interessarci. T. Sharon, *Self-Tracking for Health and the Quantified Self: Re-Articulating Autonomy, Solidarity, and Authenticity in an Age of Personalized Healthcare*, in «Philosophy and Technology», (2017), 30, pp. 93-121.

stituisce un evento rivoluzionario di «distruzione creativa»<sup>12</sup>. Essa è una completa ridefinizione della nostra esistenza, paragonabile per portata ed impatto all'invenzione della stampa da parte di Gutenberg. Così come quest'ultima, infatti, ha favorito una democratizzazione della conoscenza, allo stesso modo lo sviluppo delle TIC ha reso possibile una distribuzione maggiormente egualitaria delle informazioni sulla salute. Se in passato il medico, circondato da un'aura divina, era l'unico possessore della conoscenza e il paziente dipendeva esclusivamente dalla sua volontà per poter guarire, Internet e i dispositivi medici di automonitoraggio e misurazione hanno notevolmente ampliato la capacità del malato di gestire i propri dati e informazioni personali, contribuendo attivamente alla ricerca di una soluzione personalizzata del proprio stato. L'asimmetria di conoscenze tra medico e paziente non deve, a parere dell'autore, corrispondere a una disimmetria di informazioni: contro il silenzio del medico che non comunica e quello del paziente che non può quindi esprimersi<sup>13</sup>, si sviluppa una nuova prospettiva, più egualitaria, di scambio reciproco, paragonabile alle relazioni di *partnership* in cui il paziente diventa dirigente e ha pieno controllo e responsabilità sulla sua salute, mentre il medico è piuttosto un amministratore delegato<sup>14</sup>.

A conclusioni analoghe giunge anche Melanie Swan, riferendosi in particolare alle TIC legate all'auto-misurazione e monitoraggio dei parametri biologici, delle opportunità per il paziente di assumere in modo consapevole la responsabilità per la propria salute possedendo nuovi strumenti per poter comprendere se stessi e i propri bisogni<sup>15</sup>. L'applicazione di queste tecnologie permette di sviluppare nuovi orizzonti della pratica di cura e di prevenzione, la cosiddetta «4p medicine»: una medicina predittiva, personalizzata, preventiva e partecipativa<sup>16</sup>. Secondo queste proposte, quindi, la

<sup>12</sup> E. Topol, *The Creative Destruction of Medicine*, Basic Books, New York 2012.

<sup>13</sup> J. Katz, *The silent Word of Doctor and Patient*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2002.

<sup>14</sup> E. Topol, *The patient Will See You Now. The Future of Medicine in Your Heand*, Basic Books, New York 2015, p. 12.

<sup>15</sup> M. Swan, *Emerging Patient-Driven Health Care Models: An Examination of Health Social Networks, Consumer Personalized Medicine and Quantified Self-Tracking*, in «International Journal of Environmental Research and Public Health», (2009), 6, p. 513.

<sup>16</sup> M. Swan, *Health 2050: the realization of personalized medicine through crowdsourcing, the quantified self, and the participatory biocitizen*, in «Journal of Personalized Medicine», (2012), 2, p. 94. Sull'espressione «4p medicine» si veda in particolare L. Hood, J.R. Heath, M.E. Phelps, B. Lin, *Systems biology and new technologies enable predictive and preventative medicine*, in «Science», (2004), 306 (5696).

medicina, nel suo divenire “informazionale” permette al paziente di divenire maggiormente autonomo, suggerendo che maggiore è l’informazione, migliore è l’efficienza del servizio sanitario, maggiori sono le opportunità di esercizio di controllo su di sé e di libertà del paziente.

Sul versante opposto troviamo invece chi, come Deborah Lupton, pensa che proprio queste nuove tecniche di telemedicina, monitoraggio e autogestione dei propri dati ed esami siano espressione di una più subdola e sottile forma di sottomissione a un controllo biopolitico<sup>17</sup> da parte delle istituzioni, per interessi di tipo economico e di ordine pubblico. La ricostruzione ottimistica data dai primi, secondo questa visione, non tiene infatti sufficientemente presente alcune centrali ambiguità, in particolare legate alla medicalizzazione dell’ambiente domestico e alla pervasività della questione della salute in tutti gli ambiti della vita del paziente. Incentivata soprattutto per questioni economiche al fine di far fronte alla riduzione delle risorse nella sfera sanitaria, la telemedicina risulta funzionale all’idea di un paziente-consumatore, frutto del modello neoliberale che baratti la sua individuale autosufficienza con minori tutele da parte dello stato. L’*e-patient*, chiamato dai sostenitori della salute digitale «Smart Patient»<sup>18</sup>, «Emancipated consumer»<sup>19</sup> non ottiene, alla luce della sua maggior conoscenza un maggior controllo di sé, bensì si trova sempre più oppresso da una normativizzazione del suo stile di vita, che deve sottostare a criteri sempre più alti di efficienza e funzionalità. Come dei moderni Panopticon<sup>20</sup>, i sistemi di misurazione, monitoraggio e autogestione della cura fanno sì che il corpo venga quantificato e regolamentato<sup>21</sup>, e lo standard di salute possa essere utilizzato per fini di controllo e disciplinamento intrecciando la sfera della cura con altri ambiti della vita dell’individuo esercitando su di essi una decisiva influenza. Pensiamo, ad esempio, alla possibilità, per un’agenzia

<sup>17</sup> Il riferimento filosofico principale è al pensiero di Michel Foucault (M. Foucault, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1998). Sul tema si veda D. Lupton, *Foucault and the medicalisation critique*, in A. Petersen, R. Bunton (eds.), *Foucault, Health and Medicine*, Routledge, London 1997, pp. 94-110. Per una ricostruzione chiara e completa sul dibattito biopolitico si veda R. Esposito, *Bios. Biopolitica e filosofia*, Einaudi, Torino 2004.

<sup>18</sup> T. Topol, *The Creative Destruction of Medicine*, cit.

<sup>19</sup> E. Topol, *The patient Will See You Now*, cit.

<sup>20</sup> L’idea di Jeremy Bentham è resa nota su un piano politico e legata alle pratiche di controllo e dominio sui corpi da parte di Michel Foucault (M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 2014).

<sup>21</sup> D. Lupton, *Quantifying the body: Monitoring, performing and configuring health in the age of mHealth technologies.*, in «Critical Public Health», (2013), 29, 3, pp. 393-404.

assicurativa, di fornire i suoi servizi in base allo stile di vita del richiedente; oppure la possibilità, d'altra parte non così immaginaria, di controllare i ritmi di vita del lavoratore, le sue abitudini, tramite i sensori e gli altri dispositivi digitali di misurazione. Questi aspetti costituiscono chiaramente degli ostacoli all'autonomia del paziente-cittadino, tanto che nel contesto di telemedicina, «'empowerment' becomes a set of obligations»<sup>22</sup>.

Le due prospettive, tra loro apparentemente opposte, sembrano da un lato propendere per uno scenario futuro utopico, segnato da opportunità di emancipazione e di padronanza totale da parte del paziente; dall'altro invece descrivono una realtà dai tratti orwelliani, in cui la sorveglianza e il dominio costituiscono gli orizzonti ultimi di senso.

Tuttavia, per quanto sembrano opposte, le due posizioni, a ben vedere, non sono così incompatibili, e questo per due principali ragioni.

La prima è che il controllo e il possesso delle proprie informazioni e quindi la possibilità di utilizzarle e interpretarle non esclude a priori la possibilità che anche altri enti, quali il potere statale, oppure gruppi economici, possano possederle. L'essere un paziente emancipato, in questo senso, non esclude la possibilità di essere un cittadino, un lavoratore, o, più genericamente, un soggetto sorvegliato (e, viceversa, la libertà sul piano civile e politico non assicura a priori l'assenza di un modello medico di tipo paternalistico). Il controllo sui propri dati e sul proprio corpo non implica quindi necessariamente l'*esclusività* di tale rapporto. A ben vedere, quindi, i due discorsi possono convivere, affrontando la questione da punti di vista differenti, quello interno alla salute e quello esterno, di tipo politico-sociale.

La seconda ragione, centrale per il nostro discorso sull'autonomia, è legata al fatto che entrambe le prospettive ragionano su questo concetto in termini di potere e di rapporti di forza. Nel caso dei sostenitori, infatti, questa innovazione è percepita come una sorta di emancipazione: «we now have a formula for freedom, for relative autonomy from the canonical medical community that forced patients to be subservient and dependent. No longer»<sup>23</sup>. Allo stesso modo, nel caso degli oppositori, il controllo esercitato sul cittadino-paziente costituisce la limitazione da parte dei dispositivi di dominio<sup>24</sup>. Che si tratti, come nel primo caso, del medico, o del sistema

<sup>22</sup> D. Lupton, *The digital engaged patient: self-monitoring and self-care in the digital era*, in «Social Theory and Health», (2013), 11, 3, p. 261.

<sup>23</sup> E. Tupol, *The patient Will See You Now*, cit. p. 276.

<sup>24</sup> Potremmo parlare di un approccio «esternalista», che individua le limitazioni dell'autonomia in impedimenti esterni alla volontà e all'intenzione dell'individuo, riconducibili all'ambiente

di potere di riferimento, nel secondo, in entrambe le situazioni l'*e-patient* determina la sua autonomia interna ai rapporti di forza in cui è coinvolto. L'autonomia è percepita come una liberazione dal medico e dal suo potere attraverso il possesso dei propri dati, una liberazione dalla relazione, la quale è vista come un conflitto tra forze contrapposte, e non animate da un comune intento, ossia il bene del paziente<sup>25</sup>. Secondo entrambe queste letture, quindi, l'autonomia è da intendersi come *non-interferenza* e *indipendenza*, per cui la relazione tra medico e paziente è interpretata come un rapporto di limitazione di tale autonomia, ed è attraversata dal perenne tentativo da parte del medico del controllo sul paziente (in termini, quindi, paternalistici). La realizzazione di un processo decisionale autonomo, in quest'ottica, è raggiungibile attraverso un rapporto univoco ed esclusivo tra il paziente e il possesso dei propri dati.

Per quanto siano innegabili sia i vantaggi apportati dall'avvento della telemedicina in fatto di maggior indipendenza del paziente e per quanto, dall'altro lato, anche le preoccupazioni di chi vede un possibile strumento di dominio sui corpi siano giustificate; tali considerazioni non risolvono la nostra questione, quanto piuttosto aprono a una più profonda riflessione sul concetto di autonomia. Ancor prima di chiedersi se l'autonomia venga accresciuta o meno nel nuovo orizzonte della telemedicina, ciò su cui si deve fare chiarezza è che cosa si intenda per «autonomia». La visione di autonomia proposta da queste due posizioni è, infatti, *una* specifica opzione, e la scelta di questa piuttosto che di un'altra comporta importanti conseguenze etiche. È quindi necessario a questo punto indagare il concetto in altre direzioni, al fine di comprendere quale di esse è maggiormente presente in telemedicina e per valutarne le criticità, cercando di proporre un senso differente da valorizzare.

e al contesto in cui vive (L. Chiapperino, M. Annoni, P. Maugeri, G. Schiavone, *What Autonomy for Telecare? An Externalist Approach*, in «The American Journal of Bioethics», (2012), 12, pp. 55-57).

<sup>25</sup> Il riferimento è qui al principio di beneficenza, e alla centralità che occupa nel pensiero di E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *Per il bene del paziente. Tradizione e innovazione nell'etica medica*, Paoline, Cinisello Balsamo 1992. Sul tema si veda anche F. Marin, *Il bene del paziente e le sue metamorfosi nell'etica biomedica*, Mondadori, Milano 2016.



### 3. *Quale autonomia?*

Nei principali testi bioetici l'idea di autonomia è considerata in un senso multidimensionale, che tiene conto sia dell'idea di indipendenza che di quella di auto-determinazione, intesa come coincidente con la stessa capacità decisionale. Come si legge infatti nella seconda edizione alla *Encyclopedia of Bioethics*:

The concept of autonomy in moral philosophy and bioethics recognizes the human capacity for self-determination, and puts forward a principle that the autonomy of persons ought to be respected [...] There are three elements to the psychological capacity of autonomy: *agency*, *independence*, and *rationality*. Agency is awareness of oneself as having desires and intentions and of acting on them. . . . Independence is the absence of influences that so control what a person does that it cannot be said he or she wants to do it<sup>26</sup>.

Ciò appare ancora più evidente nella definizione del principio di rispetto dell'autonomia fornito da Beauchamp e Childress in *Principles of Biomedical Ethics*<sup>27</sup> in cui gli autori chiariscono che essa debba essere considerata, nel loro modello, non tanto come autonomia della *persona*, prospettiva che legherebbe la riflessione a specifiche teorie filosofiche e morali, quanto come autonomia della *decisione*. È infatti facilmente riscontrabile che anche persone autonome possono trovarsi a compiere scelte che non sono tali, e viceversa. Per quanto riguarda quindi le decisioni, esse possono rientrare nel terreno dell'autonomia quando sono 1) intenzionali, 2) comprese appropriatamente 3) compiute senza costrizione (interna o esterna al soggetto). A causa degli ultimi due punti, si possono avere diversi gradi di autonomia, e, non potendo pretendere sempre una completa e assoluta comprensione e assenza di qualche influenza, un livello medio di «substantial autonomy» è considerato sufficiente per decretare un'azione come autonoma<sup>28</sup>. La possibilità di compiere le proprie decisioni in modo volontario, senza costrizioni o influenze esterne e potendo pianificarle secondo i propri obiettivi rappresenta, secondo questa proposta, il senso più completo di autonomia.

<sup>26</sup> B. Miller, *Autonomy*, in W.T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 2nd ed., Macmillan, New York 1995, pp. 215-216.

<sup>27</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 2013.

<sup>28</sup> Anche nel caso del modello proposto da Beauchamp e Faden vediamo tornare questi tre elementi: 1) *Understanding*, 2) *Intentionality* e 3) *Voluntariness*.

Ancora più nettamente, essa è valorizzata da Hugo Tristram Engelhardt, in cui l'autonomia, poi rinominata «principio del permesso», è vista come la base per un'etica liberal-libertaria, l'unico possibile punto d'incontro in un contesto pluralistico<sup>29</sup>. Per quanto differenti in tutte queste interpretazioni del tema dell'autonomia, e in altre, quali ad esempio quella di Dworkin<sup>30</sup>, essa è collegata strettamente all'autodeterminazione e all'indipendenza come centro della capacità decisionale.

In un articolo uscito nel 2009 sul «The American Journal of Bioethics», dal titolo *Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-Conceptualization*<sup>31</sup>, Naik e colleghi sostengono che l'incremento notevole, negli ultimi decenni, delle malattie croniche e il connesso sviluppo di quesiti bioetici oltre la dimensione «di frontiera»<sup>32</sup>, ha portato a un progressivo spostamento del modo di intendere l'autonomia oltre lo spazio della decisione puntuale, tipica dei casi di patologie acute. In questo senso viene proposta l'idea di una *executive autonomy*, intendendo con essa «the capacity to perform complex self-management tasks, especially those related treatment planning and implementation»<sup>33</sup>. Tale dimensione dell'autonomia, che potremmo definire anche gestionale (visto il suo legame con l'idea di *self-management*)<sup>34</sup> a parere degli autori, permette di porre maggior attenzione sull'intenzionalità del paziente, sulla sua capacità non soltanto di prendere decisioni, ma anche di pianificare la propria terapia, gestirla nella quotidianità e portarla a termine. In molti casi, infatti, soprattutto legati a patologie croniche, l'interruzione di una terapia non corrisponde a un rifiuto delle cure o alla volontà di non condurla da parte della persona curata, bensì a un limite rispetto a questo aspetto gestionale. La capacità di attivare dei processi di decisione sembra in questo contesto perdere il suo carattere puntuale e diventare invece un aspetto dinamico, che riguarda le intenzioni, capacità e le competenze del paziente in modo più diretto.

<sup>29</sup> H.T. Engelhardt, *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1991.

<sup>30</sup> R. Dworkin, *Life's Dominion*, Harper Collins, London 1993.

<sup>31</sup> A.D. Naik, C.B. Dyer, M.E. Kunik., L.B. McCullough, *Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-Conceptualization*, in «The American Journal of Bioethics», (2009), 9, 2, pp. 23-30.

<sup>32</sup> G. Belinguer, *Bioetica quotidiana e bioetica di frontiera*, in S. Di Meo, C. Mancina, *Bioetica*, Laterza, Roma-Bari 1989, pp. 5-18.

<sup>33</sup> A.D. Naik, *et al.*, *Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions*, cit., p. 26.

<sup>34</sup> M. Schremer, *Telecare and self-management: opportunity to change a paradigm?*, in «Journal of Medical Ethics», (2009), 35, pp. 688-691.

Tornando al contesto preso da noi in esame, ossia quello della telemedicina, sembra che questo senso maggiormente esecutivo o gestionale dell'autonomia venga favorita e valorizzata dalle TIC. Una delle maggiori applicazioni, infatti, che la telemedicina ha incontrato, è proprio quella alla cura e al monitoraggio delle malattie croniche<sup>35</sup>: dispositivi sempre più sofisticati permettono al paziente, fornendogli istruzioni e misurazioni, di prendere in carico la propria patologia senza bisogno dell'intervento e della supervisione dei professionisti e del rapporto faccia-a-faccia. Il paziente quindi impara ad avere a che fare con la propria patologia e a gestirla, comprende e interpreta il senso dei dati ottenuti dalle misurazioni, si comporta di conseguenza (ad esempio adattando i dosaggi o cambiando alcuni aspetti del suo stile di vita). Nella maggior parte dei casi, le tecnologie di telemonitoraggio favoriscono un aumento dell'auto-sufficienza del paziente in quanto questo diviene una sorta di proto-professionista<sup>36</sup> che segue su un piano esecutivo delle indicazioni pratiche ma il medico rimane la figura di riferimento per quanto riguarda gli aspetti decisionali.

Non solo per il monitoraggio e i dispositivi di misurazione, ma anche nel caso delle televisite, infatti, la gestione indipendente del rapporto sembra incrementato, rendendo possibile una relazione più immediata da un punto di vista temporale e integrata all'ambiente del paziente<sup>37</sup>. Tuttavia, a tale indipendenza esecutiva non corrisponde ad un'altrettanta crescita nel ruolo decisionale del paziente, il quale spesso si trova come uditore passivo ad accogliere un confronto tra varie figure professionali:

Although telemedicine may be a shared care environment that is characterized by collaborative interaction between all participants, there is a risk that interprofessional interaction might exclude the patient from important aspects of the consultation<sup>38</sup>.

Sembra quindi che nell'ambito della telemedicina il livello esecutivo dell'autonomia, intesa come indipendenza nella gestione del proprio pia-

<sup>35</sup> F. Aberer, D.A. Hochfellner, J.K. Mader, *Application of Telemedicine in Diabetes Care: The Time is Now*, in «Diabetes Therapy», (2021), 12, pp. 629-639. P. Alvarez, A. Sianis, J. Brown, A. Ali, A. Briassoulis. *Chronic disease management in heart failure: focus on telemedicine and remote monitoring*, in «Reviews in Cardiovascular Medicine», (2021), 22, pp. 403-413. H. Bitar, S. Alismail, *The role of eHealth, telehealth, and telemedicine for chronic disease patients during COVID-19 pandemic: A rapid systematic review*, in «Digital Health», (2021), 7, pp. 1-19.

<sup>36</sup> M. Schremer, *Telecare and self-management*, cit. p. 689.

<sup>37</sup> *Ibidem*.

<sup>38</sup> Y. Pappas, J. Vseteckova, N. Mastellos, G. Greenfield, G. Randhawa, *Diagnosis and Decision-Making in Telemedicine*, in «Journal of Patient Experience», (2019), 6, 4, p. 302.

no terapeutico e della misurazione e monitoraggio dei propri parametri, sia quello più sviluppato e fondamentale, lasciando invece in secondo piano la componente maggiormente decisionale. Va inoltre considerato che, anche dal punto di vista esecutivo, tale accrescimento non è omogeneamente distribuito e nemmeno esente da complicazioni.

L'*e-patient*, deve possedere un bagaglio di specifiche competenze per l'accesso e la gestione delle TIC coinvolte nella sua cura: per essere pazienti è necessario essere in grado di relazionarsi con gli strumenti tecnologici, avere una adeguata formazione e un accesso adeguato ad essi. Si tratta di un cambiamento nella identità del paziente di portata considerevole. Anche prima, nella medicina tradizionale, indubbiamente, una forma di familiarità con le tecniche era richiesta, ma in misura meno pervasiva e specializzata, e soprattutto mediata dalla competenza medica e professionista. Oggi, invece, così come la gestione della terapia è affidata al paziente, anche il funzionamento dei dispositivi e delle tecnologie utilizzate vi dipendono. I pazienti che più frequentemente usufruiscono di questo servizio, o coloro che ne avrebbero maggior necessità, sono tuttavia spesso coloro che con maggior difficoltà riescono ad accedervi. Come dice giustamente Dorn, «mHealth use currently is skewed towards who need the least help: the young, the fit, and the educated»<sup>39</sup>. La popolazione anziana, in particolare, è quella che ha meno familiarità con il mezzo tecnologico, e per cui l'apprendimento del funzionamento risulta maggiormente problematico. Anche laddove possieda una conoscenza di internet, o una basilare capacità di utilizzo dei mezzi tecnologici, questa fascia di popolazione incontra in molti casi difficoltà nella relazione con l'interfaccia dei dispositivi<sup>40</sup>. Non solo: anche nel caso delle televisite e della realtà virtuale, i pazienti anziani mostrano maggiori difficoltà a riconoscere il volto del medico come una figura professionale e a prenderla sul serio<sup>41</sup>. Anche

<sup>39</sup> S.D. Dorn, *Digital helath: Hope, hype, and Amara's law*, in «Gastroenterology», (2015), 149, 3, p. 516. Simili considerazioni sono espresse anche in A. Ho, O. Quick, *Leaving patients to their own devices? Smart Technology, safety and therapeutic relationships*, in «BMC Medical Ethics», (2018), 19, 18.

<sup>40</sup> «[...] one interesting thing found was that the older adults tendend to blame themselves rather than the interface features when they could not complete the tasks more often than the younger adults did» (Y.J. Chun, P.E. Patterson, *A usability gap between older adults and younger adults on interface design of an Internet-based telemedicine system*, in «Work», (2012), 41 Suppl. 1, p. 352.

<sup>41</sup> N.M. Hjelm, *Benefits and drawbacks of telemedicine*, in «Journal of Telemedicine and Telecare», (2005), 11, p. 67. Sul tema si veda anche il più recente E. Hargittai, A.M. Piper, M.R.

per i pazienti con difficoltà cognitive o percettive<sup>42</sup> o coloro che sono meno alfabetizzati dal punto di vista digitale si trovano a dover affrontare l'ulteriore criticità legata all'acquisizione delle competenze necessarie all'utilizzo del mezzo. Si presenta quindi con forza, anche in questo contesto, il problema del *digital divide*<sup>43</sup>, questione che soprattutto nell'attuale epoca di pandemia ha rivelato la sua importanza, non soltanto riguardo all'autonomia, ma anche rispetto alla giustizia e all'equità della telemedicina<sup>44</sup>.

Proprio a commento della proposta di Naik e colleghi, Camila Scaflan e Ian Kerridge sottolineano questo punto problematico: «One of the problems with autonomy is that it fails to account for the moral significance of vulnerability in the setting of serious illness and dependency on healthcare and assumes that decisions are, and even should be rational»<sup>45</sup>.

Sembra quindi che l'acquisizione di maggior autonomia, anche nel senso esecutivo, sia favorita in molti casi in telemedicina, ma anche ostacolata. Il dispositivo digitale diviene così organo-ostacolo per il paziente, che si trova quindi ad oscillare tra un accrescimento della propria autosufficienza e l'incremento delle proprie vulnerabilità. Alle già presenti vulnerabilità legate al suo stato di salute e quindi alla malattia, troviamo sommersi, nel contesto della telemedicina, un insieme di vulnerabilità che possiamo definire *digitali*<sup>46</sup>, legate alla sua relazione con i dispositivi e alle capacità necessarie per utilizzarli adeguatamente.

Morris, *From internet access to internet skills digital inequality among older adults*, in «Univers Access Inf Soc», (2019), 18, pp. 881-890.

<sup>42</sup> J. Van Cleave, C. Stille, D.E. Hall, *Child Health, Vulnerability, and Complexity: Use of Telehealth to Enhance Care for Children and Youth with Special Health Care Needs*, in «Academic Pediatrics», (2022), 22, 2, pp. 34-40.

<sup>43</sup> I. Litchfield, D. Shukla, S. Greenfield, *Impact of COVID-19 on the digital divide: a rapid review*, in «BMJ Open», (2021), 11, e053440.

<sup>44</sup> J. Roy, D.R. Levy, Y. Senathirajah, *Defining Telehealth for Research, Implementation, and Equity*, in «J Med Internet Res», (2022), 24(4), e35037.

<sup>45</sup> C. Scanlan, I.H. Kerridge, *Autonomy and Chronic Illness: Not Two Components But Many*, in «The American Journal of Bioethics», (2009), 9, 2, p. 41.

<sup>46</sup> Un senso simile può ritrovarsi nell'utilizzo del concetto di «tecno-vulnerabili» proposto da Antonio Carnevale, il quale individua tre livelli di vulnerabilità: una, naturale, dovuta alla nostra finitezza, una dovuta alla dipendenza della tecnica come correttivo a questa prima vulnerabilità, e infine la tecno-vulnerabilità, dovuta alla multiforme azione delle nuove tecnologie su di noi (A. Carnevale, *Tecno-vulnerabili. Per un'etica della sostenibilità tecnologica*, Orthotes, Napoli-Salerno 2017).

L'autonomia esecutiva, quindi, rivela le difficoltà di conciliazione con il concetto di vulnerabilità, in quanto rischia in alcuni casi di accrescerne la portata piuttosto che alleviarne il peso. Proprio a causa di ciò, essa si rivela non solo potenziata dalla telemedicina, ma anche presupposta<sup>47</sup>.

#### 4. Conclusioni. Per un'autonomia relazionale in telemedicina

Per tornare quindi alla domanda di partenza, ossia se possiamo parlare di un potenziamento dell'autonomia nel contesto della telemedicina, la risposta non può che essere composita.

Da un lato, infatti, il senso più gestionale ed esecutivo sembra effettivamente accresciuto dalle possibilità offerte dalle TIC, soprattutto nel caso delle malattie croniche, in cui il paziente può integrare nella sua quotidianità la cura senza necessità di un intervento esterno e senza il ricorso a un numero maggiore di ospedalizzazioni. Il ruolo dei professionisti, in quest'ottica, rimane quello di controllori esterni a cui i dati raccolti dal paziente sono inviati e continuano a intervenire in modo specifico per quanto riguarda l'ambito della decisione terapeutica. Ma, anche in questo caso, come nei precedenti, la prospettiva è quella di un'autonomia intesa come *indipendenza*, e la relazione è interpretata come qualcosa che deve assumere il carattere minimale di scambio di informazioni necessarie al mantenimento dello stato di salute. I limiti di un'idea di autonomia concepita in questo modo si fanno però più evidenti dal momento in cui si riconosce la difficoltà di estendere in modo uniforme questo obiettivo: le vulnerabilità digitali che comporta questa prospettiva fanno quindi sì che l'autonomia, ancor prima di essere un obiettivo, sia data per presupposta e laddove non sia già presente rischi di non essere mai raggiunta.

La possibilità di un possesso diretto dei propri dati e del loro monitoraggio, così come il diretto controllo sulla gestione quotidiana del proprio stato di salute, di certo sono entrambi aspetti che contribuiscono in modo fondamentale alla crescita dell'autonomia del paziente e alla sua capacità di prendere decisioni. Non si può inoltre negare che tale visione della relazione clinica in termini di rapporti di forza sia una possibilità concreta e

<sup>47</sup> Ricoeur, sulla scia di Kant, in una sua riflessione sul soggetto di diritto descrive in termini paradossali l'autonomia a causa di questa doppia natura di condizione di possibilità e di compito. Egli parla, a questo proposito, di autonomia come «idea-progetto» (P. Ricoeur, *Autonomia e vulnerabilità*, in *Il Giusto*. Vol. 2, Effatà Editrice, Torino 2007, p. 95).

che, malgrado il superamento di un paradigma paternalistico permangano in molti contesti atteggiamenti di gestione conflittuale della relazione e di sottomissione del paziente all'autorità del medico. Pur riconoscendo questi aspetti, tuttavia, un'idea di autonomia intesa esclusivamente in questo modo non conduce il paziente all'indipendenza *dalla* relazione e non, piuttosto, *all'interno di essa*.

Affinché ciò avvenga, e questa è la proposta con cui concludiamo questo saggio, è necessario leggere il concetto di autonomia in un senso maggiormente *relazionale*. Un concetto, questo di «autonomia relazionale», che ha visto negli ultimi anni un grande sviluppo, su un terreno filosofico e politico<sup>48</sup> ma soprattutto bioetico, tanto da parlare di un vero e proprio «relational turn of bioethics»<sup>49</sup>. Tale riflessione ha trovato nell'indagine femminista<sup>50</sup> e dell'etica della cura<sup>51</sup> il suo maggior spazio, proponendo una messa in discussione dell'idea individualistica di autonomia classica<sup>52</sup>, che permettesse di pensare insieme autonomia e vulnerabilità, autodeterminazione e dipendenza. Seguendo questa proposta l'autonomia è quindi inserita e complicata alla luce delle relazioni sociali in cui siamo quotidianamente immersi: è impossibile prescindere da questa rete nella ricostruzione del processo decisionale del singolo. Oltre ad essere irrealistico, ciò non è nemmeno auspicabile, in quanto priverrebbe il paziente stesso di elementi fondamentali al raggiungimento dell'autodeterminazione. Tra le relazioni affettive e sociali in cui è inserito nella sua vita, anche il rapporto col medico è uno spazio di creazione della propria autonomia, in quanto garantisce non solo un supporto tecnico per la comprensione dei dati (aspetto che non può avvenire tramite l'esclusivo rapporto paziente-dato) ma anche di un vero rapporto di cura. L'idea di un'autonomia relazionale consente quindi di pensare il paziente come individuo inserito in una rete di relazioni di cura che contribuiscono attivamente come supporto del processo decisionale. Ciò significa, insieme, riconoscere la dipendenza

<sup>48</sup> C. Mackenzie, N. Stoljar, *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*, Oxford University Press, New York 2000.

<sup>49</sup> R. Jennings, *Reconceptualizing Autonomy: A Relational Turn in Bioethics*, in «Hastings Centre Report», (2016), May, 46(3), pp. 11-16.

<sup>50</sup> Oltre al già citato C. Mackenzie, N. Stoljar, *Relational Autonomy*, cit., si veda anche S. Sherwin, *Whither Bioethics? How Feminism Can Help Reorient Bioethics*, in «IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics», (2008), 1 (1), pp. 7-27.

<sup>51</sup> M. Verkek, *The care perspective and autonomy*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», (2001), 4, pp. 289-294.

<sup>52</sup> Sulla critica all'autonomia come «mito» si veda M. Fineman, *The autonomy myth. A theory of dependency*, New Press, New York 2004.

(sia dal medico che dai fattori sociali), ma senza ridurla al dominio e alla subordinazione del paziente. A differenza delle visioni precedenti, non tenta di risolvere la criticità legata all'abuso di potere nella relazione con l'eliminazione della relazione stessa, bensì ne riconosce l'importanza nei suoi aspetti positivi come strumento per valorizzare la stessa centralità del paziente e ne combatte gli elementi nocivi legati al rischio di prevaricazione e all'asimmetria tra membri del rapporto clinico. Come si legge nella raccolta sul tema curata da Downie e Llewellyn, questa prospettiva «affirms the fact of relationships and the importance of attending to their nature and to what is required of them to ensure well-being and flourishing» e allo stesso tempo, secondo l'influenza femminista da cui sorge, essa permette di «recognizing oppression (particularly, but not exclusively, of women) and seeking its end»<sup>53</sup>.

Si assiste quindi a un doppio movimento che da un lato permette di valorizzare la decisione del paziente, ma senza per questo sradicarla dalla sua realtà socialmente situata (e quindi nemmeno dal rapporto col medico); dall'altro lato nel rintracciare contesti di abuso dell'autonomia e di diminuzione dell'indipendenza, si riconosce come soluzione il coinvolgimento positivo nel processo decisionale di figure di riferimento quali familiari e medici.

Un altro aspetto particolarmente significativo di questa idea relazionale risiede inoltre nell'essere il *risultato* del processo decisionale condiviso, non il presupposto, non generando, per questo, ulteriori vulnerabilità. L'autonomia, quindi, si amplia andando a esercitarsi anche in casi di dipendenza, dando un maggior rilievo a figure di cura, non solo quella del medico, ma anche infermieri, *caregivers* e familiari. Il fine ultimo, quindi, non è più l'indipendenza del paziente, ma il suo coinvolgimento nelle scelte e nelle cure che lo riguardano. In questo modo il paziente non è privato della propria capacità decisionale, ma essa si sviluppa all'interno delle relazioni in cui si trova a vivere, facendo sì che possa mantenere un ruolo da protagonista ma possa riconoscersi nella sua completezza solo se inserito nella rete di relazioni significative.

Se tale idea ha avuto sin da subito, su un piano teorico, una funzione critica rispetto alla concezione dell'autonomia come indipendenza, essa ha assunto, nel corso del tempo, anche un valore maggiormente costruttivo

<sup>53</sup> J. Downie, J.J. Llewellyn, *Being Relational: Reflections on Relational Theory and Health Law*, UBC Press, Vancouver 2012, p. 6.



e applicativo in vari settori medici<sup>54</sup>. I terreni in cui maggiormente sono state riscontrate applicazioni proficue sono quelle del fine vita e delle cure palliative, in cui il tema del coinvolgimento di figure terze è di grande centralità e impone una riflessione sulla relazionalità dell'autonomia del paziente<sup>55</sup>. Vista, poi, la radice femminista della teoria, non stupisce che essa abbia poi trovato spazio di approfondimento nell'etica riproduttiva e su temi quali l'aborto o la maternità surrogata<sup>56</sup>.

Ci sembra che questo possa trovare un ulteriore terreno proficuo nell'ambito della medicina digitale e della telemedicina, che a sua volta può accrescere le sue potenzialità e risorse. Solo in un approccio relazionale di questo genere, infatti, gli aspetti precedentemente posti in luce nella prospettiva di telemedicina, ossia quelli del controllo sui dati e quelli della gestione quotidiana della terapia, contribuiscono in modo proficuo e significativo al potenziamento del coinvolgimento del paziente nelle decisioni e non rimangono attestati di semplice indipendenza. Essi, inseriti in questo contesto relazionale, forniscono un quadro più verosimile rispetto alla situazione del paziente. In questa direzione vanno, ad esempio, le riflessioni di Dove e colleghi, i quali prendono in considerazione vari esempi di autonomia relazionale in ambito medico, tra cui uno legato al nostro. In particolare, essi considerano il caso del ministero della salute britannico, il quale dal 2015 ha favorito la digitalizzazione delle cartelle e dei dati del paziente, divenute accessibili anche dai propri dispositivi personali. Questa strategia, volta all'accrescimento dell'autonomia dei pazienti come diretti possessori dei propri dati e delle proprie informazioni, parte da un'idea di autonomia individualistica, collegata all'indipendenza, come abbiamo precedentemente mostrato. Tuttavia, in molti casi, alcuni individui desiderano o necessitano condividere i propri dati, ma il sistema, progettato al fine di una fruizione individuale (per tutelare la *privacy* del paziente),

<sup>54</sup> A quasi un decennio di distanza dall'articolo di Sherwin che introduceva la proposta di una bioetica relazionale su basi femministe, l'autrice si sofferma sugli effettivi risultati raggiunti in questa direzione: S. Sherwin, K. Stokdale, *Whither Bioethics Now?: The Promise of Relational Theory*, in «IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics», (2017), 10, 1, pp. 7-29.

<sup>55</sup> C. Gómez-Vírveda, Y. de Maeseneer, C. Gastmans, *Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature*, in «BMC Medical Ethics», (2019), 20, 76.

<sup>56</sup> A. Superson, *The Right to Bodily Autonomy and the Abortion Controversy*, in A. Veltman, M. Piper (eds.), *Autonomy, Oppression, and Gender*, Oxford University Press, Oxford 2014, pp. 301-325; A. Ballantyne, *Exploitation in Cross-Border Reproductive Care*, in «IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics», (2014), 7 (2), pp. 75-99.

sembra ostacolare coloro che necessitano di questo approccio condiviso, senza comprendere che questo coinvolgimento relazionale non è semplicemente un ostacolo all'autonomia del paziente, ma in molti casi una sua completa realizzazione: «For it is often in these messy grey zones of in-betweenness and hybridity where the impact of our decisions on others is not only contemplated but valued, that the truest expression of self-rule is manifest»<sup>57</sup>.

Questo caso ci mostra la possibilità di una riunificazione equilibrata dell'idea stessa di autonomia anche nell'ambito della telemedicina. Le indubbie possibilità su questi campi, se sfruttate all'interno di una prospettiva relazionale, permettono di parlare di un accrescimento non solo delle possibilità del paziente, ma delle possibilità della relazione, attraverso la costruzione di valori comuni, fiducia reciproca favorita da un possesso simmetrico delle informazioni, responsabilizzazione del paziente. Le potenzialità aperte dalle TIC nella cura potranno così diventare vettore non solo di trasmissione di dati, ma anche il luogo del coinvolgimento nella creazione di valori<sup>58</sup>.

English title: Autonomy in telemedicine. The e-patient between independence and involvement

## Abstract

*In this article we will analyse the impact of ICT in the field of medicine. In particular, we will focus on patient autonomy (e-patient), which seems to be increasing thanks to telemedicine. In the first part, we will reconstruct the debate on the subject between those who think that telemedicine is an incentive for patient autonomy and those who see it as a tool for control and domination over patients' bodies. In the second part we will explore the concept of autonomy in an executive sense, which seems to be enhanced by telemedicine. In the second part we will explore the concept of autonomy in an executive sense, which seems to be enhanced by telemedicine. After showing the limits of this idea, we will conclude by proposing a more relational per-*

<sup>57</sup> E.S. Dove, S.E. Kelly, F. Lucivero, M. Machirori, S. Dheensa, B. Prainsack, *Beyond individualism: Is there a place for relational autonomy in clinical practice and research?*, in «Clinical Ethics», (2017), 12 (3), p. 162.

<sup>58</sup> R. Palumbo, *The Bright Side and the Dark Side of Patient Empowerment. Co-Creation and Co-Destruction of Value in the Healthcare Environment*, Springer, Cham 2017.

*spective, which may favour the involvement between doctor and patient and the protection of dependencies and vulnerabilities.*

**Keywords:** Telemedicine; relational autonomy; independence; vulnerability.

Silvia Dadà  
Università di Pisa  
*silvia.dada@cfs.unipi.it*