

Isabella Merzagora

Ageism e scelte tragiche ai tempi del Covid-19. Anziani e diritto alla cura nell'emergenza.

*Ageism and tragic choices during Covid-19.
Elderly and the right to care in emergency.*

Choices between medical needs and available resources have always been a relevant ethical issue - they are in fact called tragic choices -, and this issue has definitely grown acute during the Covid-19 pandemic.

Among the criteria identified by the bioethical Literature for these so called tragic choices, we find the "utilitarian" one: it consists in calculating how many extra lives can be saved or how many more years of life can be guaranteed by making a choice. This criterion, if applied to the choice of favoring young people to the detriment of the elderly, may fall under a discriminatory attitude called ageism, in analogy with racism and sexism.

After an in-depth study on tragic choices and ageism, this article presents the findings of a research carried out by interviewing a representative sample of 1,012 Italians. The subject examined had to do with what choices have to be made for the care of the elderly in conditions of scarcity of resources. The same subject was repurposed in April 2020, again to a representative sample of more than a thousand Italians, also to verify if the pandemic emergency changed the attitude of our fellow citizens and in what sense.

The results show that the vast majority of our compatriots believe that we should continue to offer care and assistance to the elderly "cost what it may", even in conditions of scarcity of resources.

That being said, however there are those who opt for selection, abandonment, even elimination.

Differences by gender, social position, education and age in the answers provided are also indicated.

KEY WORDS: tragic-choices; ageism; Covid-19.

*"I giovani credono che i vecchi
siano stupidi, ma i vecchi sanno
che i giovani sono stupidi"*
(George Chapman)

1. Per i sanitari il dover scegliere in condizioni di squilibrio tra necessità di cura e risorse disponibili non è certo un problema nuovo ed è un problema sempre drammatico, tant'è che si parla di *tragic choices*¹, dove l'elemento di tragicità consiste nel dover scegliere fra valori tutti meritevoli di tutela: in questo caso salvare delle vite a costo della perdita di altre². La Letteratura in materia di scelte tragiche è ampia, è praticata da tempo ed è stata di recente affrontata appunto alla luce della pandemia e della discrepanza acuitasi a causa di essa fra bisogni terapeutici e risorse, ritenendo i problemi suscitati come problemi riguardanti non solo la classe medica ma l'intera società³.

Persad et al. hanno distinto i criteri con cui i medici sono chiamati a confrontarsi con il problema della allocazione di insufficienti risorse in quattro categorie: *treating people equally*, per esempio il tirare a sorte (*lottery*) o privilegiare chi è arrivato prima (*first-come, first-served*); *favouring the worst-off o prioritarianism*, scegliere chi sta peggio o chi è in condizioni più critiche; *maximising total benefits o utilitarianism*, che consiste nel calcolare quante più vite si possono salvare o quanti anni di vita in più si possono garantire effettuando una scelta (questo criterio è alla base della scelta in favore dei pazienti più giovani ma anche di quelli con prognosi più favorevoli); *promoting and rewarding social usefulness*, nel caso in cui si privilegino coloro che, come i sanitari, possono essere impegnati nel salvare gli altri o anche coloro che in passato hanno fornito un contributo alla collettività come i donatori di organi⁴.

Questi criteri sono stati ripresi alla luce del Covid-19 raccomandando l'applicazione soprattutto dei criteri *maximising benefits e promoting social usefulness* dando priorità ai professionisti della salute che devono curare gli altri, mentre è stato rigettato il criterio *first-come, first-served*⁵.

¹ G. CALABRESI, P. BOBBITT, *Tragic Choices*, New York, 1978.

² M. PICCINI, A. APRILE, P. BENCIOLINI, L. BUSATTA, E. CADAMURO, P. MALACARNE, F. MARIN, L. ORSI, E. PALERMO FABRIS, A. PISU, D. PROVOLO, A. SCALERA, M. TOMASI, N. ZAMPERETTI, D. RODRIGUEZ, *Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili"*, in *Recenti Progressi in Medicina*, CXI (2020), pp. 212-222.

³ F. NICOLI, A. GASPARETTO, *Italy in a time of emergency and scarce resources: The need for embedding ethical reflection in social and clinical settings* in *The Journal of Clinical Ethics*, XXXI (2020), pp. 92-94;

I. MERZAGORA, A. PIGA, U. GENOVESE, A. TONCINI, G. TRAVAINI, *Primum non tacere. L'Olocausto dei disabili e l'insegnamento ai professionisti sanitari*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, XLII (2020), pp. 439-449.

⁴ G. PERSAD, A. WERTHEIMER, E.J. EMANUEL, *Principles for allocation of scarce medical interventions*, in *The Lancet*, 2009, pp. 423-431.

⁵ E.J. EMANUEL, G. PERSAD, R. UPSHUR, B. THOME, M. PARKER, A. GLICKMAN, C. ZHANG, C. BOYLE, M. SMITH, J. PHILLIPS, *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in The Time of Covid-19*, in *The New England Journal of Medicine*, XXI (2020), pp. 2049-2055.

Un altro tema da tempo dibattuto nella Letteratura scientifica è l'*ageism*⁶ che indica i pregiudizi, gli stereotipi e le discriminazioni nei confronti delle persone anziane, in analogia con *racism* e *sexism*⁷.

Una delle manifestazioni dell'*ageism* e un punto molto dibattuto in campo bioetico è quello dell'età come criterio di scelta per fornire cure in condizione di limitatezza di risorse⁸.

Basandosi su un criterio *utilitarianism*, definito anche *utilitarian ageism* o *lifetime justice approach*⁹, che consiste nel calcolare quante più vite si possono salvare o quanti anni di vita in più si possono garantire effettuando una scelta¹⁰, alcuni ritengono infatti che nella scelta di chi curare o salvare in condizioni di penuria di risorse debbano essere privilegiati i più giovani. L'anziano ha già goduto di più anni di vita rispetto al più giovane che in qualche modo sarebbe quindi in credito di vita, e inoltre l'anziano ha meno anni di vita davanti a sé per cui privilegiandolo si "sprecherebbero" anni¹¹.

I sostenitori del criterio basato sull'età ne fanno una questione di uguaglianza di opportunità e di spazio naturale di vita, ricorrendo al cosiddetto *fair innings argument*¹², che utilizza il concetto di *natural life span*: "l'ideale di equità sotteso in generale a queste proposte è quello per cui una giusta distribuzione delle risorse dovrebbe garantire a ciascuno la medesima opportunità di vivere per un certo numero di anni ... lo spazio naturale di vita"¹³.

Ancora più deciso Callahan secondo cui non dovrebbero essere sviluppate o applicate agli anziani nuove tecnologie, ma solo garantito un adeguato

⁶ L. AYALON, C. TESCH-ROMER, *Contemporary Perspectives on Ageism*, Londra-Berlino-New York, 2018.

⁷ W.A. ACHENBAUM, *A history of ageism since 1969* in *Generations: Journal of the American Society on Aging*, III (2015), pp. 10–16;

L. AYALON, C. TESCH-ROMER, *Taking a closer look at ageism: self and other-directed ageism attitudes and discrimination* in *European Journal of Ageing*, XIV (2017), pp. 1–4;

R.N. BUTLER, *Ageism: another form of bigotry*, in *The Gerontologist*, IX (1969), pp. 243–246;

N.S. JECKER, *Ageism*, in *Ending Midlife Bias*, Oxford, 2020.

⁸ J.J.V. BUSSCHBACH, D.J. HESSING, F.T. DE CHARRO, *The utility of health at different stages in life: A quantitative approach*, in *Social Science & Medicine*, XXXVII (1993), pp. 153–158; J. RICHARDSON, J. MCKIE, *Empiricism, ethics and orthodox economic theory: what is the appropriate basis for decision-making in the health sector?*, in *Social Science & Medicine*, LX (2005), pp. 265–275; A. TSUCHIYA, *Age-related preferences and age weighting health benefits*, in *Social Science & Medicine*, XLVIII (1999), pp. 267–276.

⁹ G. PERSAD, *Evaluating the legality of the based criteria in health care: from nondiscrimination and discretion to distributive justice*, in *Boston College Law Review*, LX (2019), pp. 890–949.

¹⁰ G. PERSAD, A. WERTHEIMER, E.J. EMANUEL, *Principles for allocation of scarce medical interventions*, cit., pp. 423–431.

¹¹ A.B. SHAW, *In defence of ageism*, in *Journal of medical ethics*, XX (1994), pp. 188–191, 194.

¹² A. WILLIAMS, *Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument*, in *Health Economics*, VI (1997), pp. 117–132.

¹³ M. REICHLIN, *Il criterio dell'età nel ragionamento delle cure sanitarie*, in P. Cattorini (cur.), *Etica e giustizia in sanità*, Milano, 1998.

alleviamento dei dolori¹⁴, e arriva a sostenere che estendere le cure per prolungare la vita ai più anziani non sarebbe auspicabile neppure in assenza di problemi di scarsità di risorse.

Il *lifetime justice approach* di Persad include un “principio di non abbandono”, che comporta fornire sollievo al dolore e aiuto psicologico agli anziani anche fino al momento della morte, ma non comporta fornire cure che eroderebbero risorse sanitarie le quali potrebbero essere utilizzate a beneficio dei pazienti più giovani¹⁵.

Shaw propone di graduare, definendo lodevole incrementare la vita per i “giovani anziani”, ma addirittura *antisociale*¹⁶ farlo per i grandi anziani¹⁷.

Sviluppando ulteriormente il tema, si è giunti ad introdurre un vero e proprio “dovere di morire” attraverso l’eutanasia o il suicidio assistito per i pazienti anziani al primo presentarsi di condizioni potenzialmente fatali¹⁸, ma viceversa recentemente è emerso il concetto di “giustizia generazionale”, che sottolinea quanto i giovani debbano agli anziani¹⁹ e sostiene che giustizia ed equità richiedono che ci prendiamo cura di quelli che ci hanno assistiti in passato.

Gran parte delle motivazioni a favore del criterio basato sull’età sono tipo economico: si sottolinea che le cure mediche sono una risorsa limitata e che quindi questo criterio è efficace per razionalizzare la sanità²⁰.

In questo senso, se vi è stato chi ha fatto notare il contributo economico dato dagli anziani durante la loro vita all’economia e anche alle spese sanitarie, Shaw ha risposto che i bevitori e i fumatori forniscono un contributo economico indiretto alla collettività in termini di tassazione ma non per questo devono avere più diritti dei non bevitori e dei non fumatori²¹.

La considerazione economica, però, può essere a doppia lama: parlando di trapianto di fegato, è stato osservato che molti anziani guadagnano pochi anni di vita dal trapianto, ma contemporaneamente i più giovani spesso sopravvivono più a lungo del loro organo al punto di aver bisogno di un altro trapianto²². Il discorso -se solo in termini economici- può quindi essere ampliato e capovolto considerando che l’anziano con pochi anni di vita davanti a sé costerà alla società meno del giovane con decenni di vita, ed eventualmente di malattie, che lo aspettano.

¹⁴ D. CALLAHAN, *Setting limits. Medical goals in an aging society*, New York, 1987.

¹⁵ G. PERSAD, *Evaluating the legality of the based criteria in health care*, cit., p. 890-949.

¹⁶ Il corsivo è mio.

¹⁷ A.B. SHAW, *In defence of ageism*, cit., pp. 188-191, 194.

¹⁸ M.P. BATTIN, *Age rationing and the just distribution of care: is there a duty to die?*, in *Ethics* XCVII (1987), pp. 317-340.

¹⁹ K. DEBOLT, *What Will Happen to Granny? Ageism in America: Allocation of Healthcare to the Elderly & Reform Through Alternative Avenues*, in *California Western Law Review*, XLVII (2010).

²⁰ A.B. SHAW, *In defence of ageism*, cit., pp. 188-191, 194.

²¹ *Ibid.*

²² B. EIDELSON, *Comment: Kidney Allocation and the Limits of the Age Discrimination Act*, in *The Yale Law Journal*, CXXII (2013), pp. 1635-1652.

Le critiche all'*aged-based criterion* sono molte, a cominciare da quelle che lo considerano discriminatorio. Gli oppositori del ricorso al criterio dell'età come fattore decisivo per selezionare i pazienti per le cure sanitarie ricorrono soprattutto all'argomento dell'uguaglianza di valore di tutte le vite, e affermano che considerando gli anziani come una categoria a bassa priorità nell'accesso a cure salvavita li reputiamo come persone di minor valore²³. Shaw però ribalta questa considerazione affermando che proprio se tutte le vite hanno lo stesso valore, dobbiamo fare di più per salvare chi ha più anni da guadagnare indipendentemente da altre considerazioni²⁴.

Vi è però chi ha osservato come l'età avanzata non individui un carattere specifico di un settore della popolazione, come sarebbe se si facessero discriminazioni in base al genere o all'etnia, ma riguardi -almeno potenzialmente- tutti gli individui²⁵.

Secondo altri, la preferenza in ragione dell'età massifica situazioni che possono essere diverse -l'anziano complessivamente in salute in confronto al più giovane in condizioni compromesse- e, di nuovo, "finisce per risolversi nel mancato riconoscimento dell'eguale valore morale delle persone"²⁶.

Un'altra critica sostiene che quello dell'età è un criterio aprioristico, basato su considerazioni presuntive, poiché l'età anagrafica non sempre è correlata all'età biologica. Per l'Italia, in particolare, Paese ai primi posti nel mondo nella graduatoria dell'età media della vita, gli anziani non costituiscono una popolazione omogenea, e: "Vi rientrano soggetti di cui il trascorrere del tempo non ha intaccato la salute psico-fisica, né l'idoneità a condurre una vita attiva e ricca di esperienze personali e sociali"²⁷.

È stato persino sostenuto che il criterio che si basa sull'età nuoce indirettamente alle donne perché esse costituiscono il gruppo più numeroso fra gli anziani²⁸. Più in generale si sostiene che talora le discriminazioni si

²³ *Ibid.*

²⁴ A.B. SHAW, *In defence of ageism*, cit., pp. 188-191, 194.

²⁵ N.G. LEVINSKY, *Age as a criterion for rationing health care*, in *The New England Journal of Medicine*, CCCXXII (1990) pp. 1813-1816;

E.B. PALMORE, K. MANTON, *Ageism compared to racism and sexism*, in *Journal of Gerontology*, XVI (1973), pp. 504-507;

G. PERSAD, *Evaluating the legality of the based criteria in health care*, cit., pp. 890-949.

²⁶ M.G. BERNARDINI, *Dilemmi mor(t)ali. Scelte etiche, ageism e diritti fondamentali ai tempi del Covid-19*, Ferrara, 2020.

²⁷ P. BORSELLINO, *Covid-19: Quali criteri per l'accesso alle cure e la limitazione terapeutica in tempo di emergenza sanitaria?*, in *Politeia*, XXXVI (2020), pp. 5-25.

²⁸ E.G. HOWE, C.J. LETTIERI, *Health Care Rationing in the Aged: Ethical and Clinical Perspectives*, in *Drugs & Aging*, XV (1999), pp. 37-47;

M. KAPP, *De Facto Health-Care Rationing by Age: The Law Has No Remedy*, in *Journal of Legal Medicine*, XIX (1998), pp. 323-349.

sommano, per esempio in caso di età e disabilità²⁹ o proprio in ambito di limitazione nell'accesso alle cure per quanto riguarda le donne anziane³⁰.

Ancora, il criterio dell'età può essere considerato ma solo se combinato con altri, un *Plus Factor*: per esempio se la scelta del più giovane significa scegliere colui per il quale lo sforzo terapeutico ha maggiori probabilità di essere utile, che cioè ha maggiori probabilità di guarire; il criterio deve essere valutato assieme alla situazione clinica del paziente³¹.

Il problema è stato affrontato in Italia in occasione della pandemia Covid-19: la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha pubblicato un documento in cui si afferma che per la “massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone”, andrebbero privilegiate le scelte volte a “riservare risorse, che potrebbero essere scarsissime, a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata”³². Anche se il criterio dell'età risultava essere uno degli elementi in considerazione, il documento ha suscitato polemiche ed è stato sottolineato il rischio discriminatorio di questo atteggiamento³³.

Queste sono alcune delle opinioni degli esperti.

Ma i cittadini comuni, cosa pensano?

Qualche Autore ha chiesto quale criterio sceglierebbero i cittadini comuni in situazioni di scelte tragiche, e le risposte date ai quesiti sulle scelte in condizioni di limitatezza di risorse sono interessanti anche perché le decisioni politiche in materia –leggi, raccomandazioni, linee guida- secondo alcuni dovrebbero essere compiute non solo considerando le opinioni degli esperti di bioetica o dei professionisti sanitari, ma anche confrontandosi con le opinioni dei cittadini comuni³⁴. Questi Autori concludono che l'opinione

²⁹ N.S. JECKER, *Ageism*, cit.

D.F. WARNER, T.H. BROWN, *Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectional approach*, in *Social Science and Medicine*, LXXII (2011), pp. 1236–1248.

³⁰ J.C. CHRISLER, A. BARNEY, B. PALATINO, *Ageism can be hazardous to women's health: ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system*, in *Journal of Social Issues* LXXII (2016), pp. 86–104.

³¹ E.J. EMANUEL, G. PERSAD, R. UPSHUR, B. THOME, M. PARKER, A. GLICKMAN, C. ZHANG, C. BOYLE, M. SMITH, J. PHILLIPS, *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in The Time of Covid-19*, cit., pp. 2049-2055. Sul tema si veda anche V. TAMBONE ET AL., *Ethical Criteria for the Admission and Management of Patients in the ICU Under Conditions of Limited Medical Resources: A Shared International Proposal in View of the COVID-19 Pandemic*, in *Front Public Health*, VIII (2020).

G. PERSAD, *Evaluating the legality of the based criteria in health care*, cit., pp. 890- 949.

³² L. RICCIONI, G. BERTOLINI, A. GIANNINI, M. VERGANO, G. GROSTINA, S. LIVIGNI, G. MISTRALETTI, F. PETRINI (SIAARTI), *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, in *Recenti Progressi in Medicina*, CXI (2020).

³³ P. BORSELLINO, *Covid-19: Quali criteri per l'accesso alle cure*, cit., pp. 5-25.

³⁴ P. KRÜTLI, T. ROSEMANN., K.Y. TORNBLOM, T. SMIESZEK, *How to Fairly Allocate Scarce Medical Resources: Ethical Argumentation under Scrutiny by Health Professionals and Lay People*, in *Plos One*, XI (2016), pp. 1-18;

della maggioranza non ripara dall'effettuare scelte eticamente sbagliate –e aggiungono: come la storia dell'umanità ha ripetutamente mostrato-, ma che è fondamentale che le scelte etiche siano diffusamente accettate dai cittadini³⁵.

Relativamente al problema dei trapianti -uno dei più discussi in questo ambito- nel 2013 il Ministero della Salute israeliano istituì un comitato al fine di esaminare il criterio dell'età per l'inclusione nella lista d'attesa per i trapianti. Il comitato era composto da medici, avvocati, sociologi, gerontologi, psicologi, ma anche da rappresentanti delle associazioni degli anziani e di quelle di chi chiedeva i trapianti, e inoltre il comitato aveva invitato pubblicamente i cittadini a esporre le loro opinioni davanti a lui³⁶.

2. In Italia, come è ben noto, per mesi gli anziani sono stati le principali vittime del Covid-19. Il numero di deceduti nei quali il Covid è stata la causa direttamente responsabile della morte varia in base all'età, raggiungendo in Italia il valore massimo del 92% nella classe 60-69 anni e il minimo (1-2%) nelle persone di età inferiore ai 50 anni. L'età media dei pazienti deceduti e positivi al virus è di circa 80 anni ed è più alta di 20 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione.

Nel corso di una serie di ricerche sulle *tragic choices*³⁷, nell'ottobre 2019 alcuni colleghi e io avevamo posto una domanda a un campione rappresentativo di 1.012 italiani sul tema delle scelte da effettuare per la cura degli anziani in condizioni di scarsità di risorse e la domanda è stata riproposta nell'aprile del 2020 a 1.009 nostri connazionali, sempre un campione rappresentativo, anche per verificare se l'emergenza pandemica avesse mutato l'atteggiamento dei nostri concittadini e in che senso.

Il campione è stato suddiviso per genere, in 4 classi di età (18-24 anni, 25-34, 35-44, 55-65), per scolarità, e si è chiesta un'autoclassificazione della classe socio-economica in 3 livelli ("inferiore", "media", "superiore").

Non da ultimo, interessava sapere se alcuni degli intervistati svolgessero professioni sanitarie, quali fossero le loro risposte ai dilemmi proposti e se

J. RICHARDSON, J. MCKIE, *Empiricism, ethics and orthodox economic theory: what is the appropriate basis for decision-making in the health sector?*, in *Social Science & Medicine*, LX (2005), pp. 265-275.

³⁵ P. KRÜTLI, T. ROSEMAN, K.Y. TORNBLUM, T. SMIESZEK, *How to Fairly Allocate Scarce Medical Resources*: cit., pp. 1-18.

³⁶ E. KATVAN, I. DORON, T. ASHKENAZI, H. BOAS, M. CARMEL-HAGGAI, M. DRANITZKI ELHAEL, B. SHNOOR, J. LAVEE, *Age limitation for organ transplantation: the Israeli example*, in *Age and Ageing*, XLVI (2017), pp.8-10.

³⁷ I. MERZAGORA, E. FINZI, A. PIGA, U. GENOVESE, G. TRAVAINI, *Vite indegne di essere vissute tra passato e presente: gli italiani di fronte a dilemmi etici*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIV (2020), pp. 80-88; I. MERZAGORA, A. PIGA, U. GENOVESE, A. TONCINI, G. TRAVAINI, *Primum non tacere*, cit., pp. 439-449; I. MERZAGORA, P. CARUSO, A. PIGA, G. TRAVAINI, *Il riserbo degli anti-eroi. Chi salva gli altri, in passato e oggi*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, XLII (2020), pp. 765-778.

fossero diverse da quelle della generalità dei cittadini: l'8,4% degli intervistati della prima fase della ricerca e il 10% della seconda hanno risposto di svolgere una professione sanitaria.

La domanda che abbiamo posto nel 2019 e riproposto nel 2020 era soprattutto improntata a considerazioni di tipo economico, ed è stata:

Ovunque in Italia ci sono molti anziani non autosufficienti tenuti in vita da farmaci costosi e sostenuti da un'assistenza domiciliare specializzata e continua. Il problema è quello del costo per il Servizio Sanitario Nazionale, che, secondo alcuni, se spende tanti soldi per gli anziani, non ha risorse sufficienti per curare i bambini e gli adulti. Se Lei fosse chiamato a decidere cosa fare, quali di queste decisioni prenderebbe? Ne indichi, per favore, non più di tre

- ordinerei di non curare più gli anziani, dando loro solo farmaci palliativi anti-dolore
- ordinerei di curare e assistere solo gli anziani con maggiori probabilità di vivere a lungo
- ordinerei di curare e assistere solo gli anziani utili alla società
- ordinerei di curare e assistere solo gli anziani in grado di pagare tutto
- ordinerei di sospendere cure e assistenza a tutti gli anziani, lasciandoli morire naturalmente
- ordinerei di sopprimere dolcemente tutti gli anziani che sono un peso per la società
- ordinerei di continuare cure e assistenza per tutti, costi quel che costi
- ordinerei di tirare a sorte
- lascerei decidere al Ministero della Salute
- non so
- non voglio rispondere

Le risposte e le differenze fra le due somministrazioni sono evidenziate nel Grafico 1 e nella Tabella 1:

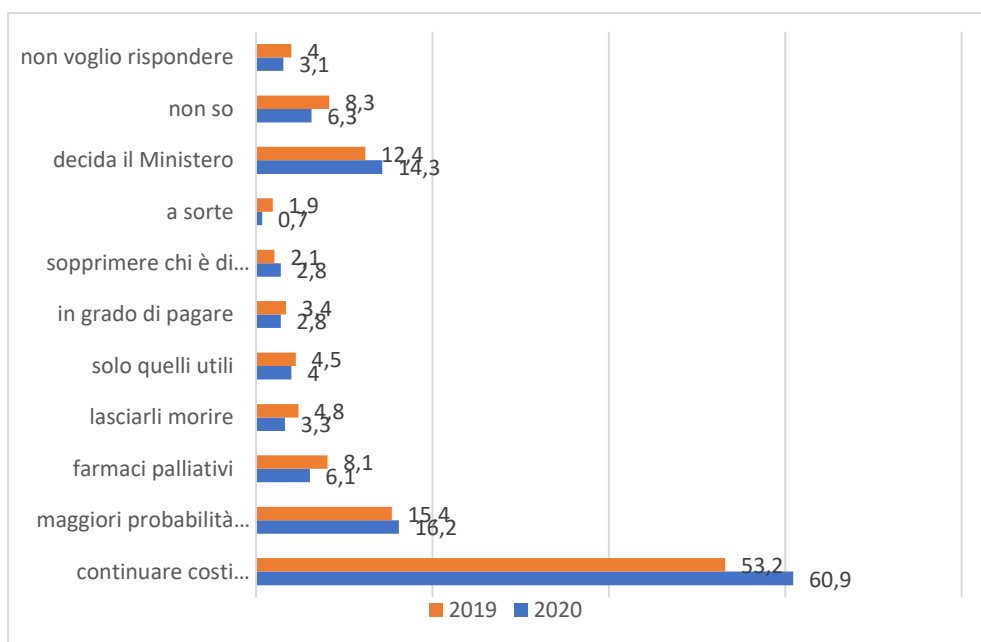


Grafico 1

	2019	2020	differenza
continuare costi quel	53.2	60.9	7.7
che costi	15.4	16.2	0.7
maggiori probabilità di	12.4	14.3	1.9
vivere	8.1	6.1	-2.0
decida il Ministero	4.5	4.0	-0.5
farmaci palliativi	4.8	3.3	-1.6
solo quelli utili	3.4	2.8	-0.6
lasciarli morire	2.1	2.8	0.7
in grado di pagare	1.9	0.7	-1.2
sopprimere chi è di	8.3	6.3	-2.0
peso	4.0	3.1	-0.9
a sorte			
non so			
non voglio rispondere			

Tabella 1

Il risultato più significativo è che gli italiani intervistati hanno scelto soprattutto l'opzione di continuare cure e assistenza a tutti gli anziani "costi quel che costi" sia nel 2019 che nel 2020, e la percentuale è salita nella seconda somministrazione delle domande, quella effettuata durante la pandemia, giungendo al 60.9% delle scelte (+7.7). "Costi quel che costi" è espressione che richiama immediatamente una valutazione economica, e che non per forza significa anziani e giovani (anche se nella domanda se ne fa menzione); significa comunque che la maggior parte dei nostri connazionali non è incline all'*ageism*.

Una percentuale non indifferente di intervistati è però più selettiva; analizzando il 2020 vi è chi risponde che andrebbero curati e assistiti solo gli anziani con maggiori probabilità di vivere a lungo (16.2%), ovvero solo quelli utili alla società (4%) o quelli in grado di pagare cure e assistenza (2.8%); le percentuali sono contenute e sono leggermente diminuite nella seconda somministrazione.

Sempre contenute ma preoccupanti le risposte di chi vorrebbe che gli anziani non fossero curati ma fossero solo somministrati loro “farmaci palliativi antidolore” (6.1% nel 2020), di chi ordinerebbe di sospendere cura e assistenza lasciando morire “naturalmente” gli anziani (3.3%), e addirittura di chi ordinerebbe di sopprimere, ancorché “dolcemente”, tutti gli anziani che sono un peso per la società (2.8%; erano il 2.1% nel 2019). Qui emerge l’*ageism*, e siamo alle posizioni di Callahan quando sostiene che agli anziani dovrebbe solo essere garantito un adeguato alleviamento dei dolori³⁸. Peggio, siamo al concetto nazista di “zavorre”³⁹.

Vi sono poi risposte deresponsabilizzative (nel 2020 “lascerei decidere al Ministero della Salute”: 14.3%; “ordinerei di tirare a sorte”: 0.7%).

Abbiamo accorpato per tipologie le risposte per rendere più chiaro il confronto fra i diversi intervistati (Grafico 2):

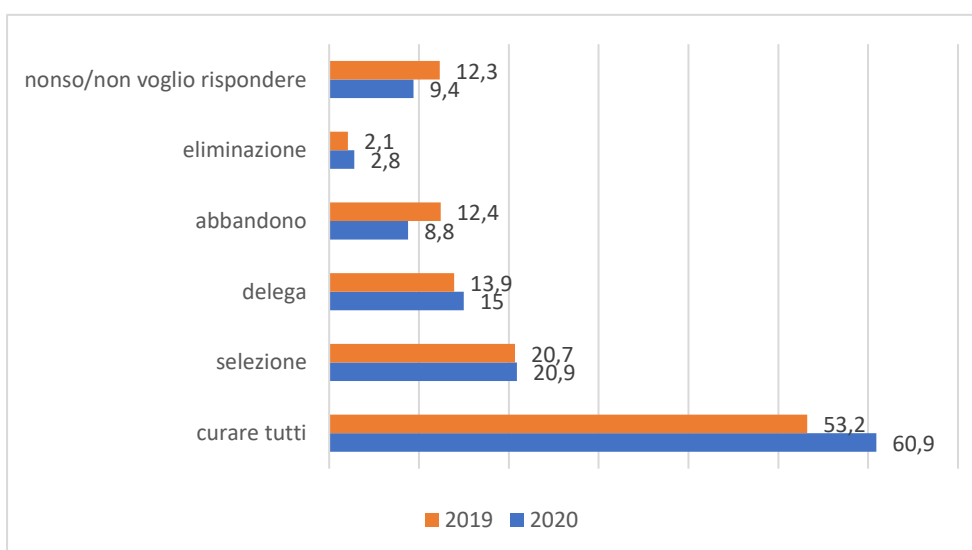


Grafico 2

Analizzando le categorie, per i risultati del 2020 e limitandoci alle differenze più significative, le donne si mostrano più pietose degli uomini, sia per quanto riguarda la maggior percentuale dell’opzione di curare tutti (63% contro il 59% delle risposte maschili) sia per quella invece minore nelle risposte che prevedono una selezione (16% le risposte delle donne, 25% quella degli

³⁸ D. CALLAHAN, *Setting limits*. cit.

³⁹ G. ALY, *Zavorre. Storia dell’Aktion T4: l’“eutanasia” nella Germania nazista 1939-1945*, Torino, 2017.

uomini); le donne sono propense all'abbandono nel 6% dei casi mentre gli uomini lo sono nel 12%; si mostrano anche più insicure come evidenzia la percentuale di risposte "non so/non voglio rispondere" (13%) più che doppia di quella degli uomini (6%).

Coloro che si collocano nella classe sociale superiore forniscono una percentuale minore di quella totale all'opzione di curare e assistere tutti a qualsiasi costo (55%), la forniscono invece maggiore per le ipotesi di selezione (27%) e eliminazione (8%).

Relativamente al livello di istruzione si nota che i meno scolarizzati scelgono in percentuale superiore al totale e ai più scolarizzati le ipotesi selettive (27%) e di abbandono (11%); meno quelle di delega (12%)

La sorpresa peggiore è circa la suddivisione per età, i risultati del confronto fra le risposte del totale degli Italiani e quelle fornite dai più giovani, i 18-24enni, suggeriscono di osservare di sottocchi con preoccupazione figli e nipoti (Grafico 3).

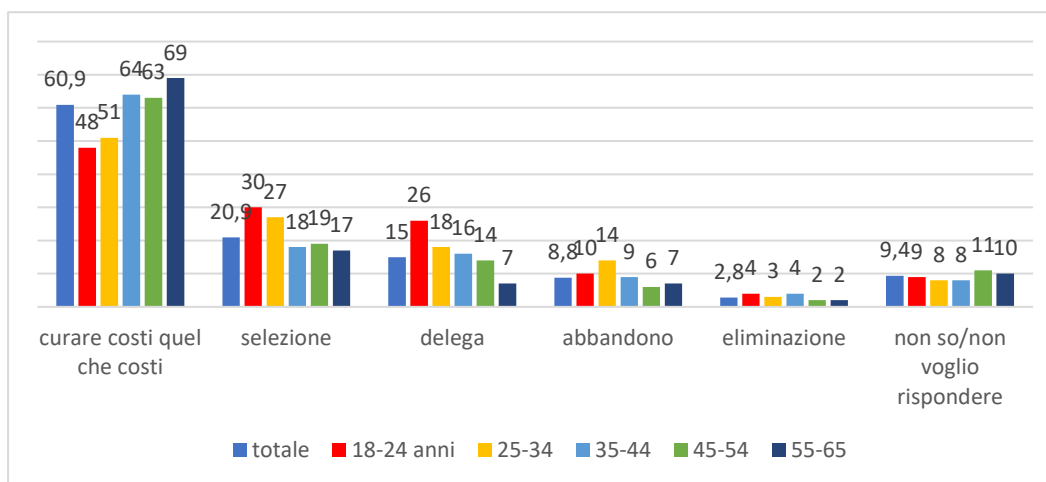


Grafico 3

I 18-24enni ordinerebbero di continuare cure e assistenza "costi quel che costi" in una percentuale (48%) inferiore a quella del campione complessivo e molto inferiore a quella degli ultracinquantacinquenni (69%), di coloro cioè che sono più vicini all'età anziana. I giovani sono pure più proclivi a soluzioni selettive (30%), all'abbandono (10%), e persino all'eliminazione (4%). Potremmo immaginare che giochi un ruolo l'identificazione, rectius la non identificazione.

Un altro gruppo le cui risposte interessano (e preoccupano) particolarmente è quello dei professionisti sanitari (Grafico 4).

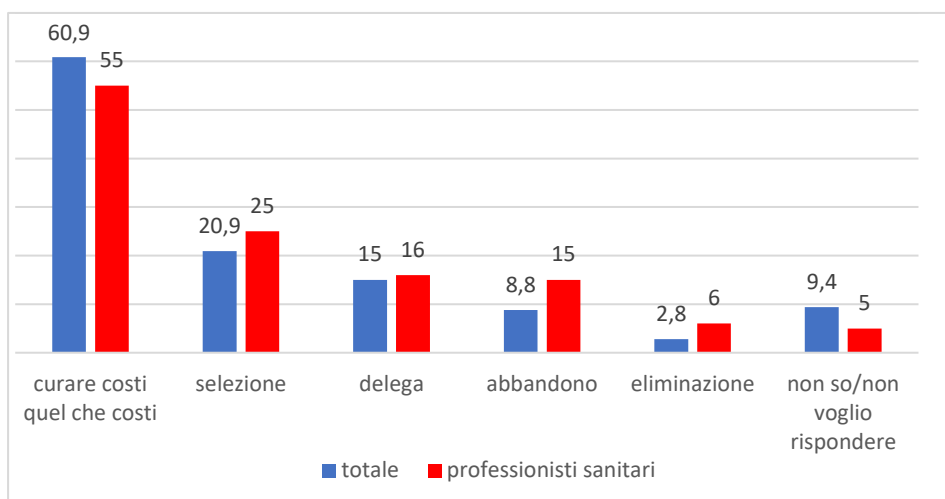


Grafico 4

I professionisti sanitari sono meno inclini del totale degli intervistati a curare e assistere tutti (55%), sono più propensi alla selezione (25%), all'abbandono (15%), all'eliminazione (6%), e sembrano piuttosto sicuri delle proprie scelte posto che solo il 5% di loro non sa cosa fare o non vuole rispondere.

Il panorama non è confortante, e suggerisce agli ultrasessantenni -come me, tanto per dire- di implorare, se del caso, di essere curati almeno da un medico non troppo giovane.

Non bastasse, nel confronto con le risposte fornite prima della pandemia, prima cioè di essersi confrontati direttamente o indirettamente con la morte di tanti anziani, i professionisti sanitari si mostrano ora più proclivi all'eliminazione. La buona notizia è che se nel 2019 solo il 42% di loro era incline a continuare cure e assistenza "costi quel che costi", nel 2020 la percentuale è salita in misura considerevole (Grafico 5).

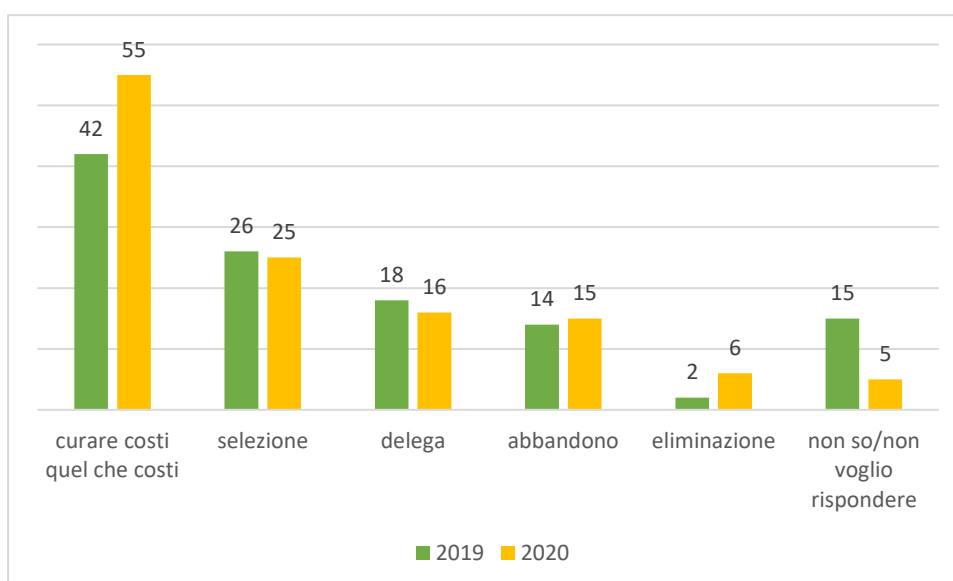


Grafico 5

3. Conclusione, o se preferite “morale”: se quelli qui esposti siano risultati rassicuranti o sconcertanti forse dipende da quanto si è ottimisti o pessimisti. Per quanto mi riguarda, dopo quarant’anni di teoria e pratica criminologica inclino un po’ al pessimismo.

D’accordo, circa il 60% dei nostri connazionali ritiene che gli anziani pur se non autosufficienti e costosi vadano curati e assistiti “costi quel che costi”, ma questo significa anche che quasi il 40% invece non è di questa idea, e ci sono, benchè pochi, anche coloro che opterebbero per l’abbandono e perfino per l’eliminazione. Come se non bastasse, fra i giovani va peggio, e fra i professionisti sanitari vi sono risultati contrastanti.

Così a me, che come ho detto sono pessimista, vengono in mente le atrocità del programma nazista Aktion T4, così chiamato dall’indirizzo della sede centrale del programma, il n. 4 della Tiegartenstrasse di Berlino, che consisteva nello sterminio dei disabili. Le vittime adulte della sola prima fase del programma sono stimate da talune fonti in almeno 70.000⁴⁰, altri forniscono la cifra di 200.000 uccisi e altri ancora di 300.000⁴¹.

Fra le voci di uno dei questionari per stabilire chi doveva essere eliminato era indicata la vecchiaia⁴².

La frase di Santayana “Chi non conosce la storia è destinato a ripeterla” è talmente nota da essere divenuta frusta, però però ... Nel questionario somministrato dai miei colleghi e da me da cui è tratta la domanda su cui mi sono qui diffusa, c’era pure la domanda: “Nel secolo scorso, nel Novecento, Lei sa se alcuni Stati hanno attuato dei programmi eugenetici, sopprimendo gravi disabili, malati di mente, dementi, persone con malattie genetiche?”. Il 39.7% degli intervistati -che si ripete costituiscono un campione rappresentativo dei nostri connazionali- risponde che sì, “di sicuro” sa che alcuni Stati hanno soppresso gravi disabili, malati di mente, dementi, persone con gravi malattie genetiche, e il 24.9% risponde che “sì, forse” ne è al corrente, per un totale, semplificando al massimo, del 64.6% di “conoscitori”.

⁴⁰ H. FRIEDLANDER, *Le origini del genocidio razzista. Dall’eutanasia alla soluzione finale*, Roma, 1997.

⁴¹ G. ALY, *Zavorre*, cit.;

M.A. LEVINE, M.K. WYNIA, M. HIMBER, W.S. SILVERS, *Pertinent Today: What Contemporary Lessons Should be Taught by Studying Physician Participation in the Holocaust?*, in S. Gallin, I. Bedzow (curr.), *Conatus. Journal of Philosophy, Special Issue: Bioethics and the Holocaust*, IV (2019), pp. 287-302; M. VON CRANACH, *Ethics in psychiatry: the lessons we learn from Nazi psychiatry*, in *European child & adolescent psychiatry*, CCLX (2010), pp. 152-156; J. WAGNER, “Weakness of the Soul”: *The Special Education Tradition at the Intersection of Eugenic Discourses, Race Hygiene and Education Policies*, in S. Gallin, I. Bedzow (curr.), *Conatus. Journal of Philosophy, Special Issue: Bioethics and the Holocaust*, IV (2019), pp. 83-104; T. ZWICK, *First Victims at Last: Disability and Memorial Culture in Holocaust Studies*, in S. Gallin, I. Bedzow (curr.), *Conatus. Journal of Philosophy, Special Issue: Bioethics and the Holocaust*, IV (2019), pp. 45-63.

⁴² G.A. STELLA, *Diversi. La lunga battaglia dei disabili per cambiare la storia*, Milano 2019.

Il 22.8% però “non sa se sa”, e il 12.6% nega del tutto il problema, per un totale del 35.4% di coloro che ignorano.

Oltre a ragioni di “igiene razziale”, l’Aktion T4 ne aveva indubbiamente di economiche. Aly spiega che una delle motivazioni dello sterminio dei disabili da parte dei nazisti fu la necessità di liberarsi dei “mangiatori inutili”⁴³ per favorire lo sforzo bellico. “Zavorre” era il modo in cui i malati erano definiti, o ancora “vite indegne di essere vissute”, “vite senza valore” come le si chiamava nel volume scritto da uno psichiatra, Alfred Hoche, e da un penalista, Karl Binding.

I nazisti parlavano di “misure di igiene ereditaria” ma anche di “misure di pianificazione economica”, e il professor Carl Schneider, a capo dell’Aktion T4, caldeggiava il sollievo economico immediato che le uccisioni avrebbero comportato⁴⁴.

A decidere chi fosse o non fosse degno di vivere erano medici, e il criterio era quello della gravità e presunta inguaribilità nel senso che il paziente fosse o non fosse abile al lavoro. Molti di questi pazienti forse non erano “abili al lavoro”, per esempio non lo era R.W., costretto in sedia a rotelle, che, come riferì un testimone a uno dei processi celebrati dopo la guerra, si disperava: “Dove devo fuggire, e chi mi nasconderà, chi può fare un ricorso per me? Nel mio caso si vede lontano un miglio che sono un inutile mangiatore di pane e che non servo a niente”⁴⁵.

⁴³ G. ALY, *Zavorre*, cit.

⁴⁴ G. TREVIRANUS, *Sguardo retrospettivo sulla psichiatria francese durante l’occupazione nazionalsocialista*, in D. Fontanari, L. Toresini (curr), *Psichiatria e nazismo. Atti del Convegno. San Servolo 9 ottobre 1998*, Pistoia, 2002, pp. 96-110.

⁴⁵ G. ALY, *Zavorre*, cit.