

Sono entrato da poco a far parte della categoria dei pensionati, con l'effetto collaterale di ritrovarmi ufficialmente nella condizione di anziano. Come pensionato ho più tempo da dedicare alla lettura ma, come anziano, vengo attratto, più che in passato, dalle tematiche che riguardano i miei coevi e – con la scaramantica speranza di arrivarci – anche dalle vicissitudini di quelli che hanno raggiunto una più vetusta età. Per questa ragione, consultando le rassegne stampa, mi sono imbattuto, di recente, in questo inquietante titolo: “*Olanda, la sinistra vuole limitare interventi chirurgici per over 70*” (1).

Matteo Orlando, l'autore dell'articolo, informa i suoi lettori che Corinne Ellemeet, esponente del partito *Groenlinks* (Sinistra Verde), ha presentato alla Camera bassa olandese una proposta di legge volta a limitare la possibilità di interventi chirurgici per i pazienti di età superiore ai 70 anni, consentendo ai geriatri ospedalieri di decidere se operare o meno e se continuare a fornire le cure, in base alle previsioni sulle aspettative della qualità della vita dell'anziano. La volontà del paziente di continuare a vivere e combattere le malattie potrebbe, in tal modo, non avere più un valore determinante.

La logica della proposta si baserebbe sul rapporto costo-efficacia. La Parlamentare olandese ha sottolineato che il 70% dei pazienti negli ospedali olandesi ha più di 70 anni e che andrebbe adottato un processo di *screening* quando si prende in considerazione un trattamento avanzato e costoso, compresi quelli destinati al cancro, la dialisi renale e simili.

La proposta avrebbe ricevuto l'appoggio della Presidente dell'associazione di geriatria clinica dell'Olanda, la dottoressa Hanna Willem, secondo la quale fermare i trattamenti equivarrebbe ad aggiungere qualità alla vita del paziente. Avrebbe invece suscitato critiche – puntualmente riprese dagli organi di stampa – sia nei Paesi Bassi che nel vicino Belgio.

In particolare il quotidiano in lingua francese

(1) Matteo Orlando, “Olanda, la sinistra vuole limitare interventi chirurgici per over 70”, *Il Giornale.it*, 25 marzo 2019.

Le Soir, ha pubblicato diversi articoli riferiti ad uno studio del Centro federale per l'assistenza sanitaria (Kce) sull'accettazione pubblica dei risparmi dell'assistenza sanitaria in Belgio, dai quali risulterebbe che i fiamminghi di lingua olandese sono i più propensi ad approvare il rifiuto di cure costose agli anziani rispetto ai francofoni valloni. E ciò potrebbe avere a che fare con la maggiore frequenza nel ricorso all'eutanasia proprio nelle Fiandre.

Come infatti rileva l'VIII° Rapporto alle Camere legislative della Commissione federale di controllo e valutazione dell'eutanasia, in Belgio, dove viene praticata legalmente, sono state sottoposte a trattamenti eutanasi 2.028 persone nel 2016 e 2.309 nel 2017. Per il 78% si tratta effettivamente di pazienti della Regione di lingua olandese e, per il restante 22%, della Regione francofona. 2.058 persone avevano tra i 60 e gli 80 anni mentre, tra gli 80 e i 90 anni, hanno richiesto l'eutanasia 1.237 anziani. Ci sono stati anche 12 ultra centenari che hanno scelto la morte. Complessivamente il 4% dei malati ha dichiarato di voler morire per “sofferenze psichiche”, il 33% per “sofferenze fisiche”, il 62% per entrambe (2).

Nel 2018 in Belgio sono stati registrati 2.357 decessi attraverso l'eutanasia (+1,8%). Le persone che vi hanno fatto ricorso sono principalmente di età compresa tra i 60 e gli 89 anni, più donne che uomini. Il 75,8% dei pazienti aveva più di 60 anni, il 67,1% più di 70 e il 41% più di 80. Per quanto riguarda il luogo del decesso, per il 46,8% è avvenuto presso la propria abitazione, per il 36,1% in ospedale ed aumenta quello nelle case di cura e assistenza con il 14,3% (3).

Una conferma della maggior propensione degli Olandesi per il ricorso all'eutanasia viene dai dati del rapporto ufficiale del governo, dai quali emerge che, nel 2017, sono morte 6.585 persone con un incremento del 250% rispetto

(2) Sarah Numico, “Belgio, aumenta il ricorso all'eutanasia: 2.028 nel 2016 e 2.309 nel 2017”, *www.agensir.it*, 28 luglio 2018.

(3) “Eutanasia in Belgio: tutti i numeri del 2018”, *www.eutanasiagale.it*, 11 marzo 2019.

al 2002, anno nel quale è entrata in vigore la legge (4).

«Possiamo indovinare dove ciò porterà – è il commento di *Le Soir* sulla proposta di limitare gli interventi chirurgici che viene riportato nell'articolo de *il Giornale.it* – *avremo presto assistenza medica a due livelli, con da un lato i pazienti che dovrebbero accontentarsi della sicurezza sociale [leggasi: prestazioni di assistenza sociale, ma non le necessarie cure sanitarie, ndr] e dall'altro quelli che sono abbastanza ricchi da pagarsi farmaci non rimborsati o operazioni costose*». Soprattutto se si considera che, nei Paesi Bassi confinanti, i pazienti con più di 75 anni già non ricevono più impianti di pacemaker a causa della loro età. Pur non essendo questa una regola generale, accade infatti che un certo numero di operazioni – compresa la sostituzione dell'anca dopo una frattura e il posizionamento di stimolatori cardiaci – vengono eseguite solo dopo una valutazione delle condizioni generali del paziente (aspettativa di vita, demenza esistente, e così via).

«In tale società – osserva l'Autore dell'articolo, Matteo Orlando – *dove l'eutanasia è ampiamente considerata accettabile, questo può essere visto come un modo per gestire l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria per una popolazione generale in rapida avanzata*». Infine nell'articolo viene riportato un sintetico ma efficace commento sulla ricerca della commissione federale formulato dal quotidiano parigino *Libération*: «*Se lo studio è corretto, più di un belga su tre dovrebbe essere o è stato preparato a ridurre le cure per gli anziani per risparmiare denaro*».

Eutanasia economica per abbandono

La ragione per la quale ho pensato di proporre ai lettori di questa rivista una sintesi dell'articolo sulla riduzione/sospensione delle cure per gli over 70, fornendo a corredo anche alcuni dati sull'eutanasia – che in Olanda è legale dal 2001, in Belgio dal 2002 (e dal 2014 anche per i minori), in Lussemburgo dal 2009 – risiede nella esigenza di segnalare il pericolo che, nell'indifferenza generale, si possa arrivare ad un utilizzo eugenetico dell'eutanasia (legale e non).

(4) Leone Britti, "Olanda, sempre più morti per eutanasia", *www.tempi.it*, 8 marzo 2018.

Provo a spiegarmi partendo delle definizioni. L'eutanasia, secondo l'enciclopedia Treccani, è l'azione o l'omissione che, per sua natura e nelle intenzioni di chi agisce (eutanasia attiva) o si astiene dall'agire (eutanasia passiva), procura anticipatamente la morte di un malato allo scopo di alleviarne le sofferenze. In particolare, l'eutanasia va definita come la soppressione di un soggetto consenziente, in grado di esprimere la volontà di morire, o nella forma del suicidio assistito (con l'aiuto del medico al quale si rivolge per la prescrizione di farmaci letali per l'auto somministrazione) o nella forma dell'eutanasia volontaria in senso stretto, con la richiesta al medico di essere soppresso nel presente o nel futuro. Non va naturalmente confusa con l'eutanasia la rinuncia all'accanimento terapeutico che, tuttavia, non legittima la sospensione delle cure necessarie ad un accompagnamento dignitoso del morente.

Al di fuori della pratica della rinuncia all'accanimento – che pone però al centro la persona malata e non il *budget* finanziario da rispettare – l'uccisione medicalizzata di una persona senza il suo consenso non va definita eutanasia, ma omicidio *tout court*, come nel caso di soggetti che non esprimono la propria volontà o la esprimono in senso contrario.

Nella fattispecie descritta da Matteo Orlando, se un ipotetico geriatra olandese decidesse – in ragione degli elevati costi di trattamento ed in forza di una legge quale quella menzionata (ancora a livello di proposta) nell'articolo – di non operare e/o di non continuare a fornire le cure necessarie ad un paziente non espressamente consenziente saremmo, a mio parere, di fronte ad un omicidio. E se l'omicidio avvenisse per la volontà di ottemperare ad una specifica legge, se cioè il geriatra agisse sulla base di disposizioni normative, si porrebbe sullo stesso piano dei generali nazisti che rispondevano ai giudici che chiedevano conto dei loro crimini: «*lo ho ubbidito agli ordini*». Non deve invece essere consentito a nessuno di nascondere la propria responsabilità personale dietro una razionalità della tecnica che prevede che «*sia "razionale" solo e unicamente raggiungere il massimo degli scopi con l'impiego minimo dei mezzi*» (5). Come infatti ammonisce Umberto

(5) Umberto Galimberti, "Che ne sarà dell'uomo sotto l'egemonia della tecnica?", *La Repubblica D*, 11 marzo 2017.

Galimberti: «Se la razionalità della tecnica limita i suoi giudizi di valore, ossia il bene e il male, alla buona o cattiva esecuzione del compito prescritto dall'apparato tecnico, a prescindere dal contenuto del compito assegnato, la tecnica ci sgrava da ogni responsabilità etica in ordine alle nostre azioni e alle loro conseguenze perché limita la responsabilità alla buona esecuzione dell'ordine impartito dai superiori, che si concreta nel mansionario assegnato a ciascun subordinato» (6).

Giova in proposito riportare un passaggio della *lectio magistralis* tenuta da Gustavo Zagrebelsky in occasione dell'apertura di *Biennale Democrazia* edizione 2015. «Nelle società gravate dalla penuria di risorse vitali – cioè, in pratica, tutte, salvo quelle delle isole di utopia – gli individui nati o divenuti inutili erano soppressi fin dall'inizio o abbandonati a sé stessi. Erano i non produttivi, i deboli, gli affetti da malformazioni e malattie, i “malriusciti” (secondo la terminologia eugenetica del nazismo) o coloro che rappresentavano solo un peso per gli altri, come i vecchi irrecuperabili a una vita attiva. Le modalità talora ritualizzate, erano le più diverse. Alcune tribù dell'America precoloniale usavano denudare il corpo degli infelici ancora viventi, cospargerlo di miele e lasciarlo in pasto alle termiti. Altri, di cui Erodoto da testimonianza, se lo mangiavano. Altri ancora si affidarono alle cliniche e a dottori in camice bianco (...). Richard Matheson, nel racconto “L'esame” racconta di un test psico-fisico di produttività cui regolarmente gli anziani sono sottoposti, che ricorda le “selezioni” nei campi di sterminio nazisti propedeutiche alle camere a gas e fa pensare a una sorta di “abilitazione all'esistenza”, gestita burocraticamente (come l'esame della patente di guida)».

L'eugenetica menzionata nel brano citato è – secondo la definizione fornita dall'enciclopedia Treccani – la disciplina che si prefigge di favorire e sviluppare le qualità innate di una razza, giovandosi delle leggi dell'eredità genetica. Il termine fu coniato nel 1883 da Francis Galton. Sostenuta da correnti di ispirazione darwinistica e malthusiana, l'eugenetica si diffuse inizialmente nei Paesi anglosassoni e successivamente nella Germania nazista, trasformandosi

nella prima metà del XX secolo in un movimento politico sociale volto a promuovere la riproduzione di soggetti desiderabili (eugenetica positiva) e a prevenire la nascita di soggetti indesiderabili (eugenetica negativa) per mezzo di infanticidio e aborto.

Ma l'eugenetica – come ricorda Alessandro Berliani – non è solo un fenomeno storico. «È anche e soprattutto una logica; rappresenta un principio di esclusione e di discriminazione che col tempo cambia strategia, modifica gli strumenti attraverso i quali opera, si adegua alle congiunture sociali e geopolitiche, facendo oscillare costantemente lo spazio semantico di categorie come quella di devianza e normalità in relazione a coloro che, in un dato momento storico, vanno considerati da normalizzare o da emarginare» (7).

Ed in questa fase storica, sono purtroppo sempre più evidenti i segnali che indicano come i soggetti indesiderabili che si vorrebbero normalizzati o emarginati sono le persone, in particolare quelle anziane affette da malattie croniche non guaribili seppur sempre curabili. Se avessero libero corso proposte come quella della parlamentare olandese, questi malati diverrebbero vittime di una eugenetica “negativa” praticata attraverso «l'eutanasia economica» che – secondo Lucia De Pascalis – «consiste nell'eliminazione di tutti quegli individui che, malati incurabili, non sono più capaci di produrre e, quindi, sono di peso economico alla società. Un'economia dei mezzi, dunque, per la quale gli invalidi, i malati incurabili, le cosiddette “bocche inutili da sfamare” sono considerati esseri da annullare» (8).

Non stupisce dunque, tornando all'articolo, che la propensione ad accettare la interruzione delle cure per risparmiare denaro si manifesti maggiormente là dove già da tempo viene praticata legalmente l'eutanasia. Quando si determinano le condizioni economiche, tecniche e giuridiche che ne costituiscono il presupposto, il passaggio da una concezione di eutanasia come *diritto civile* ad esercitare la libera e personale scelta di lasciarsi morire o di darsi la

(6) Umberto Galimberti, *La Repubblica Donna*, 23 maggio 2015.

(7) Alessandro Berliani, “Eugenetica, geopolitica e modernizzazione. Un intreccio accidentale”, documento tratto dal sito *Museo delle intolleranze e degli Stermini*, www.romacivica.net/amis.

(8) Lucia De Pascalis, “Persona, etica e mercato nel sistema sanitario”, *Idee*, siba-ese.unisalento.it

morte, ad una concezione di eutanasia imposta come un *dovere sociale* al quale l'individuo deve sottostare può, infatti, essere agevolmente compiuto senza che si abbia piena cognizione delle implicazioni che una simile svolta culturale ed etica avrebbe per ognuno di noi.

Ma a ben vedere, non è forse ancora così necessario che l'eliminazione «*di tutti quegli individui che, malati incurabili, non sono più capaci di produrre e, quindi, sono di peso economico alla società*» (9) venga imposta con una legge apposita (come nel caso olandese). Negli Stati in cui l'eutanasia o il suicidio assistito sono legali, si realizza già un obiettivo risparmio di risorse grazie al fatto che sono sempre più numerosi i pazienti che richiedono l'interruzione delle cure o di beneficiare della pratica della "dolce morte". Occorre però domandarsi se siano sempre rispettati i principi etici e le norme giuridiche che prevedono che si aderisca all'eutanasia per una scelta personale davvero libera (10) o se i pazienti ricorrono ad essa per sfuggire alle sofferenze, fisiche e psichiche, procurate dalla privazione delle cure e/o dall'imposizione di costi insostenibili per i malati ed i loro congiunti ed inferte per motivazioni economiche mascherate da opinabili ragioni tecnico-scientifiche.

(9) Lucia De Pascalis, *Op.Cit.*

(10) «*I medici hanno il dovere legale di consultare la famiglia e il paziente prima di inserirlo in un regime di Dnr (Do not resuscitate, da non rianimare). È questa la decisione presa da una Corte di appello inglese, che ha dato ragione alla famiglia di Janet Tracey contro l'ospedale Addenbrooke che ha ordinato di non rianimare la donna senza il suo consenso*». Il Dnr è una discussa procedura usata in tutti gli ospedali inglesi: prevede che un paziente non venga rianimato nel caso in cui subisce un arresto cardiaco o respiratorio. Le linee guida del Ministero non determinano in modo chiaro se i medici siano obbligati a consultare il paziente prima di prendere una simile decisione, indicano solo che è "preferibile". «*Janet Tracey, malata di cancro, è stata ricoverata all'ospedale di Addenbrooke, Cambridge, dopo un incidente automobilistico che le ha causato la frattura del collo nel febbraio del 2011, costringendola a respirare con l'aiuto di una macchina. I medici hanno messo la paziente in regime Dnr due volte senza il suo consenso e quello dei familiari. La donna è morta il 7 marzo 2011. La Corte ha stabilito che non informando la donna e i suoi familiari, i medici hanno violato i diritti umani di Janet in quanto "la decisione su come passare gli ultimi giorni della propria vita tocca chiaramente l'autonomia personale, l'integrità, la dignità e la qualità della vita del paziente". Perché il diretto interessato non venga coinvolto "devono esserci ragioni convincenti". La Corte, riporta il Daily Mail, ha sottolineato l'importanza di questo caso dal momento che il 68 per cento della popolazione in Inghilterra muore in ospedale e l'80 per cento di questi vengono messi dai medici in regime di Dnr, (...). Ora le linee guida sul Dnr dovranno essere modificate dalla British Medical Association*». Redazione, "Sentenza storica: i medici inglesi non potranno più stabilire in anticipo di non rianimare un paziente senza il suo consenso", *www.tempi.it*, 19 giugno 2014.

Qui da noi, in attesa di legiferare in sintonia con i tre Paesi del Benelux, è invalsa e si sta purtroppo diffondendo la pratica dell'eutanasia da abbandono. Per dirla con le parole di Maria Grazia Breda: «*In Italia, in ogni caso, è vietato sopprimere la persona gravemente malata con l'eutanasia. Tuttavia un sistema analogo, meno violento e meno evidente, ma non per questo meno efficace, è quello che viene realizzato con le dimissioni (o il non ricovero) in ospedale di persone malate croniche non autosufficienti. È la morte lenta, la morte per abbandono, la morte per sottrazione delle cure (non quelle fondamentali legate alla macchina che ti tiene in vita), ma quelle ugualmente importanti per poter terminare in modo il più possibile indolore l'esistenza*» (11).

Il maltrattamento istituzionalizzato

L'eutanasia praticata abbandonando a sé stessi i ricoverati – che in Italia, come viene documentato dalle cronache, assume sempre più spesso le forme della vessazione, fisica e morale, dell'anziano malato da parte di chi è preposto all'assistenza – non è però una nostra prerogativa. Anche in Francia, dove l'eutanasia attiva continua ad essere vietata (12), si verificano condizioni di «*maltrattamento istituzionalizzato*» di anziani non autosufficienti a causa di malattie croniche. Lo si apprende dall'articolo di Philippe Baquè "*Una misera vecchietta negli Ehpad*" (13) del quale propongo di seguito alcuni significativi passaggi.

Gli *Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)* sono le strutture residenziali per anziani non autosufficienti nelle quali, alla fine del 2015, vivevano 728.000 persone, ossia il 10% dei francesi sopra i 75 anni. Dall'articolo si apprende che, nelle residenze, gli ultranovantenni erano passati dal 29% del 2011 al 35%. Tra questi il 49%

(11) Maria Grazia Breda, "Eutanasia attiva, passiva e da abbandono", *Prospettive assistenziali*, n. 101, 1993.

(12) Nel 2016 è però stata approvata una legge che prevede il diritto alla sedazione profonda e continua per i malati gravi ed inguaribili con una prospettiva di vita molto breve. Un provvedimento che di fatto consente di usare la sedazione terminale negli ospedali francesi e costituisce un primo passo verso la legalizzazione dell'eutanasia. "Sospetta eutanasia in una casa di riposo", *www.interris.it*, 29 gennaio 2019.

(13) Philippe Baquè, "Una misera vecchietta negli Ehpad", *Le Monde diplomatique – il Manifesto*, marzo 2019.

soffriva sindromi di demenza spesso legate alla malattia di Alzheimer, e il 35% di disturbi cronici del comportamento. Altro dato importante è che l'ingresso negli istituti francesi avviene sempre più tardi, ad un'età media di 85 anni e 9 mesi. I congiunti degli anziani tendono infatti a posticipare il ricovero, spesso per motivi economici, incoraggiati anche dagli aiuti domiciliari.

Nell'aprile del 2017 in un istituto del gruppo privato *Ler Opalines* a Faucherans, dipartimento del Jura, è nato un movimento rivendicativo degli operatori socio sanitari per il miglioramento delle condizioni di lavoro. A metà luglio, *Le Monde* pubblica le loro drammatiche testimonianze: «*Quindici minuti per lavare, vestire, dar la colazione e i farmaci a ogni ospite svegliato all'alba; a mezzogiorno, una sola operatrice socio sanitaria per far mangiare sei persone; la preparazione per la notte avviene in tre minuti e quaranta secondi. "Non vengono messi a letto, vi vengono gettati", commenta una delle lavoratrici in sciopero*» (14).

Nei mesi successivi la protesta degli operatori delle *Ehpad* si estende a livello nazionale, con il sostegno della *Federazione nazionale delle associazioni e amici delle persone anziane e delle loro famiglie (Fnapaef)* e dell'*Associazione dei Direttori al servizio delle persone anziane (Ad-Pa)*. Il 30 gennaio 2018 viene proclamato il primo sciopero nazionale nella storia degli *Ehpad* e dei servizi domiciliari. I sindacati chiedono la rivalutazione degli stipendi, l'aumento del personale sanitario e la revoca della riforma delle tariffe stabilite per gli istituti, che penalizza le strutture pubbliche a vantaggio di quelle private a scopo di lucro.

Gli scioperi danno eco alle parole agli operatori e, attraverso le loro denunce, è possibile avere un quadro della misera condizione degli anziani nelle residenze. Tra il 2007 ed il 2014 dei 73.000 posti letto delle *Unità di cura di lungodegenza (Usid)*, delle quali facevano parte i reparti ospedalieri per malati di Alzheimer e affini, oltre 42.000 sono stati convertiti in posti letto di *Ehpad*, con pazienti che hanno bisogno di cure onerose, ma che non beneficiano più della stessa assistenza medica ed umana: «*Abbiamo perso dodici operatori socio sanitari in tre anni, protesta Joseph Edmond*», operatrice e militante della Cgt, «*Il risultato? Ci obbligano al mal-*

(14) *Ibidem*.

trattamento istituzionalizzato. E, fatico a dirlo, io non ho scelto a caso questo mestiere. L'igiene degli ospiti ormai si limita al Vmc (viso, mani, culo), non riusciamo neanche più a garantirgli una doccia alla settimana. Le persone malate di Alzheimer hanno bisogno di calma e rispetto per i propri ritmi. Ci avevano insegnato metodi di cura premurosi. Oggi è tutto finito. Il direttore si è spinto a dire: "Bisognerà abbassare le aspettative sulla qualità delle cure"!» (15).

Per ovviare alla mancanza di personale si è fatto ricorso a contratti di lavoro agevolati. Nel 2017, la *Fédération hospitalière de France* ne contava fino a 12.500 nei 3.000 istituti pubblici su un totale stimato di 300.000 dipendenti. Grazie a questo personale privo di formazione, precario e sottopagato si sono bene o male garantiti i servizi. Si è però assistito ad una graduale perdita di qualifica e ad un trasferimento improprio delle mansioni: gli addetti ai servizi ospedalieri (*Ash*), assunti con i contratti di lavoro agevolati e normalmente utilizzati per la pulizia e la somministrazione dei pasti, sono stati impiegati nella attività proprie degli operatori socio sanitari (*As*) dispensando cure, e questi ultimi si sono trovati a fare il lavoro degli infermieri e gli infermieri quello dei medici di reparto, in numero tristemente esiguo negli *Ehpad*.

Come testimonia Kadija M., addetta ai servizi ospedalieri in un *Ehpad* pubblico della Gironda: «*Ho avuto un contratto agevolato per due anni, mi occupavo delle pulizie. Successivamente sono stata assunta come addetta ai servizi ospedalieri, e mi sono trovata a provvedere alla cura dei pazienti, alla loro igiene, per esempio, senza avere alcuna formazione. Ho imparato tutto sul campo. Nella nostra squadra siamo tre Ash e sei As. Tutti facciamo lo stesso lavoro. Di domenica, ci capita di essere solo in due Ash. In caso di emergenza come facciamo?*» (16).

Questo fragile equilibrio – che Philippe Baqué definisce nell'articolo ai limiti della legalità – si è rotto dopo che, nell'agosto 2017, Emmanuel Macron ha deciso di non rinnovare il finanziamento dei contratti agevolati gettando nel panico gli istituti pubblici, ove si assiste ad una costante riduzione dei mezzi a disposizione, a vantaggio di quelli privati (17).

(15) *Ibidem*.

(16) *Ibidem*.

(17) Nel 2017 il Governo francese ha approvato una riforma del

Il settore privato a scopo di lucro risulta infatti in forte crescita e detiene il 25% dei 6.884 istituti censiti nel 2016; anche il settore privato gestito da società di mutua assicurazione e da congregazioni religiose ha registrato uno sviluppo con il suo 32% di posti letto. Il settore pubblico invece è passato dal 55% di posti nel 2011 all'attuale 43%.

Come riportato nell'articolo in esame, i costi degli *Ehpad* sono suddivisi in tre voci: la quota per le cure (32% della spesa totale) presa in carico dal servizio sanitario nazionale francese attraverso gli enti regionali sanitari (*Agences régionales de santé, Ars*); la quota per la non autosufficienza (15% della spesa), finanziata in parte dagli ospiti (o dalle loro famiglie) e in parte dal Consiglio del dipartimento attraverso il sussidio personalizzato di autonomia (*Allocation personnalisée d'autonomie, Apa*); la quota per vitto e alloggio, pagata dagli ospiti e dalle loro famiglie (53% della spesa).

Con riferimento al 2017, nel pubblico il valore mediano della retta è pari a 1.630 euro (metà degli ospiti paga di più, l'altra metà di meno); nel privato associativo è di 1.800 euro e, nel privato a scopo di lucro, la tariffa oscilla tra i 2.460 e gli 8.000 euro. «Eppure, gli istituti a finalità commerciali, notevolmente più onerosi, non garantiscono una qualità più alta delle cure. Attualmente il loro organico comprende dai venti ai venticinque operatori socio sanitari

sistema tariffario degli *Ehpad* che sancisce che gli stanziamenti degli istituti privati e pubblici si allineino, nell'arco di sette anni, alle tariffe fissate per le cure e la non autosufficienza. Prima di allora, queste tariffe venivano negoziate attraverso convenzioni tripartite (Dipartimenti sanitari regionali, Consigli dipartimentali e Istituti). Erano determinate in base al numero degli ospiti, del loro grado di non autosufficienza e allo status giuridico dell'istituto. A seguito della riforma, la quota per le cure dovrebbe essere attribuita tenendo conto innanzitutto del grado di non autosufficienza degli ospiti. È previsto lo stanziamento di 150 milioni di euro annui per sostenere gli *Ehpad* che dimostrano di aver subito un calo dei finanziamenti. Il secondo punto della riforma stabilisce che la base tariffaria per definire la quota per la non autosufficienza sia fissata dai Presidenti dei Consigli dipartimentali, ma questa modalità di calcolo aggrava la disparità tra dipartimenti e si traduce in una riduzione, stimata tra il 35 ed il 40 per cento, degli introiti degli *Ehpad* pubblici a causa dei costi aggiuntivi legati al loro status (assistenza più cara, stipendi più elevati, ecc.) che non vengono presi in considerazione con i nuovi criteri di calcolo. Dunque la riforma privilegia gli istituti privati a scopo di lucro e sancisce il venir meno del rapporto privilegiato tra i poteri pubblici e gli attori tradizionali – pubblici e associativi – a vantaggio del settore commerciale, in costante sviluppo, grazie ai finanziamenti pubblici, fin dalla creazione degli *Ehpad* nel 1997. A seguito delle proteste il Governo ha sospeso per due anni l'applicazione della riforma. Philippe Baquè, *Op.cit.*

e infermieri (a tempo pieno) per cento ospiti, contro i trenta per cento del settore pubblico. Inoltre, il livello delle retribuzioni è molto più basso. Negli ultimi anni, il peggioramento delle condizioni di lavoro è stato all'origine di decine di scioperi spontanei. Uno degli atti d'accusa più gravi è stato lanciato nel settembre 2018 dai giornalisti di "Envoyé spécial" Julie Pichot e Vincent Liger. Il loro reportage mostrava persone anziane lasciate in terra, senza cure, ospiti abbandonati a sé stessi nella sala da pranzo davanti a piatti non certo invitanti, operatori socio sanitari sopraffatti dal lavoro che denunciavano una catena di montaggio senza alcuna umanità (...). Una di loro racconta di essere stata licenziata dal gruppo Korian semplicemente per aver chiesto più pannoloni per gli ospiti» (18).

Il notevole sviluppo del settore privato commerciale foraggiato da finanziamenti pubblici ha evidenziato – secondo l'Autore dell'articolo di *Le Monde diplomatique* – il problema della disuguaglianza della ripartizione dei cittadini in condizioni di non autosufficienza nell'insieme degli istituti. Da un rapporto parlamentare risulta infatti che molti ospiti, con una pensione media sui 1.200 euro al mese, non possono pagare la quota intera di un posto in *Ehpad*, il cui prezzo mediano raggiungeva i 1.937 euro al mese nel 2017, a fronte di istituti con tariffe uguali o inferiori ai 1.674 euro, e il 10% superiore ai 1.819 euro. «I sussidi stanziati dai dipartimenti per vitto e alloggio permettono di coprire la differenza per i cosiddetti istituti "abilitati", la cui retta per vitto e alloggio ha un costo bloccato. Gli istituti possono essere abilitati per l'insieme dei propri posti letto o solo per una parte. La tariffa media di vitto e alloggio per i posti abilitati ammonta a 55,90 euro al giorno e a 74,20 per i posti non abilitati. Oggi sono soprattutto gli *Ehpad* pubblici (abilitati nel 100% dei posti) e gli *Ehpad* privati associativi (abilitati all'81%) a destinare i posti letto a prezzo contenuto alle persone che usufruiscono di sussidi sociali per vitto e alloggio. Solo il 4% degli *Ehpad* privati a scopo di lucro è totalmente abilitato, e il 37% parzialmente. Nel 2015, 120.000 persone hanno beneficiato del sussidio sociale per vitto e alloggio. Tre ospiti su quattro ne

(18) *Ibidem.*

avrebbero diritto ma solo uno su due ne fa richiesta, a causa della minaccia che impone a figli e nipoti di provvedere alla loro esistenza materiale ma anche alla possibilità per lo Stato di rivalersi sugli eredi per recuperare gli aiuti versati» (19).

A fronte di questa situazione penalizzante le persone tendono a procrastinare il più possibile il ricovero in istituto ricorrendo al sostegno domiciliare. Il settore di aiuto ed assistenza a domicilio e quello delle cure a domicilio – tradizionalmente gestiti da Associazioni nazionali riunite in grandi federazioni (20) che danno lavoro a 226.000 lavoratori, il 95% dei quali di sesso femminile – dipende, in notevole misura, dal finanziamento dei dipartimenti. Ma lo stanziamento globale per la gestione riconosciuto dallo Stato agli enti territoriali è in continuo crollo: 40 miliardi di euro nel 2014 e solamente 30,9 miliardi nel 2017. Come negli Ehpad si assiste, pertanto, ad un decadimento complessivo della quantità e della qualità delle prestazioni fornite da assistenti familiari e domiciliari remunerati con bassi stipendi e, sempre più spesso, inquadrati con contratti part-time e a tempo determinato; con giornata lavorativa ampliata a dodici ore; con tempi di spostamento non retribuiti; con rimborsi su base chilometrica bassi e mai rivalutati; con obbligo di utilizzare i mezzi propri per gli spostamenti.

In questa corsa alla riduzione dei diritti sociali – afferma Philippe Baquè – sono entrate in campo le società private di aiuto domiciliare. «Ormai, la redditività del settore attira i grandi gruppi finanziari Ehpad, come Korian e Orpea che comprano una dopo l'altra le società. "Il settore privato si sta sviluppando grazie ai fondi pubblici. E non per offrire un servizio migliore", osserva Estelle Pin, membro del collettivo aiuto

(19) *Ibidem*. La leader del partito conservatore del Regno Unito Theresa May aveva proposto – nel manifesto elettorale in vista del voto dell'8 giugno 2017 – una "tassa sulla demenza senile" che avrebbe fatto aumentare, di molto, le spese per i ricoveri in case famiglia e di assistenza domiciliare agli anziani con un meccanismo destinato a colpire gli assistiti e le loro famiglie attraverso un prelievo sulla casa di proprietà che lo Stato avrebbe fatto alla morte dell'anziano. Dopo le proteste della base del partito Tory, costituita dagli anziani del ceto medio, direttamente chiamato in causa dal provvedimento, molti deputati del partito sono insorti e Theresa May ha dovuto annunciare, già nel corso della campagna elettorale, che il piano di riforma sarebbe stato ripensato.

(20) Aiuto a domicilio in zone rurali (Admr); Unione nazionale di aiuto, cura e servizi a domicilio (Una); Associazione di cura e servizi a domicilio (Assad). Philippe Baquè, *Op.cit.*

domiciliare della Cgt. "Per assicurare i compensi agli azionisti, è evidente che l'unica variabile su cui si può intervenire è la manodopera! Così, le condizioni di lavoro già difficili nel settore associativo, peggiorano drasticamente nel privato. I Consigli dipartimentali non si mostrano troppo dispiaciuti, dal momento che questo permette loro di risparmiare e ridurre ulteriormente il tempo dedicato agli utenti"» (21).

Sembra proprio che stia cominciando ad avverarsi la profezia distopica del francese Jacques Attali (22): «Il mercato si estenderà a settori dove fino ad oggi non ha accesso: per esempio la sanità, l'istruzione, la polizia, la giustizia, gli affari esteri – e contemporaneamente, nella misura in cui non ci sono regole di diritto, il mercato si estenderà a settori oggi considerati illegali, criminali: come la prostituzione, il commercio degli organi, delle armi, il racket, eccetera. Quindi si avrà un mercato che dominerà sempre più, determinando una concentrazione di ricchezze, una diseguaglianza crescente, una priorità data al breve termine e alla tirannia dell'istante e del denaro. Fino, alla fine, alla commercializzazione della cosa più importante: ossia la vita, la trasformazione dell'essere umano in una merce di scambio: lui stesso divenuto un clone e un robot di sé stesso» (23).

In ogni caso, di questo orribile futuro noi anziani non dovremo preoccuparci più di tanto. Secondo Attali, infatti, «quando si sorpassano i 60-65 anni, l'uomo vive più a lungo di quanto

(21) In Francia il fortissimo sviluppo del settore privato a scopo di lucro delle case di cura per anziani non autosufficienti è andato di pari passo con una lunga serie di fusioni riguardanti alcune decine di società ed enti di gestione che hanno in mano il mercato. Dopo l'acquisto di Medica, Korian è diventato il più potente. Nel 2016, ha realizzato un fatturato superiore a 3 miliardi, il 15,5% di margine, un utile di 38 milioni di euro e, in cinque anni, ha raddoppiato i dividendi versati ai propri azionisti. Il settore degli Ehpad registra una esplosione di investimenti. Il settore attira i fondi di investimento, le banche, i fondi pensione ed anche quelli di Stati sovrani. Gli Ehpad commerciali sono diventati molto interessanti per i broker, che rivendono i posti letto agli investitori privati attirati da una redditività del loro affitto stimata tra il 4 e il 6 per cento e da guadagni defiscalizzati. Philippe Baquè, *Op.cit.*

(22) «Economista ed ex consigliere di Mitterrand, ha svelato di essere l'autore della scoperta di Emmanuel Macron: "Sono io che l'ho presentato a Holland per farlo lavorare all'Eliseo". Se il leader di "En Marche!", insomma, ha oggi buone possibilità di divenire il prossimo inquilino dell'Eliseo, è merito di un uomo ombra, conosciuto per lo più dagli addetti ai lavori, ma da sempre impegnato in prima linea per la causa europeista». Francesco Boezi, "Jacques Attali, l'uomo ombra dietro la vittoria di Emmanuel Macron", *il Giornale.it*, 24 aprile 2017.

(23) Maurizio Blondet, "L'orribile avvenire che ci promette Attali", *Blondet&Friends*, www.maurizioblondet.it, 9 giugno 2017.

non produca e costa caro alla società. L'eutanasia sarà uno degli strumenti essenziali delle nostre società future. Il diritto al suicidio, diretto o indiretto, è perciò un valore assoluto in questo tipo di società. Macchine per sopprimere permetteranno di eliminare la vita allorché essa sarà troppo insopportabile, o economicamente troppo costosa» (24).

Considerazioni finali

Come osserva Barbara Da Roit in una intervista raccolta da Sara Picchi (25) il Regno Unito è stato il primo Paese a inaugurare, già alla fine degli anni '80, il trasferimento dei servizi di cura al mercato. A seguire si sono mossi, a partire dagli anni '90, l'Olanda ed i Paesi nordici che avevano politiche pubbliche di assistenza agli anziani molto sviluppate e per i quali la tematica dell'invecchiamento ha iniziato a imporsi, nel dibattito pubblico, in relazione al tema generale della sostenibilità della spesa pubblica. A spingere nella stessa direzione, oltre alla pressione dei costi crescenti, hanno concorso, secondo la docente intervistata, due altri fattori: il primo rappresentato dalla richiesta da parte delle organizzazioni degli assistiti di forme nuove di tutela e sostegno, maggiore autonomia, libertà di scelta e la possibilità di impiegare i propri aiutanti; il secondo dallo spostamento complessivo del quadro politico da ideali più socialdemocratici a liberisti da un lato e comunitaristi dall'altro. Quindi un forte accento sul mercato come strumento regolatore per eccellenza e l'idea che il pubblico non debba fare tutto, anzi meno fa meglio è.

«A metà degli anni '90, nei paesi dell'Europa continentale – Germania, Francia, Austria – tradizionalmente poco impegnati nelle politiche di cura, sotto la pressione crescente della domanda sociale sono state introdotte misure per la tutela delle persone anziane e di quelle non autosufficienti attraverso sistemi nazionali di tipo assicurativo o fiscale. Tuttavia il clima era cambiato, si doveva spendere poco e bisogna-

(24) La citazione è tratta da: Jacques Attali, "La médecine en accusation", in AA.VV., "L'avenir de la vie", Seghers, Paris 1981, pp.268-274 ed è riportata, con indicazione della fonte suddetta, in una pagina dal titolo: "Queste parole non sono di Hitler ma di Attali, uno dei fondatori dell'Ue", nel sito www.imolaoggi.it.

(25) Sara Picchi, "trent'anni di mercato, la cura degli anziani in Europa", www.ingenere.it, 24 aprile 2017.

va incrementare la libertà di scelta. Quindi l'espansione delle politiche nell'Europa continentale si è fatta non a partire dai servizi pubblici ma dall'estensione delle erogazioni monetarie destinate all'acquisto di servizi di cura privati, ovvero il cash-for-care. Con l'eccezione della Francia, dove l'introduzione del cash-for-care è avvenuta in concomitanza con l'obiettivo di ampliare l'occupazione femminile, l'assenza di vincoli di destinazione tra il trasferimento e l'uso che se ne fa e risorse trasferite non sufficienti a coprire per intero i costi dei servizi di cura hanno reso difficile tenere sotto controllo il mercato della cura e regolarlo» (26).

Nei Paesi con politiche di cura molto forti come quelli del Nord Europa ci sono stati tentativi anche riusciti di tagliare i servizi e ri-familiarizzare la cura. «Quello che mi chiedo – afferma in conclusione Barbara Da Roit – è se sia vero che se si tagliano i servizi poi la famiglia torna a curare informalmente i propri anziani. La mia ipotesi, in realtà, è che la cura informale, si stia indebolendo. E questo richiamerebbe in campo il mercato in maniera molto forte, con possibili conseguenze in termini di disuguaglianze sociali e di condizioni di lavoro nel settore» (27).

Oggi il mercato è in ogni caso sovrano, così come è dominante l'etica dell'utilitarismo che prescrive che è perseguibile e desiderabile solo la felicità o l'utilità intesa come prevalenza netta del piacere sulla sofferenza. Ed è a questo modello teorico, considerato in termini di "razionalizzazione" delle risorse, che guarda chi ha assunto l'obiettivo del raggiungimento del miglior risultato con i minori costi finanziari. In pratica il "bene salute" ed addirittura il "bene vita", vengono analizzati sulla base dei costi benefici: correlando il costo in denaro di una prestazione sanitaria ed assistenziale al beneficio dello stato di salute o dell'essere in vita.

La proposta di legge olandese, di cui si è detto nella prima parte di questo articolo, si fonda su un metodo di analisi secondo il quale i vantaggi delle alternative che si confrontano devono poter essere tradotti in benefici monetari, che si possono quantificare sommando due componenti: i costi futuri che un intervento sanitario permette di evitare e il *tempo di vita recuperato*. E per quanto riguarda questo aspetto – e cioè

(26) *Ibidem*.

(27) *Ibidem*.

l'attribuzione di un *valore monetario alla vita* – i due metodi principali in uso sono:

- il metodo del capitale umano. Attraverso il recupero della salute si mantiene il valore del capitale umano che coincide con quello della persona sulla quale si interviene. Persona che vale di più o di meno in base alle sue possibilità produttive, ovvero dei suoi guadagni. Il valore di una vita restituita alla salute può dunque essere espresso come valore monetario del prodotto derivante dal lavoro recuperato (di solito determinato con riferimento alla retribuzione di tale lavoro);

- il metodo della disponibilità a pagare. Si assume come riferimento quanto gli individui (intesi come *consumatori*) sono disposti a pagare per ridurre il rischio, di morte o di ammalarsi, da un determinato livello ad uno più basso.

In un'ottica in cui, già in partenza, si attribuisce un diverso valore monetario alla vita per poi distinguere ulteriormente tra *vita e qualità della vita* è evidente che gli anziani vengono a trovarsi, per la loro età, in una posizione di assoluto e irrecuperabile svantaggio già in partenza, poiché nel calcolo degli anni di vita e della qualità della stessa, un giovane garantirebbe una resa maggiore.

Ricordiamoci però (e soprattutto ricordiamolo ai nostri governanti) che l'utilizzo di tali metodologie per selezionare l'accesso alle cure è contrario alla nostra Costituzione ed in particolare all'articolo 32: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*».

Dobbiamo pertanto contrastare, con tutto l'impegno umano e professionale possibile, la logica utilitaristica – sulla quale è fondato il sistema economico e sociale liberistico oggi imperante – che mira ad instillare, in tutte le persone, la devastante concezione secondo la quale vale la pena di vivere solo se la salute e la vita raggiungono un livello di qualità socialmente apprezzato e se hanno un valore economico tale da giustificare i costi che la cura comporta per lo Stato.

Concludo riprendendo alcune considerazioni già formulate in un articolo di qualche anno

fa (28). Credo che il *diritto di morire con dignità* non debba essere dissociato dal *diritto di vivere con dignità* (poiché si tratta di diritti tra loro complementari) e che, pertanto, possa essere esercitato solo sulla base di una libera e consapevole scelta personale che va sostenuta unicamente se è davvero tale. Da ciò consegue che è da considerare moralmente e giuridicamente illecita ogni forma di eutanasia imposta per costrizione.

Per fronteggiare l'insorgenza di un utilizzo eugenetico dell'eutanasia, nelle nuove subdole forme che questa pratica assume ai giorni nostri, occorre pretendere con forza – come da ormai cinquanta anni viene affermato dalle pagine di questa rivista – che ai malati, compresi quelli colpiti da malattie croniche e/o inguaribili e da non autosufficienza, così come a coloro che sono nella fase terminale della vita, siano assicurate, come prevedono le leggi, tutte le necessarie cure mediche, infermieristiche e di assistenza tutelare nonché tutte le prestazioni socio-relazionali necessarie: sia nel caso di ricovero in strutture sanitarie (dunque incluse le Residenze sanitarie assistenziali) sia quando il malato vive a casa sua presso i suoi familiari.

Infine è doveroso, sia dal punto di vista etico che giuridico, che vengano fornite alle persone ammalate tutte le prestazioni occorrenti per eliminare il dolore o per ridurlo in tutta la misura possibile, così da non far nascere, strumentalmente, il desiderio di morte negli assistiti. La medesima attenzione va posta nel supportare adeguatamente i loro familiari, per evitare che la disperazione indotta dall'essere lasciati soli nella cura dei congiunti, li spinga a compiere quegli omicidi-suicidi che sempre più spesso troviamo descritti nelle cronache dei quotidiani (29).

(28) Mauro Perino, "Contro l'eugenetica economica e l'eutanasia sociale", *Prospettive assistenziali*, n. 184, ottobre-dicembre 2013.

(29) Si vedano sul tema trattato in questo articolo gli ulteriori contributi pubblicati su questa rivista: *Sulla dignità del morire e l'eutanasia*, n. 123, luglio-settembre 1998; F. Santanera, *Perché sono costretto a scegliere l'eutanasia attiva quale male minore*, n. 126, aprile-giugno 1999; *Documento della tavola valdese sull'eutanasia e il suicidio assistito*, n. 127, luglio-settembre 1999; *Proposta di legge sul consenso informato e sull'eutanasia*, n. 128, ottobre-dicembre 1999; *La legge olandese sull'eutanasia e il suicidio assistito*, n. 136, ottobre-dicembre 2001; *Testo della legge belga sull'eutanasia*, n. 144, ottobre-dicembre 2003; *Basta con l'eutanasia da abbandono: lettera aperta al Ministro Maurizio Sacconi e al Sottosegretario Eugenia Roccella sugli anziani non autosufficienti*, n. 171, luglio-settembre 2010.