

## Non un vecchio di meno

SANDRO SPINSANTI

Istituto Giano per le Medical Humanities, Roma.

*Pervenuto e accettato il 17 gennaio 2022.*

**Riassunto.** Nello scenario narrativo di una Svezia degli anni '70 un ipotetico comitato che deve decidere quali decisioni prendere per contenere la caduta dello stato sociale, sotto stress per l'aumento degli anziani, opta per una misura estrema: introdurre l'"obbligo volontario" per i vecchi di ricorrere all'eutanasia, a un certo punto del percorso vitale. Il romanzo distopico di Wejmark anticipava così una situazione che nelle società sviluppate avrebbe avuto nei decenni seguenti soluzioni non così brutali, ma riconducibili a un'emarginazione di vecchi, non autosufficienti e non più produttivi. La situazione della pandemia da Covid-19 ha reso poi attuale l'incubo. In alternativa alla soluzione eliminatoria, una cultura diversa della condizione degli anziani dovrebbe prendere il profilo di un tempo per le parole oneste – sia nell'ambito dell'intimità che in quello sociale –, un tempo delle scelte consapevoli e un tempo di crescita nel senso di autorealizzazione compiuta, non solo di tempo aggiunto alla somma degli anni.

**Parole chiave.** Geriatria, stato sociale, eutanasia, autodecisione, consapevolezza, terapia della dignità.

"Avremo presto bisogno di più morti. Ma come fare?" Con questa domanda si conclude il bilancio di un sistema sociale messo alle corde dall'aumento di costi dell'assistenza destinata a soggetti non più produttivi, per l'età e la crescita di patologie. Il che fare a cui si perviene è ingegnoso: indurre gli anziani ad andarsene, introducendo l'"obbligo volontario" di ricorrere all'eutanasia. Lo propone un ipotetico comitato denominato FATER, competente per le questioni che riguardano la Fase Terminale della vita, creato presso il Ministero degli Affari Sociali. Lo ha immaginato il romanziere Carl-Henning Wejmark, collocandolo nella Svezia degli anni '70 del Novecento<sup>1</sup>. Una distopia agghiacciante, mai formulata nella realtà in modo così cinico. Eppure c'è da domandarsi se ciò che il FATER teorizza non sia diventato, qualche decennio più tardi, una pratica sociale che ha luogo sotto i nostri occhi, a esclusione magari dell'esplicita brutalità di chiedere ai cittadini di farsi volontariamente da parte.

Non attribuiamo ai nostri amministratori la volontà di liberarsi del peso costituito dalle cure per i grandi anziani (a parte qualche uscita infelice sui morti della pandemia costituiti dalla parte non più produttiva della società...). Né la gestione catastrofica delle RSA,

*Not an old less.*

**Summary.** In the narrative scenario of a 1970s Sweden, a hypothetical committee that must decide which decisions to take to contain the fall of the welfare state, under stress due to the increase of the elderly, opts for an extreme measure: introducing the "voluntary obligation" to the elderly to resort to euthanasia, at some point in their life path. Wejmark's dystopian novel thus anticipated a situation that in developed societies would have in the following decades not so brutal solutions, but attributable to the marginalization of the old, non-self-sufficient and no longer productive. The situation of the Covid-19 pandemic then made the nightmare current. As an alternative to the eliminatory solution, a different culture of the condition of the elderly should take the profile of a time for honest words – both in the context of intimacy and in the social sphere –, a time of conscious choices and a time of growth in the sense accomplished self-realization, not just time added to the sum of the years.

**Key words.** Geriatrics, social welfare, euthanasia, self-termination, awareness, dignity therapy.

che ha prodotto un'ecatombe di anziani e non autosufficienti all'interno della pandemia stessa, può essere fatta risalire a un piano deliberato; è stato piuttosto il frutto di impreparazione e incompetenza. Ma ciò che la pandemia ha fatto emergere – assumendo letteralmente la condizione emergenziale come un "far emergere" ciò che già esisteva, anche se i nostri occhi non riuscivano a vederlo – quanto disfunzionale e carica di indebite sofferenze fosse la "normalità". Per questa ragione la nostra aspirazione non può essere semplicemente quella di chiudere la parentesi dell'emergenza e tornare alla normalità precedente. Dobbiamo prendere coscienza di ciò che non andava bene nel trattamento che la nostra società riservava alle persone di età avanzata e cercare di cambiarlo. E osare immaginare un cambio di passo verso un sistema che non tenda a liberarsi dei vecchi, ma a prendersene veramente cura.

Ecco alcuni tratti ideali che vorremmo caratterizzassero il tempo culminante della vita, quello che conduce inevitabilmente ad affluire nel grande mare che tutti ci accoglierà, senza però trattare nessuno come scarto o come zavorra. Affinché la vita abbia, fino al termine, la quantità e la qualità che ognuno auspica per sé stesso.

Dovrebbe essere anzitutto **un tempo di parole oneste**. Sia nell'ambito dell'intimità familiare, sia in quello sociale. Lo scenario della cura riservata alla vecchiaia dovrebbe essere oggetto di una "conversazione" aperta. Da questa ci aspettiamo che emergano per tempo le alternative e le preferenze, ben prima che il possibile degrado cognitivo renda impossibile la condivisione. Parole oneste devono circolare anche dal punto di vista sociale. Solo se le persone e i nuclei familiari conoscono in modo veritiero con quali risorse la società verrà incontro alle loro necessità potranno prendere decisioni in modo responsabile. Fin troppe famiglie precipitano in una condizione di povertà per le cure di malattie croniche e degenerative che di fatto, se non di diritto, non sono garantite dal servizio pubblico. Sono quindi affidate al loro coinvolgimento diretto con spesa sanitaria privata: situazioni che provocano non di rado crolli sia finanziari che emotivo-psicologici.

Grazie a una comunicazione onesta, il segmento ultimo della vita può diventare **il tempo delle scelte**. Anzitutto per trovare il difficile equilibrio - e talvolta mutevole nel tempo - tra gli interventi curativi e quelli palliativi. La palliazione non è semplicemente ciò che subentra quando "si è fatto tutto il possibile" e si affaccia la constatazione che "non c'è più niente da fare". Questa scansione del processo di cura in due segmenti successivi è fuorviante. Finisce per attribuire un carattere caricaturale sia agli interventi curativi che a quelli palliativi: i primi rischiano di sconfinare nell'irragionevole ostinazione terapeutica, i secondi si profilano come una transizione brusca in braccio a coloro che si occupano dell'agonia e del decesso, che crea l'impressione di un abbandono da parte dei professionisti curanti.

Fa parte delle scelte anche dove trascorrere il segmento di vita caratterizzato dalle cure rivolte alla grande vecchiaia e all'eventuale non autosufficienza. Il domicilio può costituire la prima scelta, se l'assistenza di caregiver e di curanti professionali è possibile e garantita in maniera sufficiente. Ma le preferenze potrebbero anche andare nella direzione di strutture che accolgono anziani e non autosufficienti, purché civilmente gestite, nonché di hospice per l'accompagnamento nella fase finale. Fa una grande differenza se il luogo delle cure supreme è scelto o è imposto da circostanze fuori controllo; se è previsto e programmato, o invece sopravviene in condizioni di emergenza.

Infine l'ultimo tratto di strada ce lo immaginiamo come **un tempo di crescita**. Per qualcuno la crescita significa semplicemente giorni da aggiungere alla somma degli anni: nella misura in cui è ritenuto auspicabile e possibile. Non sono molte, in verità, le persone che condividono le preferenze espresse dall'oncologo e bioeticista americano Ezechiele Emanuel che, in un articolo che ha avuto molta risonanza, pubblicato sulla rivista *The Atlantic* (2014, n.10), ha dichiarato che, considerate le patologie che si accumulano con

il crescere degli anni e il conseguente degrado fisico e mentale, auspica di vivere solo fino a 75 anni<sup>2</sup>. I più aspirano segretamente all'immortalità e preferiscono estendere il più possibile la lunghezza della vita, nonostante le crescenti limitazioni che l'accompagnano.

Qualunque sia la lunghezza della vita che ci si augura, resta il fatto la crescita ideale è quella in consapevolezza, nell'orizzonte della spiritualità. Questa può essere religiosa o laica, nonché una singolare mescolanza dell'una e dell'altra: la sua caratteristica è di farci alzare sulla punta dei piedi sulla terra, qualunque sia il modello al quale abbiamo ispirato la nostra vita. Anche chi ha preso strade sbagliate può almeno acquisirne consapevolezza. Il ladrone crocifisso accanto al Messia - per convenzione chiamato il "buon ladrone", benché nel Vangelo non sia qualificato come buono! - capisce alla fine di aver condotto un'esistenza contraria alle regole della giusta convivenza (*Luca* 23, 39-43). Così come il protagonista de *La morte di Ivan Il'ic* di Tolstòj conclude la revisione della propria vita con una constatazione amara: "Sì, tutto è stato come non avrebbe dovuto essere, ma non importa". Tante altre possibilità di presa di coscienza si innalzano al di sopra di questi livelli minimi: bilanci esistenziali, perdoni da chiedere e da ottenere, riconciliazioni e risoluzioni di legami equivoci o morbosi. Fino a quelle "parole per il tempo che rimane" che costituiscono la "Terapia della dignità" proposta dallo psichiatra canadese Harvey Chochinov (*Terapia della dignità*, 2015)<sup>3</sup>, mediante le quali si intende lasciare un documento che sintetizzi la propria vita e rafforzi i legami che con la morte prenderanno la fisionomia del ricordo.

Sì, certo: seguire la via spiccia suggerita dal FATER costa meno dal punto di vista economico. Non richiede neppure gli sforzi necessari per modificare gli atteggiamenti culturali della nostra società nei confronti della vecchiaia e far aumentare la consapevolezza che siamo chiamati per tempo a fare delle scelte. A meno che il costo non sia quello che saremmo costretti a pagare in termini di degrado della civiltà.

*Conflitto di interessi:* l'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

## Bibliografia

1. Wejkmarmk CH. La morte moderna. Milano: Iperborea, 2008.
2. Emanuel E. Why I hope to die at 75. *www.theatlantic.com* 2014/10.
3. Chochinov HM. Terapia della dignità. Le parole per il tempo che rimane. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2015.

Indirizzo per corrispondenza:  
Prof. Sandro Spinsanti  
Istituto Giano Ass.  
Via Buonarroti 7  
00185 Roma  
E-mail: [sandro.spinsanti@gmail.com](mailto:sandro.spinsanti@gmail.com)



Un progetto del **Dipartimento di Epidemiologia** del Servizio sanitario della Regione Lazio ASL Roma 1

in collaborazione con  
**Il Pensiero Scientifico Editore**

[bal.lazio.it](http://bal.lazio.it)

# LE RIVISTE 2022

[www.pensiero.it/riviste](http://www.pensiero.it/riviste)

	ISSN	Uscite	Abb. Priv. (print+online)	Abb. Ist. (print+online)	Abb. Estero (print+online)	Copia singola
ANNALI DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ <a href="http://www.annali-iss.eu">www.annali-iss.eu</a>	0021-2571	4	57,00	67,00	67,00	21,00
AREA PEDIATRICA <a href="http://www.area-pediatria.it">www.area-pediatria.it</a>	1591-0075	4	70,00	120,00	180,00	20,00
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RICERCA <a href="http://www.air-online.it">www.air-online.it</a>	1592-5986	4	85,00	190,00	260,00	35,00
C.A.R.E. <a href="http://www.careonline.it">www.careonline.it</a>	1128-5524	6	90,00	120,00	200,00	25,00
ECOLOGIA DELLA MENTE <a href="http://www.ecologiadellamente.it">www.ecologiadellamente.it</a>	0394-1310	2	85,00	170,00	220,00	45,00
GIORNALE PREVENZIONE INFEZIONI ORGANIZZAZIONI SANITARIE <a href="http://www.gimpios.it">www.gimpios.it</a>	1122-407X	4	85,00	190,00	210,00	30,00
GIORNALE ITALIANO DI CARDIOLOGIA <a href="http://www.giornaledicardiologia.it">www.giornaledicardiologia.it</a>	1827-6806	12	150,00	260,00	315,00	40,00
GIORNALE ITALIANO DI FARMACIA CLINICA <a href="http://www.farmaciaclinica.it">www.farmaciaclinica.it</a>	1120-3749	4	110,00	190,00	315,00	35,00
GIORNALE ITALIANO DI FARMACIA CLINICA + BOLLETTINO SIFO			200,00	290,00	400,00	N.D.
THE ITALIAN JOURNAL OF GENDER-SPECIFIC MEDICINE <a href="http://www.gendermedjournal.it">www.gendermedjournal.it</a>	2421-7212	3	85,00	170,00	260,00	35,00
NOOS <a href="http://www.e-noos.com">www.e-noos.com</a>	1590-0711	3	85,00	170,00	240,00	30,00
PEDIATRIA <a href="http://sip.it/sezioni/pediatria-magazine">sip.it/sezioni/pediatria-magazine</a>	2240-3183	8	40,00	80,00	120,00	25,00
POLITICHE SANITARIE <a href="http://www.politichesanitarie.it">www.politichesanitarie.it</a>	1590-069X	4	100,00	170,00	260,00	35,00
RECENTI PROGRESSI IN MEDICINA <a href="http://www.recentiproggressi.it">www.recentiproggressi.it</a>	0034-1193	12	130,00	270,00	320,00	40,00
RICERCA & PRATICA <a href="http://www.ricercaepratica.it">www.ricercaepratica.it</a>	1120-379X	6	95,00	170,00	260,00	35,00
RICHARD E PIGGLE <a href="http://www.richardepiggle.it">www.richardepiggle.it</a>	1121-9602	4	85,00	170,00	240,00	40,00
RIVISTA DI PSICHIATRIA <a href="http://www.rivistadipsichiatria.it">www.rivistadipsichiatria.it</a>	0035-6484	6	105,00	190,00	260,00	35,00
RIVISTA ITALIANA DI CURE PALLIATIVE <a href="http://www.ricp.it">www.ricp.it</a>	1972-6481	4	105,00	190,00	260,00	30,00
TRAPIANTI <a href="http://www.trapiantionline.com">www.trapiantionline.com</a>	1590-072X	4	95,00	170,00	260,00	40,00

