

Un centro congressi sullo stretto dell'Öresund. Navi cisterne passano in fila nella foschia primaverile. Tra uno scafo e l'altro si intravedono Kronborg e Helsingør.

Primo giorno, mattina

MODERATORE: Buongiorno a tutti, mi chiamo Bert Persson, sono il direttore del dipartimento e vi do il mio cordiale benvenuto a questo simposio sul tema “La fase terminale della vita umana”, abbreviato nella nostra sigla FATER. Siamo noi stessi gli organizzatori, e la maggior parte dei presenti ha già quindi avuto modo di conoscersi in quella sede. Il FATER, come sapete, è il comitato interno del Ministero degli Affari Sociali che si occupa di questioni che riguardano appunto la fase terminale della vita umana. Vorrei dunque rivolgere un benvenuto particolare ai partecipanti esterni che hanno accettato di fornirci i loro punti di vista e con i quali siamo grati di poter testare le nostre idee. In questa fase preliminare di un progetto così radicalmente nuovo, siamo più che desiderosi di stendere i nostri tentacoli in varie direzioni e captare critiche e indicazioni in una discussione informale.

La fase terminale della vita umana: tocca evidentemente uno spettro incredibilmente ampio di que-

stioni, che vanno dalla teologia e dalla filosofia alla sociologia, la biologia e la chimica.

Quando abbiamo spedito inviti e programma, abbiamo anche fatto presente un paio di regole del gioco che devono essere rispettate nell'ambito di seminari che riguardano questioni così delicate per l'opinione pubblica. Spero che a nessuno dispiaccia se le riassumo brevemente. Prima di tutto: questo è un seminario a porte chiuse. I media *non* sono ammessi e non possono essere contattati né adesso né dopo su ciò che verrà discusso qui dentro, se non con mio esplicito consenso. È mio dovere ricordarvi la nuova legge sulla tutela del segreto dei progetti di ordine sociale, che si applica pienamente in casi come questo. In secondo luogo, una preghiera a voi tutti di non interrompere questo nostro isolamento se non per motivi di estrema necessità. È largamente dimostrato che la continuità del tempo trascorso insieme è della massima importanza per arrivare a un reale dibattito e di conseguenza per la riuscita di un simposio. E con ciò ho finito la parte sgradevole. Speriamo di poterla un po' compensare con la qualità del servizio e la possibilità di approfittare di sauna, biliardo e tennis da tavolo. E con il piacere della compagnia, ovviamente.

L'ordine del giorno l'avete davanti. Nel mio discorso introduttivo presenterò una panoramica del problema e un orientamento di policy dal punto di vista del Ministero. Ci sarà anche un breve sguardo retrospettivo sui precedenti lavori di ricerca in questo campo. Poi abbiamo due interventi. Caspar Storm dell'Istituto di Bioetica parlerà di "etica medica ed etica sociale". Dopo pranzo Aksel Rønning ci darà quello che chiama uno "sguardo retrospettivo sulla storia del valore umano". Aksel Rønning è uno sto-

rico delle idee e scrittore danese, ma è attivo e conosciuto qui in Svezia ormai da molti anni. La discussione è sempre libera, nel senso che è consentito interrompere il relatore con domande e commenti – è meglio che possano inserirsi con la loro freschezza nell'immediato contesto. Voglio anche approfittare dell'occasione per pregare voi tutti di cercare di astenersi dall'utilizzare termini eccessivamente tecnici, dal momento che, per il carattere stesso dell'argomento, siamo un gruppo professionalmente molto misto e trasversale. Ve ne sarò grato.

Ma ora basta con le mie raccomandazioni e veniamo al dunque. Prima però consentitemi di gettare un'occhiata al passato.

Negli anni Settanta avevamo condotto un'indagine sull'assistenza sanitaria nella fase terminale della vita. Avevamo quindi definito lo scopo della ricerca in termini di problema medico e non di problema sociale globale. Con l'ovvia conseguenza che le professioni della salute, cioè in primo luogo come al solito professori di medicina e primari ospedalieri, avevano avuto una maggioranza compatta rispetto ai rappresentanti di altri interessi sociali. L'indagine era incentrata sui pazienti e sul personale, e l'aspetto economico non veniva praticamente neanche preso in considerazione. Del resto è tutt'ora in generale un campo piuttosto trascurato qui da noi in Svezia. Verso la fine degli anni Settanta è arrivato un certo numero di rapporti, alcuni anche molto ben fatti, ma nel complesso puramente descrittivi, senza conclusioni propositive. E alla fine una relazione che in realtà non mirava a nessun cambiamento e che di conseguenza non ha portato a nessun intervento radicale. I tempi non erano ancora maturi per le grandi decisioni in materia

di eutanasia. Era quella che noi definiremmo un'indagine dilatoria, e tale era in effetti il suo scopo. Le questioni relative a morte cerebrale e trapianti erano, com'è noto, regolate a parte.

Non dobbiamo però dimenticare il contesto: e cioè i famosi casi di cosiddetti "aiuti a morire" degli anni Sessanta e Settanta, intorno ai quali erano nati dibattiti di grande emotività su cui non siamo mai riusciti a far presa. Erano stati quei casi a deviare le questioni su un binario che semplicemente non *poteva* condurre a soluzioni costruttive. Perché era un binario individualistico. Ricordiamo tutti il Gruppo d'Azione per il Diritto alla propria Morte. Un movimento di base piuttosto borghese e marginale, ma con al vertice gente estremamente preparata e dotata di un forte senso della comunicazione. Non era un fenomeno isolato a quei tempi. Il fine era naturalmente ottimo: attraverso un particolare testamento, si poteva rifiutare qualsiasi cura tesa a mantenere in vita in situazioni senza speranza e con eventuale alto grado di sofferenza. Su questa scia si è arrivati anche all'abbozzo di un progetto di cliniche della morte, statali, dove soggetti malati o stanchi di vivere avrebbero potuto ottenere, previa verifica del caso, la loro iniezione o il loro ultimo cocktail in un ambiente gradevole. È ovviamente facile riconoscere l'ispirazione al modello anglosassone, una sorta di *comfort della morte*, personalizzato sul paziente.

Va da sé che era un vicolo cieco. I medici non si sono lasciati influenzare da un'opinione così minoritaria e senza appoggi ufficiali. La nostra indagine era stata pensata esattamente come una sorta di tampone per parare simili "casi" e per vegliare che non si facesse mai riferimento ad alcun obbligo in materia di euta-

nasia, passiva come attiva. Per maggior sicurezza alcuni degli esperti più autorevoli erano stati reclutati tra i più convinti oppositori dell'eutanasia in generale. Suppongo non ci sia bisogno di aggiungere che Caspar Storm, che già allora era il nostro maggior esperto di bioetica, non faceva parte della commissione. I tempi non erano ancora maturi per lui.

È facile cogliere la motivazione di fondo dell'atteggiamento negativo dei medici. In effetti è duplice. Uno: non si voleva comparire come potenziali carnefici agli occhi di un'opinione pubblica impreparata e rischiare il diffondersi di sfiducia e voci incontrollate intorno all'assistenza sanitaria. Due: non si voleva contribuire a dividere ancora una volta il corpo dei medici che si era così a fatica ricompattato dopo la riforma sull'aborto. Se bisognava proprio lasciarsi di nuovo passare sopra la testa, almeno che fosse con una campagna di opinione altrettanto massiccia sotto la direzione pubblica. Ed era un ragionamento che filava. È solo così che si riescono a far accettare i cambiamenti. Fin qui gli anni Settanta, "gli esitanti anni Settanta". Il tempo è passato, e ora ci troviamo al dodicesimo anno di crisi. La posizione dei medici come casta si è ovviamente indebolita da quando dalla scarsità di un tempo si è passati all'attuale disoccupazione nella professione. Le questioni riguardanti la fase terminale della vita umana non sono più loro esclusivo privilegio. Considerazioni di ordine economico sono intervenute anche in questo campo per preparare la strada alle riforme necessarie. Suppongo che non ci sia bisogno di descrivere la situazione, qualche rapido cenno può senz'altro bastare. La piramide demografica ha attualmente la forma di un sigaro, ma se tutto continuerà a procedere come ha fatto finora, rischia

di passare rapidamente a quella di un fungo. I bambini di cui ci privano gli aborti, ce li ritroviamo moltiplicati per tre sotto forma di anziani improduttivi al vertice della piramide. Uno svedese su quattro è in pensione di anzianità, e uno su otto in età produttiva è in pensionamento anticipato. Il settantacinque per cento dei costi della Sanità va alla cura di malati cronici o senza speranza, in un settore in cui il tetto è stato raggiunto e sfondato già da più di quindici anni. In quel venticinque per cento di soggetti produttivi su cui grava il peso di tutto il sistema serpeggia uno scontento più o meno accentuato, anche se finora messo a tacere da un doppio bavaglio. Il primo bavaglio si chiama diritto di voto e serve a tappare la bocca ai politici: gli anziani conservano ancora il loro diritto di voto anche se hanno cent'anni, e nessun partito può permettersi di perdere due milioni di elettori. Il secondo è un vecchio tabù che si chiama rispetto della vita umana, e questo tappa la bocca a tutti. È così che si mantiene il silenzio, anche se la pressione fiscale si fa sempre più insostenibile, la disoccupazione aumenta e una depressione che sembra non avere fine rode la nostra società fino all'osso.

A questo punto qualcuno dei nostri ospiti comincerà magari a preoccuparsi. Dove vuole arrivare questo Persson? Non abbiate timore, non mi sono dimenticato di Hitler, non stiamo pianificando nessuno sterminio di massa di anziani e handicappati e altre bocche inutili da sfamare. E se l'avessi dimenticato, ci penserebbero i vecchi a ricordarmelo, perché loro erano giovani allora. Se c'è qualcosa che Hitler è riuscito a fare, è rendere tali pensieri impossibili in Occidente per un bel pezzo. Ma la domanda che ci si può fare è se il semplice nome di Hitler, con tutte le

associazioni del caso, debba proprio bloccare anche delle forme estremamente caute e umane di selezione che potrebbero rendersi necessarie per salvare una nazione dalla rovina. Se è così, vuol dire che ci ha sconfitti, in definitiva.

Tutto questo complesso di pericolosi tabù può essere riassunto in una formula molto semplice: è proibito lasciare che l'economia condizioni le decisioni morali. Ma che cos'è l'economia, le risorse materiali, se non la cornice di tutta la nostra esistenza? È più facile correre più veloce della propria ombra che rompere questa cornice. Non è altro che un'immane ipocrisia, questo tabù che viene infranto ogni momento, anche se continua a essere ritenuto sconveniente dirlo chiaro e tondo. Sono decenni che valutiamo i danni causati da alcolismo, incidenti stradali e suicidi in termini di costi sociali per cure e perdita di produzione. Perfino quelli che continuano a cercare di accaparrarsi i voti dei pensionati parlando di maggiori risorse per l'assistenza ai malati cronici, di valore stabile delle pensioni e via dicendo ricadono alla fine su un'argomentazione economica: che gli anziani hanno diritto a una vecchiaia comoda perché hanno, come si usa dire, "costruito questa società". Ma se la loro vecchiaia diventa così costosa che finiscono loro stessi per distruggere ciò che hanno costruito? Senza contare che l'argomentazione esclude gli handicappati di tutte le età.

Consentitemi di guardare il problema da un'altra angolazione, più storica. Negli anni Sessanta c'era stato il boom economico in Svezia e con ciò la necessità di introdurre più mamme nel processo produttivo. Negli anni Settanta le cose sono andate man mano peggio – stagnazione, disoccupazione – e i papà sono stati in-

coraggiati a starsene a casa. Sintetizzato in maniera un po' schematica! E adesso che la situazione è decisamente nera abbiamo un'esplosione di anziani. Avremo presto bisogno di più morti, per dirla in modo brutale. Ma come fare? Morire è considerato innaturale. Adesso più che mai. E la radice del male non è in primo luogo il fatto che l'eutanasia sia illegale, ma che lo sia perché così pochi *chiedono* l'eutanasia. In gran parte è ovviamente dovuto ai notevolissimi progressi fatti nel campo della terapia del dolore, il che di per sé è magnifico, si capisce. Ma c'è anche quella che viene definita "la nuova paura della morte", ed è lì che dobbiamo intervenire. Abbiamo bisogno di un nuovo atteggiamento nei confronti della morte e dell'invecchiamento, e non solo da parte degli anziani. Deve tornare a essere *naturale* morire quando il periodo attivo è passato. Dobbiamo risolvere il problema *con* gli anziani, non contro di loro.

Perché cos'altro possiamo fare con il nostro attuale sistema politico? Glistrup* a suo tempo voleva che si togliesse il diritto di voto ai pensionati, come pure la patente di guida. Ma finché quel diritto continuano ad averlo sono sufficientemente numerosi da bocciare una simile proposta. Per lo stesso motivo non è possibile abbassare in modo degno di nota il loro livello di vita. *Alzarlo* a spese di sovvenzioni per alimenti e trasporti era un'idea disperata escogitata da un nostro politico qualche anno fa. Il suo intento era di provocare una reazione nel resto della popolazione che avrebbe rotto l'immobilismo sulla questione. E in effetti così avvenne: il politico non fu riletto. Ciò di-

* Mogens Glistrup (1926-2008): politico danese, sostenitore della soppressione di ogni forma di assistenza sociale. (N.d.T.)