



DILEMMI MOR(T)ALI. SCELTE ETICHE, *AGEISM* E DIRITTI FONDAMENTALI AI TEMPI DEL COVID-19

di **Maria Giulia Bernardini*** – mariagiulia.bernardini@unife.it

Il rilascio delle Raccomandazioni della SLAARTI, il 6 marzo u.s., ha suscitato un interesse crescente della dottrina, soprattutto in ragione delle significative questioni etiche e giuridiche che originano dal ricorso al criterio anagrafico ai fini della definizione dei criteri allocativi delle risorse sanitarie. Il contributo esplicita la prospettiva etica alla quale possono essere ascritte le raccomandazioni in oggetto e ne mette in rilievo talune criticità in relazione alla tutela dei diritti delle persone anziane, anche alla luce del quadro normativo italiano e internazionale.

SOMMARIO: 1. Covid-19, giustizia distributiva e anziani. – 2. La giustificazione delle scelte allocative in base al documento SIAARTI. 3. Selezione naturale e ruolo del diritto: suggestioni.

1. L'emergenza Covid-19, definita in modo assai efficace come un «soggetto imprevisto» che ha travolto le nostre vite fino a diventare un «fatto sociale totale»⁵⁹, ha richiamato l'attenzione delle giuriste e dei giuristi sulla necessità di aprire spazi di confronto e di produzione di sapere critico⁶⁰. Tra i temi più rilevanti e delicati, figura certamente quello della giustizia nei confronti dei «soggetti vulnerabili»⁶¹. Nonostante dal punto di vista teorico la nozione di vulnerabilità, ove declinata in riferimento ad uno o più gruppi di persone, possa essere oggetto di numerose critiche

⁵⁹ A. SIMONE, *Covid-19: il soggetto imprevisto. Rovesci simbolici, emozioni, vita quotidiana*, in *blog di Studi sulla questione criminale online*, <https://studiquestionecriminale.wordpress.com/2020/03/14/covid-19-il-soggetto-imprevisto-rovesci-simbolici-emozioni-vita-quotidiana/>. Richiamando la nozione di «fatto sociale totale» (concetto notoriamente elaborato da Marcel Mauss) quale griglia interpretativa attraverso la quale leggere gli stravolgimenti dovuti all'irrompere del Covid-19, Simone sembra proseguire nella riflessione inaugurata pochi giorni prima da Filippo Barbera in ID., *Coronavirus. Il fatto sociale totale nel quale specchiarsi*, in *Il Manifesto*, 4 marzo 2020.

⁶⁰ Limitatamente alla sfera filosofico-giuridica, rimando innanzitutto a spazi quali <https://studiquestionecriminale.wordpress.com/>, dove sono raccolti i contributi della *Call me #COVID19: call for blog posts* e a <https://www.biodiritto.org/>, che accoglie le riflessioni su *Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus*.

⁶¹ Ad esempio, si pensi alle criticità (anche dal punto di vista giuridico) che l'obbligo di «stare a casa» pone nel caso di persone che si trovino in carcere, siano migranti, senza fissa dimora, vittime di violenza domestica, siano ospiti di strutture residenziali, o la cui disabilità richieda forme peculiari di attenzione e supporto (le necessità dei bambini con sindrome di Asperger sono probabilmente quelle più note).

* *Assegnista di ricerca in Filosofia del diritto*

a causa degli esiti discriminatori cui sovente dà luogo⁶², in questa sede lascio da parte ogni considerazione sull'ambiguità del concetto, per concentrare le mie riflessioni sulla condizione di un particolare gruppo di norma considerato “vulnerabile” – quello degli anziani – ai tempi del Covid-19.

In Italia, la soggettività degli anziani, per certi versi anch'essa “imprevista” all'interno della riflessione giuridica, ha ricevuto un'attenzione crescente soprattutto all'indomani dell'approvazione, da parte della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI), del documento *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio* (6 marzo 2020)⁶³. Il rilascio di questo documento ha sollecitato a riflettere sulla perdurante attualità dei problemi di giustizia distributiva che attengono alla definizione dei criteri allocativi delle risorse sanitarie, inducendo ad interrogarsi sulla corrente declinazione di un dibattito che, come è noto, costituisce uno dei temi cardine per la riflessione etica (e, in particolare, per quella bioetica).

È opinione comune che la distribuzione debba essere “giusta”, debba cioè consentire di “dare a ciascuno ciò che gli spetta”, senza che alcuno sia danneggiato. Come è facile immaginare, ciò su cui di norma divergono i vari orientamenti gius-filosofici è il *criterio* scelto per effettuare una distribuzione che soddisfi tale requisito, in presenza di condizioni di partenza e specificità tali per cui diseguaglianze e differenze condizionano inevitabilmente il procedimento di cui si discute. È altrettanto facile notare, ma è bene rimarcarlo, come la significatività dei valori che possono entrare in gioco (primi fra tutti, vita, salute, dignità) e la definitività delle conseguenze che sono suscettibili di prodursi in ragione delle decisioni che devono essere prese rendano sovente le scelte in oggetto dei veri e propri dilemmi. Si tratta di “dilemmi morali” che, se già in situazioni “normali” impediscono di individuare criteri di scelta che possano essere considerati *incontrovertibilmente* giusti o sbagliati, nelle più tragiche delle situazioni – come quella costituita da una pandemia e dalla necessaria selezione dei soggetti che possono essere sottoposti a trattamenti salvavita – vedono acuirsi la propria drammaticità, potendosi rivelare anche “mortalità”, come Marco Revelli, richiamando il titolo di un noto libro di Thomas Nagel, ci ha recentemente ricordato proprio in riferimento al tema che qui si discute⁶⁴.

La condizione di emergenza legata alla diffusione dell'epidemia Covid-19 ha dunque permesso di individuare almeno due livelli di analisi del problema distributivo. Quello “macro” ha consentito di riflettere sul concreto funzionamento dei sistemi di *welfare*, di (ri)affermare il valore di un servizio sanitario pubblico e universale posto a tutela del diritto fondamentale alla salute, e di mettere altresì drammaticamente in rilievo, amplificandoli, i problemi conseguenti al sotto-finanziamento della sfera sanitaria (nell'ordinamento italiano, ma non solo) dovuto alle politiche di *austerità*, di privatizzazione e di sottoposizione della *care* alle leggi del mercato condotte in questi anni. Sul versante “micro-distributivo”, la questione più rilevante è relativa all'individuazione dei criteri idonei ad orientare i comportamenti di coloro che lavorano negli enti pubblici, in una prospettiva primariamente deontologica, nel caso in cui si verifichi uno squilibrio

⁶² Per un'introduzione al dibattito, cfr. O. GIOLO, B. PASTORE (a cura di), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Roma, 2018.

⁶³ <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

⁶⁴ M. REVELLI, *Siamo arrivati ad una sorta di ground zero*, in *Il Manifesto*, 11 marzo 2020; T. NAGEL, *Questioni mortali*, Milano, 1986.

tra la disponibilità delle risorse e la domanda dei pazienti. La fissazione di tali criteri potrà consentire anche la valutazione delle scelte effettuate, appunto nell'ottica della giustizia.

Tanto a livello macro-, quanto a livello micro-distributivo, è dunque in gioco la giustificazione normativa delle decisioni prese, sicché si rientra nell'ambito dell'etica pubblica.

Nel corso di queste brevi riflessioni, intendo soffermarmi sull'aspetto micro-distributivo, sì da esplicitare la prospettiva etica nella quale possono essere iscritte le raccomandazioni presenti nel documento adottato dalla SIAARTI e metterne in rilievo quelle che, a mio avviso, costituiscono significative criticità in ordine alla tutela dei diritti delle persone anziane, anche alla luce del quadro normativo italiano e internazionale.

2. Il documento adottato dalla SIAARTI è diretto a fornire un supporto agli operatori sanitari che, in condizioni di «enorme squilibrio tra le necessità cliniche reali della popolazione e la disponibilità effettiva di risorse intensive» (p. 3), si trovino a selezionare chi ammettere al trattamento in terapia intensiva (TI), orientandoli nel compimento di scelte che possono rivelarsi emotivamente assai gravose. Attraverso un richiamo alla c.d. “medicina delle catastrofi”, vi si prevede che, nel caso di situazioni di carattere emergenziale – tra le quali di certo rientra una pandemia –, possano essere adottati criteri straordinari e flessibili di ammissione e dimissione dei pazienti che abbisognino di terapia intensiva, siano essi colpiti o meno da Covid-19. Si ritiene perciò giustificato derogare al criterio della priorità degli arrivi (c.d. *first come, first served*), per effettuare una selezione degli aventi diritto all'ammissione alla TI, basata sull'età anagrafica (punto 3) e su un'attenta valutazione della presenza di eventuale comorbidità e dello status funzionale del soggetto (punto 4).

Nel documento, la SIAARTI si premura di precisare che la scelta in oggetto non è «meramente di valore», ma finalizzata a riservare le esigue risorse per chi abbia più probabilità di sopravvivenza e più anni di vita salvata, così massimizzando i benefici per il maggior numero di persone. Parimenti, l'ammissione prioritaria alla TI di chi non presenti altre patologie o abbia un buono status funzionale trova giustificazione nella necessità di privilegiare chi è ragionevole presumere possa avere un decorso ospedaliero più breve e, dunque, meno oneroso per il servizio sanitario rispetto a quanto accadrebbe nel caso di pazienti anziani, fragili o con comorbidità severa.

Nonostante l'intento della SIAARTI sia assai condivisibile (“sollevare” gli operatori sanitari dalla responsabilità derivante dal compimento di scelte tragiche⁶⁵), e – lo rimarco nuovamente – nella consapevolezza di come la questione ponga dilemmi morali talmente significativi da impedire l'individuazione di un'unica soluzione corretta, paiono d'obbligo alcune considerazioni rispetto al contenuto del documento⁶⁶.

⁶⁵ Si tratta di un tentativo che pare opportuno correlare anche al dibattito parlamentare relativo all'introduzione, all'interno della legge di conversione del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, di previsioni volte, se non ad escludere, almeno a limitare la responsabilità sanitaria. Si sofferma su tale aspetto, tra gli altri, C. CUPELLI, *Emergenza Covid-19: dalla punizione degli “irresponsabili” alla tutela degli operatori sanitari*, in *Sistema Penale*, 30 marzo 2020. Pongono attenzione al dibattito parlamentare che si tiene in questi giorni E. SCODITTI, G. BATTARINO, *Decreto-legge n. 18/2020: l'inserimento di norme sulla responsabilità sanitaria*, in *Questione Giustizia*, 3 aprile 2020.

⁶⁶ La tragicità delle scelte in questione è messa in rilievo, in particolare, all'interno del filone di studi noto come “carrellologia”, inaugurato da Philippa Foot, e che vede in Elizabeth Anscombe e Judith Jarvis Thomson (cui si deve la variante del dilemma etico concernente l'uccisione dell'Uomo grasso) due figure di spicco particolarmente

È innanzitutto opportuno esplicitare quale sia l'orizzonte teorico al cui interno è possibile inscrivere la posizione della SIAARTI. Come è noto, i principali modelli etici presenti in letteratura sono sostanzialmente tre: libertarismo, utilitarismo e personalismo⁶⁷. In questa sede non mi è permesso approfondirne i contenuti, perciò mi limito ad osservare che alcuni elementi testuali – di cui intendo dare brevemente conto – inducono a ritenere che la SIAARTI aderisca al modello utilitarista.

In primo luogo, nel documento si afferma che una scelta basata sul criterio anagrafico non deve essere considerata *meramente di valore*, in quanto risponde all'esigenza di massimizzazione dei benefici. Da questa osservazione, soprattutto ove sia letta congiuntamente all'invito (di cui al punto 3), ad abbandonare il criterio *first come, first served* (riconducibile ad una prospettiva deontologica che solo apparentemente è caratterizzata da una “non scelta” di prioritizzazione⁶⁸), emerge un approccio alla giustizia di tipo consequenzialistico, in base al quale la giustificazione di una scelta dipende dal risultato conseguito, di norma “misurato” in termini di utilità-felicità (elemento che pare emergere in controtelaio, nel documento citato, al punto 4).

Con la considerazione relativa al *mero valore*, la SIAARTI sembra dunque suggerire che, almeno nelle condizioni emergenziali, sia necessario abbandonare un approccio valoriale per adottarne uno “tecnico”, basato appunto sulla massimizzazione dei benefici⁶⁹. Ebbene, se questa impressione fosse corretta, si tratterebbe di una credenza fuorviante: la differenza tra le due posizioni teoriche (deontologica/principialista da un lato e utilitarista/consequenzialista dall'altro) non pare infatti risiedere nella contrapposizione tra valore e tecnica, o tra un valore “forte” da un lato e una a-valutatività o una valutatività “debole” dall'altro. Piuttosto, in entrambi i casi si tratta di operare una *scelta* relativa al *valore* (o ai *valori*) da tutelare, sia pure sulla base di criteri che possono non essere stati esplicitati. E il valore che la SIAARTI intende perseguire, almeno in presenza di uno scenario di fortissimo squilibrio tra le necessità cliniche e la disponibilità delle risorse⁷⁰, è la *massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone*, che potrà essere ottenuta assegnando priorità a chi ha le maggiori probabilità di successo terapeutico (ciò è

significative. Sul punto, cfr. almeno P. FOOT, *Moral Dilemmas*, Oxford, 2002 e J.J. THOMSON, *The Trolley Problem*, in *Yale Law Journal*, 94, 1985, p. 1395 ss.

⁶⁷ Per approfondimenti proprio in relazione al Covid-19, cfr. il recente L. PALAZZANI, *La pandemia e il dilemma per l'etica quando le risorse sono limitate: chi curare?*, in corso di pubblicazione in *Biolaw Journal*, 2, 2020, specialmente pp. 2-4. Più in generale, all'interno della vasta letteratura sull'argomento, si veda anche G. DE ANNA, P. DONATELLI, R. MORDACCI, *Filosofia morale. Fondamenti, metodi, sfide pratiche*, Milano, 2019.

⁶⁸ Lo osservano esplicitamente, seppur adottando un'impostazione teorica opposta rispetto a quella cui sono riconducibili queste riflessioni, P. SOMMAGGIO, S. MARCHIORI, *Tragic choices in the time of pandemics*, in corso di pubblicazione in *Biolaw Journal*, 2, 2020, pp. 2-3.

⁶⁹ Si ha la stessa impressione leggendo la raccomandazione n. 7, laddove si fa riferimento al criterio di giustizia distributiva quasi esso potesse operare in automatico, mentre chiaramente la scelta del criterio determina esiti differenziati.

⁷⁰ Questo punto va rimarcato, perché si pone un ulteriore problema: l'ordine di priorità qui individuato è inteso come derogatorio rispetto a quello comune (dove auspicabilmente gli operatori sanitari non si trovano nelle condizioni di effettuare simili scelte)? È cioè applicabile unicamente in condizioni riconducibili ad uno stato – non di eccezione, come sovente si sente affermare ma – di emergenza? Secondo Caterina di Costanzo e Vladimiro Zagrebelsky (IDD., *L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, in corso di pubblicazione in *Biolaw Journal*, 2, 2020, p. 5), il fatto che la SIAARTI rinvii ad altri documenti redatti in riferimento a situazioni non emergenziali potrebbe fare propendere per un rilievo del documento in oggetto anche al di fuori dell'attuale situazione di straordinarietà. Se questa ipotesi interpretativa risultasse confermata, le criticità che mi prometto di mettere in luce nel corso di questo contributo sarebbero chiaramente ancora più significative, tanto dal punto di vista morale, quanto da quello giuridico.

quanto emerge dalla lettura dei punti 3 e 4). A tal fine, nel documento si suggerisce di prendere in considerazione anche l'eventuale comorbidità e lo status funzionale dei pazienti, nell'ottica del minor consumo delle risorse. Per procedere a questa valutazione, di norma nella sfera sanitaria (in particolar modo, ciò vale per i Paesi di *common law*) vengono applicati indici econometrici, i QALYs (*quality adjusted life years*), che consentono appunto di definire in modo anticipato l'ordine di priorità nella distribuzione delle risorse, ricorrendo congiuntamente a un criterio oggettivo e ad uno statistico: l'età della persona da un lato, il numero di anni di vita attesa e la presumibile qualità di questi ultimi dall'altro. Applicando i QALYs, la miglior scelta distributiva sarà quella che, a parità di spesa, consente di trarre vantaggio a chi si presume possa vivere più a lungo e in condizioni di salute ottimali, a costi contenuti.

Ebbene, l'impiego dei QALYs costituisce un ulteriore elemento di criticità, soprattutto ove inserito all'interno di un quadro ordinamentale come quello italiano. In primo luogo, è opportuno precisare che, nonostante la sua dichiarata oggettività (funzionale alla misurabilità), questo criterio è stato fortemente criticato su un piano teorico generale, tanto a livello filosofico, quanto sul piano scientifico: le predizioni probabilistiche sono incerte, il concetto di "qualità della vita" presenta, a ben vedere, un elevato tasso di soggettività, e sussiste anche un rilevante grado di "variabilità" individuale rispetto alla "media" di coloro che appartengono a un determinato gruppo (ad esempio, a fronte del fatto che due persone abbiano la stessa età, ben può accadere che le loro condizioni di vita siano profondamente diverse)⁷¹. Inoltre, laddove accorda priorità alla condizione soggettiva di coloro che si ipotizza possano avere una vita più lunga, sana e felice, questo criterio finisce per legittimare anche l'individuazione di una gerarchia di valore tra le vite, o quantomeno non sembra fornire argomenti per opporvisi⁷².

Si noti che l'età gioca, in questa attribuzione valoriale, un ruolo affatto secondario. Tra i criteri che assumono rilievo a fini della *valutazione* dell'idoneità dei soggetti ad accedere alla TI – dunque, della *selezione* dei soggetti – essa trova infatti esplicita menzione, assieme alla comorbidità e allo stato funzionale⁷³, sicché in base al documento SIAARTI appare giustificato (se non doveroso) privilegiare l'intubazione di chi sia più giovane⁷⁴. Come è stato condivisibilmente osservato⁷⁵, non è perfettamente chiaro quale sia il preciso rilievo attribuito all'aspetto anagrafico all'interno del documento: a volte sembra emergere solo ove si ravvisino condizioni equiparabili quanto alla probabilità di sopravvivenza, altre pare assurgere a vero e proprio criterio discrezionale, in aggiunta a quello clinico e a quello prognostico. Quel che è certo, è che la SIAARTI esorta

⁷¹ L. PALAZZANI, *op. cit.*, pp. 4-5. A parità di età, la condizione soggettiva delle persone può essere infatti molto diversa: si pensi al dibattito relativo al c.d. "invecchiamento attivo", che produce effetti significativi sia sul fronte della "rinegoziazione" dei limiti della vecchiaia (con particolare riferimento alla terza e alla quarta età), sia su quello relativo all'opportunità di un esplicito riconoscimento dei diritti umani delle persone anziane, attraverso una Convenzione internazionale a ciò dedicata.

⁷² Del resto, si tratta di questioni ben note per chi conosca la posizione utilitarista: ormai da tempo Peter Singer, uno dei massimi filosofi utilitaristi contemporanei, esorta a riformulare il principio bioetico secondo il quale tutte le vite sono dotate di eguale valore riconoscendo che, al contrario, il valore della vita umana *varia*. Cfr. ad esempio P. SINGER, *Ripensare la vita*, Milano, 2000.

⁷³ Molte delle considerazioni svolte in questa sede potrebbero essere dunque effettuate prendendo in considerazione la soggettività delle persone con disabilità: il documento adottato dal Comitato Sammarinese di Bioetica in relazione all'uso di ventilazione assistita durante la pandemia, approvato il 16 marzo 2020, riguarda appunto tali condizioni esistenziali.

⁷⁴ E forse finanche estubare l'anziano, nel caso in cui sia necessario salvare la vita di un paziente giovane?

⁷⁵ L. PALAZZANI, *op. cit.*, pp. 4-5.

esplicitamente a prendere in considerazione il “fattore età”, in ciò adottando una posizione condivisa anche da altri nel panorama internazionale, come rivela l’esperienza spagnola⁷⁶, ma non scevra da critiche (sul piano interno, si pensi alla posizione adottata da FNOMCeO) e, allo stato attuale, ancora minoritaria, almeno in ambito europeo (come dimostrano l’esperienza francese e quella belga⁷⁷).

Le ragioni sottese all’attribuzione di un maggior valore alle vite di chi sia giovane potrebbero essere le più varie; tra queste, il convincimento che una persona giovane abbia più diritto di giocarsi le proprie *chances* di realizzazione rispetto a chi ha già vissuto gran parte della propria vita (e/o che queste *chances* siano migliori rispetto a quelle di cui può fruire una persona che sia “avanti con gli anni”), la probabile miglior qualità della vita giovane o, infine, l’efficienza, in termini di capacità produttiva e di concorso nell’accrescimento della ricchezza complessiva, che verosimilmente perterrà al giovane e non all’anziano, soprattutto se in pensione e/o “grande anziano”⁷⁸.

Quale che sia la ragione addotta, la preferenza accordata a taluno in ragione dell’età risulta comunque criticabile, tanto sul piano etico quanto su quello giuridico, in quanto finisce per risolversi nel mancato riconoscimento dell’eguale valore morale delle persone e, di conseguenza, per tradursi nella ingiustificata applicazione di un trattamento diseguale.

Questa attitudine può dunque essere ricondotta ad un fenomeno di discriminazione strutturale, noto come *ageism*⁷⁹, il quale risulta incompatibile con i principi accolti all’interno dell’ordinamento italiano, e non solo. Come è stato osservato, infatti, il mancato riconoscimento dell’eguale valore morale nell’individuazione di un criterio allocativo delle risorse non pare rispettoso del dettato costituzionale (e, in particolare, degli artt. 2, 3, 13 e 32 della Costituzione), della legislazione primaria (cfr. l. 833/1978, l. 24/2017, l. 219/2017) e del Codice di deontologia medica (artt. 2, 6, 8, 32, 39), in base ai quali, *anche in situazioni straordinarie*, tutte le persone possono

⁷⁶ Cfr. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos*. Per alcune prime considerazioni “a caldo”, che presentano significative analogie con quanto emerso in relazione al dibattito italiano sul documento SIAARTI, cfr. R. DE ASÍS, *Ética y derechos humanos: sobre las recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la pandemia COVID-19*, https://pasocero243055203.com/2020/03/28/etica-y-derechos-humanos-sobre-las-recomendaciones-eticas-para-la-toma-de-decisiones-en-la-pandemia-covid-19/?fbclid=IwAR1asLhg_NWX2wgi-TdUcpcce92S4u0EYk-iBwOG-7uANAj2OjFYZnONfcs4

⁷⁷ Cfr., rispettivamente, *Contribution du Comité Consultatif National D’Éthique: Enjeux éthiques face à une pandémie* (13 marzo 2020) e il documento della Belgian Society of Intensive care medicine, *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice* (18 marzo 2020). Nel documento francese si legge che privilegiare taluni soggetti a scapito di altri in base ad una loro utilità sociale o a un valore economico futuro non è possibile, nemmeno nella peculiarità della situazione pandemica: dignità ed equità costituiscono infatti i criteri da rispettare per una corretta applicazione del *triage*.

⁷⁸ Molte di queste differenze sono alla base dell’ormai acclarata crisi del patto intergenerazionale, che può appunto essere acuita dalla scelta strategica relativa alla “gestione” della crisi emergenziale. A mero titolo di esempio, si pensi all’inaspimento dei conflitti sociali che può derivare dall’applicazione dell’“immunità di gregge” inizialmente scelta dal governo inglese (caratterizzata dal confinamento degli anziani da un lato, e dalla piena libertà di circolazione dei giovani dall’altro).

⁷⁹ Si tratta di un termine coniato alla fine degli anni Sessanta da Robert Butler e diffuso soprattutto nella letteratura internazionale. L’*ageism* è dato dalla combinazione di tre elementi: la presenza di pregiudizi nei confronti delle persone anziane, dell’anzianità e dell’invecchiamento; la messa in atto di pratiche discriminatorie nei confronti delle persone anziane; la diffusione di pratiche istituzionali e di *policies* che perpetuano tali stereotipi. Cfr. R. BUTLER, *Age-ism: another form of bigotry*, in *The Gerontologist*, 9 (4, part 1), 1969, pp. 243-246.

vantare un eguale diritto (fondamentale) alla salute e ciascuna vita ha pari dignità e valore⁸⁰. Seppur non declinato specificamente in riferimento al diritto alla salute, il divieto di discriminazione basato sull'età è sancito, tra l'altro, anche dall'art. 21 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e, sebbene nel diritto internazionale la clausola di non discriminazione raramente sia specificata anche in relazione all'età, tuttavia può ritenersi che tale condizione esistenziale trovi copertura attraverso il richiamo alla locuzione “ogni altra condizione”⁸¹.

Proprio per questo, non stupisce che anche le Nazioni Unite non abbiano mancato di prendere posizione in relazione alla condizione delle persone anziane. Mi riferisco, in particolare, all'appello che vede come prima firmataria la UN Special Rapporteur Rosa Kornfeld-Matte, dove si rimarca (anche) l'urgenza di adottare un approccio olistico ai diritti umani che assicuri l'eguaglianza di tali soggetti, ivi compreso l'accesso alla sanità⁸², nonché al documento emanato congiuntamente dall'International Bioethics Committee (IBC) e dalla World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST) dell'UNESCO⁸³.

Da quest'ultimo documento, in particolare, provengono interessanti indicazioni ai fini di un coordinamento internazionale dei criteri di allocazione delle risorse sanitarie all'interno dei singoli Stati, in presenza di condizioni emergenziali come quelle attuali⁸⁴. IBC e COMEST rimarcano infatti come, anche a fronte di una crisi pandemica, le scelte di macro- e micro-allocazione delle risorse sanitarie siano eticamente giustificate solo allorquando siano basate sui principi di giustizia, beneficenza ed equità, premurandosi di precisare che, nel caso in cui si debba operare una selezione tra gli aventi diritto (*triage*), è necessario fare riferimento unicamente ai bisogni clinici del paziente e alla possibile efficacia della terapia, avendo cura di salvaguardare la dignità di ogni paziente e di garantire la tutela del suo diritto alla salute, secondo lo standard il più elevato possibile.

Nel documento emerge chiaramente la mancanza di ogni rilievo del fattore anagrafico, sicché si può arguire che, ai fini delle decisioni di *triage*, l'età potrà essere presa in considerazione – unitamente ad altri parametri – per la valutazione della condizione complessiva di salute del paziente. Rimane però valida l'applicabilità dei principi di portata generale: anche nelle situazioni emergenziali, l'attribuzione della priorità nell'accesso alle cure può avvenire unicamente in base al criterio dell'appropriatezza clinica e della proporzionalità delle cure, fermo restando che è chiaramente da escludere ogni ricorso all'accanimento terapeutico.

⁸⁰ Cfr. L. D'AVACK, *Covid-19: criteri etici*, in corso di pubblicazione in *Biolan Journal*, 2, 2020, p. 4; considerazioni analoghe sono presenti anche in Palazzani, di Costanzo e Zagrebelsky. Più possibilista circa la compatibilità del documento con il dettato costituzionale è L. CONTE, *Covid-19. Le raccomandazioni di etica clinica della SLAARTI. Profili di interesse costituzionale*, in *Osservatorio Emergenza Covid-19 n. 1*, *Federalismi.it*.

⁸¹ Non a caso, ormai da tempo è allo studio delle Nazioni Unite anche una Convenzione che ha specificamente ad oggetto il riconoscimento dei diritti umani delle persone anziane.

⁸² <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25748&LangID=E> (27 marzo 2020).

⁸³ <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115> (26 marzo).

⁸⁴ I principi affermati nella Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani dell'Unesco impongono dunque il rispetto per la dignità umana e la protezione dei diritti umani in ogni valutazione bioetica.

3. Nonostante la SIAARTI non vi si faccia menzione, altri documenti tra quelli menzionati⁸⁵ rimarkano come la pandemia porti ad esacerbare la condizione di vulnerabilità in cui versano i soggetti (appunto) “vulnerabili” – tra i quali figurano anche le persone anziane – non solo nell’accesso alle cure, ma anche in luoghi “altri”, ponendo come centrali il tema della responsabilità collettiva relativa alla necessità di impedire che tali persone siano discriminate e quello dell’individuazione ed attivazione di strumenti di contrasto⁸⁶.

Si può ritenere che tali considerazioni costituiscano una conferma del fatto che il problema di giustizia posto dal documento approvato dalla SIAARTI vada inquadrato all’interno di un fenomeno di portata più ampia: quella discriminazione strutturale, appunto nota come *ageism*⁸⁷. Si impone dunque una seria riflessione sui valori che, anche attraverso il diritto e l’etica, intendiamo promuovere. In relazione alla situazione emergenziale che stiamo vivendo, Slavoj Žižek ha scritto di recente che, in una prospettiva cinicamente vitalistica, potremmo considerare il Covid-19 un’infezione positiva, che consentirebbe all’umanità di mettere (si potrebbe aggiungere “nuovamente”), in atto la logica della sopravvivenza dei più adatti, sbarazzandosi dei vecchi, dei deboli e dei malati, così contribuendo alla salute globale⁸⁸.

Senza voler cedere a suggestioni emotiviste, confesso come il documento della SIAARTI, anche dopo molteplici letture, continui a sollecitare in me riflessioni che vanno proprio in questa direzione. E come, di converso, rimanga fermo il convincimento che uno dei ruoli prioritari del diritto (tanto *hard*, quanto *soft*) sia proprio quello di porsi come argine al potere (anche nell’asimmetria della relazione medico-paziente, che nel documento SIAARTI torna a configurarsi in senso “forte”), strumento di affermazione del pari valore di ogni individuo e di promozione della intrinseca dignità di ciascuno, attraverso una tutela dei diritti fondamentali che non ammette eccezione alcuna, nemmeno quella costituita dall’età.

⁸⁵ Si vedano almeno il documento francese e il documento congiunto di IBC e COMEST.

⁸⁶ Sulla rilevanza giuridica del principio di solidarietà correlato a tale responsabilità condivisa, cfr. almeno B. PASTORE, *Pluralismo, Fiducia, Solidarietà*, Roma, 2007, cap. III.

⁸⁷ Tra i vari aspetti che potrebbero essere oggetto di ulteriori riflessioni, si pensi alla condizione di quegli anziani che sono ospiti di strutture residenziali e sociosanitarie. Con l’emergenza pandemica, questi soggetti vedono appunto accresciuta la propria vulnerabilità, sicché si ripropone la necessità che le istituzioni intervengano per tutelare i loro diritti fondamentali e garantire loro condizioni di vita (o di morte) dignitose. Si dischiude qui anche il tema delle cure palliative, alle quali – non a caso – si ricorre con sempre maggiore frequenza. Per un monitoraggio di questi luoghi durante l’emergenza pandemica, cfr. ISS, *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, 30 marzo 2020.

⁸⁸ S. ŽIŽEK, *Un nuovo comunismo può salvarci*, in *Internazionale*, 1349, 21 marzo 2020.