

## Vite indegne di essere vissute tra passato e presente: gli italiani di fronte a dilemmi etici

### Lives that are not worthy of being lived between past and present: italians facing ethical dilemmas

*Isabella Merzagora • Enrico Finzi • Antonella Piga • Palmina Caruso • Umberto Genovese • Guido Travaini*

#### **Abstract**

Not only in Germany during the Nazi era, but in a lot of other countries, some doctors took part in the most atrocious violation of human rights. In this article, the Authors try to define some theoretical frameworks able to explain these behaviors, for example referring to the theory of “perverted idealism”. Then, the Authors submitted to a representative sample of Italian population, a questionnaire about health-related ethical dilemmas. The items were related – in a less direct way – to the disabled people holocaust that happened during the Nazi era. The subject is of particular importance nowadays, since it is related to socially shared themes such as healthcare and the rights to life and medical treatments, often found in electoral programs and political debates. We find the results that have come to light reassuring, in terms of respect for life and human rights. On the other hand, certain answers seem to be – even with smaller percentages – worrying and worthy of a qualitative deepening.

**Keywords:** nazism, ethical dilemma, social research, healthcare, human rights

#### **Riassunto**

Non solo in Germania durante il nazismo, ma in molti Paesi, alcuni medici hanno partecipato alle più atroci violazioni dei diritti umani. L'articolo riprende queste vicende cercandone un inquadramento teorico e evidenziando tra le possibili spiegazioni quella di “idealismo perverso”.

Gli Autori hanno sottoposto ad un campione rappresentativo di italiani (1012 soggetti) un questionario che propone una serie di dilemmi etici in ambito sanitario, dilemmi che evocano, seppur in maniera velata, l'Olocausto nazista dei disabili. Il questionario affronta temi attuali e socialmente pregnanti, quali il diritto alle cure e alla vita, anche oggetto di discussioni politiche.

I risultati emersi, nella maggioranza delle risposte ottenute, si presentano rassicuranti in termini di percezione di rispetto della vita e dei diritti umani. Talune risposte invece, seppur con percentuali minori, risultano preoccupanti.

**Parole chiave:** nazismo, dilemma etico, ricerca sociale, sanità, diritti umani

---

**Per corrispondenza:** Isabella Merzagora, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Via Luigi Mangiagalli 37. e-mail: [isabella.merzagora@unimi.it](mailto:isabella.merzagora@unimi.it)

Isabella MERZAGORA, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano  
Enrico FINZI, AstraRicerche, Milano  
Antonella PIGA, Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia, Università degli Studi di Milano  
Palmina CARUSO, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano  
Umberto GENOVESE, Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia, Università degli Studi di Milano  
Guido TRAVAINI, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

## Vite indegne di essere vissute tra passato e presente: gli italiani di fronte a dilemmi etici

*Sia dannata ogni morale che non vede l'essenziale legame  
fra tutti gli occhi che vedono il sole  
(A. Schopenhauer, Il fondamento della morale)*

### L'Olocausto dei disabili

Oggi giorno invece che di razzismo meglio sarebbe parlare di "altrismo", come fa Taguieff (1994), o "noismo" come lo hanno chiamato in senso uguale e contrario Cavalli Sforza e Padoan (2013), perché l'essenza del pregiudizio consiste nel distinguere l'umanità in "noi", superiori e meritevoli, e "altri", inferiori e pericolosi o inutili. Così facendo si imbrocca una strada che può portare alle peggiori "soluzioni" non solo nei confronti di altre etnie, ma di chiunque, perché l'altrismo è uno solo anche se può assumere diversi aspetti e diversi obiettivi (Merzagora, 2019).

Tra gli obiettivi possibili vi sono i disabili.

Com'è noto al Processo di Norimberga furono giudicate 24 persone considerate i più alti capi nazisti responsabili dello sterminio di milioni di persone, ma si resero necessari altri "processi secondari" e fra questi il cosiddetto Processo ai medici che si svolse dal 9 dicembre 1946 al 19 luglio 1947 contro 23 imputati accusati di aver pianificato e realizzato l'uccisione sistematica delle persone le cui vite erano "indegne di essere vissute" (*Unwertes Leben*), cioè malati di mente e disabili.

Abbiamo molta documentazione sui medici nazisti, sia perché sono pubblici e disponibili i verbali di questo processo, sia perché alcuni furono intervistati dopo la guerra. Ma i medici nazisti furono peggiori degli altri? O, addirittura, i tedeschi erano più cattivi degli altri? Sarebbe bello pensarlo, avremmo isolato almeno geograficamente il male. Purtroppo non è così semplice, possiamo citare quel che avvenne, anche limitandoci ai medici, in Cile, in Giappone (Post, 2004), in Turchia (Baron, 1999; Dandrian, 1986), in Ruanda (Baron, 1999) in Unione Sovietica (Charny & Fromer, 1990; Stover & Nightingale, 1985).

Comunque, la "igiene razziale", parola d'ordine del nazismo, comportò in un primo tempo la sterilizzazione di: insufficienti mentali in più della metà dei casi, schizofrenici, affetti da psicosi maniaco depressiva, epilettici, soggetti affetti da corea di Huntington, da cecità ereditaria, da sordità ereditaria, da grave deformità fisica ereditaria, da grave alcolismo (Lifton, 1988; Aly, 2017). Ernst Rüdin, direttore dell'Istituto Psichiatrico Kaiser-Wilhelm (KWI), inserì fra i destinatari della sterilizzazione tutti coloro che fossero "socialmente inferiori" e soggetti con "gravi difetti etici" (Müller-Hill, 1988): espressioni così vaghe che finiscono per significare le persone in qualche modo sgradite secondo l'ideologia del potere. È stato calcolato che complessivamente sarebbero state sterilizzate circa 375.000 persone.

In molti Paesi europei nel secolo scorso si effettuava la sterilizzazione coatta: in Svezia, in Danimarca, in Norvegia, in Svizzera, negli Stati Uniti.

In Germania, però, si andò oltre: il programma chiamato Aktion T4, dall'indirizzo della sede centrale del programma, il n. 4 della *Tiegartenstrasse* di Berlino, riguardò in un primo tempo lo sterminio dei bambini disabili. Le uccisioni dei bambini continuarono anche qualche tempo dopo la resa della Germania, con una stima complessiva di almeno 5.000 bambini assassinati. Furono estese ai territori occupati, quali Polonia e Unione Sovietica.

Hitler nel '39 aveva ordinato: "Il Reichsleiter Bouhler e il Dr.med. Brandt sono incaricati, sotto la propria responsabilità, di estendere le competenze di alcuni medici da Loro nominati, autorizzandoli a concedere la morte per grazia<sup>1</sup> ai malati considerati incurabili secondo l'umano giudizio"<sup>2</sup>.

Quindi si passò agli adulti, e le vittime adulte della sola prima fase del programma sono stimate da talune fonti in almeno 70.000 (Friedlander, 1997); altri parlano di 94.000 pazienti affetti da disturbi mentali uccisi di cui 70.000 circa col gas (Müller-Hill, 1988) e più di 20.000 morti per fame o uccisi attraverso la somministrazione di farmaci (Lifton, 1988); altri ancora forniscono la cifra di 200.000 uccisi (Aly, 2017). Gli adulti disabili candidati all'uccisione erano gli stessi destinatari delle misure di sterilizzazione, e a costoro si aggiunsero i pazienti istituzionalizzati da cinque o più anni, coloro che erano affetti da malattie senili, i "folli criminali", infine i pazienti "privi di sangue tedesco o affine".

In Italia, dopo l'armistizio furono deportati e poi eliminati dalle SS 39 pazienti dell'ospedale psichiatrico di Trieste, 11 di quello di Venezia, 4 di quello di Treviso; nel 1939, alcune centinaia di pazienti partirono dall'ospedale psichiatrico di Pergine in Valsugana diretti oltre il Brennero e non se ne ebbe più notizia (Paolini, 2012; Fontanari & Toresini, 2002; Perwanger, 2002).

### Mister Jekyll e Doctor Hyde

I motivi del prestarsi a tali nefandezze sono talora gli stessi che spiegano gli altri stermini, a cominciare dal già citato *altrismo*; poi la *diluizione della responsabilità*, per cui ogni partecipante poteva sentirsi ridotto al rango di non più di una piccola rotella (Lifton, 1988); l'*obbedienza* all'autorità o all'*autorevolezza* dei capi (Merzagora, Travaini & Caruso, 2018). Al processo che lo vide imputato, il direttore dell'ospedale psichiatrico di Kaufberen dove si effettuavano le

1 Il corsivo è nostro.

2 In Società Italiana di Psichiatria, Netforpp Europa, 2018, p. 11.

uccisioni dei disabili si difese così: “Sono da circa 43 anni un funzionario dello Stato; come funzionario statale sono stato educato a rispettare ed eseguire *qualsiasi*<sup>3</sup> ordine e legge, quindi anche il decreto relativo all’eutanasia che era da considerare come una legge” (Von Cranach, 2002).

La paura di ritorsioni non appare una spiegazione sufficiente: secondo Friedlander: “Nessuno fu obbligato a partecipare, tutti aderirono volontariamente” (Friedlander, 1997); e ancora: “Resta tuttavia il fatto che esistono vari casi di persone che si rifiutarono e che sono rimaste in vita per raccontarlo” (Mitscherlich & Mielke, 1967).

Nessuno dunque fu costretto, potevano declinare l’incarico; alcuni trovarono nei progetti di uccisione una collocazione lavorativa, altri avanzamenti di carriera, e l’adesione ideologica finì per avere un tornaconto meno nobile.

Mitscherlich e Mielke raccolsero e analizzarono le 12.000 pagine dei verbali del Processo ai medici, i 570 documenti presentati dall’accusa, i 901 presentati dalla difesa, e conclusero: “Alla base di queste azioni c’è tutta una gamma di atteggiamenti che vanno dalla perversione congenita e dalle peggiori forme di degenerazione alla ‘tolleranza’ servile, quella forma minore di disumanità che da un lato è caratterizzata dal vile egoismo dell’istinto di conservazione e dalla vile sopravvalutazione dei superiori, e dall’altro da una capacità enorme, che sconfigge nel virtuosismo, di tacitare la voce della coscienza” (Mitscherlich & Mielke, 1967).

Le dinamiche e le motivazioni fin qui descritte non sono diverse da quelle che hanno permesso che tante persone “comuni” diventassero sterminatori (Merzagora, 2019); per spiegare in particolare l’atteggiamento dei medici nazisti, dopo averne intervistati alcune decine, Lifton utilizza il concetto di *sdoppiamento*: si tratta della convivenza di due atteggiamenti radicalmente diversi sul piano etico e relativamente alla propria responsabilità morale, si tratta del far convivere valori positivi, persino nobili e gloriosi, con le peggiori crudeltà (Lifton, 1988).

Ma non basta: si deve proporre un’ideologia molto forte per sostituire l’imperativo “non uccidere” con l’idea secondo cui uccidere determinate persone, non importa quante, è lecito anzi doveroso. Ci vuole un *idealismo perverso*. In realtà è lo stesso meccanismo che entra in gioco in taluni casi di radicalizzazione ideologico-religiosa che conduce anche ad azioni terroristiche (Travaini, Regondi, Camisasca, Caruso & Merzagora, 2017; Merzagora, Travaini & Caruso, 2016).

Più volte Eichmann, davanti ai giudici di Gerusalemme, dichiarerà: “Ero un idealista” (in: Crescenzi, 2014; Crescenzi, 2016), e Crankshaw ha definito l’ideologia nazista come “un idealismo andato a male” (in: Nielsen, 2004).

Alla base di molti genocidi troviamo l’opinione che coloro che ci si accinge ad annientare siano una minaccia per la propria sopravvivenza, o, quantomeno, l’idea che le uccisioni di talune persone siano doverose (Ceretti & Natali, 2019). Questa convinzione serve non solo a tacitare la pro-

pria coscienza, ma addirittura a trasformare le atrocità in azioni encomiabili.

Una delle principali “utopie” del nazismo riguardava la necessità di preservare la purezza della razza: Hitler insegnava a “far sì che il sangue venga preservato puro” (Hitler, in Lifton, 1988). Il dottor Behaeddin Sakir, professore di Etica Medica (!) alla Facoltà di Medicina di Istanbul, che fu uno degli organizzatori del genocidio degli Armeni, era risolutamente determinato a preservare l’identità etnica dell’Impero Ottomano. Suleyman Numan Pasa, capo dell’*Army Medical Corps* turco, fu accusato per aver ordinato al suo staff medico di avvelenare i malati delle città di Erzurum, Sivas, Erzincan con il pretesto di salvaguardare la parte sana della popolazione dalle epidemie e dalla fame (Dadrian, 1986).

I medici nazisti erano affetti da una sorta di presbiopia etica che li portava a vedere così lontano – il futuro radioso del *Volk* – da perdere di vista il bene del prossimo. Il dottor Arthur Guett spiega: “l’amore mal concepito per il prossimo deve sparire [...] È dovere supremo dello Stato [...] garantire vita e mezzi di sussistenza solo alla parte in buona salute ed ereditariamente sana della popolazione, allo scopo di assicurare [...] un popolo (*Volk*) ereditariamente sano e razzialmente puro per l’eternità” (in: Lifton, 1988). L’eternità, niente meno!

Quell’ideologia –sia chiaro– non aveva nulla a che vedere con il concetto di eutanasia, infatti Ramm esplicita che si deve prescindere completamente dal consenso e anzi va superato il vetusto principio del “diritto al proprio corpo” (Lifton, 1988).

## Zavorre

Una delle motivazioni dello sterminio dei disabili da parte dei nazisti fu la necessità di liberarsi dei “mangiatori inutili” (Aly, 2017) per favorire lo sforzo bellico. “Zavorre” era il modo in cui i malati erano definiti, o ancora “vite indegne di essere vissute”, “vite senza valore” come le si chiamava nel volume scritto da uno psichiatra, Alfred Hoche, e da un penalista, Karl Binding.

I nazisti parlavano di “misure di igiene ereditaria” ma anche di “misure di pianificazione economica”, e il professor Carl Schneider, a capo dell’Aktion T4, caldeggiava il “sollevio” immediato che l’uccisione avrebbe comportato al confronto del risultato più differito dei programmi di sterilizzazione (Treviranus, 2002).

L’obiettivo dell’Aktion T4 è inequivocabilmente tracciato da un verbale dell’aprile 1940 in una riunione a cui partecipavano anche medici: “nei tanti istituti di assistenza del Reich viene ospitato un numero infinito di malati incurabili di ogni genere, in alcun modo utili all’umanità, che anzi sono solo un peso, che producono infiniti costi di mantenimento [...] sono persone asociali indegne di vivere, eppure con organi interni assolutamente sani e possono ancora vivere per molti decenni. Sottraggono soltanto cibo ad altre persone sane e spesso hanno bisogno di un’assistenza doppia o tripla. Le altre persone debbono essere protette da queste persone” (Aly, 2017).

Quanto ai metodi, se fossero rimaste incertezze: “non

3 Il corsivo è nostro.

si deve far niente per mantenere in vita questi malati gravi, anzi si deve fare di tutto per farli morire il più rapidamente possibile” (Aly, 2017).

Max Nonne, professore emerito di neurologia, a cui venne chiesto un parere in materia si espresse in questi termini: “Attualmente l’idea di alleggerire il nostro sovraccarico nazionale permettendo la soppressione di persone mentalmente morte e del tutto prive di valore incontra in molti casi ancora delle resistenze. [...] Sarebbe saggio, però, riproporsi di lasciare maturare l’opinione pubblica fino a che si convinca che l’eliminazione delle persone mentalmente del tutto morte non è un crimine, un’azione immorale, una crudeltà sul piano emotivo, ma un atto lecito e utile” (Aly, 2017).

Lasciare “maturare l’opinione pubblica” è una frase importante: per poter intraprendere azioni di sterminio occorre che ci sia una base ideologica condivisa.

In ogni caso, per decidere chi fosse o non fosse degno di vivere, il criterio era quello della gravità e presunta inguaribilità nel senso che il paziente fosse o non fosse abile al lavoro.

Molti di questi pazienti forse non erano “abili al lavoro”, per esempio non lo era R.W., costretto in sedia a rotelle, che, come riferì un testimone a uno dei processi celebrati dopo la guerra, si disperava: “Dove devo fuggire, e chi mi nasconderà, chi può fare un ricorso per me? Nel mio caso si vede lontano un miglio che sono un inutile mangiatore di pane e che non servo a niente” (Aly, 2017).

I candidati alla pseudo-eutanasia forse non erano produttivi ma erano in grado di comprendere molto bene quello che stava loro accadendo, soprattutto quando venivano caricati sugli autobus che li conducevano nei centri di uccisione, e le scene di disperazione erano frequenti; il semplice grido “Non voglio morire” era usuale. Una suora interrogata dopo la fine della guerra raccontò che i malati si accorgevano di quanto stava succedendo, che avevano terribilmente paura, che piangevano e urlavano (Von Cranach, 2002).

La sola colpa di queste vittime era di essere malate e indifese.

Il cardinale Clemens von Galen, detto “Il Leone di Münster” per le sue ripetute prese di posizione contro il programma di eutanasia, tuonò dal pulpito: “Hai tu, ho io il diritto alla vita solo finché siamo produttivi, ritenuti produttivi da altri? Se si ammette il principio, ora applicato, che l’uomo improduttivo possa essere ucciso, guai a tutti noi, guai a tutti noi quando saremo vecchi e decrepiti. Se si possono uccidere esseri improduttivi, guai agli invalidi, che nel processo produttivo hanno impegnato le forze, le ossa sane e le hanno perse” (Paolini, 2012).

## Le ricerche

Taluni studiosi si sono impegnati nel cercare di capire se quanto è accaduto in passato potrebbe ripetersi (Akabayashi, Slingsby, Kai, Nishimura & Yamagishi, 2004).

Fra le ricerche più significative, negli anni Settanta del Novecento all’Università delle Hawaii ne fu condotta una

in cui, dopo essersi dilungato sulla minaccia per la società creata dal presunto aumento delle persone mentalmente e fisicamente disabili, un docente invitava gli studenti a collaborare alla “applicazione di procedure scientifiche” per eliminare tale minaccia. A 570 studenti fu somministrato un questionario contenente una serie di domande. Ne risultò che il 90% degli intervistati approvava l’affermazione secondo cui ci sono persone più adatte di altre alla vita, e il 63% dichiarava il proprio appoggio a una “soluzione finale” (così era chiamata nel questionario) per la popolazione “inadatta” (Mansson, 1972).

Una ricerca analoga fu compiuta vent’anni dopo somministrando un questionario a 92 studenti israeliani, 20 di medicina, 20 di psicologia clinica, 20 che si preparavano a diventare assistenti sociali, 32 studenti di scienze sociali. L’obiettivo era quello di valutare la propensione di questi studenti che si preparavano per svolgere professioni di aiuto a non prestare cure a determinati pazienti e addirittura a ricorrere al *mercy killing*, l’“uccisione pietosa”, se la consegna a farlo proveniva da un’autorità. Fu posta particolare cura per distinguere una *mass involuntary euthanasia* (eutanasia involontaria di massa) dall’eutanasia volontaria, unica a nostro parere a meritare il nome di “eutanasia” con il prefisso eu-.

Le domande riguardavano l’inclinazione a classificare e fare una graduatoria dei pazienti allo scopo di ridurre i trattamenti per i casi più disperati, a classificarli anche in funzione della loro “produttività”, la propensione a drasticamente limitare le cure e il mantenimento nei casi di malattie e ritardi mentali più gravi, fino a chiedere agli studenti se fossero d’accordo a pianificare ed effettuare programmi di eutanasia di massa per i pazienti con livelli più gravi di disabilità “al fine di far cessare le loro sofferenze”.

Si chiariva che le decisioni dovevano essere prese in condizioni di limitazione di risorse.

Contrariamente alle previsioni o alle speranze dei ricercatori, il 38% degli intervistati si dichiarò d’accordo sulla riduzione di cibo e medicinali per le persone disabili al fine di riservare le risorse per il resto della popolazione; il 12% si pronunciò in favore di provvedimenti di eutanasia involontaria a fini pietosi, il 9% si dichiarò d’accordo nel prendervi parte direttamente (Charny & Fromer, 1990).

## La nostra ricerca

Come s’è detto, per poter intraprendere azioni di sterminio occorre che ci sia una base ideologica condivisa, non è dunque operazione oziosa formulare delle domande ai nostri connazionali.

La nostra ricerca è stata condotta dalla società AstraRicerche, istituto esperto anche in ricerche in materia sociale e di diritti umani.

Si è svolta tra il 4 e il 9 ottobre 2019 tramite interviste on line (*web interviews*) a un campione rappresentativo della popolazione italiana tra i 18 e i 65 anni di età. I risultati sono stati analizzati per i seguenti breakdown di classificazione: genere, età, area geografica, titolo di studio, status socio-economico, appartenenza a una professione sanitaria (medico, infermiere, ecc.)

Si è esordito con la frase: “Stiamo conducendo una ricerca su un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta. La ricerca non ha una finalità commerciale, non tratta di marche o prodotti, ma riguarda alcuni dilemmi etici, alcune questioni morali nel mondo della sanità e della

cura delle persone, senza alcun rapporto con le case farmaceutiche”. Quelle che seguono sono le risposte alle domande che ci sono parse più significative. Un dilemma etico proposto è stato:

Vediamo un caso concreto. Ovunque in Italia ci sono molti anziani non autosufficienti tenuti in vita da farmaci costosi e sostenuti da un'assistenza domiciliare specializzata e continua. Il problema non è la mancanza dei farmaci o degli operatori sanitari, ma solo quello del costo per il Servizio Sanitario Nazionale che, secondo alcuni, se spende tanti soldi per gli anziani, non ha risorse sufficienti per curare i bambini e gli adulti. Se Lei fosse chiamato a decidere cosa fare, quali di queste decisioni prenderebbe?	
Ne indichi, per favore, non più di tre:	%
ordinerei di non curare più gli anziani, dando loro solo farmaci palliativi anti-dolore	8,1
ordinerei di curare e assistere solo gli anziani con maggiori probabilità di vivere a lungo	15,4
ordinerei di curare e assistere solo gli anziani utili alla società	4,5
ordinerei di curare e assistere solo gli anziani in grado di pagare tutto	3,4
ordinerei di sospendere cure e assistenza a tutti gli anziani, lasciandoli morire naturalmente	4,8
ordinerei di sopprimere dolcemente tutti gli anziani che sono un peso per la società	2,1
ordinerei di continuare cure e assistenza per tutti, costi quel che costi	53,2
ordinerei di tirare a sorte	1,9
lascerei decidere al Ministero della Salute	12,4
non so	8,3
non voglio rispondere	4,0

Se ci riferiamo a un intero gruppo di persone si presenta il problema discriminatorio, e per gli anziani la letteratura anglosassone ha coniato il termine *ageism* per indicare pregiudizi e stereotipi nei confronti delle persone anziane, in analogia con *racism* e *sexism* (Butler, 1969), anche se vi è chi ha osservato come l'età avanzata non individui un carattere specifico di un settore della popolazione, ma riguardi -almeno potenzialmente- tutti gli individui (Palmore & Manton, 1973).

Gli oppositori del ricorso al criterio dell'età come fattore decisivo per selezionare pazienti per le cure sanitarie ricorrono soprattutto all'argomento dell'uguaglianza di valore di tutte le vite, mentre i suoi sostenitori ne fanno una questione di uguaglianza di opportunità e di spazio naturale di vita, ricorrendo al cosiddetto *fair innings argument*, che utilizza il termine con il quale si indicano le parti in cui è divisa una partita di baseball, e al concetto di *natural life span*: “l'ideale di equità sotteso in generale a queste proposte è quello per cui una giusta distribuzione delle risorse dovrebbe garantire a ciascuno la medesima opportunità di vivere per un certo numero di anni [...] lo spazio naturale di vita” (Reichlin, 1998), al di là del quale “non dovrebbero essere sviluppate o applicate agli anziani nuove tecnologie”, ma solo garantito un adeguato alleviamento dei dolori (Callahan, 1987). Il filosofo che ha particolarmente sviluppato questa idea, Daniel Callahan, aveva sostenuto che lo spazio “naturale” di una esistenza fosse di circa ottanta anni (a settantenne ha però ha speso 80.000 dollari per curare la propria cardiopatia) e ha maturato il concetto di morte “tollerabile” contrastando quella che a suo parere è la deriva tecnologica della moderna medicina.

Sviluppando ulteriormente il tema, si è giunti ad introdurre un vero e proprio “dovere di morire” attraverso eutanasia o suicidio assistito per i pazienti anziani al primo presentarsi di condizioni potenzialmente fatali (Battin, 1987), ma viceversa recentemente è emerso il concetto di “giustizia generazionale”, che sottolinea quanto i giovani debbano agli anziani (DeBolt, 2010) e sostiene che giustizia ed equità richiedono che ci prendiamo cura di quelli che ci hanno curato in passato.

Venendo alla nostra ricerca in più della metà delle risposte -53,2%- i nostri connazionali deciderebbero di “continuare cure e assistenza per tutti, costi quel che costi”.

Vi sono poi risposte che potremmo definire realistiche: (“ordinerei di curare e assistere solo gli anziani con maggiori probabilità di vivere a lungo”: 15,4%), e altre “formali” o se preferite deresponsabilizzative (“lascerei decidere al Ministero della Salute”: 12,4%). Altre risposte però sono più inquietanti, cominciando da “ordinerei di tirare a sorte”: 1,9%; per questa percentuale una possibile ipotesi interpretativa è quella di una totale distanza emotiva dal problema. Proseguiamo poi con “ordinerei di non curare più gli anziani, dando loro solo farmaci palliativi anti-dolore”: 8,1%; “ordinerei di curare e assistere solo gli anziani in grado di pagare tutto”: 3,4%; “ordinerei di sospendere cure e assistenza a tutti gli anziani, lasciandoli morire naturalmente”: 4,8%; “ordinerei di curare e assistere solo gli anziani utili alla società”: (4,5%); opzioni, queste ultime, che denotano ben scarsa empatia, considerazioni di tipo prettamente economico, una sorta di calcolo costi-benefici collegato al possibile peso che gli anziani comporterebbero sul sistema sanitario nazionale. Vi è infine un inquietante 2,1% di ri-

sposte “ordinerei di sopprimere dolcemente tutti gli anziani che sono un peso per la società”.

Con la prudenza che in questi casi è opportuno utilizzare, questo un segnale che desta preoccupazione. Sommando infatti tutte queste ultime voci, si ottiene un 22,9%, valore non certo trascurabile, di connazionali che hanno scelto come ipotesi percorribile quella di lasciare morire gli anziani malati. Abbiamo voluto approfondire questo dato facendo una distinzione per età: i soggetti più giovani sono quelli meno predisposti a continuare cure ed assistenza per gli anziani, rispetto ad una maggiore disponibilità alle cure ravvisabile in fasce più mature del campione. Nella fascia 18-24 anni i soggetti sono meno favorevoli alla continuazione delle cure a prescindere dai costi (45%), mentre nella fascia 55-65 anni la percentuale sale al 64%. Pare plausibile e comprensibile che persone molto giovani vedano le pro-

blematiche connesse alla vecchiaia come molto lontane, si riscontra però, e questo merita una riflessione, un'allarmante minore capacità di entrare in empatia con chi è in difficoltà.

Fra i “malati” candidati all’uccisione dai nazisti vi erano anche i “folli criminali”, e Ernst Rüdin, come s’è detto, già prima del T4 aveva inserito fra i destinatari della sterilizzazione tutti coloro che fossero “socialmente inferiori” e soggetti con “gravi difetti etici” (Müller-Hill, 1988). Il termine che i criminologi nazisti ereditarono dai criminologi della repubblica di Weimar, che poi talora erano gli stessi, fu *Asozial*; costoro erano descritti quali esseri umani con un atteggiamento mentale ereditario e irreversibile che si presentano come privi di freni e pericolosi (Friedlander, 1997).

Così abbiamo posto questo ulteriore dilemma:

Secondo alcuni intervistati prima di Lei, ci sono persone che molti considerano pericolose per la società, per esempio quelli contagiosi di malattie gravi, gli omicidi seriali, i pedofili. Tra le soluzioni qui sotto elencate, quali preferisce che siano adottate? (anche più risposte)			
	%	%	%
	Contagiosi gravi	Omicidi seriali	Pedofili
Cure volontarie	19,0	5,8	7,3
Cure obbligatorie, anche severe (castrazione chimica, lobotomia al cervello, ecc.)	24,9	17,7	42,6
Isolamento coatto in reparti ospedalieri chiusi	37,7	9,9	11,4
Reclusione coatta in isole controllate dall’esercito	7,8	18,0	13,7
Ergastolo, reclusione a vita	8,9	52,3	41,2
Eliminazione dolce (senza dolore) a cura dello Stato	6,5	13,8	12,2
Non so	11,2	4,5	3,5
Non voglio rispondere	3,0	2,4	2,0

Come si poteva intuire, gli omicidi seriali sono coloro per i quali vengono proposti i provvedimenti più energici: in particolare la reclusione a vita nel 52,3% dei casi, l’eliminazione nel 13,8%. Il fatto che più del 65% delle risposte si orientino verso soluzioni di carcerazione a vita o di eliminazione, può ricondursi ad una possibile identificazione con la vittima con conseguente sentimento di paura e allarme individuale (Cornelli, 2019).

Pure per i pedofili si caldeggia la reclusione a vita (41,2%): questo è un dato significativo e rappresentativo di un aspetto punitivo molto forte (solitamente l’ergastolo è previsto nei casi di omicidio), e si tratta di una risposta che potrebbe essere influenzata da un automatismo sociale che vede le condotte di tipo pedofilo tutte di pari gravità. C’è una differenza significativa tra gli uomini e le donne: queste ultime appaiono più severe (45%) rispetto ai maschi (38%); altra differenza statisticamente interessante riguarda le fasce d’età: i giovani (18-24 anni) paiono più severi (50%) rispetto ad una fascia d’età più matura (35-65 anni, 39%). Dato quest’ultimo interpretabile con una maggior identificazione dei più giovani con le vittime.

La soluzione che riscuote maggiori consensi per i pedofili è quella delle cure severe e obbligatorie (42,6%). Anche in questo caso è interessante analizzare la variabile dell’età: i giovani sono coloro i quali mostrano meno propensione verso una soluzione terapeutica di supporto (18-24 anni, solo il 29%), mentre la percentuale si alza nella fascia di età dai 55 ai 65 anni (51%). Non emergono differenze significative di genere.

Un questionario non permette molti distinguo, ci sembra però che gli intervistati abbiano separato le situazioni in cui la pericolosità si ascrive a propri (volontari?) comportamenti dalla situazione di malattia; per i contagiosi “gravi”, infatti, nella percentuale più alta si prospettano cure benché obbligatorie (24,9%).

Per quanto concerne la categoria dei contagiosi gravi, la scelta più condivisa è quella dell’isolamento coatto in reparti ospedalieri chiusi (37,7%): probabilmente l’intenzione non è di tralasciare l’aspetto di cura, ma emerge in maniera preponderante la necessità di assicurare l’allontanamento obbligato di queste persone dalla società dei “sani”. Vi è poi una percentuale significativa del 24,9% di persone che sce-

glie le cure obbligatorie anche severe, mentre solo il 19% risulta favorevole alle cure volontarie. La somma delle soluzioni in cui la cura non è presente come possibilità è di 23,2%: un valore non trascurabile, soprattutto considerando il fatto che la malattia contagiosa non è assimilabile a con-

dotte violente volontarie. L'eliminazione è comunque la soluzione scelta non solo per il 13,8% degli omicidi seriali, ma pure per il 12,2% dei pedofili e per il 6,5% dei malati. Sulle orme del passato abbiamo poi chiesto:

Parliamo ora del diritto a esistere, a vivere. Quale delle seguenti affermazioni la trovano d'accordo? Secondo me, dovrebbero avere il diritto a vivere (anche più risposte):	%
solo le persone senza gravi malattie genetiche.	3,3
solo le persone senza gravi malattie mentali	3,1
solo le persone senza gravi disabilità che hanno bisogno di aiuto continuo	4,2
solo le persone senza gravi turbe sessuali	2,7
solo le persone capaci di capire	3,1
solo le persone che non uccidono, non violentano, ecc.	10,6
solo le persone non appartenenti a certi gruppi sociali come gli zingari, i rom, i sinti	2,3
solo le persone che non vogliono distruggere la nostra civiltà (come certi terroristi)	8,8
solo gli appartenenti alle razze superiori	0,7
tutti, perché la vita umana va sempre difesa, ha un valore assoluto	64,6
tutti, perché la vita umana è sacra, ci è stata donata da Dio	22,8
non so	3,9
non voglio rispondere	2,3

Il 64,6% delle risposte è nel senso che tutti abbiano diritto a vivere perché la vita umana va sempre difesa ed è un valore assoluto. Questo dato sicuramente è di conforto, ma merita attenzione la differenza che emerge se si va ad analizzare il dato per fasce d'età: tra i 18 e i 24 anni, il valore scende al 52%, per salire al 56% per la fascia 25-34, e aumentare in maniera significativa nelle fasce successive (35-44, 64%; 45-54 anni, 67%; 55-75 anni, 75%).

Segue il 22,8% di quelle che motivano in senso religioso ("tutti, perché la vita umana è sacra, ci è stata donata da Dio"), per un totale dell'87,4% di risposte che confermano, per un motivo o per l'altro, il diritto di tutti a vivere. Come si evince dalla tabella qualche altra risposta è un po' più preoccupante: tutte le altre che escludono il diritto di vivere per aggressori, malati, incapaci di capire, altri gruppi sociali, fino alle risposte –fortunatamente pochissime– che affermano che hanno diritto a vivere solo gli "appartenenti alle razze superiori" (0,7%). Di certo è un tasso di risposte molto esiguo, e ce ne rallegriamo, ma merita comunque una riflessione. Per quanto concerne gli aspetti meramente razziali, coloro che rispondono in termini di negazione del diritto alla vita dell'"altro", sono soggetti per la maggioranza di età compresa tra i 18 e i 34 anni. Si abbassa la percentuale invece per i più anziani. Forse questo dato potrebbe essere spiegato ricorrendo al ruolo della memoria

e a come questa sia ancora capace di riproporre, in maniera più forte per i più anziani, la tragicità della persecuzione razziale. Per quanto riguarda le fasce d'età più basse, il meccanismo è inverso, la lontananza dagli eventi tragici non favorisce la consapevolezza della gravità e si potrebbero spiegare così alcuni episodi fortemente razzisti che hanno avuto come protagonisti i giovani.

## Conclusioni

Italiani brava gente? Parrebbe di sì.

Nel mese di ottobre del 2019 a un campione rappresentativo di italiani abbiamo dunque somministrato un questionario che proponeva una serie di dilemmi etici in ambito sanitario. Il background storico che stava alla base di questa ricerca riguardava il programma nazista denominato Aktion T4, e pertanto alcuni dei quesiti proposti, seppur in maniera velata e non troppo diretta, dipingevano situazioni con interrogativi etici che evocavano l'Olocausto nazista dei disabili.

Le risposte date forniscono un quadro generale abbastanza rassicurante, in cui a prevalere sono il senso di giustizia, il rispetto del diritto alla vita e l'accoglimento dei principi fondamentali dei diritti umani.

I nostri risultati paiono dunque contrastare con quanto emerge dagli *hate speeches* talora rinvenibili in rete (Travaini, Caruso & Merzagora, 2019).

Forse la rete ospita odiatori seriali molto attivi, o forse certi discorsi d'odio colpiscono talmente che vengono ripetuti e risuonano più di quanto meriterebbero anche in termini statistici.

Le opinioni in rete sono indicative, ma la nostra ricerca si è avvalsa di un campione rappresentativo di Italiani e riporta quindi più fedelmente quelle che sono le opinioni nel nostro Paese.

Sta di fatto che, per esempio, il 53,2% degli Italiani continuerebbe a fornire cure e assistenza agli anziani non autosufficienti “costi quel che costi”; il 58,4% di fronte a portatori di malattie genetiche ereditarie auspica di investire di più nella ricerca; l'87,4% ritiene che tutti abbiano diritto a vivere.

Altri aspetti meno rassicuranti emergono invece, sempre per fare qualche esempio, laddove il 23% delle risposte fornite è nel senso che gli anziani non autosufficienti vadano lasciati morire, o soppressi, o aiutati solo se “solventi”; il 6,5% eliminerebbe i contagiosi gravi e il 13,8% gli omicidi seriali.

Se i risultati a cui siamo pervenuti rassicurino o meno dipende probabilmente dalla nostra quota di ottimismo o pessimismo, ma se è vera la famosa frase di Santayana secondo cui chi non conosce la storia è condannato a ripeterla, rimane la raccomandazione all'accortezza soprattutto per quella fascia di popolazione che ha avuto la fortuna di non essere testimone diretto di atrocità tali da far vergognare l'uomo. Accortezza che dovrebbe essere presente in certe esternazioni politiche.

Nel 2014, una consigliera regionale della Lombardia ha espresso alla Commissione Europea il desiderio che venissero applicate strategie di controllo più rigide in materia di sicurezza alimentare, “con particolare attenzione alle problematiche infettive dovute anche all'impiego di personale immigrato nei processi di produzione, distribuzione e somministrazione di alimenti negli ambienti scolastici, sanitari e sociosanitari”<sup>4</sup>. La consigliera è riuscita, con un’abile mossa”, a congiungere in epoca moderna il concetto di igiene razziale sul posto di lavoro con quello di igiene alimentare.

E abbiamo sentito anche di peggio, ma a questo punto possiamo chiederci se frasi di tal fatta siano espresse per ottenere maggiori consensi da un elettorato che già la pensa così, o piuttosto finiscano per condizionare in senso contrario ai diritti umani una cittadinanza che è migliore di chi la rappresenta.

## Riferimenti bibliografici

Aly, G. (2017). *Zavorre. Storia dell'Aktion T4: l'“eutanasia” nella Germania nazista 1939-1945*. Torino: Einaudi.

4 Repubblica, 12 marzo 2014. *La Lega: “Mense a rischio infezione se nelle cucine lavorano gli immigrati”*.

- Akabayashi, A., Slingsby, B.T., Kai, I., Nishimura, T. & Yamagishi, A. (2004). The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. *BMC Medical Ethics*, 5(1).
- Baron, J.H. (1999). Genocidal doctors. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92, 590-593.
- Battin, M.P. (1987). Age rationing and the just distribution of care: is there a duty to die? *Ethics*, 97, 317-340.
- Butler, R.N. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.
- Callahan, D. (1987). *Setting limits. Medical goals in an aging society*. New York: Simon & Schuster.
- Cavalli Sforza, L.L. & Padoan, D. (2013). *Razzismo e noismo. Le delinazioni del noi e l'esclusione dell'altro*. Torino: Einaudi.
- Ceretti, A. & Natali, L. (2019). Criminology of genocide, radical interactionism and violentization processes. the rwandan genocide | [Criminologia del genocidio, interazionismo radicale e processi di violentizzazione. il genocidio ruandese]. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 13(3), 331-355.
- Charny, I.W. & Fromer, D. (1990). A study of the readiness of jewish/israeli students in the health professions to authorize and execute involuntary mass euthanasia of severely handicapped patients. *Holocaust and Genocide Studies*, 5(3), 313-335.
- Cornelli, R. (2019). Prejudices, stereotyping and dominance: The roots of dehumanization and hate policies | [Prejudizi, stereotipi e potere. alle origini delle pratiche di disumanizzazione e delle politiche dell'odio]. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 13(3), 206-216.
- Crescenzi, L. (Ed.) (2016). *Processo Eichmann. Imputato Eichmann. Interrogatorio e controinterrogatorio dello “Spedizioniere della Morte”*. Fidenza: Mattioli.
- Crescenzi, L. (Ed.) (2014). *Processo Eichmann. Cinquanta chili d'oro. Gli ebrei, i nazisti, gli italiani*. Fidenza: Mattioli.
- Dandrian, V.N. (1986). The Role of Turkish Physicians in the World War I Genocide of Ottoman Armenians. *Holocaust and Genocide Studies*, 1(2), 169-192.
- DeBolt, K. (2010). What will happen to granny? Ageism in America: allocation of healthcare to the elderly & reform through alternatives avenues. *California Western Law Review*, 47(1), article 6.
- Fontanari, D. & Toresini, L. (Eds.) (2002). *Psichiatria e nazismo. Atti del Convegno. San Servolo 9 ottobre 1998*. Pistoia: Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Fondazione I.R.S.E.S.C.
- Friedlander, H. (1997). *Le origini del genocidio razzista. Dall'eutanasia alla soluzione finale*. Roma: Editori Riuniti.
- Gilbert, G.M. (2005). *Nelle tenebre di Norimberga. Parla lo psicologo del processo*. Torino: Società Editrice Internazionale.
- Lifton, R.J. (1988). *I medici nazisti. La psicologia del genocidio*. Milano: Rizzoli, BUR.
- Mansson, H.H. (1972). Justifying the Final Solution. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 3, 79-87.
- Merzagora, I. (2019). Human Criminology: 10 dicembre 1948 – 10 dicembre 2018. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 166-173.
- Merzagora, I., Travaini, G. & Caruso, P. (2018). From Lombroso to nazy biocriminology, and nothing else, we hope so | [Da Lombroso alla biocriminologia nazista, e speriamo a nient'altro]. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 12(2), 105-114.
- Merzagora, I., Travaini, G. & Caruso, P. (2016). New fighters: Personality and identity features of islamic terrorists | [Nuovi combattenti: Caratteristiche personologiche e identitarie dei terroristi islamici]. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 10(3), 177-186.
- Mitscherlich, A. & Mielke, F. (1967). *Medicina disumana. Documenti del “Processo dei medici” di Norimberga*. Milano: Feltrinelli.
- Müller-Hill, B. (1988). *Murderous science: Elimination by scientific se-*

- lection of Jews, Gypsies, and others, Germany, 1933-1945.* Oxford: Oxford University Press.
- Nielsen, N.P. (2004). *L'universo mentale "nazista"*. Milano: Franco Angeli.
- Palmore, E.B. & Manton, K. (1973). Ageism compared to racism and sexism, *Journal of Gerontology*, 16, 504-507.
- Paolini, M. (2012). *Ausmerzen. Vite indegne di essere vissute*. Torino: Einaudi.
- Perwanger, V. (2002). La questione delle opzioni nel 1939 in Alto Adige e la deportazione dal manicomio di Pergine e dalle valate all'interno del progetto T4. In D. Fontanari, & L. Toresini, (Eds.). *Psichiatria e nazismo. Atti del Convegno. San Servolo 9 ottobre 1998*. Pistoia: Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Fondazione I.R.S.E.S.C.
- Post, S.G. (Ed.) (2004). *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, vol 5. Macmillan: USA.
- Reichlin, M. (1998). Il criterio dell'età nel razionamento delle cure sanitarie. In P. Cattorini (Ed.), *Etica e giustizia in sanità*. Milano: Franco Angeli.
- Schmidt, M. (2002). Modelli di pensiero della psichiatria nazionalsocialista. Confronti con alcune moderne discussioni di "bioetica". In D. Fontanari, & L. Toresini (Eds.), *Psichiatria e nazismo. Atti del Convegno. San Servolo 9 ottobre 1998*. Pistoia: Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Fondazione I.R.S.E.S.C., 121-137.
- Società Italiana di Psichiatria (2018). Netforpp Europa.
- Stover, E. & Nightingale, E.O. (1985). *The Breaking of Bodies and Minds. Torture, Psychiatric Abuse and the Health Professions*. New York: Freeman.
- Taguieff, P. (1994). *La forza del pregiudizio*. Bologna: Il Mulino.
- Travaini, G., Regondi, E., Camisaca, S., Caruso, P. & Merzagora, I. (2017). Radicalisation mechanisms: a comparison between judges and criminologists | [I meccanismi di radicalizzazione: giudici e criminologi a confronto]. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11 (4), 297-303.
- Treviranus, G. (2002). Sguardo retrospettivo sulla psichiatria francese durante l'occupazione nazionalsocialista. In D. Fontanari, & L. Toresini (Eds.), *Psichiatria e nazismo. Atti del Convegno. San Servolo 9 ottobre 1998*. Pistoia: Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Fondazione I.R.S.E.S.C., 96-110.
- Von Cranach, M. (2002). La Psichiatria nel periodo del Nazionalsocialismo. In D. Fontanari & L. Toresini (eds.), *Psichiatria e nazismo. Atti del Convegno. San Servolo 9 ottobre 1998*. Pistoia: Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Fondazione I.R.S.E.S.