

La ritrosia della Medicina e della Società ad accettare il limite: la lezione della pandemia COVID-19¹

Luciano Orsi²

Abstract

La Società e la Medicina, soprattutto occidentali e delle regioni economicamente più sviluppate, accettano sempre meno i limiti intrinseci alla biologia, alla scienza e all'organizzazione sociale. L'enorme sviluppo della conoscenza e della tecnologia delle ultime decadi hanno alimentato una spirale di attese e desideri che contrastano sempre più l'accettazione del limite che finisce per essere spesso rimosso e ignorato quando ci si confronta con questioni come l'invecchiamento, la malattia, la morte e i problemi allocativi delle risorse. Analoghe considerazioni possono essere svolte sulla tensione fra l'espansione dei diritti e le costrizioni alla libertà personale. La pandemia COVID-19 ha ulteriormente evidenziato questa difficoltà ad accettare tali limiti. La dura lezione che la pandemia ci sta dando deve essere l'occasione per riflettere sul limite connesso all'uomo e alle sue attività umane per trovare, attraverso un processo di maturazione consapevole, un nuovo equilibrio fra attese e possibilità fondato su una flessibile accettazione dei limiti che da sempre i mortali sperimentano.

Parole chiave: Covid-19; limiti; invecchiamento; malattia; morte; giustizia distributiva; libertà personale

Society and Medicine, especially Western and economically more developed regions, accept less and less the intrinsic limits of biology, science, and social organization. The huge development of knowledge and technology of the last decades have fueled a spiral of expectations and desires that increasingly contrast the acceptance of the limit that ends up being often removed and ignored when confronted with issues such as aging, disease, death and resource allocation problems. Similar considerations can be made on the tension between the expansion of rights and the constraints on personal freedom. The COVID-19 pandemic has further highlighted this difficulty in accepting these limits. The hard lesson that the pandemic is giving us must be an opportunity to reflect on the limit connected to man and his human activities to find, through a process of conscious maturation, a new balance between expectations and possibilities based on a flexible acceptance of limits that mortals have always experienced.

Keywords: Covid-19; limits; aging; disease; death; distributive justice; personal freedom

¹ Saggio ricevuto in data 8/03/2021 e pubblicato in data 26/10/2021

² E-mail: orsiluciano@gmail.com

1. Introduzione

La pandemia COVID-19 ci è arrivata alle spalle cogliendoci di sorpresa e infliggendoci innegabili danni sanitari, economici e sociali. La tragedia che stiamo ancora vivendo oggi (febbraio 2021) non deve però impedirci di riflettere profondamente sulla pandemia, anche per trarne i debiti insegnamenti.

Da un punto di vista generale ritengo fondamentale analizzare in primis l'impatto che la pandemia ha avuto sulla Medicina e sulla Società mettendole brutalmente a confronto con la questione del limite connesso alla biologia e all'organizzazione sociale per poi passare in rassegna le reazioni e i vissuti correlati con l'esperienza diretta dei limiti della conoscenza e della libertà personale.

2. Il limite biologico

Nella millenaria sfida umana tesa a superare il limite connesso alla biologia (in primis invecchiamento, malattia, morte) l'uomo ha investito enormi risorse intellettuali ed economiche, creando una scienza ed una tecnologia sempre più potenti ed efficaci. Tale indubbio e benvenuto successo ha però contribuito ad accentuare la tendenza a rifiutare quasi radicalmente tale limite biologico, tentando di spostarlo sempre più in là o rimuovendolo dai pensieri quotidiani.

La pandemia ci ha invece colto di sorpresa svelando limiti che pensavamo superati come la mortalità per malattie acute infettive o che pensavamo addomesticati come la mortalità particolarmente accentuata nei malati cronici e più anziani.

Non deve pertanto stupire che in quasi tutte le nazioni le prime reazioni (ma anche quelle successive) all'improvviso e crudele apparire di questi limiti siano state la negazione, la rimozione, la ricerca del capro espiatorio, l'illusoria richiesta di mettere in campo sempre più forze per dissolvere il problema.

Questi meccanismi mentali, cognitivamente ingenui ma potenti sul piano psichico, erano già in atto da tempo ed avevano messo radici profonde nel pensare-sentire diffuso nella Medicina e nella Società. Nella percezione sociale la rimozione del limite connesso all'invecchiamento era già evidente nell'insofferenza diffusamente manifestata verso la perdita della funzionalità fisica ed il restringersi degli stili di vita ad essa conseguenti, nello svilimento del valore della memoria custodita dalle persone anziane, nella tendenza a mascherare la senescenza sotto interventi estetici, abbigliamenti giovanilistici e stili di comportamento ispirati a creare l'illusione di una eterna giovinezza e perenne dinamicità.

Nelle pratiche sanitarie pre-pandemiche la rimozione del limite verso le malattie, soprattutto quelle cronico-degenerative, e la morte, era già evidente nella diffusa sottovalutazione della loro evolutività clinico-funzionale, nel percepito sociale che "sospendeva" il loro prevedibile peggioramento in un'auspicata "stazionarietà" del quadro patologico. Società e Medicina erano (e tutt'ora sono) sempre più tentate nel celebrare le crescenti possibilità di "fermare" o "rallentare" l'evoluzione peggiorativa e perfino di "cronicizzare" tali malattie, anche quelle tumorali più aggressive.

Questa collusione fra Medicina e Società, pur essendo comprensibile sul piano psicologico, ha però prodotto sempre più illusioni nelle possibilità del

progresso tecno-scientifico di vincere definitivamente la sfida epocale delle patologie cronico-degenerative e di prolungare quasi indefinitamente la sopravvivenza umana.

Questa preesistente postura “scoliotica” del pensiero diffuso si è notevolmente accentuata in questo anno pandemico; sarà quindi opportuno monitorare la sua evoluzione nel post-pandemia per valutarne la dinamica.

3. Il limite connesso allo squilibrio pandemico fra domande e risorse e le conseguenti scelte allocative

Un altro rifiuto del limite che è clamorosamente emerso nelle prime fasi della vicenda pandemica è individuabile nelle forti resistenze che si sono manifestate circa l'accettazione del triage.

Infatti, quando nelle prime settimane si è tragicamente imposto il problema dell'enorme squilibrio fra la domanda di cure (soprattutto, ma non solo, intensive e sub-intensive) e la reale disponibilità di risorse (posti letto, sanitari, apparecchiature, competenze, esperienze, ecc.), a livello nazionale ed internazionale è comparso il problema del *triage* cioè di decidere quali malati, fra i tantissimi che ne bisognavano contemporaneamente, dovessero accedere alle poche risorse disponibili.

A causa di questo grave problema, molte società scientifiche hanno prodotto documenti per individuare i criteri da utilizzare per compiere tali scelte e per fornire indicazioni clinicamente ed eticamente fondate ai sanitari in prima linea che quelle scelte dovevano inevitabilmente fare³.

La pubblicazione di tali documenti ha sollevato, soprattutto in Italia, vivaci reazioni nel mondo medico, filosofico, giuridico e politico, tese a difendere l'universale accesso alle cure e ad avversare ogni discriminazione legata all'età anagrafica e biologica⁴. La maggior parte di queste risentite reazioni alla pratica del triage erano incentrate sulla negazione che vi fosse la necessità di fare un triage e sulla convinzione che aumentando quasi indefinitamente le risorse tale necessità venisse meno.

In sintesi, si può affermare che tali reazioni erano ingenerate da una

³ M. Vergano et al., *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, (2020). Il documento è disponibile all'indirizzo:

<https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/03/SIAARTI-Covid19-Raccomandazioni-di-etica-clinica.pdf>;

T. Leclerc et al. *Prioritisation of ICU treatments for critically ill patients in a COVID-19 pandemic with scarce resources*. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020 Jun;39(3):333-339. doi: 10.1016/j.accpm.2020.05.008. Epub 2020 May 17;

G. Meyfroidt et al. *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine*, (2020). Il documento è disponibile all'indirizzo:

https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/COVID-19-ethical_final_c.cleaned.pdf;

K. Liddell et al., *Who gets the ventilator? Important legal rights in a pandemic*, in «J Med Ethics», vol. 46, n. 7, 2020, pp. 421-426, doi: 10.1136/medethics-2020-106332. Versione epub: 11 maggio 2020.

⁴ G.R. Gristina et al., *Pandemia da CoViD-19 e triage: la filosofia e il diritto talvolta guardano l'albero mentre la medicina prova a spegnere l'incendio della foresta*, in «Rivista di BioDiritto», 1S, 2020. Disponibile all'indirizzo:

<http://rivista.biodiritto.org/ojs/index.php?journal=biolaw&page=article&op=view&path%5B%5D=598>;

M.A. Piccinni, *Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI “Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”*, in «Recenti Prog Med», 111, 2020, pp. 212-222.

valutazione irrealistica della gravità dello squilibrio fra domande e risorse, dalla scotomizzazione dell'impossibilità di attivare tutte le risorse che avrebbero risolto il problema e da una difesa ideale (o spesso ideologica) del diritto universale di accesso alle cure ritenuto ingenuamente possibile e doveroso anche in una grave o gravissima situazione pandemica.

Di fatto, anche da parte di autorevoli pensatori e importanti società scientifiche o istituzioni sanitarie, non si è voluto guardare in faccia la realtà di quelle terribili settimane.

Pertanto, il dibattito che ne è scaturito, anche nei mesi successivi, è purtroppo stato un'occasione per molti versi sprecata. Infatti, accanto a vani appelli generici e retorici, sono stati formulati documenti che, pur ammettendo l'oberto collo l'inevitabilità di un triage in certe situazioni di grave o gravissimo squilibrio fra domanda e risorse, e pur confermando i criteri di scelta individuati inizialmente (comorbidità, gravità delle condizioni acute, età biologica, grado di risposta ai trattamenti, ecc.) li hanno diluiti e presentati in modo da depotenziarne il valore, quasi per occultarne l'asperità⁵.

Anche successivi documenti che sono stati prodotti con un approccio più realistico non sono stati oggetto di attenzione né scientifica né mediatica per una verosimile volontà di scotomizzare il problema⁶.

Peraltro, va segnalato che la necessità di compiere scelte allocative non ha riguardato solo il triage ma anche molti aspetti delle risposte alla pandemia, come ad esempio la distribuzione degli scarsi presidi (dispositivi di protezioni individuale) disponibili nelle fasi iniziali, le priorità per la distribuzione dei vaccini secondo professione, fasce di età e morbidità, l'effettuazione dei test diagnostici, ecc.

L'impressione è che non si sia voluto o potuto, da parte di molti attori della vicenda, far emergere la questione del triage e delle altre scelte allocative ed avviarla ad un dibattito scientifico allargato a settori più ampi della Medicina, del diritto, della filosofia e della politica⁷. Né tantomeno si è ritenuto utile e opportuno avviare una pubblica discussione sul tema, probabilmente perché, ancor una volta, non si è ritenuta sufficientemente matura la popolazione italiana.

Se tutto questo non avverrà nemmeno quando la pandemia sarà sotto controllo avremo davvero perso una preziosa occasione per esplorare il limite che ogni pandemia, crisi umanitaria o maxi-emergenza sanitaria impongono, costringendo a scelte allocative che comprendono anche il triage. Scelte che dovrebbero essere esplicite, condivise anticipatamente e ampiamente accettate sia nel mondo scientifico e delle istituzioni che a livello della cittadinanza.

⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "trriage in emergenza pandemica"*, 8 aprile 2020. Documento disponibile a: http://bioetica.governo.it/media/3987/p136_2020_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-trriage-in-emergenza-pandemica.pdf

⁶ Cfr. con il documento di SIAARTI-FNOMCeO del 31 ottobre 2020, disponibile a: <https://www.siaarti.it/news/337448>; F. Ingravallo, *Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di covid-19*, (2021). Il documento è disponibile a: https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/01/2021_01_13_LINEE-GUIDA_DECISIONI-CURE-INTENSIVE_Def.pdf

⁷ Ministero della Salute, *Piano strategico-operativo di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023*, 24 gennaio 2021. Il documento è disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3005_allegato.pdf

4. Il limite dell'aziendalizzazione in Sanità

Un altro limite che la pandemia ha sicuramente stigmatizzato è quello relativo all'eccesso di aziendalizzazione in Sanità. In proposito è utile rammentare che nelle ultime decadi in molti sistemi sanitari nazionali e regionali è stata attuata un penetrante processo di aziendalizzazione al fine di migliorare l'efficienza delle ingenti risorse impiegate.

Gli obiettivi generali e le prime fasi attuative di tale processo avevano una loro fondatezza, correlata ad ottenere una riduzione degli sprechi ed una responsabilizzazione dei professionisti sanitari e degli amministratori centrata sul rispetto del principio etico di giustizia allocativa.

Rapidamente però il processo ha preso una riduttiva deriva economicista in cui la produzione numerica di atti sanitari (visite, ricoveri, interventi, ecc.) ha preso il sopravvento sugli aspetti qualitativi e relazionali della cura, danneggiandola gravemente. Inoltre, è stata attuata una crescente privatizzazione della Sanità nel nome di una competizione fra pubblico e privato che avrebbe dovuto essere virtuosamente migliorativa nell'offerta di servizi e nella qualità degli esiti di cura.

Il disinvestimento finanziario nelle strutture sanitarie pubbliche attuato per favorire una privatizzazione crescente e sregolata della Sanità ha invece ulteriormente peggiorato la complessiva offerta ed erogazione delle cure, spostando l'equilibrio a favore della quantità rispetto alla loro qualità e indebolendo i settori sanitari meno remunerativi anche se strategici per la cura della comunità (es. la prevenzione).

L'arrivo della pandemia ha impietosamente svelato i limiti dei sistemi sanitari indeboliti dalle suddette politiche attuate negli ultimi decenni che hanno prodotto un ridimensionamento dei posti letto negli ospedali pubblici, della medicina di comunità, della sanità pubblica, della prevenzione, della ricerca pubblica. Il mancato aggiornamento dei piani pandemici nazionali e la mancata preparazione (la tanto auspicata *preparedness* anche da parte dell'OMS/WHO e del CNB) sono stati eloquenti esempi dei danni provocati dal disinvestimento nella Sanità pubblica e dal prevalere di un eccesso di logiche di mercato nei sistemi sanitari.

L'insegnamento che dovremmo ricavare da questa vicenda è accettare il limite intrinseco alla ricerca di efficienza economica e all'applicazione dei principi dell'economia di mercato in Sanità. Solo accettando tale limite sarà possibile attrezzarsi seriamente per ricercare un equilibrio fra efficienza-efficacia delle cure da un lato e la loro qualità dall'altro, nel rispetto del principio etico di giustizia declinato sia nell'accesso alle cure sia nell'equità della allocazione delle risorse (limitate per definizione).

5. Il limite dell'individualismo verso il comunitarismo

Un altro equilibrio che la vicenda pandemica ci deve indurre a ricercare è quello fra la dimensione individuale e quella comunitaria della cura.

La pandemia ha messo in risalto come la dimensione individuale (attese e bisogni di cura) possa entrare in conflitto con le esigenze della cura della comunità.

Negli ultimi decenni si è giustamente sempre più valorizzata la dimensione individualistica nel rispetto di comprensibili e crescenti aspirazioni della persona

malata, nonché dei suoi diritti morali e giuridici. Molta parte della bioetica si è fortunatamente impegnata per affermare in Medicina il valore del principio di autonomia e di una beneficiabilità autodiretta rispetto ad una obsoleta beneficiabilità eterodiretta da un ingiusto paternalismo medico e un opprimente familismo. Talvolta si è però dimenticato che vi sono dimensioni pubbliche della cura che non possono essere trascurate o messe in secondo piano rispetto al principio etico dell'autonomia, come ad es. il controllo dell'inquinamento ambientale o le vaccinazioni.

La resistenza opposta alle vaccinazioni ritenute fondamentali dalla Sanità pubblica da parte del movimento No-Vax in questi ultimi anni rende lampante il conflitto fra il principio etico di autonomia e quello di giustizia. Infatti, il rispetto dell'autodeterminazione in campo sanitario, nel caso di persone che rifiutano di sottoporsi a vaccinazioni obbligatorie o altamente consigliate, mette in serio rischio di salute della comunità, soprattutto delle sue componenti più fragili per età e malattie croniche.

Analoghe considerazioni possono essere svolte in merito al movimento negazionista dell'epidemia (No-Mask) che ha grandi affinità con quello No-Vax. Anche in questo caso l'autonomia decisionale nel campo delle scelte che riguardano la salute di una singola persona (indossare correttamente la maschera, disinfettarsi le mani in luoghi pubblici, rispettare il distanziamento fisico, ecc.) può compromettere la sicurezza di altre persone.

In proposito, vien da pensare che la giusta enfasi che la bioetica ha assegnato al (fondamentale) principio di autonomia, favorendo una sempre più estesa autodeterminazione nel campo delle scelte che riguardano la propria salute, dovrà in un prossimo futuro essere riequilibrata con una maggiore evidenziazione delle responsabilità individuali correlate alle scelte personali e, soprattutto, delle innegabili esigenze etiche della comunità.

Anche se in controtendenza rispetto alla tendenza culturale diffusa sempre più favorevole al principio di autodeterminazione, occorrerà forse ripensare a qualche minimo limite da introdurre nell'applicazione del principio di autonomia quando il suo esercizio confligge con fondamentali esigenze di tutela della salute pubblica.

6. Il limite della conoscenza e la difficoltà ad accettare l'attesa e il dubbio

La pericolosità della pandemia ha generato un enorme sforzo internazionale nel condurre ricerche sul coronavirus e nella ricerca e preparazione di farmaci e vaccini per contrastarlo. Tale sforzo ha prodotto risultati di grande rilievo in tempi molto più rapidi rispetto a quelli usuali; risultati che stanno permettendo un progressivo controllo della pandemia con indubbi benefici per molti, anche se non per tutti.

Eppure, quest'ultimo anno ha ben evidenziato la diffusa difficoltà ad accettare il limite intrinseco in ogni conoscenza umana che, pur essendo in continua espansione in tutti i campi dello scibile, è caratterizzata da tempi di sviluppo che sono, oltre una certa misura, incomprimibili. Tempi che sono correlati al metodo scientifico che progredisce per tentativi ed errori, per tesi e contotesi, per approssimazioni ed affinamenti progressivi. Tempi e modi che devono essere necessariamente rispettati, pena il venir meno del rigore del metodo stesso.

Questi tempi e modi sono alimentati dal (benefico) dubbio e, a loro volta lo

alimentano, producendo un'inevitabile fisiologica incertezza e un tempo di attesa della conferma dei dati. Sono proprio il dubbio e l'incertezza a generare un vissuto di disagio che nella vicenda pandemica sono stati particolarmente diffusi.

Infatti, al di là della comprensibile ansia per la salute propria e dei propri cari, si è registrata una frequente avversione verso lo stare nel dubbio e nell'attesa a causa di una più o meno consapevole aspirazione a disporre sempre di certezze su tutto e di una propensione a negare il valore benefico del dubbio.

Vien da supporre che il dubbio e l'incertezza stiano perdendo agli occhi di molti la loro utile funzione di stimolare riflessioni e approfondimenti sui dati disponibili, di motivare la ricerca, di improntare risposte e prassi prudenti e gradualità. Invece, il dubbio e l'incertezza della scienza tendono ad essere sempre più vissuti come un disagio ansiogeno, un disvalore esistenziale, un impaccio relazionale, un indebolimento dell'immagine di sé e della propria comunità. Immagine che si sente, invece, rafforzata solo quando può disporre di risposte sempre certe e immediate su tutti i problemi rilevanti.

Durante i mesi contrassegnati dalla pandemia l'attesa dei primi risultati sul virus e sui mezzi per contrastarlo, la loro progressiva ma non lineare conferma, l'efficacia non totale dei primi vaccini prodotti, l'emergere delle varianti virali, ecc. sono stati spesso vissuti con malcelata ansia ed insofferenza. Emergeva infatti un rifiuto a stare in attesa e nel dubbio; rifiuto alimentato da un'ingenua aspettativa di risultati rapidi, quasi immediati, della ricerca scientifica e della tecnologia biomedicale.

Nel prossimo futuro il mondo scientifico dovrà seriamente impegnarsi nell'educare la Società ad accettare i tempi ed i modi della ricerca scientifica per consentire ai cittadini di comprendere meglio ciò che sta accadendo e di vivere il tempo dell'attesa e dell'incertezza con una più serena consapevolezza che l'attesa ed il dubbio vanno accettati come indispensabili dimensioni dello sviluppo delle conoscenze.

In proposito, un atteggiamento più sobrio degli scienziati, prevalentemente orientato a divulgare le caratteristiche del metodo scientifico e meno incline a celebrare enfaticamente il potere ed i successi della scienza e della tecnologia, sarà indispensabile per non alimentare illusorie attese e irrealistiche speranze nella popolazione generale e per prevenire le conseguenti dolorose disillusioni.

7. Il limite alla libertà personale per esigenze sanitarie

Un ulteriore rifiuto del limite messo in luce dalla pandemia è stato quello relativo alla limitazione della libertà personale imposta dalle misure di confinamento e distanziamento fisico.

L'inevitabile adozione di misure di restrizione della libertà di movimento e di frequentazione di luoghi e persone, attuate per controllare la diffusione del contagio, è stata vissuta con malcelata insofferenza o anche manifesto disappunto, da una parte non trascurabile della cittadinanza (variabile nel tempo e con l'andamento delle fasi epidemiche). Non sono poi mancati clamorosi episodi, di violazione consapevole delle regole, avvenuti anche in forma collettiva e ciclica (movimento No-Mask, affollamento in luoghi chiusi o in limitati spazi aperti, ecc.).

Nonostante i seri pericoli per la salute propria e di altri, questa minoranza di persone, composta a seconda dei casi da fasce diverse di età, aggregate per interessi

e scopi diversi (happy hour, shopping, attività sportive, manifestazioni di protesta, ecc.), hanno più o meno consapevolmente ignorato tali rischi pur di non accettare i vincoli alla propria libertà individuale, anche a discapito dell'interesse personale e collettivo.

Un tale rifiuto dei limiti alla libertà personale di movimento e frequentazione fa intuire una propensione a considerare quasi illimitata la propria sfera di azione, sottovalutando o ignorando i basali bisogni comunitari di salute e sicurezza.

Di qui la necessità di implementare future iniziative educative che riportino in equilibrio la preziosa libertà personale con la salvaguardia della sicurezza propria e della comunità, senza ricadere in vetusti e illiberali paternalismi statuali. Occorrerà favorire la maturazione di consapevolezza individuali che valorizzino sia la sfera della propria libertà sia gli interessi comunitari in una visione più omnicomprensiva e adulta della questione.