



SOCIETÀ E DIRITTI - RIVISTA ELETTRONICA 2020 ANNO V N. 10.

Le conseguenze bioetiche dell'emergenza sanitaria e la biopolitica della pandemia



2020 ANNO V NUMERO 10

di Francesco Zini <https://doi.org/10.13130/2531-6710/14670>



Società e diritti - rivista elettronica anno 2020, V n. 10

LE CONSEGUENZE BIOETICHE DELL'EMERGENZA SANITARIA E LA BIOPOLITICA DELLA PANDEMIA

di Francesco Zini

The bioethical consequences of the health emergency and the pandemic's biopolitics

Abstract

The essay briefly addresses the bioethical and biopolitical issues that have arisen following the health emergency due to the Covid-19 epidemic. In particular, the opinion of the CNB on the pandemic emergency is examined and the debate opened by the biopolitical reflection of the philosopher Giorgio Agamben regarding the limitation of fundamental freedoms and the distribution of health resources is taken into account. Finally, the pandemic is examined as a historical social event that can generate a renewed consideration of the bioethics of care based on the vulnerability of the human being

Key words: *Health emergency, Pandemic, Health resources, Bioethics, Biopolitics, Fundamental freedoms*

Riassunto

Nel saggio si affrontano le questioni bioetiche e biopolitiche sorte a seguito dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da Covid-19. In particolare si prende in esame il parere del CNB sull'emergenza pandemica e si rende conto del dibattito aperto dalla riflessione biopolitica del filosofo Giorgio Agamben per quanto concerne la limitazione delle libertà fondamentali e la distribuzione delle risorse sanitarie. Infine si esamina la pandemia come un evento storico sociale che può generare una rinnovata considerazione della bioetica della cura fondata sulla vulnerabilità dell'essere umano
Parole chiave: Emergenza sanitaria, Pandemia, Risorse sanitarie, Bioetica, Biopolitica, Libertà fondamentali

Autore: Francesco Zini, Professore aggregato di filosofia del diritto dell'Università di Siena.

Articolo soggetto a revisione tra pari a doppio cieco

Articolo ricevuto il 18 ottobre 2020 approvato il 14 novembre 2020

1. I problemi bioetici della pandemia

Uno degli aspetti più controversi dell'emergenza pandemica con cui il sistema sanitario pubblico ha dovuto confrontarsi fin dall'inizio della crisi sanitaria, ha riguardato la "scarsità" delle risorse sanitarie: nonostante l'eccezionalità dell'impegno degli operatori sanitari e la straordinarietà dell'evento epidemico improvviso, non tutti i soggetti che hanno avuto necessità di ricevere le cure mediche hanno potuto esercitare il diritto fondamentale e personalissimo di essere curati e di ricevere trattamenti sanitari appropriati. Di fronte a questa scarsità di risorse e di mezzi in tutto il territorio nazionale, la dimensione pandemica dell'epidemia Covid-19, ha cominciato manifestare i suoi effetti nefasti con l'aumento improvviso degli aggravamenti dei pazienti contagiati e dei successivi decessi. Le conseguenze sul piano sanitario hanno fin da subito fatto emergere il grave problema della gestione dei pazienti con sintomi di aggravamento per le diverse complicanze, che si recavano nelle strutture ospedaliere di pronto soccorso per ricevere le cure ed eventualmente accedere alle terapie intensive. Il numero esponenziale e repentino degli accessi non ha permesso a tutti di ricevere un'assistenza sanitaria adeguata e la scarsità delle risorse sanitarie (numeri di posti letto, strumentazione, macchinari, ausili) ha generato in alcuni di casi, l'impossibilità di adempiere da parte del Servizio Sanitario Nazionale al "dovere universale di cura" e di offrire una risposta adeguata o addirittura di gestire l'assistenza sanitaria per un numero sovraordinario e sproporzionato di utenti che hanno fatto richiesta di assistenza. Questo elemento fin da subito ha posto il grave problema delle priorità dell'accesso ai posti disponibili sia nei pronti soccorsi, che nelle sale di terapia intensiva, prospettando un quadro drammatico in relazione alla necessità di individuare i casi "più gravi", attraverso un criterio di attualità e proporzionalità, anche in relazione al livello di gravità oggettiva e dell'andamento probabilistico dell'evoluzione della patologia e delle aspettative di vita. Da questo punto di vista l'emergere della crisi sanitaria ha suscitato nell'ambito della medicina di urgenza e della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) il primo documento sul piano biomedico e bioetico di rilevanza pubblica per gli operatori sanitari che si sono trovati ad affrontare l'emergenza: le "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" della SIAARTI del 6 Marzo 2020, che hanno rappresentato una prima linea guida emergenziale da integrare ai normali protocolli sanitari. Le Raccomandazioni SIAARTI con realismo hanno costituito un riferimento fondamentale per gli operatori sanitari che si sono trovati a dover compiere delle scelte emergenziali nella immediatezza dei fatti e con tempi molto stretti. Il contesto di urgenza ha rappresentato il riferimento in cui gli operatori sanitari si sarebbero ritrovati ad operare: «È uno scenario in cui potrebbero essere necessari criteri di accesso alle cure intensive (e di dimissione) non soltanto strettamente di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate. Uno scenario di questo genere è sostanzialmente assimilabile all'ambito della "medicina delle catastrofi", per la quale la riflessione etica ha elaborato nel tempo molte concrete indicazioni per i medici e gli infermieri impegnati in scelte difficili».¹ La drammaticità della situazione relativa all'inadeguatezza delle risorse sanitarie avrebbe generato la necessità di stabilire dei criteri selettivi per individuare i soggetti da privilegiare nell'assistenza dell'emergenza, data la limitata disponibilità di posti in terapia intensiva. Quindi le Raccomandazioni hanno costituito un riferimento ineludibile alla preparazione della possibilità oggettiva di dover operare delle scelte (che implicitamente hanno determinato esclusioni), attraverso l'utilizzo dei criteri di appropriatezza e proporzionalità, oltre che di stretta attualità: «Può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in

¹ 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*, p.3

un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone. In uno scenario di saturazione totale delle risorse intensive, decidere di mantenere un criterio di "first come, first served" equivarrebbe comunque a scegliere di non curare gli eventuali pazienti successivi che rimarrebbero esclusi dalla Terapia Intensiva.² Questo aspetto costituisce il primo problema bioetico da affrontare sul piano organizzativo e decisionale, ma l'altra questione fondamentale riguarda lo stesso principio fondamentale del consenso informato ai trattamenti sanitari, previsto dalla Legge del 22 dicembre 2017, n. 219, contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", che, come richiamato dall'articolo 1: «tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge», nel rispetto dei principi della Costituzione (art. 2, 13 e 32 Cost.) e della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea. Inoltre nell'articolo 1 si riafferma il diritto di ogni persona: «di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi». Questo elemento soggettivo così qualificante la libera volontà del paziente, nel pieno dell'emergenza sanitaria potrebbe essere stato ridimensionato proprio a causa dell'improvvisa accelerazione dell'emergenza sanitaria che ha in alcuni casi impedito che si potesse svolgere la procedura prevista dai protocolli sanitari deputati all'informazione alla comunicazione col paziente.³ Su queste problematiche bioetiche è intervenuto anche il Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"* dell'8 Aprile 2020 che ha preso in esame il problema bioetico, riguardo all'evento pandemico provocato dal Covid-19 che ha assunto aspetti di particolare drammaticità, come quello dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate.⁴ Il primo problema bioetico concerne coloro che si trovavano prima dell'epidemia in situazioni di patologie pregresse, che già determinavano uno stato di fragilità e di difficoltà, a cominciare da chi aveva malattie croniche o invalidanti: «le persone fragili - anziani, persone con disabilità, persone già malate - per evitare il pericolo di contagio possono essere allontanate dalle persone care e dagli ambienti familiari e, in caso di ricovero ospedaliero, trasferite in reparti ovviamente destinati all'isolamento, in cui è limitato l'accesso solo al personale specializzato: condizioni in cui anche ricevere una semplice telefonata può diventare un problema. Tra le tante persone vulnerabili, un'attenzione particolare va dedicata agli anziani»⁵ Questa particolare attenzione nella cura delle persone in situazioni di oggettiva debolezza è richiamata anche nelle Raccomandazioni del parere del CNB in cui si sottolinea l'aspetto inclusivo dei criteri di scelta che dovrebbero guidare gli operatori sanitari, prevedendo per tutti i pazienti la cura e l'attenzione per le persone che si trovino in una situazione di fragilità e vulnerabilità psicofisica: «I criteri della allocazione delle risorse sanitarie in condizioni di scarsità delle stesse necessitano della massima trasparenza. I criteri adottati nel sistema sanitario debbono essere noti con chiarezza all'opinione pubblica, perché le scelte di ciascuno in proposito

² *Idem*, p.3. Tra l'altro nella prospettiva dell'alleanza terapeutica va considerato l'altro principio indicato dalle Raccomandazioni: «I criteri di accesso alla Terapia Intensiva andrebbero discussi e definiti per ogni paziente in modo il più possibile anticipato, creando idealmente per tempo una lista di pazienti che saranno ritenuti meritevoli di Terapia Intensiva nel momento in cui avvenisse il deterioramento clinico, sempre che le disponibilità in quel momento lo consentano.»

³ Per esaminare i diversi aspetti giuridici e biogiuridici conseguenti alla pandemia si veda D. Trabucco, M. Borgato (a cura di) *Covid-19 vs. Democrazia. Aspetti giuridici ed economici nella prima fase dell'emergenza sanitaria*, ESI, Napoli, 2020.

⁴ CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 8 aprile 2020.

⁵ Parere CNB, op.cit., 4.3.

siano veramente libere e informate. Nella condizione di emergenza, segnata dall'isolamento dei pazienti, le difficoltà che gravano, in termini di carenza di risorse, tempi contratti e sovraccarico emotivo, sulla relazione di cura impongono una particolare, vigile attenzione sul rispetto del criterio personalistico nelle scelte individuali e, in particolare, sulla possibilità di ricorrere agli strumenti delle disposizioni anticipate di trattamento e della pianificazione condivisa delle cure»⁶. La straordinarietà della situazione determinata dalla pandemia e la mancanza di terapie efficaci per i casi più gravi, hanno certamente determinato una situazione complessa e difficile per cercare di garantire in ogni modo possibile il diritto/dovere di cura.⁷ Infatti non sono stati solo i pazienti Covid-19 ad avere necessità della terapia intensiva o sub-intensiva, ma anche pazienti con altre gravissime patologie che hanno avuto bisogno di assistenza continua. In base alle risorse disponibili è apparso ragionevole infatti pensare ad alcuni medici che, in condivisione, hanno dovuto riorganizzare improvvisamente le loro procedure di accesso in base alle priorità e all'interno di una lista di attesa di pazienti, per i quali sarebbe stato appropriato ricevere i trattamenti di cui c'è stata purtroppo scarsa disponibilità e tenendo conto dell'assistenza domiciliare. Perciò sul piano tecnico sanitario il criterio bioetico "ordinario" è rimasto quello del *triage* applicato all'emergenza pandemica per stabilire le *priorità di accesso alle terapie*, adottando un criterio di *attualità* e *appropriatezza clinica*: «Il Comitato ritiene che il triage in emergenza pandemica, si debba basare su una premessa, la *preparedness* (predisposizione di strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali, con una filiera trasparente nelle responsabilità), la appropriatezza clinica (valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento alla urgenza e gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione, considerando la proporzionalità del trattamento), l'attualità che inserisce la valutazione individuale del paziente fisicamente presente nel pronto soccorso nella prospettiva più ampia della "comunità dei pazienti", con una revisione periodica delle liste di attesa».⁸ In particolare un'attenzione specifica dovrebbe essere dedicata alle persone più vulnerabili, che possono sentirsi a rischio di abbandono, in particolare le persone anziane, ricoverate nelle strutture di assistenza (RSA), che non hanno la possibilità di comunicare e che vivono nella solitudine della non autosufficienza. Ma un altro principio bioetico è emerso dall'emergenza pandemica: il principio di socialità integrato nel principio di sussidiarietà, che prescrive l'obbligo di prendersi cura dei più bisognosi a tutti i livelli e in ogni condizione. La socialità che unisce nella comunità sociale ogni membro come consociato e la sussidiarietà che impone il dovere di assistenza e di rispetto reciproco interpersonale, fondato sul riconoscimento della dignità degli altri come persone: la persona costituisce sempre la "fonte" (intesa come fondamento) e lo "scopo" (inteso come fine) della società, per cui questi due principi costituiscono le linee guida (intese come *recta ratio*) della politica economica in tema di salute. Infatti è soprattutto il piano della bio-politica sanitaria il tema che emerge dalla crisi pandemica del Covid-19, della macro-distribuzione delle risorse, della decisione su quanto e come investire nel settore sanitario, quali ospedali, quanti posti disponibili, quante scorte di macchinari e farmaci tenere nei magazzini. Variabili economiche, organizzative e scientifiche che nella pandemia hanno mostrato la loro frammentarietà e spesso incapacità di dare risposte concrete, certe e definite, quindi efficaci.⁹

⁶ *Idem*, 4.11. Si veda anche l'interessante contributo di filosofia della medicina V. Lingiardi, *Diagnosi e destino*, Einaudi, Torino, 2018.

⁷ Per quanto concerne i principi bioetici e biogiuridici fondamentali si vedano: F. D'Agostino, L. Palazzani, *Bioetica. Nozioni fondamentali*, La Scuola, Brescia 2013 oltre a F. D'Agostino, *Bioetica e biopolitica. Ventuno voci fondamentali*, Giappichelli, Torino, 2011 e L. Palazzani, *Introduzione alla biogiuridica*, Giappichelli Torino, 2002.

⁸ Parere CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, Presentazione.

⁹ Sulle politiche sanitarie si veda C. Saitto, *Le politiche sanitarie e il coronavirus* Castelvechi, 2020. Il bilanciamento dei costi benefici non va inteso economicamente secondo alcuni criteri utilitaristici di massimizzazione delle risorse sanitarie, per cui potrebbe convenire interrompere la cura e la terapia. Inoltre potrebbe emergere come contraddittorio

Se si prende in esame il problema dell'accesso dei pazienti alle cure, in condizioni di risorse sanitarie limitate, da un lato si sono confrontati i due classici principi del divieto di accanimento terapeutico nei casi gravissimi, insolubili e ad esito infausto e dall'altro si sarebbe sempre dovuto scongiurare la possibilità concreta di un "abbandono terapeutico" nei casi di scarsità dei posti disponibili per l'assistenza sanitaria. Tale condizione di emergenza ha snaturato il normale bilanciamento di interessi, che in una situazione normale non dovrebbe mai sussistere, pena una privatizzazione del principio universalistico dell'assistenza sanitaria pubblica, che anche nel caso della pandemia avrebbe dovuto operare una "resistenza" (intesa come resilienza) per rimanere inserito nei criteri di riferimento per la gestione dell'emergenza sanitaria.¹⁰ D'altronde di fronte ad un tale scenario emergenziale internazionale, il primo aspetto bioeticamente rilevante concerne proprio la "prevedibilità" dell'evento pandemico in relazione alla predisposizione delle risorse sanitarie adeguate da parte del sistema sanitario pubblico. Questo problema risulta prodromico all'analisi delle Raccomandazioni SIAARTI, ma evidentemente costituisce l'origine del problema della scarsità delle risorse, che in seguito all'evento pandemico si è verificato. Riguardo alla prevedibilità della pandemia nell'ambito della medicina delle catastrofi, il problema bioetico è costituito dal poter a priori prevedere e immaginare l'evento catastrofico, essendo l'evento pandemico di per sé prevedibile, come ogni epidemia che ciclicamente e storicamente si ripresenta. La responsabilità sociale potrebbe quindi concernere sia il mancato utilizzo del principio di precauzione di fronte ad un probabile rischio pandemico, sia nella mancanza di ausili biotecnologici (si pensi alla mancanza di "scorte" degli ausili o delle semplici mascherine). Soprattutto appare una ulteriore "impreparazione" nell'ambito dell'analisi scientifica e biomedica delle cause iniziali ed "eziologiche" dell'epidemia da Covid-19 e sulle eventuali terapie efficaci per contrastarla. In questo senso alla responsabilità pubblica si aggiungerebbe anche una responsabilità scientifica più diffusa che coinvolgerebbe il settore privato (*profit*) della ricerca e delle aziende del settore biomedicale (c.d. *big pharma*) che avrebbero dovuto operare nell'ambito delle future ricerche predittive e finanziare progetti di ricerca scientifica in ambiti contigui a quelli della pandemia. Da questo punto di vista la cifra dell'emergenza pandemica sembra costituita proprio dall'*impreparazione diffusa* (intesa come *incompetence*) che costituirebbe l'autentica "inappropriatezza" delle diverse strutture e organizzazioni preposte a gestire una probabile pandemia, per molti aspetti prevedibile e affrontabile attraverso i paradigmi della medicina di emergenza, senza dover "precipitare" nella incapacità di gestire l'aumento degli aggravamenti dei pazienti contagiati. Da questo punto di vista il principio bioetico di responsabilità (inteso nell'ambito del principio di precauzione) ricadrebbe indirettamente non sul piano nazionale, ma direttamente sul piano internazionale (a cominciare da quello europeo), vista la vastità e la mobilità dell'emergenza pandemica scatenata dalla carica virale diffusasi tra i diversi paesi.¹¹

2. Il La biopolitica dell'epidemia "oltre" Agamben

Uno degli aspetti che sta emergendo dall'analisi teoretica dell'attuale pandemia da Covid-19 è costituito dal continuo riferimento all'analisi delle conseguenze bioetiche e biopolitiche della gestione della crisi sanitaria in atto. Molteplici sono i profili biopolitici sul piano dell'assistenza sanitaria, della prevenzione e

il tema "bioetico" della futilità delle cure. Secondo Edmond Pellegrino andrebbero inseriti nel bilanciamento tre criteri soggettivi e oggettivi: l'efficacia (*effectiveness*), i benefici (*benefits*) e i costi (*burdens*). La futilità mette in evidenza la contraddittorietà della tradizionale distinzione tra mezzi ordinari e mezzi straordinari, in quanto dipende dal momento e dal paziente, in una situazione che si modifica costantemente. Cfr. E. D. Pellegrino, *Futility in Medical Decisions: The Word and the Concept*, HEC Forum volume 17/2005, pp. 308–318.

¹⁰ Per una ricognizione sistematica della gestione delle risorse sanitarie si veda il manuale collettaneo: M. Sesta (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli Editore, Rimini, 2014.

¹¹ Si veda il contributo del direttore della prestigiosa Rivista "The Lancet", R. Horton, *Covid-19. La catastrofe. Cosa è andato storto e come fermarlo di nuovo*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2020.

della preparazione all'emergenza pandemica che hanno generato numerose criticità nella gestione concreta della crisi sanitaria, come la ricerca degli ausili e delle strumentazioni tecnico sanitarie, ma l'aspetto più sostanziale riguarda proprio la dimensione ineludibile del concetto di "biotecnologia", a cui nella società tecnologica viene riconnessa e rimandata la capacità di risolvere ogni sorta di problema sociale o sanitario.¹² La "tecnica" termine che deriva dal greco τέχνη (*tékhnē*) che fa riferimento al "saper fare", ossia alla capacità pratica di operare per raggiungere un dato scopo, basata sulla conoscenza ed esperienza del modo in cui è possibile raggiungerlo. In questo senso il "saper fare qualcosa" significa sia risolvere un problema, affrontare una criticità difficile e "annodata", sia elaborare una strategia di risoluzione. In questo preciso significato la tecnica diviene un'arte che con creatività e originalità raggiunge uno scopo, attraverso anche l'uso di biotecnologie in grado di "contenere e risolvere" la crisi come "problema".¹³ In un tale clima di incertezza e "confusione", termine appropriato poiché viene dal latino *cum*, insieme, *funderē*, liquefare (inteso come sciogliere, disordinare, mescolare) si inserisce la dura presa di posizione del filosofo Giorgio Agamben che fin dall'inizio ha instaurato un dialogo serrato sui temi dell'epidemia, individuando una linea molto definita e "forte" dell'ermeneutica della pandemia sul presupposto che l'epidemia del Covid-19 (il virus invisibile che ha determinato la pandemia) sia "in verità" uno strumento di controllo sociale: «Quello che stiamo vivendo è una gigantesca operazione di falsificazione della verità. Se gli uomini acconsentono a limitare la loro libertà personale, ciò avviene infatti perché essi accettano, senza sottoporli ad alcuna verifica, i dati e le opinioni che i media forniscono». ¹⁴ La linea di pensiero di Agamben si presenta fin da subito disvelatrice del significato dell'epidemia come una rappresentazione "nascosta e ingannevole". Tutto il fenomeno storico sociale della pandemia/epidemia sarebbe stato creato artificialmente per limitare la libertà e generare dall'alto una nuova società securitaria fondata sulla biosicurezza sociale.¹⁵ Sin dagli inizi della pandemia Agamben ha declinato le reazioni biopolitiche sulla categoria schmittiana di *ausnahmezustand*, cioè "stato di eccezione". Lo stato di eccezione sarebbe una particolare configurazione del potere politico che comporta la sospensione delle leggi vigenti al fine di superare un evento straordinario. In questo senso il giurista Carl Schmitt fondava lo stesso concetto di sovranità con la possibilità di decidere sullo e nello "stato di eccezione". ¹⁶ Oggi per Agamben a causa del Covid-19 sono stati sospesi e violati i diritti e le garanzie costituzionali giustificando la messa in atto dello stato di eccezione. Questa situazione si tradurrebbe in una denuncia della sovranità (intesa come coercibilità) dello Stato, in quanto entità limitante le libertà dei singoli e autentico ostacolo al libero esercizio delle libertà individuali. Tale limitazione sarebbe "ingiustificata e improporzionale", perciò falsa e dimostrerebbe un subdolo piano strategico per definire e normalizzare una condizione a-normale del limite, come eccezione nell'ordine della natura. In un capitolo intitolato "L'invenzione della pandemia", Agamben sostiene limpidamente che la pandemia crea uno stato di eccezione che legittima la sospensione dei diritti, "mette in quarantena" la potenza creativa della socialità ed esalta il furore securitario delle autorità, ponendo così le premesse per la costruzione di una cornice neototalitaria pronta a schiacciare ogni forma di vita

¹² Vedi S. Cotta, *La sfida tecnologica*, Il Mulino, Bologna, 1968 oltre a S. Cotta, *L'uomo tolemaico* Rizzoli, Milano 1975, p.45: «Se la civiltà tecnologica è sotto accusa, la ricerca delle responsabilità deve risalire, a ciò che è il proprio, il nucleo di questa civiltà: la Tecnica».

¹³Cfr. D. Trabucco, M. Borgato, *Covid-19 vs. Democrazia. Aspetti giuridici ed economici nella prima fase dell'emergenza sanitaria*, Edizioni Scientifiche Italiane, 2020.

¹⁴G. Agamben, *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, Quodlibet, Macerata, 2020, p.34.

¹⁵ Nel sito della casa editrice "Quodlibet" si rimanda ad una serie di scritti e interviste il cui argomento foucaulteggiante è la trasformazione della democrazia in biopolitica: <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-stato-di-eccezione-e-stato-di-emergenza>.

¹⁶ Per approfondire le categorie schmittiane si veda anche F. Ruschi, *Questioni di spazio. La terra, il mare, il diritto secondo Carl Schmitt*, Giappichelli, Torino, 2012.

autenticamente critica.¹⁷ Le incertezze della tecnica, della medicina, dell'epidemiologia, della virologia, dell'Oms, degli stati, dei *leaders* politici, parteciperebbero tutti, nei diversi ruoli e posizioni, a generare quel terrore prodromico alle “misure restrittive estreme”, per coprire non tanto gli errori predittivi di tali organismi e discipline scientifiche, né per evidenziare i limiti dello scientismo positivista contemporaneo, ma per costituire un “nuovo ordine biopolitico”. Allora risulterebbe necessario “usare lo stato di eccezione” come paradigma normale di governo: la decretazione vaga e indeterminata permetterebbe lo stato di eccezione oltre ogni limite. Secondo Agamben gli stessi decreti legge subito approvati dai governi apparirebbero “pretesti” ideali per imporre lo stato di emergenza sanitaria, preludio di un totalitarismo accettato per pseudo-nobili motivi: per ragioni di igiene e sicurezza pubblica. Una tale situazione si risolverebbe infatti in una vera e propria “militarizzazione” dei comuni e delle aree nei quali risulta positiva almeno una persona per la quale non si conosce la fonte di trasmissione. Il semplice cittadino diventerebbe “l'altro” contagiato, colui che porta il contagio, l'“untore”, per cui il “prossimo” dovrebbe essere tenuto distante e non può essere toccato, dovrebbe essere “abolita” la relazionalità. La stessa chiusura delle scuole e degli uffici costituirebbe un corollario definitivo dell'*abolizione del prossimo*, della “cancellazione dell'altro”: «Una società che vive in un perenne stato di emergenza non può essere una società libera».¹⁸ Secondo Agamben una tale società che ha deciso di “sentirsi appestata” si sottometterebbe a chi vuole governarla, manipolarla e condizionarla, nei consumi come nei comportamenti. L'epidemia mostrerebbe come lo stato di eccezione sia diventato la regola di normalità: «Noi viviamo oggi in una società che ha sacrificato la sua libertà alle c.d. ragioni di sicurezza e in questo modo si è condannata a vivere in uno stato di paura e di insicurezza permanente».¹⁹ Per tale motivo sul piano delle conseguenze teoriche, una tale biopolitica securitaria rimanderebbe alla distinzione classica tra *bios* e *zōè*: durante la pandemia si ridurrebbe la vita umana a mera “vita-salute biologica”: «La nuda vita non è qualcosa che unisce gli uomini, ma piuttosto che li acceca e li separa».²⁰ Oltre la sopravvivenza stessa permane per Agamben una primazia della libertà costitutiva di “porre in essere” qualcosa: una libertà tutta da esercitare, che definisce la dignità umana superando la “nuda vita”. Inoltre le singole “nude vite” si costituiscono come “massa passiva”, poiché una nuova fenomenologia della massa denota la sua uniformità e passività: una massa spenta che si muove come un automa teleguidato da un programmatore che fonda il divieto sociale. Secondo Agamben, che riprende Canetti, la massa rarefatta fonda se stessa su un ordine che prescrive un divieto di non fare qualcosa e su questo divieto sociale (accettato e riconosciuto) si costruisce la categoria della forza sociale.²¹ Secondo la prospettiva di Agamben la misura dell'abdicazione dei principi e la cancellazione della dignità dell'uomo, potrebbe determinare una nuova società (massa) di scartati, lasciati soli nell'isolamento, esclusi e discriminati, perché contagiati o perché non seguono e rispettano le istruzioni anticontagio, che dovrebbero a loro volta essere “rifugiati”, insieme a coloro che non si assoggettano consapevolmente alla

¹⁷Oltre ai numerosi interventi sullo stesso argomento e gli appelli alla resistenza <https://www.oltre.tv/dubbio-filosofo-agamben-panico-coprire-errori>; Al di là delle considerazioni sulla Dad e la teledidattica con il paragone col giuramento al regime fascista del 1931 o all'invito a non iscriversi col il “requiem” per gli studenti universitari: <https://www.iisf.it/index.php/attivita/pubblicazioni-e-archivi/diario-della-crisi/giorgio-agamben-requiem-per-gli-studenti.html>. Ulteriori iniziative sono state prese a livello universitario come *L'Habeas Mentem, la Dad e il ruolo delle Università (al plurale) al tempo del Covid*, Lettera aperta al Chiarissimo professor Gaetano Manfredi, Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e per conoscenza ai componenti della CRUI Petizione diretta al Ministro dell'Università: https://secure.avaaz.org/community_petitions/it/ministro_ministro_delluniversita_e_della_ricerca_s_riapertura_del_le_universita/

¹⁸G. Agamben, *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, op.cit., p.14.

¹⁹ *Idem*, p.21.

²⁰ *Idem*, p.22. Sulla differenza tra queste due categorie fondamentali si veda F. D'Agostino, *Introduzione alla biopolitica*, Aracne, Roma, 2009.

²¹Cfr. E. Canetti, *Massa e potere*, Adelphi, Milano 1981.

nuova “sudditanza” sociale. Ciò avverrebbe sul presupposto che il nuovo totalitarismo dei decreti di urgenza non racconterebbe né direbbe la verità sul fenomeno epidemico. Secondo Agamben ancora non sarebbe dimostrata la dimensione quantitativa e comparativa delle vittime riconosciute e riconoscibili come effettivamente conseguenti dal contagio del virus, che definirebbero la vera portata del fenomeno. Questo dato finale dei decessi e dei contagiati lo si avrà solo alla fine dell'anno con il *saldo* dei decessi per differenza rispetto all'andamento demografico e con un'analisi approfondita dei dati aggregati (laddove sarà poi possibile reperirli con accuratezza): «La consistenza reale dell'epidemia si potrà misurare solo mettendo ogni volta in relazione dati comunicati con quelli statistici sulla mortalità annua per malattia».²² Anche dal punto di vista epidemiologico il dato dei decessi apparirebbe secondo Agamben ancora incerto e la responsabilità diretta per le conseguenze sociali sarebbe secondo Agamben da attribuire alla stessa medicina (intesa come scienza medica).²³ L'atto di accusa viene rivolto alla stessa medicina intesa come tecnica e strumento del biopotere: «Fenomeni come quelli che stiamo vivendo mi sembrano mostrare che quel punto è stato raggiunto e che la medicina che doveva curare i nostri mali rischia di produrre un male ancora più grande».²⁴ Lo stesso ruolo della medicina sarebbe stato determinante per la transizione totalitaria e la limitazione delle libertà fondamentali: «Se stringendo un patto necessariamente attivo e indeterminato con i governi, si pone invece di posizione di legislatore, non soltanto, come si è visto in Italia per la pandemia, ciò non conduce a risultati positivi sul piano della salute, ma può condurre a inaccettabili limitazioni delle libertà degli individui, rispetto alle quali le ragioni mediche possono offrire, come dovrebbe oggi essere per tutti evidente, il pretesto senza precedenti della vita sociale».²⁵ Riprendendo la nascita della biopolitica di Foucault, Agamben elabora una sua originale filosofia della pandemia non solo come “esperimento sociale”, ma come “opera di normalizzazione della falsificazione”: «L'umanità sta entrando in una fase della sua storia in cui la verità viene ridotta a un momento del movimento del falso. Vero è quel discorso falso che deve essere tenuto per vero anche quando la sua non verità viene dimostrata. Ma in questo modo è il linguaggio stesso come luogo della manifestazione della verità che viene confiscato agli esseri umani».²⁶ Un inganno perpetrato secondo Agamben per soddisfare una dimensione del biopotere, da parte di alcuni che: «hanno deciso di abbandonare senza rimpianti i paradigmi delle democrazie borghesi, con i loro diritti, i loro parlamenti e le loro costituzioni, per sostituirle con nuovi dispositivi di cui possiamo intravedere il disegno».²⁷ Inoltre sospendendo la legalità delle garanzie costituzionali, si dischiuderebbero nuove forme di desistenza, laddove con il dovere di non contagiare nessuno si attuerebbe non solo il dovere di ottemperare alla regola del distanziamento sociale, ma si imporrebbe l'impossibilità di esercitare il proprio diritto di libertà di cura: quello che nella tradizione delle democrazie borghesi era un diritto del cittadino alla salute, si rovescerebbe in un'obbligazione giuridico-religiosa che dovrebbe essere compiuta a qualsiasi prezzo. Emergerebbe una sorta di doppio dovere “eteronomo e imposto” alla vita propria e dell'altro. Quello che per un verso costituisce un fondamentale dovere alla salute, fondato sul dovere statale di cura dei propri cittadini, si capovolgerebbe,

²² G. Agamben, *A che punto siamo?*, op.cit., p.32.

²³ Contro la dogmatica del biopotere Agamben si scaglia contro la stessa medicina: «Non sorprende che protagonista di questa nuova guerra di religione sia quella parte meno rigorosa della scienza dove la dogmatica è meno rigorosa e più forte l'aspetto pragmatico: la medicina il cui oggetto immediato è il corpo vivente degli esseri umani» (Idem p.36). Ma per comprendere il bilancio dell'epidemia sono da tenere sempre presenti i dati dell'Istituto Superiore di Sanità: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>; oltre che a fine Aprile <https://www.scienzainrete.it/articolo/verso-stima-di-morti-dirette-e-indirette-Covid/enrico-bucci-luca-leuzzi-enzo-marinari>.

²⁴ G. Agamben, *A che punto siamo?*, op.cit., p.32.

²⁵ *Idem*, p. 54.

²⁶ *Idem*, p.34.

²⁷ *Idem*, p.7.

secondo Agamben, in “terrore sanitario”. La stessa propagazione dei media per diffondere il c.d. clima di panico con il terrore del contagio diverrebbe propedeutica alla giustificazione del contenimento sociale. Una tale posizione sarebbe rivelativa dell'invenzione dell'epidemia per diffondere e normalizzare uno stato di eccezione (e un controllo sociale), attuando un asservimento totale dei consociati al potere statale. La sproporzione tra il rischio, la carica virale e le misure del contenimento adottate, non sarebbero giustificate (o proporzionate) e rappresenterebbero la conferma che ci sarebbe stato un piano biopolitico totalitario di normalizzazione dello stato di eccezione attraverso l'occasione pandemica.²⁸ In questo senso c'è un ulteriore aspetto che Agamben non prenderebbe in considerazione dell'evento pandemico e concerne proprio la *messa in discussione dello stesso paradigma biotecnologico*: la situazione paradossale di sospensione/transizione dei diritti fondamentali non sarebbe l'esito di un progetto predeterminato da un nuovo ordine biopolitico, quanto invece un fallimento storico di un certo paradigma tecnoscientista e tecnottimista che avrebbe costituito una illusione che le biotecnologie potessero risolvere tutti i problemi dell'umano. Invece questa emergenza pandemica avrebbe offerto solo “impreparazione e inappropriatazza”, sia nell'analisi dei problemi scaturiti dalla pandemia; sia come proposte di soluzioni contingenti che si sono rivelate in ritardo come le uniche possibili. La *pan demos* ha coinvolto l'intera popolazione globale, senza confini o delimitazioni e a tutti i livelli di potere e di ricchezza. In questo senso la pandemia appare universale e costituisce o avrebbe dovuto costituire un livello globale di difesa, una “priorità predittiva” a cui molteplici forze produttive, pubbliche (organismi internazionali) e private (il sistema profittevole delle stesse industrie farmaceutiche) avrebbero dovuto quanto meno predisporre degli strumenti di allarme e di preparazione alla gestione pandemica, secondo un autentico principio di precauzione. Il dato fondamentale, che Agamben non vede, concerne quindi la strutturale inadeguatezza della preparazione verso un “nemico invisibile” *al demos*, ma non alle bioscienze biomedicali che studiano l'infinitamente piccolo, le nanoparticelle e le nanotecnologie. La somma di queste due impreparazioni ha generato la crisi sanitaria globale (tanto grave da far emergere in Agamben il dubbio che sia stata predeterminata da un nuovo biopotere), che ha fatto emergere il primo limite della internazionalizzazione della ricerca scientifica in ambito biomedicale e biotecnologico. In questo senso il discorso di Agamben appare come una “reazione” rispetto a questa totale inadeguatezza del paradigma biotecnologico, in cui sarebbe emersa una gestione dell'incertezza che ha trovato risposta nella *securizzazione* biolitica dello stato centrale, limitando di fatto i diritti di libertà fondamentali per l'emergenza sanitaria, come nel caso della libertà di movimento. Da questo punto di vista il termine esatto per descrivere questo fenomeno storico sociale sarebbe costituito proprio dalla “pandemia”, poiché si tratta di “evento di popolo”, che coinvolge “tutto il popolo e tutti i popoli”. Nel *demos* si condenserebbe una consuetudine di convinzioni, di valori e principi condivisi, riconosciuti e riconoscibili, che costituiscono insieme ad altri elementi il concetto di “nazione”. In questo caso per le “nazioni” uno dei paradigmi internazionali è fondato proprio sul principio della comune ricerca scientifica, positivizzata secondo metodi controllati e standardizzati che avrebbero potuto/dovuto affrontare, risolvere e soprattutto prevedere l'emergenza sanitaria con gli strumenti biotecnologici appropriati (e di conseguenza politiche sanitarie di prevenzione-preparazione all'evento pandemico). In questo specifico caso la pretesa del monopolio biotecnologico si è rivelata “assente” ed evidenzerebbe l'eziogenesi della risposta, a livello internazionale, alla pandemia, presente in tutti i livelli biopolitici.²⁹ Da questa paradossale situazione emerge la riflessione di Agamben secondo cui il paradigma

²⁸Cfr. G. Agamben, *Lo stato di eccezione. Homo sacer. Vol. II\1*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

²⁹ Tale situazione è stata alimentata dallo stesso dibattito degli “esperti” che hanno dato spesso risposte confliggenti e contraddittorie, facendo emergere ulteriore incertezza da parte degli organi preposti ad affrontare le criticità sociali ed economiche. Sul piano strettamente sanitario le Raccomandazioni SIAARTI sulla palliazione terminale, come *extrema ratio*, hanno fatto riemergere le paure di una “cultura dello scarto”, che ha privilegiato pazienti con maggioranza aspettative di vita “scegliendo” coloro che si trovano in migliori condizioni di salute o in base all'età. In tale situazione la pretesa universalistica di una medicina personalistica potrebbe scadere, nell'emergenza

securitario della biosicurezza esprimerebbe il biopotere statale in cui il cittadino sarebbe diventato l'oggetto passivo delle cure: «La pandemia ha mostrato senza possibili dubbi che il cittadino si riduce alla sua esistenza biologica».³⁰ Tale situazione indurrebbe ad un dispotismo civile in cui il virus verrebbe strumentalizzato per imporre una nuova normalizzazione securitaria: «Il mantenimento ad ogni prezzo di una nuda vita strettamente separata da quella sociale è il dato più impressionante nel nuovo culto istaurato dalla medicina come religione»³¹. La stessa decretazione d'urgenza diverrebbe quindi, secondo Agamben, un'arma sottile per imporre la *governance dell'emergenza* scavalcando i poteri legislativi ordinari: *polemos epidemios* costituisce la polarità della sintesi pandemica. Di fronte a questa posizione si coglierebbe l'occasione dell'epidemia per affondare la divisione sociale: «Dopo che la politica era stata sostituita dall'economia, ora anche questa per poter governare dovrà essere integrata col paradigma della biosicurezza, al quale tutte le altre esigenze dovranno essere sacrificate».³² Tale posizione di Agamben, al di là delle imprecisioni sui dati scientifici ed epidemiologici, appare conseguente ad una distopia catastrofista che comprende tutti gli aspetti biopolitici, ma “non raccoglie” quello che potrebbe essere il senso più “verticale” della emergenza pandemica.

3. Per una rinnovata biopolitica sanitaria della cura

pandemica e nelle scarsità delle risorse sanitarie, in una “selezione” dei casi (pazienti) da curare, venendo in parte e meno al dovere di cura e al diritto universale e personale ad essere curati. Una situazione simile a quella di uno stato di guerra e in questo scenario Agamben descrive l'epidemia come il luogo dello stato di eccezione: «L'epidemia - che rinvia sempre ad un certo *demos* - s'iscrive così in una pan-demia, in cui il *demos* non è più un certo copro politico, ma una popolazione biopolitica» (G. Agamben, *A che punto siamo?*, op.cit, p.48).

³⁰ *Idem*, p.54.

³¹ G. Agamben, *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, op.cit., p.45. Secondo Agamben regolando il comportamento sociale con il rischio di essere contagiati, col il relativo rischio di aggravamento e di decesso, la paura e il terrore della fine imporrebbero dei nuovi comportamenti sociali, accettando le restrizioni emergenziali. Secondo Agamben la stessa scienza medica sarebbe strumentale alla restrizione di libertà personale e utilizzata per soggiogare o manipolare i comportamenti sociali. Già in *Homo Sacer* (G. Agamben, *Il potere sovrano e la nuda vita. Homo sacer*, Einaudi, Torino, 2005), la biopolitica diviene potere di vita e di morte con una tanatopolitica fatta di conflitti creati artificialmente o addirittura definiti umanitari (guerra civile permanente). Lo stesso distanziamento sociale o fisico con il divieto di assembramento anticontagio sarebbe anch'esso strumentale e diverrebbe obbligazione sociale. La questione sanitaria dell'emergenza pandemica utilizzata per limitare la libertà e imporre il controllo sociale attraverso l'epidemia in cui si crea artificialmente una: «guerra civile mondiale contro un nemico interno, che abita dentro di noi». (G. Agamben, *A che punto siamo? L'epidemia come politica*, p.42).

³² *Idem*, p.41. Agamben si chiede se ancora questa società senza amicizia, amore e volti, potrà essere definita “umana”. Con la cessazione di ogni attività politica e umana con il terrore sanitario come anticipato da Patrick Zymberlman, *Tempêtes microbiennes: Essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*, Gallimard, 2013, in cui il presupposto rimane lo scenario fittizio creato artificialmente come premessa per tutte le altre conseguenze. L'epidemia diverrebbe un concetto politico stabile perché il virus muta e muterà sempre, per permetter di raccogliere e stabilizzare il risultato securitario. Il nuovo terreno della politica mondiale crea una “guerra civile mondiale” permanente: «la gente ha rinunciato come se fosse ovvio di rinunciare alla propria libertà di movimento, al lavoro, alle amicizie, agli amori, alle relazioni sociali, alle proprie convinzioni religiose e politiche» (*Idem*, p.37).

A ben vedere il significato profondo della pandemia, e in questo senso “nascosto e invisibile” come il virus, potrebbe rimandare ineludibilmente alla connaturale fragilità umana, alla sua autentica vulnerabilità e caducità nei confronti degli eventi naturali come le cicliche pandemie. La stessa paura o terrore del contagio e di contrarre una patologia che può determinare un aggravamento incurabile *ad esito infausto*, proietta la dimensione dell'emergenza pandemica verso la riflessione sulla stessa finitudine mortale (*meditatio mortis*), costringendo ad elaborare nuovamente una *filosofia dell'essere per la morte*, ripensando le categorie fondamentali in questa nuova dimensione universale, se come ricorda Heidegger: «L'essere-per-la-morte è essenzialmente angoscia. Una testimonianza infallibile, benché «soltanto» indiretta, è offerta dall'essere-per-la-morte stesso quando capovolge l'angoscia in una paura codarda e, con il superamento di quest'ultima, manifesta la viltà davanti all'angoscia. Ciò che caratterizza l'essere-per-la-morte autentico progettato sul piano esistenziale può essere riassunto così: l'anticipazione svela all'Esserci la dispersione nel Si-stesso e, sottraendolo fino in fondo all'aver cura che si prende cura, lo pone innanzi alla possibilità di essere se stesso, in una libertà appassionata, affrancata dalle illusioni del Si, effettiva, certa di se stessa e piena di angoscia: la libertà per la morte».³³ Allora il fondamento dell'autentica libertà starebbe nello “stagliarsi nell'eterno”, nell'angoscia della morte, in quanto possibilità, in quanto, (anche se non offre niente «da realizzare» all'Esserci e niente che esso stesso possa essere come realtà attuale), essa è la possibilità dell'impossibilità di ogni comportamento verso ogni esistere. In questo impensato, in questa impossibilità bisogna “starci” e bisogna dischiuderla nuovamente. Da questo punto di vista le conseguenze teoriche della pandemia possono generare una nuova filosofia dell'essere “che parta dalla fine” e scopra nuove dimensioni dell'essere post-mortale.³⁴ Da una tale portata filosofica potrebbero derivare nuove biopolitiche del limite e del rispetto della persona al di là della corsa ai profitti o alla perfezione esteriore, solo funzionale e materiale. In questo senso la pandemia potrebbe diventare un “fenomeno biopolitico” che riproporrà i limiti dell'umano, della sua finitudine mortale e “avrà costretto” a ripensare le domande fondamentali della vita, della malattia e della morte. In questo senso la crisi del paradigma biotecnologico (e del tecnottimismo scienziato), potrebbe far riemergere il paradigma dell'*imperfezione* su quello della perfezione funzionalistica. Al paradigma selettivo della c.d. “cultura dello scarto” si riproporrebbero le ragioni della bio-etica personalistica della cura, come modello di riferimento, che investe tutti gli ambiti della bioetica e della biopolitica sanitaria: dall'efficienza della distribuzione delle risorse sanitarie, alle sperimentazioni farmacologiche, alle applicazioni biotecnologiche, ai limiti della ricerca scientifica, sino alla prevenzione del conflitto nella pratica sanitaria, risemantizzando il ruolo centrale della responsabilità medica e dell'alleanza medico paziente a tutti i livelli, compreso quello biopolitico.

³³ M. Heidegger, *Essere e tempo*, ed. it. a cura di F. Volpi sulla versione di P. Chiodi, Milano, Longanesi, 2006, §53, p.318.

³⁴ In un altro passaggio Heidegger affermerà: «I mortali sono gli uomini. Si chiamano i mortali perché possono morire. Morire significa essere capaci della morte in quanto morte» (M. Heidegger, *Vorträge und Aufsätze*, Neske (1954). Trad. it. a cura di G. Vattimo, *Saggi e Discorsi*, Mursia, Milano 1991, p.119). In questo senso l'insuperabilità, come l'inautenticità della morte sono in Heidegger *segno di apertura* all'oltre morte. Da qui il rimando alla rinuncia delle vanità (mediocrità) del mondo quotidiano: M. Heidegger, *Der Begriff der Zeit* (1924), trad. it. a cura di F. Volpi, *Il concetto di tempo*, Adelphi, Milano, 1998. Per approfondire la questione del poter morire in Heidegger si rimanda a A. Cudin *Il poter-morire: un percorso nella questione dell'etica in Heidegger*, *Etica & Politica / Ethics & Politics*, XI, 1/2009, pp. 59-68.