LA MORTE ED IL MORIRE AI TEMPI DEL CORONAVIRUS

di Paolo Marchionni[1]

In poche settimane siamo passati da una "cultura" del morire che tendeva ad abbandonare il morente a se stesso, o al massimo alla struttura di degenza/ricovero, alla incredulità di fronte alla impossibilità di garantire un "ultimo" saluto al proprio congiunto malato. Questo è primo tema di cui vorrei parlarvi, quello del morire e della morte ai tempi del Coronavirus, che ha una serie di risvolti bioetici e sociali non secondari. Un secondo tema di riflessione, più tecnico professionale, riguarda invece le modalità di gestione della morte nelle sue modalità operative. Ossia, come proteggere gli operatori che avessero a che fare appunto con i decessi da Covid-19? E infine l'ultima riflessione è quella relativa al fatto che durante l'emergenza da Coronavirus non si è avuto modo di ascoltare questioni riguardanti il desiderio di eutanasia. Cosa sta ad indicare questo? Sta forse emergendo più clamorosamente che probabilmente di fronte ad una maggiore fragilità deve accompagnarsi una maggiore solidarietà, una maggiore risposta, una maggiore vicinanza?

Sono un medico legale, e dirigo una struttura complessa di Medicina Legale territoriale nell'Azienda Sanitaria territoriale di Pesaro ho avuto esperienza diretta, come molti miei colleghi, di come è stata affrontata la morte e il morire ai tempi del Coronavirus. Ci sono indubbiamente alcuni aspetti di natura esclusivamente tecnico-professionale ed altri più propriamente legati al vissuto, al modo con il quale le famiglie e i singoli, ma anche le comunità sociali e le comunità organizzate (come per esempio gli ospedali) hanno affrontato, affrontano e affronteranno nei prossimi mesi il tema del morire in questa epoca.

Una prima considerazione che vorrei fare con voi riguarda il repentino cambiamento dell'approccio al tema della morte. Facciamo un piccolo salto indietro. Fino a circa 50 anni fa si moriva sostanzialmente nello stesso modo in cui si moriva tre, quattro secoli addietro, e cioè il più possibile contornati dagli affetti familiari, prevalentemente a casa: sostanzialmente si moriva in maniera comunitaria.

Più o meno 50 anni fa circa è cambiato il paradigma dell'approccio alla morte e al morire. Cambiamento che è stato ad esempio segnalato nella trattatistica da Philippe Aries con il suo bel volume dal titolo *Storia della morte in Occidente*, pubblicato per la prima volta in Francia nel 1974, in Italia alcuni anni dopo[2]. In

[1] *Medico legale, Direttore UOC Medicina Legale ASUR MARCHE-Area Vasta 1, Pesaro; vicepresidente nazionale Associazione Scienza & Vita.*

[2] Philippe Aries, *Storia della morte in Occidente. Dal Medioevo ai giorni nostri*, Rizzoli, Milano 1978.

quel saggio Philippe Aries ci ricorda come progressivamente col passare del tempo è cambiata la percezione della morte e del morire a tal punto da determinare una sorta di fuga dalla morte da parte delle società contemporanee. In particolare l'affermazione sempre più convincente, sempre più efficace della medicina – e in particolare della medicina tecnologica – ha portato ad allontanare, a procrastinare l'epoca della morte fino a segnarne in qualche modo la sua rimozione. Per questo motivo, per esempio, ricorda Philippe Aries, prima si moriva contornati dagli affetti familiari compreso l'affetto dei più piccoli. I bambini imparavano che cosa fosse la morte anche attraverso il venir meno degli adulti di riferimento, per esempio i nonni, ma ahimè talvolta anche i genitori, considerata la ridotta durata della vita media, e pertanto da parte appunto dei più piccoli c'era l'acquisizione della informazione, della notizia relativa alla morte attraverso l'esperienza diretta di questa.

Negli ultimi 50 anni invece si è progressivamente andata affermando un'idea secondo la quale chi muore è bene che stia lontano dalla vista, che stia lontano dalla partecipazione diretta e pertanto sono incrementati i decessi in ospedale e nelle strutture residenziali, i decessi in luoghi diversi dalla propria abitazione. E quand'anche il decesso avvenisse nella propria abitazione, ormai da circa 10-15 anni nel nostro Paese sono attive le cosiddette sale del commiato in molte regioni. Dove non sono state realizzate ci sono le camere mortuarie ospedaliere, che fungono anche da sale del commiato dove poter portare le salme di coloro che decedono a domicilio, per i quali i familiari non hanno in qualche modo piacere o interesse a dare l'estremo saluto appunto al domicilio. Si invocano naturalmente ragioni di natura sociale, igienico-sanitarie, motivi di opportunità, anche legati alla ridotta ampiezza delle abitazioni, a sostegno di questa pratica che, dal punto di vista igienico-sanitario può essere assolutamente condivisibile, ma che lascia trasparire un desiderio di allontanamento della realtà della morte.

Ebbene l'emergenza dell'infezione da Covid-19 ha fatto emergere una novità clamorosa. E qual è questa novità? La novità è che le persone, in particolare i familiari di coloro che sono deceduti, hanno manifestato in più occasioni, in più forme attraverso interviste televisive, piuttosto che registrate dalla stampa o in tutte le altre forme di condivisione mediatica, il disappunto per non aver potuto essere vicini al proprio congiunto al momento del decesso, per non aver potuto scambiare un'ultima parola, per non aver potuto accarezzare il loro congiunto, per non aver potuto tenere la sua mano. Ebbene questa presa di consapevolezza si è manifestata anche attraverso l'esperienza, che è stata posta sotto l'attenzione della magistratura, delle numerose persone decedute nelle strutture di ricovero, nelle case di riposo, nelle RSA o in strutture simili. In molti di questi casi tanti congiunti, addirittura adesso anche costituiti in associazioni di tutela, hanno manifestato il proprio disappunto per non aver potuto nemmeno salutare il proprio congiunto. Questa situazione della emergenza da Coronavirus ha quindi fatto emergere un nuovo sentimento, forse potremmo dire un sentimento che non era mai sopito del

tutto, e cioè che di fronte alla morte, di fronte all'ultimo commiato, c'è da parte dei congiunti, da parte dei familiari il desiderio di voler salutare un'ultima volta i propri parenti.

Una prima considerazione conclusiva che vorrei fare quindi su questo argomento è che in qualche modo questa esperienza ci ha riavvicinato all'esperienza della morte e del morire. Ha permesso alle persone di riappropriarsi della possibilità in qualche modo di salutare il proprio congiunto prossimo alla morte. Mi sembra un insegnamento che dobbiamo trarre da questa pur triste vicenda della pandemia da Coronavirus.

Un secondo elemento di riflessione riguarda (qui scendo un po' di più sul tecnico-professionale) le modalità con le quali è stata gestita la morte dal punto di vista operativo. Fin dai primi giorni dell'emergenza si è capito che questa infezione era particolarmente aggressiva e ci si è domandati come fare per proteggere gli operatori in ambito funerario, chiamiamolo così, in ambito di attività necroscopica. Come proteggere gli operatori che avessero a che fare appunto con i decessi da Covid-19?

Sicuramente nei primi giorni ci sono state molte difficoltà, legate per esempio all'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale. Figuriamoci: non ce n'erano a sufficienza per coloro che dovevano trattare con gli ammalati, quindi con i soggetti di vivi, figuriamoci se ci si poteva permettere di "sprecare" dispositivi di protezione individuale per far fronte alle necessità di coloro che avevano a che fare con i soggetti deceduti. Col passare dei giorni però, si è capito che anche i soggetti deceduti potevano essere una fonte di contagio particolarmente rilevante, e pertanto sono state emanate sia da consessi scientifici di alta levatura, sia da parte degli organismi istituzionali, disposizioni affinché venissero prese delle cautele nella gestione appunto dei cadaveri. Devo segnalare peraltro una certa latenza e tardività nella emanazione di direttive specifiche.

La prima indicazione proveniente da un'istituzione è stata quella dell'Istituto Superiore di Sanità, il 23 marzo[3], preceduta di un giorno dal contributo di due società scientifiche, il COMLAS e la SIAPEC-IAP[4], che appunto avevano dato indicazioni su come eseguire le autopsie, i riscontri diagnostici nei confronti di soggetti affetti o deceduti per infezione da Coronavirus. Questo passaggio è stato particolarmente difficoltoso, per vari motivi: la prima ragione è che appunto in assenza di indicazioni istituzionali non si sapeva bene quali provvedimenti di protezione adottare rispetto a questa infezione.

[3] Istituto Superiore di Sanità, Gruppo di Lavoro ISS Cause di morte COVID-19, *Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2*, Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020, versione del 23 marzo 2020, consultabile al link [https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+COVID19+n.+6_2020+Autopsie+%282%29.pdf/c7d5888f-def6-0fd3-0adc-3371afd752e2?t=1585126778948].

[4] COMLAS, SIAPEC-IAP, *Infezione respiratoria da COVID-19. Documento su autopsia e riscontro diagnostico*, 22 marzo 2020, consultabile al link [http://www.comlas.org/images/pdf/PRD-COVID-rev-ventitre-marzo-duemilaventi.pdf].

Soltanto in data 1 aprile 2020, dopo più di un mese dall'inizio dell'emergenza, il Ministero della Salute ha dettato in maniera piuttosto precisa, puntuale e rigorosa – attraverso una Circolare[5], indirizzata a tutti i soggetti istituzionali che in qualche modo hanno a che fare con i decessi – le procedure minime, ma anche le procedure migliori, per gestire questa situazione emergenziale anche nell'ambito tanatologico.

Dopo otto giorni, in data 8 aprile 2020, è stata emanata una nuova Circolare[6] praticamente identica, salvo piccoli dettagli di precisazione, e ad oggi abbiamo una situazione di questo tipo: in linea di massima non vengono eseguite autopsie o riscontri diagnostici nei soggetti deceduti in questo periodo, che siano certamente positivi per il Coronavirus o anche soltanto sospetti, o meglio ancora per i quali non sia possibile escludere l'infezione. Ora gli addetti ai lavori sanno che per poter escludere l'infezione è necessario fare una serie di accertamenti che se già faticano ad essere svolti nei confronti di soggetti ancora in vita e malati, magari con sintomi di poca consistenza, è chiaramente gioco forza pensare che non ci siano abbastanza risorse diagnostiche per poter fare questo tipo di indagine anche nei confronti dei soggetti deceduti. C'è un passaggio delle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità che afferma che entro due ore dal decesso andrebbe eseguito un tampone nasofaringeo del soggetto deceduto per fare diagnosi, ma ovviamente questa è una misura praticabile eventualmente soltanto in ambito ospedaliero, molto difficile sul territorio. Io mi occupo di territorio, dove spesso il decesso viene constatato da colleghi medici del servizio di continuità assistenziale (cioè la guardia medica) oppure dai medici del 118 che hanno però tutt'altra finalità, che è quella di curare in maniera tempestiva – si chiama appunto *servizio di emergenza* – i soggetti malati. E, qualora si trovassero di fronte ad un soggetto deceduto, constatarne il decesso e rientrare alla base per poter far fronte a nuove chiamate. Quindi è evidente che non può essere caricato sul servizio dell'emergenza-urgenza la possibilità di eseguire un tampone nasofaringeo sui soggetti deceduti, anche perché in questo momento le risorse disponibili di tipo diagnostico devono essere necessariamente concentrate verso i soggetti in vita, per i quali si sospetta fortemente l'infezione.

Questa situazione che ha di fatto sospeso, nella stragrande maggioranza dei casi, i riscontri diagnostici, prima ancora che le autopsie giudiziarie, sta portando all'evidenza una lacuna molto importante: e cioè quella di non sapere con precisione i dati tanatologici dei pazienti deceduti per Covid. Si dirà che in una situazione emergenziale questo è il minore dei problemi. Probabilmente è vero: in una situazione di emergenza è necessario affrontare di petto le situazioni di maggior necessità. Ma è anche vero che noi ci troveremo a lungo termine una mancanza di

[5] Ministero della Salute, *Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione*, Circolare n. 11285 del 01.04.2020.

[6] Ministero della Salute, *Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione*, Circolare n. 12302 del 08.04.2020.

dati per comprendere bene il meccanismo di questa infezione della quale ancora, essendo una infezione molto giovane, abbiamo pochissimi riscontri scientifici. Abbiamo visto sotto il profilo terapeutico dei tentativi di terapia che si sono, man mano che passavano le settimane, precisati e migliorati. Stiamo vedendo la confusione o comunque la difficoltà a capire se la risposta anticorpale nei confronti di questo virus è una risposta che può essere verificata in maniera attendibilmente specifica con le indagini sierologiche alla ricerca appunto degli anticorpi, e se questi anticorpi abbiano un livello di protezione permanente o se invece si tratti di una immunità temporanea, di immunità parziale, di immunità incompleta. Ebbene la carenza di elementi tanatodiagnostici ci priva della possibilità di sapere quali organi siano stati colpiti da parte dell'infezione anche in quei pazienti che hanno avuto l'esordio con i classici sintomi respiratori, di tosse, febbre e affanno (dispnea): in quelli che giungono al decesso non siamo in grado di poter certificare in maniera assolutamente sicura quale sia stato il coinvolgimento diretto degli altri organi da parte del virus, e non invece una sorta di danno multiorgano provocato dalla cascata di eventi che hanno portato alla insufficienza respiratoria e via via fino al decesso.

Questa lacuna temo non sarà colmata in breve tempo, perché una delle ragioni per cui è stata disposta di fatto la sospensione dei riscontri diagnostici è legata alla pressoché totale mancanza, almeno sul territorio, di sale autoptiche adeguate. Non parlo ovviamente dei grandi policlinici universitari, ma come ben sapete il nostro è un territorio fatto di piccole realtà territoriali e non esclusivamente di grandi centri urbani con grandi ospedali e attrezzature di elevato livello tecnologico: ebbene nelle strutture periferiche del territorio non ci sono sale settorie adeguate a questa necessità. Al momento, per esempio, nella regione Marche per quanto mi consta (la regione Marche conta un milione e mezzo di abitanti, la provincia di Pesaro Urbino 360.000 anime circa) vi è una sola sala settoria dedicata ed in grado di assicurare il miglior trattamento nei confronti dei soggetti degli operatori esposti a rischio di infezione Coronavirus durante l'esecuzione di riscontri diagnostici[7]. Quindi, come facilmente si comprende, la gran parte dei decessi in questa situazione viene certificata solo sulla base delle caratteristiche di natura clinica e fino a qui dal punto di vista giuridico va benissimo. Probabilmente però manca una parte, quella che riguarda l'aspetto della conoscenza scientifica sul coinvolgimento dei vari organi ed apparati da parte dell'infezione da Coronavirus.

Un ultimo tema che vorrei trattare è quello relativo al fatto che, durante questa emergenza da Coronavirus, non ho avuto modo di ascoltare questioni riguardanti il desiderio di eutanasia. Diciamo che, in questa vicenda, tutta quella bagarre in qualche modo mediatica o anche semplicemente sociale che aveva riguardato il dibattito che negli ultimi tre o quattro anni, in maniera molto più intensa, ma che

[7] Proprio in queste settimane la Regione Marche ha chiesto alle Aziende Sanitarie che venga adeguata e resa idonea almeno una sala settoria per ciascuna delle cinque provincie marchigiane.

certamente risale ad almeno una ventina d'anni nel nostro Paese, relativamente alla domanda di eutanasia, o comunque la domanda di interruzione delle cure, o comunque alla richiesta di avvalersi di una interpretazione estremamente, potremmo dire, liberale dell'articolo 32 della Costituzione, ebbene in queste settimane di emergenza, in queste settimane di grandissima difficoltà di fronte alla quale ci siamo trovati tutti quanti – medici di prima linea, infermieri, operatori sanitari, ma anche le famiglie e la società civile tutta – non mi è sembrato di cogliere questo tipo di domanda.

Cosa sta ad indicare questo? Certamente non sono così ingenuo da pensare che ci sia stata una resipiscenza da parte delle persone, che ci sia stata – come dire – una modalità nuova di approcciarsi alle questioni. È evidente invece che l'emergenza sanitaria ha posto in evidenza come il bene prioritario da difendere è il bene della vita umana, è il bene di ognuno di noi, per come è, per come è fatto. Altri insieme a me, in questo breve corso, diranno del tema dell'allocazione delle risorse: cosa fare quando le risorse sono estremamente limitate, quando cioè ci troviamo di fronte ad una situazione emergenziale e con poche risorse, e quindi non entro in questo tema. Ma è emerso in tutta chiarezza che, da parte di nessuno dei commentatori piuttosto che degli attori principali, si sia sposata in maniera aprioristica la tesi per cui certe vite vanno salvaguardate a discapito di altre. L'idea cioè per la quale esistono vite di minor valore rispetto alle quali si possono operare delle scelte è qualche cosa che in questa vicenda ha comunque, come dire, realizzato una sorta di solidarietà sociale condivisa.

Nessuno in questi giorni in cui ci viene raccontato, ahimè, il tragico susseguirsi di decessi che si sono avuti, per esempio delle residenze sanitarie per anziani nelle case di riposo, nessuno si è minimamente sognato di pensare che quelle vite, gravate di anni e magari anche di patologie, avessero minor diritto a tutela e minor esigenza di tutela rispetto alle altre. Anzi probabilmente sta emergendo quello che abbiamo detto per tanto tempo, che di fronte ad una maggiore fragilità deve accompagnarsi una maggiore solidarietà, una maggiore risposta, una maggiore vicinanza.

Ecco allora questo passaggio della pandemia da Coronavirus credo che ci abbia fatto per un momento ri-aprire gli occhi su quale sia davvero la realtà del valore della vita umana. Noi ci troviamo in un momento nel quale non solo stiamo apprezzando fortissimamente la nostra libertà, proprio nel momento in cui per certi versi ci è limitata, stiamo apprezzando fortemente la riscoperta di alcune piccole cose rispetto alla frenesia con la quale eravamo abituati a vivere soltanto due mesi fa, ma credo che si stia riscoprendo anche un significato profondo da attribuire alla nostra vita, alla vita umana di ciascuno di noi. Un valore che diventa incommensurabile proprio nel momento in cui qualcuno dei nostri congiunti, qualcuno dei nostri amici, qualcuno dei nostri conoscenti, questa vita la perde. Non c'è nessuna graduatoria di valore, non c'è nessuna possibilità di dire che una vita vale più di un'altra. Di fronte alla situazione di difficoltà e di emergenza, a tutti coloro che

operano sul campo è chiesto di spendere tutte le proprie conoscenze, tutte le proprie energie, anche oltre il limite di quello che è, come dire, il dispendio abituale di energia, proprio perché c'è una situazione di emergenza alla quale fare fronte.

Vorrei allora concludere riferendomi anche al tempo che stiamo vivendo (sto registrando questo contributo oggi, 26 aprile 2020): siamo nel cosiddetto tempo di Pasqua, che per i cristiani è un tempo nel quale continuare a ricordare tutti i giorni il mistero della Risurrezione di Cristo. Ebbene in uno degli antichi inni, la Sequenza Pasquale che viene letta a partire dal giorno di Pasqua, c'è una frase che potremmo applicare agevolmente a questo tempo: *mors et vita duello conflixere mirando*, ovvero "la vita e la morte si sono affrontate in un meraviglioso duello".

Ecco, credo che in queste settimane noi abbiamo visto e toccato con mano questo duello tra la morte e la vita, questo combattimento tra la malattia grave o gravissima, in grado di condurre a morte, anche persone nel pieno vigore dei loro anni, e il desiderio di vita e di essere in qualche modo sanati e risanati.