

A RAI UNO

D'Agostino choc: Charlie doveva morire

VITA E BIOETICA

30_07_2017



Per la gravità delle affermazioni e per la caratura del personaggio non possono passare inosservate le considerazioni del professor Francesco d'Agostino, già presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica, espresse nella trasmissione Uno Mattina (Rai Uno) il 26 luglio sul caso del piccolo Charlie (clicca [qui](#)).

Dato il prestigio che avvolge la persona del presidente dei Giuristi Cattolici,

tenterò di svolgere alcune considerazioni sforzandomi di rispettare l'etichetta accademica. Richiesto dal giornalista Tiberio Timperi se per Charlie "c'è il rischio di accanimento terapeutico", il professor D'Agostino ha risposto che tale rischio è per lui "plateale", aggiungendo poi che "sicuramente Charlie da molti mesi è sottoposto ad accanimento terapeutico".

Passi per me, che sono un semplice medico di campagna che si diletta di bioetica, passi per alcuni miei amici che mi precedono nell'insegnamento della bioetica nelle stesse prestigiose istituzioni universitarie a cui afferisce il professor d'Agostino, voglio giungere a dire passi per il neurochirurgo e psichiatra Massimo Gandolfi, direttore di dipartimento all'Ospedale Poliambulanza di Brescia che sulla Verità di ieri ha parlato di "eutanasia di Stato", passi per Assuntina Morresi, collega di D'Agostino al Comitato Nazionale di Bioetica, per l'avvocato Simone Pillon, membro dei giuristi cattolici di Perugia, tutte persone che nel caso di Charlie di accanimento terapeutico non hanno visto neanche l'ombra; ma possibile che persino quel monumento vivente della bioetica in Italia e nel mondo, autore del manuale di riferimento per generazioni di bioeticisti, il professore e cardinale Elio Sgreccia non si sia accorto che Charlie era oggetto di una vera e propria tortura, anzi lo abbia escluso decisamente?

Ma non intendo invocare il solo argomento *ex auctoritate* per rigettare la tesi di D'Agostino. Egli infatti formula la propria convinzione su una definizione di accanimento terapeutico che contempla "interventi medici futili, inutili, privi di prospettive, altamente tecnologici, altamente invasivi, e in molti casi tali da dare forti sofferenze al malato".

Esaminiamoli singolarmente in modo sintetico. La ventilazione per Charlie era tutt'altro che futile, essa gli assicurava la vita, tant'è che per porvi termine si è utilizzato la sua interruzione. La ventilazione era priva di prospettive soltanto se per prospettiva si assume il miglioramento delle condizioni cliniche e non la sopravvivenza. Tuttavia sono innumerevoli gli interventi medici che assicurano non altra prospettiva che la sopravvivenza, a partire da quella nutrizione e idratazione che è artificiale tanto quanto lo è la ventilazione. Per coerenza allora il professor D'Agostino dovrebbe annoverare tra gli accanimenti terapeutici tutte le situazioni in cui non vi sono prospettive come nei malati di Alzheimer, di cancro, i pazienti in stato vegetativo, per fare solo qualche esempio.

Che l'accanimento dipenda dal grado di tecnologia impiegato è una tesi che apprendo oggi quale stravagante novità. Vi sono interventi che esprimono un altissimo

livello di tecnologia robotica o protesica rimanendo totalmente proporzionati: pace-maker, defibrillatori, pompe d'insulina, impianto cocleare, mentre fare un massaggio cardiaco ad un paziente con cancro in fase terminale, intervento pur privo di tecnologia, costituirebbe davvero un accanimento. D'altra parte non vi è molta differenza tecnologica tra una pompa per la Nutrizione e Idratazione e la stomia gastrica con la tecnologia impiegata per un ventilatore ed una tracheostomia.

Ha ragione D'Agostino quando tira in ballo che l'accanimento si configura tale quando il trattamento induce sofferenza. Qui si deve però essere chiari. I trattamenti medici richiedono spesso la sopportazione di dolori o disagi da parte del paziente, si verificano effetti collaterali ed eventi avversi. Per limitarli i medici instaurano altri trattamenti in associazione. Ecco che il dentista fa l'iniezione prima di mettere mano al trapano e poi prescrive gli antinfiammatori, o il chirurgo si fa aiutare dall'anestesista e poi prosegue con antalgici nel periodo post-chirurgico. Ciò avviene anche nei trattamenti cronici.

Ciò che per D'Agostino costituisce la prova dell'accanimento su Charlie - "la ventilazione artificiale a cui è sottoposto Charlie, è un intervento pesantissimo, e infatti il piccolo è sotto sedazione da molti mesi", ha detto il giurista - fa parte del normale approccio di chi è sottoposto a ventilazione invasiva, a meno di non volere sostenere che i pazienti ventilati cronicamente siano tutti sottoposti ad accanimento terapeutico. Peraltro gli stessi medici del GOSH hanno dovuto ammettere che non vi erano prove che il bambino avesse dolore.

Ho già ricordato sulla NBQ il caso dei bambini nati con atrofia muscolo-spinale tipo 1. A causa di una degenerazione neuronale, nel 95% dei casi non superano i 18 mesi di vita, la mortalità è del 100% a 2 anni, hanno necessità di ventilazione che viene routinariamente instaurata in modalità invasiva o non invasiva, ma nessun medico si sognerebbe mai di considerarla un accanimento terapeutico.

Vuole forse il professor D'Agostino accusare i pediatri di tutto il mondo che hanno in cura questi bambini di mancare al dovere professionale d'interrompere un trattamento che a tutti gli effetti soddisfa i criteri da lui elencati per definire l'accanimento terapeutico? Prego, si accomodi pure. Gli suggerisco di cominciare dalla presidente dell'ospedale Bambin Gesù Mariella Enoc che ha dichiarato: "Non so perché l'ospedale inglese abbia deciso di sospendere le cure al bimbo, so che qua da noi questo non sarebbe avvenuto".

Il professor D'Agostino ha detto che l'accanimento terapeutico su Charlie

“lo si può capire fino in fondo soltanto se si studia da vicino la terribile patologia di Charlie e tutti gli interventi che hanno fatto su di lui, partendo dalla ventilazione e partendo dal fatto che il piccolo Charlie non ha alcuna funzione organica attiva”. Ora non vorrei essere irrispettoso, ma un umano che non ha alcuna funzione organica attiva si chiama cadavere ed è piuttosto difficile fare morire un cadavere, stante la sua condizione di già morto.

D’Agostino, che parrebbe parlasse perché ha studiato da vicino la condizione di Charlie, dice che al bambino inglese “non gli funzionano i reni, non gli funziona l’intestino”. Strano però che queste informazioni non siano state riportate in alcun rapporto medico. Non risulta che Charlie fosse sottoposto a dialisi renale, né risulta alcuna immagine dove la cute del bambino abbia manifestato la tipica colorazione che si riscontra nell’uremia legata all’accumulo di urocromi. Inoltre se l’apparato digerente non avesse funzionato si sarebbe manifestato malassorbimento e ileo paralitico, sarebbe stato inutile nutrire e idratare Charlie per via enterale e la morte sarebbe sopraggiunta senza dovere aspettare di dovere intervenire con la rimozione della ventilazione.

D’Agostino poi aggiunge l’argomento della dipendenza dalle macchine. Sarebbe tale condizione a rendere la situazione di Charlie un accanimento terapeutico perché, sempre secondo il giurista, “nella definizione dell’accanimento terapeutico rientra proprio il caso in cui la vita sia supportata, non nell’attesa di una guarigione o di un miglioramento fisiologico, ma semplicemente perché ci sono delle macchine che impediscono all’organismo di arrivare alla propria fine naturale”. Su questo lascio che la risposta a D’Agostino giunga da Mario Melazzini, direttore dell’*Agenzia Italiana del Farmaco* e malato di Sclerosi Laterale Amiotrofica, il quale, commentando il caso di Charlie, ha dichiarato sull’*Avvenire*: “Per me essere nutrito con una pompa nella notte, essere ventilato, è la vita [...], la Vita è una questione di sguardi e di speranza, anche per chi è legato a delle macchine. Guardiamo prima di tutto, e ascoltiamo, la persona, non fermiamoci alla 'macchina' e non consideriamo una maledizione la vita quotidiana che essa consente”.

Forse che un paziente dializzato, un grave bradicardico, un grave broncopneumopatico non sono tenuti in vita da una macchina? Sconcertante.

Così com’è sconcertante la definizione di eutanasia offerta dal professore: “Dare la morte ad un soggetto che ha possibilità di vita, sia pure tragiche, ma che non è in punto di morte e che potrebbe ancora esercitare il tempo che gli rimane da vivere in modo sensato e dignitoso”. Forse che dare un’iniezione letale ad un paziente che ha un’aspettativa di vita di tre giorni, dunque in punto di morte, non sarebbe parimenti

un'eutanasia? Quanto prima della morte attesa deve essere attuata la condotta uccisiva perché per il professor D'Agostino si tratti di eutanasia? Non è questione di tempi, né di condizione, ma, come recita la dottrina cattolica e la scienza medica, di mezzi e intenzioni.

Non posso affermare di sapere se la posizione del professor D'Agostino rispecchi il suo sincero convincimento, oppure sia una tattica volta ad arginare le richieste di eutanasia commissiva, concedendo un'eutanasia omissiva nella forma mascherata di astensione da trattamenti proporzionati, facendoli passare per accanimento terapeutico. Se così fosse, si tratterebbe dell'ennesimo tentativo illusorio, puerile, maldestro e complice che non ha mai arginato alcuna progressione del fronte laicista contro la vita, il matrimonio e la famiglia.

Il professor D'Agostino è stato incluso tra i membri ordinari della Pontificia Accademia per la Vita (PAV). Temo che le sue idee sul fine vita rappresenteranno un contributo fortemente innovativo nei documenti della PAV, un contributo che si andrà a sommare a quello del professor [Biggar](#), della professoressa [Le Blanc](#), di Steinberg e di altri ancora.