

il piano inclinato

## Disturbi alimentari? Niente cura, ma suicidio assistito

VITA E BIOETICA

31\_08\_2024



**Paolo  
Gulisano**



I disturbi alimentari sono un problema ben noto da tempo in Medicina. Le manifestazioni più importanti di questi disturbi sono l'anoressia e l'obesità derivante dall'eccesso di introduzione di cibo. Sono patologie affrontate soprattutto a livello

psicologico e psichiatrico. Tuttavia, secondo una linea di pensiero che si sta facendo progressivamente spazio in Medicina, ovvero l'abbandono terapeutico, qualcuno comincia a pensare che, anziché curare i pazienti affetti da tali disturbi, sia meglio eutanasizzarli. È quello che si legge in [uno studio pubblicato sulla rivista \*Frontiers in Psychiatry\*](#).

L'autore dell'articolo, Jason Osborne, ci rivela che in molti Paesi del mondo è stato introdotto il "suicidio assistito" per persone affette da anoressia o obesità che ne facciano richiesta.

**Lo studio ha identificato almeno 60 casi di pazienti negli Stati Uniti, nei Paesi Bassi e in Belgio** che si sono avvalsi del suicidio assistito perché soffrivano di un disturbo alimentare. In circa un terzo di questi casi era stata allegata una relazione psichiatrica descrittiva del caso e del rationale clinico che era stato utilizzato per giustificare il suicidio assistito.

Tutti i 19 pazienti con queste relazioni erano donne, di cui sei di età inferiore ai 30 anni, sette di età compresa tra i 30 e i 50 anni e altre sei di età superiore ai 50 anni. A undici delle donne (61%) era stata diagnosticata l'anoressia, mentre una persona era stata descritta come obesa e cinque avevano disfunzioni senza diagnosi specifiche.

Lo studio definisce la cosiddetta «morte assistita» come «la pratica degli operatori sanitari di prescrivere o somministrare farmaci letali per porre fine alla vita di un paziente su sua richiesta volontaria, soggetta a criteri di ammissibilità e misure di salvaguardia».

Il termine "morte assistita" è spesso usato sia per comprendere in senso lato il "suicidio assistito", sia l'eutanasia attiva; il primo coinvolge i pazienti che ingeriscono autonomamente i farmaci letali forniti loro, mentre l'eutanasia vede un operatore sanitario somministrare direttamente farmaci letali.

Il suicidio assistito e/o l'eutanasia sono attualmente disponibili in 33 giurisdizioni in tutto il mondo, tra cui Svizzera, Paesi Bassi, Belgio, Lussemburgo, Colombia, Canada, Germania, Spagna, Portogallo, Nuova Zelanda, Austria, Ecuador, tutti e sei gli Stati dell'Australia e in dieci Stati e un distretto negli Stati Uniti.

I rationale clinici forniti sono stati classificati in tre classi: irrimediabilità, terminalità e richiesta volontaria. Lo studio ha rilevato che nel 95% dei casi i pazienti sottoposti a suicidio assistito avevano scelto volontariamente di morire.

**Morire per non morire di anoressia. Morire perché obesi.** Non stiamo parlando di malattie incurabili, di cancro, ma di disturbi dell'alimentazione. Malattie affrontabili, curabili, ma la Medicina della cura sta diventando sempre più un optional. Anziché prendersi cura, è molto più facile eliminare il sofferente. Qualcuno potrebbe obiettare

che queste eliminazioni erano *in demand*, su richiesta dei pazienti stessi, ma il problema è che se una persona è indotta a credere che il suo problema non abbia soluzione, e che la vita da anoressica o da obeso non abbia senso, né scopo, e che sia meglio “smettere di soffrire”, l'eutanasia finirà per essere non solo una soluzione ammissibile e lecita, ma perfino auspicabile. Se il dolore psichico viene equiparato a un dolore fisico insopportabile, se viene introdotta anche in psichiatria l'idea di “terminalità”, assisteremo a un dilagare della cultura di morte, all'abbandono terapeutico, ad una società sempre più dominata dall'eugenetica.

**A tale deriva etica dovrebbe fortemente opporsi la Chiesa**, ma da quanto si è potuto leggere nel recente *Piccolo lessico del fine vita* curato dalla Pontificia Accademia per la Vita di monsignor Paglia, non vi è traccia di una preoccupazione in tal senso, al di là di una formale presa di distanza – in nome del magistero precedente – dall'eutanasia, ma là dove si fanno aperture nei confronti della sospensione di idratazione e alimentazione si può accettare pratiche de facto eutanasiche. Come sempre, “nel migliore interesse” del paziente, che si rinuncia a curare, e al quale si garantisce la “non sofferenza”, a scapito della vita stessa.