



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





Johnson & Johnson

Johnson & Johnson apre la strada verso la medicina del futuro. I pazienti ispirano le nostre innovazioni scientifiche, che continuano a progredire e a salvare vite. Ascoltando la voce dei pazienti e applicando i principi della scienza, affrontiamo con fiducia alcune delle malattie più complesse del nostro tempo e sviluppiamo i potenziali farmaci del futuro.

[jnj.com](https://www.jnj.com)

Johnson&Johnson



SOMMARIO

Anno XXXVIII • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Bernardo Dell'Oso (Milano FBF Sacco)
Giovanni Migliarese (Vigevano)

Comitato Scientifico:
Antonio Amatulli (Vimercate)
Luisa Arosio (Voghera)
Emi Bondi (Bergamo)
Camilla Callegari (Varese)
Carlo Fraticelli (Como)
Massimo Clerici (Monza)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Antonio Magnani (Mantova)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Laura Novel (Bergamo)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)
Massimo Rabboni (Bergamo)
Matteo Rocchetti (Pavia)
Pierluigi Politi (Pavia)
Virginio Salvi (Crema)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio)
Marco Toscano (Garbagnate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente
le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,
1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere
comunicazioni sulla pubblicazione
del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

- 4 Quando lo psichiatra rifugge l'Agorà
viene meno al suo dovere?
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 14 Budget di Salute - L'esperienza del
DSMD di Franciacorta
di Materzanini A.
- 21 La prima esperienza di co-programmazione
dei servizi di Salute Mentale in ATS
Città Metropolitana di Milano
di Ferrari R., Arcidiacono E., Cauli G.,
Fornoni C., Mancin R., Salari B.,
Tosoni F. e Rolli F.
- 31 Progetto "Atrieu": un modello integrato
per la gestione delle acuzie psichiatriche
in età evolutiva presso l'Azienda Socio
Sanitaria Territoriale Melegnano e
Martesana
di Di Fauci F., Zordan F., Gariboldi C.,
Masseroni V., Montrasio C., Durbano F.
e Gruppo Lavoro "Atrieu"
- 43 Metodo Snoezelen e stimolazione basale:
un approccio innovativo nella gestione di
pazienti neuropsichiatrici presso l'ASST
Melegnano Martesana
di Di Zordan F., Archetti S., Migliore V.,
Uselli C., Cazzaniga V., Peschetola A.,
Bagnaschi E., Buson N., Buonocore M.,
Montrasio C., Giuliani E. e Durbano F.
- 57 La riabilitazione nella cura: psichiatria
di consultazione e servizio di recupero e
rieducazione funzionale
di Berto E., Manzone M.L., Marchetti M.,
Del Romano E., Gazzani L. e Tonetti G.
- 64 Il tempo della psichiatria, il tempo della
psicoanalisi
di Di Lello C.
- 75 Oltre la crisi: un anno e mezzo di
psicoeducazione in SPDC. Riflessioni su
un'esperienza pilota
di Dordoni A., Calento A., Paletta S.M.
e Cerveri G.
- 80 Intervento di prevenzione del disagio
giovanile nelle Scuole Secondarie
Superiori del territorio del DSMD ASST
Melegnano e Martesana
di Sasso E., Carnevali S., Distefano A.,
Giombelli A. F., Racioppi L., Giuliani E.
O. e Durbano F.

- 90 Promozione delle Life Skills e
prevenzione del disagio psichico negli
adolescenti: un modello psico-educativo
scolastico
di Soffientini M., Parinisi L., Malgrati E.
e Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 97 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
L'infermiere musicoterapeuta sul
territorio per la salute mentale
di Capra G.
- 102 CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
AITeRP: una responsabilità
tecnico-scientifica condivisa
Intervista al presidente neo eletto come
dialogo aperto, con chi scrive e con chi legge
di Rossi L., Fossati E. e Scagliarini V.

PSICHIATRIA NARRATIVA

- 108 Disperazione
Un caso di cronaca
di Grasso F.

PSICHIATRIA FORENSE

- 111 Che piccola storia ignobile mi tocca
raccontare
di Marasco M.
- 115 La fine della vita e le persone con
disturbo mentale: si può togliere la
parola?
di Amatulli A.

- 124 Un saluto ad Alberto Giannelli
Fondatore della rivista Psichiatria Oggi
di Mencacci C.

IN COPERTINA: Adolfo Wildt, Parsifal (Il puro folle), 1930
Foto: © Paolobon140, CC BY-SA 4.0

La fine della vita e le persone con disturbo mentale: si può togliere la parola?

Un racconto, tanti pensieri, poche certezze

*di Antonio Amatulli**

Il racconto della vita di sofferenza di R. causata da una malattia genetica che ha determinato numerosi gravi disturbi fisici, e del termine della sua vita attraverso l'aiuto al suicidio in un paese estero, e contemporaneamente l'uscita sulla Rivista di psichiatria di un articolo a cura di numerosi colleghi psichiatri, che in pochi, enfatici capitoletti esclude completamente la possibilità che persone affette a depressione grave possano mai accedere all'aiuto al suicidio, hanno indotto a una riflessione relativamente a questa tematica. Si ritiene che, molto prima di (sempre opinabili) ragioni cliniche, sia fundamentalmente la cornice etico-giuridica (aperta dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale sul tema del suicidio assistito), a imporre ai clinici almeno il problema che la sfera dei diritti individuali, costituzionalmente fondati e legati alla matrice personalistica del nostro ordinamento, debba richiedere l'apertura di un dibattito sulla possibilità di accesso anche da parte delle persone con disturbo mentale grave. Una coerenza giuridica sistematica, insieme al rispetto e alla considerazione del rilievo dei diritti della persona sopra richiamati, imporrebbe tali considerazioni, cogliendo, da questo punto vista, sia la limpidezza e la coerenza del pensiero e del dolore di R., sia la sorprendente radicalità escludente espressa dagli autori dell'articolo richiamato.

Qualcuno ha sostenuto che, se anche un dolore è indicibile, deve essere detto. E questo avviene nell'abbagliante racconto di R., così incomprensibile, così comprensibile, così straziante. R. ci ricorda che la sofferenza umana deve essere, certo, compresa, ma anche profondamente rispettata. Ci obbliga, o almeno lo dovrebbe, a riflettere sul bene della vita e sul suo pieno ricomprendere anche la morte. La morte come parte (estrema) della vita, non come finale sorprendente e inatteso, e "impensato". Quel ultimo momento nel quale dovrebbe essere pieno diritto essere accompagnati in modo dignitoso, rispettoso, prossimo. L'ispirazione per le righe che seguono nasce dalla breve ma intensa partecipazione al dolore di R. (e dalla lettura di un articolo uscito mesi fa sulla Rivista di psichiatria).

La legge italiana vieta (severamente. E' stato sostenuto forse anche oltre il principio di ragionevolezza) l'aiuto al suicidio, e solo abbastanza recenti arresti della Corte Costituzionale (per altro assai prudenti, come vedremo) hanno definito un ambito di non punibilità allorquando sussistono alcune condizioni: l'esistenza di una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e la presenza della piena capacità di assumere decisioni libere e consapevoli (Corte Costituzionale, Ordinanza n. 207 del 2018 – punto di partenza, che dava al Parlamento stimolo e tempo per legiferare nel merito. Poi, vista l'ignavia del legislatore e l'urgere degli accadimenti: Corte Costituzionale, sentenza n. 242 del 2019, poi n. 135 del 2024 e n. 66 del 2025).

Oggi, quindi, in Italia una persona non può accedere al suicidio assistito se non in presenza delle sopra definite condizioni (e, per altro, spesso a fronte di disagi e ritardi causati dall'ente pubblico che è chiamato a fornire i mezzi e la situazione adeguati).

R., nelle sue condizioni, certamente causa di sofferenze intollerabili nonostante tutti i tentativi di farvi fronte e di arginarle, non avrebbe potuto essere aiutata a una morte volontaria dignitosa.

La riflessione etica è il primo scenario che si impone: se la vita sia un bene indisponibile oppure se abbia il valore che il soggetto le attribuisce (sacralità vs qualità). E se l'etica consiste in quella parte della filosofia che prende in esame le azioni umane, i valori e i principi cui esse si ispirano o si dovrebbero conformare, non corrisponde però a un sistema regolatorio o sanzionatorio, ma si esaurisce in una serie di riflessioni che possono solo orientare in un sistema di valori, che può essere condiviso o meno. Diverso è l'ordinamento, che permette o non permette (reprime) determinati comportamenti.

E qui si apre, nella professione psichiatrica, il complesso problema della possibilità di accesso all'aiuto al suicidio per le persone che soffrono di disturbi mentali gravi, anch'essi, sicuramente, possibile origine di sofferenza individuale indicibile (già icasticamente definita, insieme al dolore fisico, "condizione infernale" dal Presidente della Consulta di Bioetica Maurizio Mori). Va detto, comunque, che lo Stato difende il bene vita dei cittadini, dove tale presidio «assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere» (ancora la sentenza n. 242 del 2019). Lo Stato, quindi, pone in essere questa protezione (ex art. 2 Cost.) al fine di evitare che persone in condizioni di particolare fragilità – fisica, psicologica, sociale o economica – possano essere indotte a scelte autodistruttive da pressioni esterne, da condizioni di abbandono o isolamento, o dalla percezione di essere

divenute un peso per i familiari o per la società. In altre parole, si assume il dovere costituzionale di creare le condizioni affinché nessuno sia costretto a scegliere la morte per mancanza di alternative dignitose. Se, detto molto concretamente, R. sicuramente avrebbe avuto personali riserve sulla applicazione di questo principio a riguardo della sua personalissima esperienza (di dolore), ciò non pertanto questo è lo stato attuale della situazione in Italia.

Il discorso, però, può essere affrontato anche cercando per lo meno di "agganciare" le aree di legittimità oggi previste dall'intervento della Suprema Corte alla possibilità (o meno) che all'aiuto al suicidio possano accedere le persone con gravi malattie psichiche, ragionevolmente argomentando che la sofferenza conseguente possa divenire altrettanto intollerabile di quella originata da malattie fisiche, privilegiando l'ottica soggettiva di attribuzione di significato e di vissuto personale. In altre parole, risulta ormai di chiara evidenza la necessità di almeno interrogarsi se, tra le "patologie irreversibili, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili" possano essere ricomprese anche le malattie mentali.

Un grado di analogia tra sofferenza fisica e psichica è stato già percorso, va detto, dalla Corte Costituzionale, allorquando (sentenza n. 99 del 2019) ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1-ter o.p., nella parte in cui non consentiva che la detenzione domiciliare umanitaria fosse disposta anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta, evidenziando che "la malattia psichica è fonte di sofferenze non meno della malattia fisica", e che "il diritto fondamentale alla salute ex art. 32 Cost., di cui ogni persona è titolare, deve intendersi come comprensivo non solo della salute fisica, ma anche della salute psichica, alla quale l'ordinamento è tenuto ad apprestare un identico grado di tutela".

Naturalmente, alla complessità della tematica affrontata dalla Suprema Corte dal 2018 al 2025 (e non, va ribadito, dal legislatore italiano), si aggiungono ulteriori difficoltà relative alla definizione di "malattia irreversibile" a riguardo delle malattie mentali; ma non

solamente, come si vedrà più oltre. Così, vengono chiamate in causa, contemporaneamente, le dimensioni etica, giuridica e psichiatrico-clinica, in stretto collegamento con il tema della libertà individuale, sollecitando a una riflessione profonda e drammatica sul vero significato della autodeterminazione e sulla sua effettiva praticabilità nei contesti di malattia psichica. E, comincio a dire, sulla reale attitudine degli operatori della salute mentale a renderla realmente e genuinamente esigibile dalle persone assistite. L'interrogativo di fondo concerne la possibilità – e i limiti – del riconoscimento della capacità di assumere decisioni libere e consapevoli in presenza di disturbi mentali severi, e ciò si rispecchia, in un gioco di riflessi prismatici, nelle fondamentali epistemologiche della professione psichiatrica: tra i due estremi di una visione paternalistica e poco disposta a riconoscere una reale autodeterminazione e, all'opposto, del disimpegno in nome di un generico e radicale diritto alla libertà, lasciando alla persona malata una non altrimenti regolata possibilità di scegliere e di decidere. Naturalmente, ambedue le posizioni si organizzano su un piano auto-difensivo, attraverso una fondamentale rigidità o, all'opposto, un distacco, nei fatti, dove, alla fine, non vengono riconosciuti né spazi di competenza decisionale né, all'inverso, fisiologici e oggettivi limiti. Potremmo definirle posizioni di sostanziale deresponsabilizzazione di fronte all'individuo malato e ai suoi diritti personalissimi. Il prisma, riflettente, definisce però diversi gradi di coercizione-libertà nell'ambito dei quali questo discorso si muove ed è ricompreso.

Così, diviene necessario caricarsi di una responsabilità etica e clinica insieme, e partire dall'assunto del teorico riconoscimento obbligato, direi un assunto di base, di una capacità decisionale disponibile a tutte le persone sofferenti di disturbi mentali (o, per lo meno, la considerazione dell'impossibilità del ragionamento *a contrariis*, la non sostenibilità della sua negazione a priori). Il punto sarà, allora, la corretta valutazione, in ogni momento necessario, di questa possibile capacità, senza

cadere né nel paternalismo medico né nella negazione apodittica di diritti fondamentali. Nella prospettiva di questi ultimi, la libertà di autodeterminazione costituisce un principio irrinunciabile, intimamente connesso al concetto di dignità umana e profondamente radicato nel principio personalistico alla base del nostro ordinamento. Essa trova riconoscimento nel diritto costituzionale italiano e nella giurisprudenza europea come espressione del diritto all'identità, all'integrità psichica e alla libera costruzione del proprio progetto di vita, anche quando ciò comporti, in teoria, la scelta di porvi termine. Nel campo della salute mentale, però, il riconoscimento di tale libertà incontra una ulteriore tensione intrinseca: la presenza di un disturbo psichico viene comunemente considerata condizione che rende poco o punto valida la capacità decisionale del soggetto, in specie nelle situazioni più complesse dal punto di vista clinico. Tale impostazione, se accolta in modo generalizzato, finisce per tradursi in una vera e propria discriminazione fondativa (morale), con conseguente delegittimazione a priori della voce della persona con sofferenza mentale.

In un recente, breve, ma denso e deciso intervento sul tema a cura di numerosi e autorevoli colleghi si sostiene, sintetizzando, che la (corretta) psichiatria debba eliminare, in radice, la possibilità che, in caso di depressione grave, la persona possa volontariamente morire attraverso un lecito aiuto al suicidio (De Girolamo, 2025). Dico in modo diverso: la persona gravemente depressa non deve (può) potere esigere il diritto che oggi è riconosciuto dalla Corte Costituzionale alle persone con gravi e irreversibili patologie. Le ragioni addotte (oltre alla lettera delle sentenze nel merito della medesima Corte) possono essere inserite nelle dimensioni clinica, scientifica, etica, medico-legale e culturale-simbolica. Se le argomentazioni etiche appaiono deboli e frettolose (il principio etico di Non maleficenza, richiamato con ragione dimostrativa-ostativa, è un principio di palese consistenza che non può dimenticare – come in realtà avvenuto – quello più recente, e ancor più consistente, dell'Autonomia; stesso discorso, di ovvietà e carenza

operativa, per quello di Beneficialità, anch'esso richiamato dagli autori), non appare comunque necessario approfondire punto per punto il dipanarsi dei ragionamenti espressi né scendere in una discussione specialistica su "bio-marcatori o test predittivi" (ancora De Girolamo, 2025). Il punto realmente importante è: concepisco, o non concepisco, che possa essere possibile che una persona con disturbo mentale grave possa avere un grado di competenza decisionale *nonostante* la malattia medesima, in momento dato. Se non concepisco questa ipotesi, resto alla definizione organico-biologica dei disturbi mentali e metto in secondo piano il grande fascio dei diritti individuali che innervano la concezione moderna di persona; se la concepisco, dovrò poi affrontare il mare complesso e infido del riconoscimento (nei due significati di affidamento e di valutazione) di spazi realmente autonomi alla persona sofferente. La considererò, quindi, una persona il cui limite all'agire (la non capacità) sarà da dimostrarsi, nel caso, momento per momento, e con particolare attenzione di fronte a decisioni di particolare complessità o gravità. Sorprende, nel breve articolo, la facilità con la quale invece si chiude il discorso alla possibilità che un depresso grave almeno acceda a un giudizio sulla propria capacità a prendere una decisione libera, nonostante la malattia. Si tratta, quindi, molto prima dell'insieme delle discussioni cliniche e psicopatologiche, di posizionamenti etici e di (eventualmente non) rispetto del principio personalistico che qualifica l'insieme dei diritti individuali delle persone.

Più praticamente, da un punto di vista psichiatrico e giuridico, è necessario distinguere la *diagnosi di disturbo mentale* dalla *valutazione della capacità di decisione e di autodeterminazione*. La prima riguarda la presenza di un quadro clinico classificabile secondo criteri nosografici; la seconda concerne la capacità di sviluppare un percorso decisionale che comprenda l'autonoma valutazione delle opzioni possibili e alternative e le conseguenze di questa decisione, di esprimere una volontà stabile e coerente, e di motivarla in modo autonomo rispetto a condizionamenti interni o esterni. Non vi è, e su questo c'è sicuro

accordo, una corrispondenza automatica fra malattia mentale e incapacità: esistono individui affetti da patologie psichiatriche anche gravi che mantengono intatte, in determinati momenti del loro percorso, le competenze decisionali fondamentali. Negare tale possibilità (ripeto: semplicemente di esistenza) equivarrebbe a una forma di espropriazione simbolica della soggettività, contraria ai principi di equità e di rispetto dei diritti fondamentali.

Per altro, il comunicato stampa che accompagna la più recente sentenza della Corte Costituzionale sul suicidio assistito (n. 66 del 2025) richiama al «significativo margine di discrezionalità [...] nel bilanciamento tra il dovere di tutela della vita umana, discendente dall'art. 2 Cost., e il principio dell'autonomia del paziente nelle decisioni che coinvolgono il proprio corpo, *e che è a sua volta un aspetto del più generale diritto al libero sviluppo della propria persona*» (il corsivo è nostro). Se poi, certamente, è ruolo e interesse dello Stato proteggere i suoi cittadini, «contrastare derive sociali o culturali che inducano le persone malate a scelte suicide, quando invece ben potrebbero trovare ragioni per continuare a vivere, ove fossero adeguatamente sostenute dalle rispettive reti familiari e sociali, oltre che dalle istituzioni pubbliche nel loro complesso», è però lo stesso ordinamento giuridico italiano, pur riconoscendo la necessità di tutelare le persone vulnerabili, a non sancire l'incapacità per categoria, ma subordinandola, in un sistema di garanzie, a una valutazione individuale e contestuale delle facoltà decisionali. Anche la sentenza n. 242 del 2019 della Corte Costituzionale, nel delineare le condizioni di non punibilità per l'aiuto al suicidio, ha posto come elemento essenziale la "capacità di prendere decisioni libere e consapevoli", senza esplicitamente escludere, *espressamente e a priori*, le persone affette da patologie psichiche. Sarebbe dunque, per pura (ancora) teoria, compito della valutazione medico-legale e psichiatrica stabilire se, in ciascun caso concreto, la richiesta di morte possa essere espressione di un atto autenticamente deliberato o, al contrario, il prodotto di un processo patologico che sta radicalmente

compromettendo la libertà di scelta della persona.

Infine, negare in automatico la capacità decisionale a chi soffre di disturbi mentali (gravi) significherebbe non solamente andar contro a già note evidenze (Calcedo-Barba, 2020), ma soprattutto confermare lo stigma radicato che vede nella malattia psichica non solo un problema funzionale, ma una condizione di inferiorità morale, e infine civile. Tutto ciò sarebbe in abbagliante contrasto con i principi convenzionali internazionali sui diritti delle persone con disabilità, che impongono il diritto all'uguaglianza giuridica e alla partecipazione piena alle scelte che riguardano la propria vita. L'inclusione di tali principi nel dibattito sul suicidio assistito non è quindi solo un dovere etico, ma anche un obbligo giuridico di coerenza sistematica.

Per altro, recentissimi arresti giurisprudenziali vanno nella direzione di considerare l'atto suicidario portato a termine da un malato psichico come un atto volontario il quale, proprio per la dimensione della volontarietà (della autodeterminazione esercitata), arriva a limitare il perimetro della responsabilità penale dei curanti pur nell'ambito dell'analisi approfondita della situazione concreta di realizzazione dell'evento (Corte d'Appello civile di Venezia, sentenza n. 2579 del 18 luglio 2025).

Sebbene l'ottica con la quale si affronta qui la problematica dell'aiuto possibile al suicidio di persona affetta da disturbo mentale grave sia del tutto teorica, seppure basata nel campo etico-giuridico della morale, della dimensione dei diritti individuali e della cornice per il loro riconoscimento ("ad ogni modo, qualunque possa essere la valutazione morale della liceità o illiceità del suicidio assistito, va considerato che discorso morale e discorso giuridico non devono né necessariamente coincidere né essere radicalmente separati" - CNB, 2019), una piccola digressione geografica appare di certo interesse. e usciamo dal nostro paese, in un breve e assolutamente non esaustivo percorso esplorativo, detto di paesi dove non è una opzione l'aiuto a suicidio in caso di malattie mentali (Spagna, Francia, Regno Unito, Australia), le

esperienze dei Paesi Bassi, del Belgio e del Lussemburgo offrono invece un modello di riferimento, pur non privo di criticità. In tali ordinamenti, il suicidio medicalmente assistito è ammesso anche in presenza di disturbi psichiatrici, a condizione che la richiesta provenga da un soggetto pienamente capace e che la sofferenza sia ritenuta insopportabile e senza prospettive di miglioramento. Le procedure previste includono un esame approfondito della capacità di giudizio, la verifica della persistenza della volontà nel tempo e la valutazione indipendente di almeno due medici, di cui uno psichiatra. L'esperienza olandese, in particolare, ha poi mostrato come, nella pratica, la decisione di accogliere una richiesta di morte assistita nell'ambito di una patologia psichiatrica venga autorizzata solo in un numero limitatissimo di casi, a fronte di un iter complesso e di un controllo istituzionale molto rigoroso. Ciò testimonia che l'apertura al riconoscimento della libertà decisionale non comporta un indebolimento della tutela, ma al contrario, la necessità di affinare gli strumenti di valutazione e di procedere con grande rigore e attenzione. L'associazione elvetica Exit, nota ormai alle cronache nostrane, prevede delle condizioni rigide: due perizie indipendenti e il parere positivo della Commissione etica. Se la questione legata alla capacità di intendere e volere e quindi di operare una scelta consapevole non può essere chiarita in modo netto, la richiesta è rifiutata. Anche il Canada, attraverso la recente estensione del Medical Assistance in Dying (MAiD) alle condizioni psichiatriche resistenti (seppure a oggi ancora non attivo), ha introdotto un sistema di garanzie centrato sulla capacità decisionale e sull'esame dettagliato della storia clinica, della stabilità della richiesta e della non trattabilità del disturbo. L'esperienza comparata mostra dunque una tendenza a non escludere in modo aprioristico le persone con disturbi mentali dal diritto di autodeterminazione in materia di fine vita, ma piuttosto a definire percorsi valutativi più complessi, fondati su competenze interdisciplinari e su una forte responsabilità professionale.

La recentissima morte volontaria di Siska De Ruyscher, 26 anni, fiamminga, al di là dei convincimenti personali, lancia drammaticamente un ulteriore monito circa la necessità e l'importanza di questo complesso confronto. Che dovrebbe ovviamente essere condotto in modo laico, informato e scevro da condizionamenti ideologici. In questo senso, sempre nell'ambito dei disturbi mentali gravi, un recente lavoro ha identificato 60 pazienti affetti da disturbi alimentari che avevano avuto accesso alla morte assistita tra il 2012 e il 2024. In 19 dei casi esaminati erano disponibili le descrizioni dettagliate che avevano poi permesso l'analisi delle giustificazioni cliniche. Queste ultime hanno dimostrato le condizioni terminali, incurabili e/o non trattabili e una capacità decisionale adeguata per prendere una decisione di fine vita. Ma i risultati della revisione sistematica sottolineavano anche aspetti carenti: in molti casi, le motivazioni medico-cliniche utilizzate per affermare la capacità decisionale conforme agli standard individuati parevano lacunose relativamente all'assenza di strumenti standardizzati, a possibili limiti di affidabilità e al problema della sussistente malnutrizione (Roff, 2024). Nessuno, quindi, nasconde le enormi difficoltà di questo ordine di ragionamenti.

Tornando agli arresti della Suprema Corte nel merito dell'argomento (sentenze Corte Costituzionale n. 249 del 2019, n. 135 del 2024, n. 66 del 2025), se è vero che la linea adottata è caratterizzata da un estremo rigore, privilegiando la tutela della vita e la protezione delle persone vulnerabili rispetto a possibili estensioni interpretative che potrebbero aprire "varchi pericolosi nell'ordinamento penale" (Massaro, 2025), è vero anche che vi sono altri elementi che possono richiamare alla teorica ricomprensione della malattia psichica grave nelle condizioni di non punibilità dell'aiuto al suicidio.

La estensione del concetto di "sostegno vitale" precisato dalla sentenza n. 135 del 2024, che non ricomprende solamente la ventilazione, la alimentazione e la idratazione artificiali, ma anche tutte le procedure sanitarie necessarie ad assicurare funzioni vitali del paziente la cui omissione o

interruzione determinerebbero prevedibilmente la morte in breve tempo, potrebbe teoricamente includere anche trattamenti farmacologici psichiatrici essenziali per la sopravvivenza, come confermato dalla Corte d'Assise d'Appello di Genova con sentenza n. 1 del 2021, che ha stabilito che "il concetto di 'trattamento di sostegno vitale' non si limita alla dipendenza da macchinari gestiti da personale medico, ma ricomprende anche i trattamenti farmacologici essenziali per la sopravvivenza del paziente, la cui interruzione determinerebbe l'innescare di un processo irreversibile conducente alla morte". Inferenza per lo meno ardita, certamente, ma che ben si ricollegerebbe alla "pretesa" della psichiatria quando, talvolta, esercita il monopolio dei suoi inquadramenti e delle sue cure (sia che funzionino sia che non) nell'esistenza del paziente con disturbo mentale. In secondo luogo, come scritto nel Parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 2019 prima ricordato, "rileva osservare che la Corte Costituzionale nell'ordinanza in questione [n. 207 del 2018] fa un accostamento tra il rifiuto al trattamento sanitario in forza della L. 219/2017 e l'assistenza al suicidio medicalizzato, al fine di giustificare per alcuni casi la legittimità di quest'ultima". Come noto, la L. 219/2017 interviene sugli ambiti applicativi della volontà, quando valida e libera, dell'individuo in relazione a quanto concerne la sua salute e i trattamenti ai quali acconsente, o non acconsente, di sottomettersi.

Così, finirebbero per apparire vere e proprie "norme di sbarramento" le posizioni che definiscono sempre le persone affette da disturbi mentali gravi come *non competenti* rispetto alla possibile richiesta di aiuto a morire. Le motivazioni (extra ordinamentali) di insormontabili limiti al riconoscimento di questa autodeterminazione assumono, così, coloriture etico-morali, nella inevitabile debolezza delle motivazioni cliniche e psicopatologiche, intrappolando la persona tra pretese onnipotenti delle capacità delle cure psichiatriche che potrebbero, alla fine, modificare sempre le condizioni cliniche della persona medesima (in miglioramento, si suppone) e asserzioni

di impotenza riconoscendo di non poterla mettere nelle condizioni di essere banalmente capace di scegliere cosa è meglio e cosa è peggio per lei.

Si è quindi creduto di dovere spostare molto più a monte il punto del (primo) giudizio nel merito: la disponibilità a riconoscere, sul piano teorico, la possibile esistenza di ambiti di *decision-making capacity* nelle persone con disturbi mentali gravi. Per noi, l'assunto di partenza è questa (già detto: teorica) esistenza. Da questa posizione saremmo quindi chiamati a dimostrare, nel caso e a garanzia dei diritti multipli alla dignità e alla protezione della persona, istante per istante la sua non sussistenza. Dimostrazione che non si può esaurire nella definizione e nell'inquadramento psicopatologico del paziente, ma che deve comprendere un attento esame delle sue attuali capacità di "*understanding, appreciation, reasoning, expressing a choice*": così inquadrando la persona e le sue funzioni relative alla capacità di comprendere le informazioni rilevanti sulla condizione clinica e sulle diverse ipotesi terapeutiche, la capacità di riconoscere come tali informazioni si applicano alla propria situazione personale, la capacità di valutare logicamente le opzioni possibili comparando rischi e benefici e, infine, la capacità di comunicare una decisione stabile e coerente nel tempo (Appelbaum, 1988; Grisso, 1997).

Difficile, impossibile? Potrebbe essere. Ma sicuramente lo sbarramento apodittico della non considerazione di tutto questo come per lo meno possibile, e alla fine obbligato almeno come valutazione, non considera le dimensioni etiche e giuridiche in campo, arrivando, e ci ripetiamo, alla cruda consistenza di giudizio morale.

L'analisi delle richieste di aiuto al suicidio da parte di persone affette da disturbi mentali gravi imporrebbe un equilibrio difficile, ma forse imprescindibile, tra tutela e rispetto dell'autonomia e protezione della persona malata (e quindi anche delle sue scelte). Il riconoscimento di gradi di libertà decisionale, anche nel contesto della malattia psichica, non implicherebbe l'abbandono terapeutico né la rinuncia alla cura; al contrario, rappresenterebbe la condi-

zione necessaria per un approccio realmente umanizzante e non discriminatorio. Solo una valutazione rigorosa, individualizzata e rispettosa della complessità soggettiva può evitare che la protezione si trasformi in esclusione e che la (pretesa) tutela si traduca, paradossalmente, in nuove forme di negazione dei diritti fondamentali.

Verso la conclusione, il significato di queste considerazioni riposa esclusivamente in una sollecitazione alla necessità di approfondire e allargare i termini del dibattito per dar seguito ai principi personalistici che reggono l'attuale ordinamento, e che potrebbero imporre valutazioni concrete, caso per caso, momento per momento, a coniugare lo stato clinico, gli elementi prognostici, la volontà (nel caso libera o meno) del paziente, naturalmente attraverso percorsi codificati di valutazione multiprofessionale e multidisciplinare; conservare un principio, dargli valore, senza per altro *pre-porre* la volontà di arrivare a un risultato che, a priori, possa apparire o essere considerato auspicabile. R., e la sua storia, continua a risuonare nei cuori e nelle menti che vogliono ascoltare. L'approccio valutativo dovrebbe quindi essere multidimensionale, attento sia ai fattori clinici sia a quelli esistenziali e relazionali. Il disturbo mentale non deve essere considerato un marchio di incapacità, ma una ragione di maggiore prudenza e profondità d'analisi. Una valutazione competente e non stigmatizzante deve saper distinguere tra la sofferenza psichica come manifestazione di una patologia suscettibile di trattamento e la sofferenza esistenziale che persiste nonostante ogni intervento terapeutico appropriato, configurandosi come irreversibile e fonte di un dolore soggettivamente intollerabile. Solo in tale prospettiva è possibile rispettare la dignità e l'autenticità della persona senza cedere né all'automatismo paternalistico né all'indifferenza giuridica.

In conclusione: R., seguita dal CPS, e lì sicuramente valutata e curata per quanto possibile, avrebbe dovuto avere, nella situazione (ancora) ipotetica fino a questo punto delineata, la possibilità di un accurato percorso valutativo a definire la sua capacità di scegliere, che a

sua volta sarebbe potuta risultare non significativamente diminuita a causa del disturbo psichico (in questo caso, secondario), dove il suo dolore, forse, era presente da troppo tempo e verosimilmente non limitabile da alcun intervento terapeutico e per lei intollerabile. E, infine, incontrare la sua volontà di essere aiutata a porre fine, per queste ragioni, alla propria vita. Sappiamo che è tutto, oggi, un forse; ma no, noi vorremmo che nessuno mai dovesse essere costretto (da altri da lui) a rimanere nella sua personale “condizione infernale”. Anche se malato psichiatrico. Anche a fronte del peso poco o nulla commisurabile della responsabilità che, come sanitari (e seppure non da soli) saremmo chiamati ad affrontare. E ancora no, non si tratterebbe di essere “facilitatori di morte”, o quelli che si prestano a “addirittura procurare la morte” (sic) come sorprendentemente si sostiene nell’articolo più sopra richiamato.

La collega che ha conosciuto R. negli ultimi mesi della sua vita, e ne ha narrata la storia e la fine, al termine del racconto scrive: *“cosa di più o di diverso avremmo potuto fare [...] Fare cosa? In quale direzione?”*. È ora di cercare una direzione, nel rispetto delle persone sofferenti, dei loro (personali) desideri e delle loro opinioni.

Osiamo chiudere con la frase di un semplice (grande) attore: *«L’assistenza al suicidio è la cosa più logica e naturale che esista. A una certa età e in un certo momento della vita, abbiamo il diritto di lasciare questo mondo tranquillamente, senza ospedali né apparecchiature»*. (Alain Delon)

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze*
ASST Brianza

CORRISPONDENZA

antonio.amatulli@asst-brianza.it

BIBLIOGRAFIA

1. De Girolamo G., Angelozzi A., Atti A.R., Barbui C., Bellani M., Bersani G., Biondi M., Brambilla P., Brocca R., Clerici M., Di Diodoro D., Ducci G., Durbano F., Fabbri C., Fagiolini A., Ghio L., Iannitelli A., Martini S., Monzani E., Nicolò G., Politi P., Preti A., Ridolfi M.E., Sambataro F., Saviotti F.M., Tondo L., Serretti A., Vita A., De Ronchi D.: *Il suicidio assistito per pazienti con depressione grave. Un'opzione inaccettabile che gli psichiatri devono combattere fermamente*. Rivista di psichiatria (2025); 60: 88-91
2. Calcedo-Barba A., Fructuoso A., Martinez-Raga J., Paz S., Sánchez de Carmona M. and Vicens E.: *A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare*, BMC Psychiatry (2020); 20:339
3. Comitato Nazionale di Bioetica: *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, Parere 18 luglio 2019
4. Roff C., Cook-Cottone C.: *Assisted death in eating disorders: a systematic review of cases and clinical rationales*. Front. Psychiatry (2024), 15
5. Massaro A.: *Il nuovo disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: come può uno scoglio arginare il mare?* Giurisprudenza penale Web (2025); 7-8
6. Appelbaum P.S., Grisso T.: *Assessing patients' capacities to consent to treatment*. N. Engl. J. Med. (1998); 319:1635-1638
7. Grisso T., Appelbaum P.S., Hill-Fotouhi C.: *The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions*. Psychiatric Services (1997); 48:1415-1419

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Bernardo Dell'Osso
Giovanni Migliarese

Segretario:

Virginio Salvi

Vice-Segretario:

Lara Malvini

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Antonio Amatulli

Stefano Barlati

Giorgio Bianconi

Debora Bussolotti

Paolo Cacciani

Camilla Callegari

Annabella Di Giorgio

Federico Durbano

Gianmarco Giobbio

Alessandro Grecchi

Carla Morganti

Giovanna Molinari

Silvia Paletta

Gianpaolo Perna

Paolo Risaro

Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Laura Fusar Poli

Federico Grasso

Membri di diritto:

Emi Bondi

Massimo Clerici

Carlo Fraticelli

Giancarlo Cerveri

Claudio Mencacci

Mauro Percudani

Antonio Vita

Consiglieri Permanenti:

Giuseppe Biffi

Antonio Magnani

Massimo Rabboni

Simone Vender