PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno 2026 Rivista fondata da A. Giannelli, diretta da G. Cerveri *Semestrale*

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

Johnson&Johnson

SOMMARIO

AnnoXXXIX • n. 1 • gennaio–giugno

IN PRIMO PIANO

4 **Editoriale**
di Migliarese G., Dell'Osso B.

6 **La Psicosi a portata di click: come le nuove droghe online stanno ridisegnando la clinica psichiatrica**
di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

12 **Il vissuto degli operatori sanitari: un'osservazione longitudinale e trasversale (a partire dai servizi di salute mentale)**
di Berto E., Manzone M.L., Calvo G., Di Croce E., Marchetti M., Fontò G.

21 **Forgotten children**
Gli effetti della malattia mentale dei genitori sui figli osservati da Assistenti Sociali
di Colavito A., Clerici M.

30 **Quale ontologia per la malattia mentale di oggi e di domani?**
Riflessioni sulla filosofia della psichiatria e sulla psichiatria come scienza
di Delvecchio G., Durbano F.

35 **Continuità di cura e domiciliarità: un'analisi dei progetti della sperimentazione locale sulle Cure Domiciliari in Salute Mentale di ATS Milano Città Metropolitana**
di Ferrari R., Fornoni C., Cauli G., Tosoni F., Arcidiacono E., Salari B., Rolli F.

48 **Comportamenti autolesivi nei giovani con background migratorio di seconda generazione: fattori relazionali e tratti maladattivi di personalità in un campione clinico**
di Pierotti A.P., Atria F., Malvini L., Meliante M., Percudani M.

55 **Politiche sanitarie, modelli di intervento e approcci farmacologici per la dipendenza da Internet nei giovani: una revisione delle evidenze nel contesto italiano**
di Vincenti A.

60 **Assistenza medica al morire nelle patologie psichiatriche: autonomia, capacità decisionale e vulnerabilità**
di Fraticelli C.

70 **Un caso di cronaca nera**
di Grasso F.

74 **Mental Room: valutazione preliminare del loro utilizzo nella prevenzione del ricorso alla contenzione meccanica mei reparti di psichiatria e neuropsichiatria infantile**
di Priori V., Grecchi A., Canevini M.P., Albizzati A., Capone A., Ceppi G., Ferrando E., Maresca G., Mattavelli S., Gobbi L., Panarello S., Modigliani G., D'Agostino A.

81 **Il suicidio assistito del paziente psichiatrico: molte domande, poche certezze**
di Toscano M.

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ

86 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M. SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
Il paziente psichiatrico autore di reato
Una survey multicentrica
di Antini G.I., Simonetti M.L., Mielli L., Pace G., Marcelli S., Gatti C., Caucci S., D'Angelo G.

97 CONTRIBUTO AITeRP ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
Transizioni, prossimità, evidenze: il Congresso Nazionale AITeRP 2026 e le sfide aperte della riabilitazione psichiatrica italiana
di Carletto M.G.,Casella N, Fossati E., Perillo A., Racioppi L.

103 CONTRIBUTO FAMIGLIE IN RETE OdV ETS COORDINAMENTO NAZIONALE DI ASSOCIAZIONI DI UTENTI E FAMILIARI PER LA SALUTE MENTALE
L'accoglienza del paziente psichiatrico in pronto soccorso
di Gorlani M., Basilici F., Pretto M., Imperatore R., Gori C.

PSICHIATRIA FORENSE

115 **In materia di TSO: il paziente ha diritto alla difesa ma lo pschiatra non rappresenta l'accusa**
di Acciavatti T., Cicolini A.

120 **La salute mentale e i diritti della persona come variabile indipendente: prime considerazioni**
di Amatulli A.

125 **Madri autrici di figlicidio con disturbo psichiatrico: trattamento psicoterapico in REMS**
di Giacco S., Cicolini A.

In copertina: *Snöklockan, Per Åkesson Hasselberg, 1885*
© UFA66 - Own work, CC BY-SA 3.0

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'Osso (*Milano FBF Sacco*)
Giovanni Migliarese (*Vigevano*)

Comitato Scientifico:
Antonio Amatulli (*Vimercate*)
Luisa Aroasio (*Voghera*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Camilla Callegari (*Varese*)
Carlo Fraticelli (*Como*)
Massimo Clerici (*Monza*)
Federico Durbano (*Melzo*)
Alessandro Grecchi (*Milano SS Paolo Carlo*)
Alberto Giannelli (*Milano*)
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

Assistenza medica al morire nelle patologie psichiatriche: autonomia, capacità decisionale e vulnerabilità

*Fraticelli C.**

Parole chiave: Assistenza medica al morire; disturbi psichiatrici; capacità decisionale; autodeterminazione; vulnerabilità; etica psichiatrica; sofferenza psichica

ABSTRACT

Il dibattito sull'assistenza medica al morire nelle persone con disturbi mentali rappresenta una delle questioni più controverse della bioetica e della psichiatria contemporanee. Negli ultimi anni, l'eventuale estensione ai casi in cui un disturbo mentale costituisca l'unica condizione medica sottostante ha suscitato un crescente interesse sul piano clinico, etico e normativo, alimentato dall'evoluzione legislativa e giurisprudenziale di diversi ordinamenti. Il presente contributo propone una riflessione critica sullo stato attuale della discussione, esaminando i principali argomenti favorevoli e contrari emersi nella letteratura scientifica. Vengono analizzati il rapporto tra autonomia e vulnerabilità, il tema della capacità decisionale nelle persone con disturbo mentale grave, il problema dell'incertezza prognostica in psichiatria e il ruolo dei determinanti sociali nelle richieste di assistenza al morire. Particolare attenzione è dedicata ai modelli normativi sviluppati in alcuni Paesi europei e al caso canadese, caratterizzato da una progressiva estensione della *Medical Assistance in Dying* (MAID) e da un acceso confronto sull'inclusione delle condizioni psichiatriche. Il lavoro evidenzia come il tema non appaia riconducibile a soluzioni univoche, né a una lettura esclusivamente clinica o giuridica, richiedendo invece un approccio multidimensionale capace di integrare considerazioni psicopatologiche, etiche, relazionali e sociali. Si propone che autonomia e vulnerabilità non debbano essere considerate criteri alternativi, bensì dimensioni da integrare nella valutazione dei singoli casi. Ne emerge la necessità di mantenere aperto il confronto scientifico e culturale, evitando sia automatismi tra diagnosi e incapacità decisionale sia generalizzazioni normative, in un ambito che coinvolge questioni fondamentali relative all'autonomia, alla sofferenza e al significato del vivere e del morire.

IL DIBATTITO CONTEMPORANEO TRA BIOETICA, CLINICA E ISTITUZIONI

È da tempo in corso, sia a livello internazionale sia nazionale, un intenso confronto etico, giuridico e sociale all'interno della comunità medico-scientifica sul tema dell'assistenza medica al morire. Negli ultimi anni la discussione si è ulteriormente ampliata, includendo in modo sempre più esplicito le persone affette da sofferenza psichiatrica, attraverso prese di posizione culturali, decisioni giurisprudenziali e interventi legislativi che hanno aperto scenari nuovi e controversi.

Si tratta di una questione che interroga profondamente gli operatori sanitari chiamati, a vario titolo, a confrontarsi con tali istanze, ponendoli di fronte a un potenziale conflitto rispetto ai fini tradizionali della professione medica. La medicina è tradizionalmente orientata alla cura, all'accompagnamento e al sollievo della sofferenza, piuttosto che all'intervento volto a porre fine alla vita. I professionisti sanitari si trovano così ad affrontare situazioni di elevata complessità clinica, etico-deontologica e medico-legale. Il presente lavoro intende esaminare criticamente se tale complessità possa essere affrontata mediante criteri normativi generali oppure richieda valutazioni individualizzate capaci di integrare autonomia, capacità decisionale e vulnerabilità all'interno di una prospettiva multidimensionale.

In diversi contesti culturali e giuridici si osservano differenze significative: da un lato sistemi che valorizzano

fortemente l'autonomia individuale come espressione della dignità personale, dall'altro sistemi maggiormente orientati alla protezione della vulnerabilità e alla prudenza nell'estensione del principio di autodeterminazione. Tali divergenze contribuiscono a modellare in modo significativo il rapporto tra paziente, medico e istituzioni nel fine vita.

Il tema della MAID-MD (*Medical Assistance in Dying – Mental Disorder*), intesa come l'eventuale estensione dell'assistenza medica al morire ai casi in cui un disturbo mentale rappresenti l'unica condizione medica sottostante, è oggetto di un acceso e articolato dibattito internazionale. Tale discussione ha favorito lo sviluppo di una letteratura ampia e interdisciplinare, che integra contributi provenienti sia da Paesi in cui tale pratica è consentita sia da ordinamenti in cui essa non è ammessa.

In questo ambito, diversi autori hanno proposto revisioni della letteratura relative ai principali argomenti favorevoli e contrari all'estensione dell'assistenza medica al morire ai disturbi psichiatrici, tra cui Nicolini et al. (2020) e Grassi et al. (2022), nonché lavori più recenti che hanno ulteriormente aggiornato il quadro complessivo del dibattito alla luce delle evoluzioni normative e cliniche in diversi contesti europei (Van Os, 2026; Dell'Osso, 2026).

Nel loro insieme, tali contributi non convergono verso una sintesi univoca, ma restituiscono piuttosto un panorama interpretativo articolato, in cui le differenti argomentazioni riflettono presupposti etici e antropologici non pienamente sovrapponibili. L'accettabilità etica di tali pratiche rimane altamente polarizzante e può talvolta limitare l'analisi delle sfumature intermedie, ostacolando il dialogo tra posizioni teoriche differenti.

Le associazioni professionali degli psichiatri non hanno raggiunto un consenso a livello internazionale; la letteratura documenta infatti orientamenti anche profondamente divergenti tra i diversi organismi nazionali e professionali in materia di suicidio assistito ed eutanasia (Grassi, 2022), a conferma della natura ancora aperta del dibattito e della necessità di un confronto scientifico continuativo.

PLURALISMO ETICO E MODELLI DECISIONALI NEL FINE VITA

Nel contesto italiano, posizioni particolarmente prudenti rispetto all'estensione dell'assistenza medica al morire alle patologie psichiatriche sono state recentemente espresse anche in ambito psichiatrico-clinico, soprattutto con riferimento ai rischi di compromissione della capacità decisionale e alla potenziale reversibilità della sofferenza depressiva (De Girolamo, 2025).

È stato osservato come il rischio di polarizzazione del confronto possa favorire la trasformazione di specifiche posizioni morali in criteri apparentemente neutri o scientificamente necessari. In tale quadro si inserisce la riflessione di Amatulli (2025), che sulle pagine di questa Rivista ha evidenziato come il dibattito bioetico e clinico contemporaneo possa essere esposto a tale rischio, con la possibile trasformazione di evidenze o considerazioni cliniche in criteri implicitamente normativi.

In particolare, è stata richiamata la possibilità di una sovrapposizione tra giudizio clinico e giudizio morale, con conseguente slittamento dal piano descrittivo a quello prescrittivo, soprattutto quando l'incertezza prognostica viene utilizzata come base per generalizzazioni o esclusioni aprioristiche. Ne deriva la necessità di mantenere una chiara distinzione tra analisi clinica della patologia e valutazione etico-normativa delle decisioni di fine vita, valorizzando la variabilità dei singoli casi e la complessità delle situazioni cliniche.

Come osservato da Engelhardt (1996) e, in ambito nazionale, da Semplici (2022), il dissenso morale rappresenta una caratteristica strutturale della riflessione bioetica contemporanea. In tale prospettiva, il dibattito sul fine vita può essere interpretato come una manifestazione, particolarmente significativa, del pluralismo etico che caratterizza le società odierne. Le diverse posizioni non derivano esclusivamente da differenti valutazioni cliniche o giuridiche, ma riflettono spesso concezioni antropologiche e filosofiche differenti riguardo al significato della persona, della sofferenza, della dignità e dell'autonomia.

In questo senso, il dissenso non rappresenta necessariamente un limite del confronto pubblico, bensì una conseguenza della coesistenza di sistemi di valori non completamente sovrapponibili.

Le questioni di fine vita mettono infatti in relazione principi etici che, pur ampiamente condivisi nella tradizione bioetica, possono entrare in tensione tra loro nei casi concreti. Il rispetto dell'autonomia individuale, la beneficenza, la non maleficenza, la giustizia e la tutela della vulnerabilità possono condurre a conclusioni differenti a seconda del peso attribuito a ciascun valore e delle premesse antropologiche adottate (Beauchamp, 2019). Ne consegue che il processo decisionale non può essere ridotto alla semplice applicazione di regole astratte, ma richiede inevitabilmente un'attività di bilanciamento e interpretazione.

Da questa prospettiva emerge anche l'importanza delle procedure deliberative, cuore della riflessione etica condivisa, che orientano le decisioni finali. In contesti caratterizzati da un persistente pluralismo etico, la legittimità delle decisioni tende infatti a dipendere non soltanto dal contenuto delle scelte, ma anche dalla trasparenza dei criteri utilizzati, dalla qualità del processo valutativo e dalla possibilità di sottoporre le decisioni a verifica e discussione critica. L'attenzione si sposta così dalla ricerca di un consenso sostanziale difficilmente raggiungibile alla costruzione di procedure condivise in grado di garantire equità, proporzionalità e rispetto delle differenti sensibilità morali.

Tali modalità di bilanciamento dei principi e di organizzazione dei processi decisionali trovano espressione concreta nei vari assetti normativi che emergono dal confronto tra ordinamenti. Sul piano internazionale, si osserva la presenza di modelli normativi eterogenei in materia di fine vita, caratterizzati da un progressivo riconoscimento del ruolo dell'autonomia individuale, pur con rilevanti differenze sul piano regolatorio e giurisprudenziale, in contesti che variano notevolmente per estensione, garanzie e presupposti di accesso (Emanuel, 2016; Favron-Godbout, 2023; Bastidas-Bilbao, 2024).

TRA ESTENSIONE NORMATIVA E CRITICITÀ CLINICHE: OLANDA E CANADA A CONFRONTO

In tale discussione si inserisce la recente riflessione critica sul modello olandese, considerato un *outlier* nel panorama internazionale per l'ampiezza e la concreta operatività del sistema, in cui non è prevista una distinzione giuridica rigida ed esplicita tra sofferenza somatica e sofferenza psichica ai fini dell'accesso alla *Medical Assistance in Dying* (MAID).

In questo contesto, Van Os e Denys (2026) hanno richiamato l'attenzione sulle possibili criticità dell'estensione di tale modello all'ambito della sofferenza mentale, sottolineando come, sul piano fenomenologico e clinico, le due condizioni presentino caratteristiche differenti. Essi osservano che, mentre le malattie fisiche seguono spesso traiettorie prevedibili e misurabili, la sofferenza mentale è intrinsecamente dinamica e dipendente dal contesto, rendendo il criterio di persistenza della sofferenza epistemologicamente instabile e privo di accuratezza prognostica. Gli autori richiamano inoltre l'importanza di garantire il diritto a un accesso appropriato e tempestivo alle cure e ai servizi di salute mentale, evidenziando la necessità di distinguere tra una sofferenza persistente nonostante adeguate opportunità terapeutiche e una sofferenza riconducibile a forme di *structural neglect*, derivanti da carenze assistenziali o da difficoltà ad accedere ai trattamenti disponibili.

Sul piano clinico, le evidenze empiriche disponibili, provenienti in particolare da studi condotti nei Paesi Bassi e in Belgio, mostrano che i pazienti che richiedono o ottengono l'assistenza medica al morire per sofferenza psichica presentano frequentemente quadri caratterizzati da lunga durata della malattia, elevata cronicità e multipli tentativi terapeutici pregressi. Sono inoltre descritte comorbilità psichiatriche complesse, in particolare disturbi depressivi e disturbi di personalità, spesso associati a disturbi d'ansia, PTSD e altre condizioni. In diversi studi è riportata anche una storia di tentativi di suicidio, così

come una possibile prevalenza femminile, sebbene questi elementi non siano uniformemente presenti in tutte le casistiche. Sul piano socio-demografico emerge infine una significativa eterogeneità per età e funzionamento globale, contribuendo nel complesso a delineare un quadro clinico complesso e variabile (Thienpont, 2015; Kim, 2016; Kammeraat, 2023).

Particolarmente rilevante è il caso canadese della MAID, avviato con la sentenza *Carter v. Canada* del 2015, che ha dichiarato incostituzionale il divieto assoluto di assistenza al suicidio. Le successive riforme legislative, Bill C-14 (Parliament of Canada, 2016) e Bill C-7 (Parliament of Canada, 2021), hanno ampliato l'accesso alla MAID, eliminando il requisito della morte "ragionevolmente prevedibile" e includendo anche condizioni gravi non terminali, definendo criteri e procedure più dettagliate per la valutazione dei pazienti.

Il quadro normativo canadese prevede tuttavia che la sola presenza di una malattia mentale, in assenza di altre condizioni mediche sottostanti, non consenta attualmente l'accesso alla MAID, mentre la coesistenza di disturbi psichiatrici con altre condizioni cliniche può essere comunque oggetto di valutazione individuale secondo i requisiti normativi vigenti (Government of Canada, 2025; Health Canada, 2025). In tale contesto, sul piano epidemiologico, le statistiche ufficiali del MAID indicano una netta prevalenza di condizioni somatiche croniche e irreversibili, con progressivo declino funzionale e un'età mediana relativamente avanzata dei pazienti coinvolti (Health Canada, 2025).

Sotto il profilo istituzionale, l'esperienza canadese ha inoltre evidenziato la crescente centralità delle procedure di supervisione e revisione indipendente. L'ampliamento dei criteri di accesso alla MAID ha infatti richiesto la costruzione di meccanismi di monitoraggio sempre più articolati, finalizzati non soltanto alla verifica della conformità giuridica delle procedure, ma anche alla raccolta sistematica di dati utili per orientare le future decisioni di policy. Il dibattito non riguarda esclusivamente l'ammissibilità della pratica, ma anche la capacità delle istituzioni di garantirne una governance trasparente e verificabile, nonché di produrre evidenze empiriche utili alla valutazione dei suoi effetti nel tempo.

Tali aspetti sono stati ulteriormente analizzati anche in una recente sintesi della letteratura che descrive le criticità etiche e di policy connesse all'eventuale estensione della MAID ai disturbi mentali come unica condizione medica sottostante (Pawluk, 2025). In particolare, l'autore evidenzia la necessità di adottare un approccio prudente e rigorosamente strutturato nell'eventuale implementazione di questa apertura normativa, sottolineando l'importanza di affinare i criteri per la valutazione dell'irreversibilità della condizione clinica, standardizzare le procedure di accertamento della capacità decisionale e affrontare le complessità specifiche dei diversi disturbi psichiatrici. Lo studio richiama inoltre la necessità di rafforzare le infrastrutture dei servizi di salute mentale e di promuovere ulteriori attività di ricerca, consultazione e confronto pubblico, al fine di garantire che eventuali sviluppi normativi siano compatibili con i principi etici di tutela delle persone vulnerabili e con il mantenimento della fiducia della collettività nel sistema sanitario.

In linea con tali preoccupazioni, l'estensione della MAID alle patologie psichiatriche come unica condizione medica sottostante, pur essendo stata approvata sul piano legislativo, è stata rinviata fino al marzo 2027 per consentire un ulteriore rafforzamento delle garanzie cliniche, procedurali ed etiche. Il dibattito canadese è stato particolarmente acceso: da un lato vi sono coloro che ritengono la normativa ancora eccessivamente restrittiva rispetto al principio di autodeterminazione, dall'altro quanti temono che tale ampliamento possa contribuire a una svalutazione della vita delle persone con disabilità o con sofferenza psichica. Analoghe preoccupazioni sono state espresse anche da organismi delle Nazioni Unite, che hanno richiamato il rischio di possibili effetti discriminatori nei confronti di tali soggetti (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2019).

Nel loro insieme, le evidenze raccolte mettono in luce una marcata eterogeneità tra i sistemi normativi analizzati, nei quali differenti criteri di eleggibilità alla MAID, diverse concettualizzazioni della sofferenza e distinti assetti di valutazione clinica producono esiti epidemiologici e pratiche assistenziali profondamente non sovrapponibili.

AUTONOMIA, VULNERABILITÀ E CAPACITÀ DECISIONALE NEI DISTURBI PSICHIATRICI

Nel campo dei disturbi psichiatrici, il tema della libertà di scelta rappresenta oggi una delle aree più controverse. Da un lato emerge il principio dell'autodeterminazione; dall'altro, la necessità di proteggere soggetti vulnerabili, nei quali la richiesta di morte potrebbe riflettere la sofferenza patologica piuttosto che derivare da una decisione pienamente libera e consapevole.

In tale contesto, la riflessione teorica ha evidenziato come l'autonomia non possa essere interpretata esclusivamente in termini individualistici, ma debba essere considerata anche nella sua dimensione relazionale. Le decisioni vengono infatti elaborate all'interno di reti di relazioni, aspettative e condizioni sociali che possono sostenere oppure limitare la capacità della persona di formulare e mantenere progetti di vita significativi. In questa prospettiva, la valutazione dell'autonomia non riguarda soltanto le capacità cognitive del soggetto, ma anche il contesto concreto entro cui la scelta prende forma e viene espressa. Tale impostazione implica che la valutazione della capacità decisionale non possa essere ridotta a un criterio statico, ma debba essere interpretata come un processo dinamico, sensibile alle variazioni cliniche, cognitive ed emotive del soggetto nel tempo.

La posizione critica sottolinea il rischio di una possibile discontinuità tra autonomia formale e capacità decisionale sostanziale, ad esempio nei quadri depressivi gravi, nei quali il giudizio di realtà può risultare significativamente compromesso e orientato verso una visione pessimistica e irrimediabilmente negativa della propria condizione.

In tale prospettiva, parte della letteratura psicodinamica, secondo una specifica lettura interpretativa, ha ipotizzato che alcune richieste di morte possano essere espressione di dinamiche autodistruttive inconsce piuttosto che esito di un processo deliberativo pienamente stabile e consapevole, rendendo così necessario un approfondimento sistematico della dimensione motivazionale sottostante la domanda di assistenza al morire (Najjarkakhaki, 2025).

Un ulteriore elemento di complessità riguarda la distinzione tra il desiderio di porre fine alla propria vita e una preferenza stabile, persistente e riflessivamente consolidata per la morte medicalmente assistita. Nei disturbi psichiatrici tali dimensioni non sempre coincidono: l'intensità della sofferenza può generare oscillazioni significative nel tempo, rendendo necessario distinguere tra manifestazioni transitorie legate alla fase clinica e orientamenti decisionali che mantengono continuità e coerenza nonostante l'evoluzione della condizione psicopatologica.

Parallelamente, è stato osservato come il rischio di una possibile compromissione della capacità decisionale non debba automaticamente tradursi nell'esclusione della soggettività del paziente dal processo valutativo. Un ulteriore elemento problematico riguarda l'evoluzione clinica dei disturbi mentali, che può includere miglioramenti anche significativi grazie a interventi farmacologici, psicoterapeutici e di supporto sociale, rendendo particolarmente complessa la valutazione dell'irreversibilità della sofferenza e della prognosi individuale.

In questo ambito, Van Os (2026) richiama l'attenzione sulle difficoltà di 'futurizzazione' nei giovani adulti. La mancanza di una prospettiva esperienziale può impedire loro di immaginare scenari di guarigione o futuri alternativi. Tale capacità risulta spesso clinicamente condizionata da stati di depressione persistente, minando l'equilibrio riflessivo necessario per garantire un'autonomia decisionale autentica e un consenso informato pienamente valido e stabile nel tempo. Ne deriva che, in questo ambito, la capacità decisionale non può essere intesa come

un attributo binario (presente/assente), ma come una configurazione graduale e potenzialmente fluttuante, che richiede valutazioni ripetute e contestualizzate.

DETERMINANTI SOCIO-ECONOMICHE E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELLA DECISIONE DI FINE VITA

Accanto alle dimensioni cliniche ed etiche si colloca la questione socio-economica: condizioni di vulnerabilità quali povertà, isolamento sociale, insufficienza dei servizi di supporto o pressioni familiari e relazionali possono influenzare significativamente la richiesta di morte medicalmente assistita. In tale scenario, si pone il rischio teorico che il "diritto di morire" possa, in specifiche condizioni di vulnerabilità, trasformarsi in modo implicito in una percezione sociale di "dovere di morire", laddove la scelta individuale risulti condizionata da fragilità strutturali più che da una piena libertà decisionale.

Il fatto che pressioni sociali, aspettative collettive e condizioni materiali possano orientare profondamente le condotte umane è ampiamente documentato in ambito antropologico e psico-sociale. Ciò può riguardare anche le decisioni relative al vivere o al morire. In alcune comunità artiche tradizionali, segnate da condizioni ambientali estreme e scarsità di risorse, sono state descritte pratiche di allontanamento volontario degli anziani gravemente malati o non più autosufficienti dal gruppo di appartenenza, in contesti nei quali il confine tra autodeterminazione e condizionamento sociale implicito può risultare difficile da definire (Tester, 2004).

Una diversa prospettiva interpretativa sottolinea tuttavia il rischio che il dibattito contemporaneo assuma talvolta una configurazione eccessivamente unilaterale, con posizioni critiche che possono tradursi in esclusioni generalizzate dall'accesso al suicidio assistito per persone con disturbo mentale grave. Tale impostazione può risultare riduttiva della complessità del dissenso morale, trasformando un giudizio clinico-probabilistico in una posizione normativa generale.

In tale ottica appare necessario distinguere il piano etico, relativo al rapporto tra autonomia e vulnerabilità, da quello giuridico-normativo, concernente le condizioni di applicabilità delle norme. La sovrapposizione dei livelli può determinare uno slittamento concettuale, in cui conclusioni normative vengono indebitamente dedotte da evidenze cliniche.

L'incertezza prognostica, pur rappresentando un limite epistemico della psichiatria, non dovrebbe tradursi automaticamente in valutazioni restrittive, poiché la variabilità degli esiti clinici e la possibile stabilità decisionale di alcuni soggetti impongono cautela. In caso contrario, vi è il rischio di ridurre la persona alla sola diagnosi, trascurando la dimensione soggettiva della sofferenza. Il nodo centrale non riguarda dunque la definizione clinica della patologia, ma la capacità di mantenere una valutazione contestuale della competenza decisionale, evitando automatismi tra diagnosi e incapacità.

In questo senso, la sofferenza soggettiva rappresenta un elemento clinico-fenomenologico centrale, che non coincide necessariamente né con la gravità nosografica né con gli indicatori standardizzati di esito, e che richiede una valutazione del vissuto individuale nella sua specificità esistenziale. Tale dimensione assume particolare rilevanza nel dibattito sull'eventuale "irremediabilità" delle condizioni psichiatriche, intesa come la possibilità di considerare tali disturbi come non più suscettibili di un miglioramento clinicamente significativo.

Questa impostazione è stata recentemente criticata da Komrad e Ferrier (2026), i quali sottolineano l'assenza di una solida base empirica per sostenere in modo generale concetti come la *futility* clinica (futilità terapeutica) o l'irremediabilità nei disturbi psichiatrici, evidenziando la marcata variabilità degli esiti e la possibilità di cambiamento anche in quadri severi. Ne deriva la necessità di mantenere un elevato grado di cautela nell'utilizzo di tali categorie prognostiche, soprattutto quando esse vengono impiegate per inferire in modo definitivo la non modificabilità della condizione clinica.

Il tema della capacità decisionale nelle persone con disturbo mentale grave assume un rilievo centrale. La letteratura evidenzia l'assenza di una corrispondenza automatica tra diagnosi e incapacità decisionale, richiedendo valutazioni individualizzate e dinamiche basate su comprensione, apprezzamento, ragionamento e coerenza della scelta nel tempo (Appelbaum, 1988; Grisso, 1998). Secondo questa impostazione, il riconoscimento della possibile presenza di margini di autonomia decisionale anche in alcune condizioni psicopatologiche severe non implicherebbe una rinuncia alla tutela della persona vulnerabile né un abbandono terapeutico, ma richiederebbe piuttosto procedure valutative rigorose, multidisciplinari e formalmente garantite, orientate a evitare sia automatismi paternalistici sia esclusioni aprioristiche.

Nel complesso, il tema dell'assistenza medica al morire nelle persone con disturbi psichiatrici non può essere ricondotto né a una soluzione univoca né a una lettura esclusivamente clinica o etico-giuridica. Ne consegue la necessità di un bilanciamento strutturato tra autonomia e protezione della vulnerabilità, nessuno dei quali appare riducibile o assolutizzabile in termini generali.

In tale prospettiva, risulta essenziale evitare sia automatismi diagnostici sia generalizzazioni normative. La valutazione deve essere condotta caso per caso, in modo contestuale e multidimensionale, integrando elementi clinici, prognostici e relazionali. Ne deriva la necessità di un approccio regolato ma flessibile, che coniughi rigore clinico e riconoscimento della soggettività del paziente, evitando derive paternalistiche e automatismi decisionali e richiedendo criteri valutativi espliciti e adeguati alla variabilità dei singoli casi (Fonseca, 2024).

L'approccio valutativo dovrebbe pertanto mantenere carattere multidimensionale, integrando fattori clinici, esistenziali, relazionali e sociali. Il disturbo mentale non verrebbe così considerato un marchio automatico di incapacità, ma una condizione che richiede maggiore profondità analitica e prudenza metodologica. In questo senso, è utile distinguere tra sofferenza psichica potenzialmente trattabile e condizioni cliniche percepite come persistentemente refrattarie, nonostante interventi terapeutici appropriati.

In questo quadro interpretativo, la natura non conclusiva del dibattito richiede un continuo approfondimento degli aspetti clinici, etici, giuridici e sociali coinvolti, mantenendo aperto il confronto tra posizioni etiche non riducibili a sintesi univoche. Emblematico, in tal senso, è il caso del Canada, dove l'estensione della MAID alle condizioni psichiatriche, pur prevista sul piano legislativo, è stata più volte rinviata al fine di consentire ulteriori approfondimenti etico-clinici e l'elaborazione di standard valutativi più robusti.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In sintesi, il dibattito sull'assistenza medica al morire nelle persone con disturbi psichiatrici conferma la persistenza di un quadro complesso e non conclusivo, caratterizzato da posizioni etiche e normative non pienamente sovrapponibili. Le diverse prospettive evidenziano la difficoltà di definire criteri condivisi che consentano una chiara integrazione tra dimensione clinica, etica e giuridica, anche alla luce dell'eterogeneità dei contesti culturali e normativi. Ne deriva la necessità di mantenere aperto il confronto scientifico e interdisciplinare, evitando semplificazioni interpretative, generalizzazioni e polarizzazioni eccessive, e riconoscendo la variabilità delle situazioni cliniche e decisionali coinvolte. In tale prospettiva, il dibattito appare destinato a rimanere intrinsecamente plurale, senza soluzioni univoche condivise nel breve periodo. In questo quadro, il confronto tra modelli normativi, riflessione teorica e contesti applicativi contribuisce a mettere in luce le tensioni del dibattito, che emergono con particolare evidenza proprio nella loro interazione. Rimane infine centrale, sul piano antropologico ed etico, la considerazione del vivere e del morire come dimensioni fondamentali dell'esperienza umana, che interrogano in modo costante la medicina, la società e le istituzioni.

Bibliografia

1. Nicolini M.E., Kim S.Y.H., Churchill M.E., Gastmans C., *Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons*. Psychol Med., 2020; 50(8): 1241-1256.
2. Grassi L., Folesani F., Marella M., Tiberto E., Riba M.B., Bortolotti L., et al., *Debating euthanasia and physician-assisted death in people with psychiatric disorders*. Curr Psychiatry Rep., 2022; 24(6): 325-333.
3. Van Os J., Denys D., *Euthanasia for mental suffering in young people: a critical global perspective*. World Psychiatry., 2026; 25(1): 143-144.
4. Dell'Osso L., Nardi B., Pronesti C., Giovannoni F., Cremone I.M., Bonelli C., et al. *Assisted Suicide for Mental Disorders: A Critical Review of the State-of-the-Art in Europe and Experts' Opinions*. Int J Soc Psychiatry. 2026.
5. De Girolamo G., Angelozzi A., Atti A.R., Barbui C., Bellani M., Bersani G., et al., *Il suicidio assistito per pazienti con depressione grave. Un'opzione inaccettabile che gli psichiatri devono combattere fermamente*. Riv Psichiatr., 2025; 60: 88-91.
6. Amatulli A., *La fine della vita e le persone con disturbo mentale: si può togliere la parola? Un racconto, tanti pensieri, poche certezze*. Psichiatria Oggi., 2025; 38(2): 115–123.
7. Engelhardt H.T. Jr., *The Foundations of Bioethics*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
8. Semplici S., Bioetica. Le domande, i conflitti, le leggi. Brescia: Morcelliana; 2022.
9. Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
10. Emanuel E.J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Urwin J.W., Cohen J., *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*. JAMA., 2016; 316(1): 79-90.

Afferenza dell'autore

* *Membro della Commissione Etica della Società Italiana di Psichiatria.*

Corrispondenza

carlofratic@gmail.com

11. Favron-Godbout C., Racine E., *Medical assistance in dying for people living with mental disorders: a qualitative thematic review*. BMC Med Ethics., 2023; 24: 86.
12. Bastidas-Bilbao H., Castle D., Gupta M., Stergiopoulos V., Hawke L.D., *Medical assistance in dying for mental illness: a complex intervention requiring a correspondingly complex evaluation approach*. Br J Psychiatry., 2024; 225(1): 264-267.
13. Thienpont L., Verhofstadt M., Van Loon T., Distelmans W., Audenaert K., *Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study*. BMJ Open., 2015; 5(7): e007454. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007454.
14. Kim S.Y.H., De Vries R.G., Peteet J.R., *Euthanasia and assisted suicide of Patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014*. JAMA Psychiatry., 2016; 73(4): 362–368.
15. Kammeraat M., van Rooijen G., Kuijper L., Kiverstein J.D., Denys D.A.J.P., *Patients requesting and receiving euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands*. BMJ Ment Health., 2023; 26(1): e300729.
16. Carter v Canada (Attorney General), 2015 SCC 5, [2015] 1 S.C.R. 331. Supreme Court of Canada. Disponibile da: https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do [consultato il 30 maggio 2026].
17. Parliament of Canada, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying), Bill C-14. Ottawa: Government of Canada; 2016. Disponibile da: www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent [consultato il 30 maggio 2026].
18. Parliament of Canada, An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying), Bill C-7. Ottawa: Government of Canada; 2021. Disponibile da: www.parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent [consultato il 30 maggio 2026].
19. Government of Canada, Medical Assistance in Dying (MAID). Health Canada; 2025. Disponibile da: www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html [consultato il 30 maggio 2026].
20. Health Canada, Sixth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada: 2024. Ottawa: Government of Canada; 2025. Disponibile da: www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2024.html [consultato il 30 maggio 2026].
21. Pawluk A., Arksey E., Jansens H., Qiao S., McFarlane L., *Medical Assistance in Dying for the Sole Underlying Condition of Mental Disorder (MAID MD-SUMC): ethical and policy synthesis*. BMJ Open, 2025; 16: e105129.
22. United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of the Kingdom of the Netherlands. Disponibile da: https://undocs.org/en/CRPD/C/NLD/CO/1 [consultato il 30 maggio 2026].
23. Najjarkakhaki A., Frederickson J., Bloothoofd G., *Who's afraid of murderous rage? When euthanasia colludes with self-destructiveness*. Psychodyn Psychiatry., 2025; 53(1): 45-60.
24. Tester F.J., McNicoll P., *Isumagijaksaq: mindful of the state: social constructions of Inuit suicide*. Soc Sci Med., 2004; 58(12): 2625-2636.
25. Komrad M.S., Ferrier S., *MAID: No evidence base for futility and irremediability in psychiatric disorders*. Psychiatr Times, 2026. Disponibile da: www.psychiatrictimes.com/view/maid-no-evidence-base-for-futility-and-irremediability-in-psychiatric-disorders [consultato il 30 maggio 2026].
26. Appelbaum P.S., Grisso T., *Assessing patients' capacities to consent to treatment*. N Engl J Med., 1988; 319: 1635-1638.

27. Grisso T., Appelbaum P.S., Hill-Fotouhi C., *The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions*. Psychiatr Serv., 1997; 48: 1415-1419.
28. Fonseca L.O., Nunes R., *Physician-Assisted Death: Challenges in Mental Illness*. Preprints.org, 2024. Disponibile da: www.preprints.org/frontend/manuscript/79adc12db150812f3b342958cae76a62/download_pub [consultato il 30 maggio 2026].

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
Alberto Giannelli
Antonio Magnani
Massimo Rabboni
Simone Vender