- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:34:59

Rivista di psichiatria 2026; 61: 193-201

La richiesta di morte medicalmente assistita nei disturbi mentali. Incertezze cliniche e implicazioni etiche

SARA PATUZZO MANZATI[1], GIULIA PICCINNI LEOPARDI[1], ANTONIO LASALVIA[2]

[1]Department of Surgery, Dentistry, Paediatrics and Gynaecology, Università di Verona; [2]Center for Medical Sciences (CISMed), Chair of Psychiatry, Università di Trento.

Riassunto. La morte medicalmente assistita (MMA), comprendente eutanasia e suicidio medicalmente assistito, è stata legalizzata in diversi Paesi europei, con estensione progressiva anche ai disturbi mentali in Belgio, Paesi Bassi e Svizzera. In caso di disturbo mentale, l'accesso alla MMA è subordinato a criteri stringenti relativi a capacità decisionale, gravità della sofferenza e prognosi; tuttavia, tali condizioni risultano particolarmente controverse nella pratica clinica. Il presente contributo, sviluppato come revisione narrativa della letteratura e position paper clinico-etica, analizza criticamente tre dimensioni fondamentali: la valutazione della capacità di autodeterminazione nei disturbi mentali, la natura del desiderio di morte come possibile espressione sintomatica e la questione della curabilità e dell'incertezza prognostica delle patologie psichiatriche. Le evidenze disponibili evidenziano la complessità intrinseca delle valutazioni psichiatriche, caratterizzate dalla possibile fluttuazione della capacità decisionale, dalla potenziale reversibilità del desiderio di morte e dalla natura probabilistica della prognosi clinica. Tali elementi suggeriscono la necessità di un approccio particolarmente prudente e rigoroso. Pur evitando esclusioni aprioristiche fondate unicamente sulla diagnosi psichiatrica, le specificità cliniche dei disturbi mentali richiedono valutazioni individualizzate, longitudinali e multidimensionali, fondate sull'esplorazione approfondita delle alternative terapeutiche disponibili.

Parole chiave. Autonomia, capacità decisionale, desiderio di morire, disturbi mentali, etica psichiatrica, eutanasia, incertezza prognostica, morte medicalmente assistita, suicidio medicalmente assistito.

Medically assisted death in mental disorders. Clinical uncertainties and ethical implications.

Summary. Medical assisted death (MAD), including euthanasia and medically assisted suicide, has been legalized in several European countries, with a progressive extension to mental disorders in Belgium, the Netherlands, and Switzerland. In cases of mental disorders, access to MAD is subject to strict criteria regarding decision-making capacity, severity of suffering, and prognosis; however, these conditions remain particularly controversial in clinical practice. This narrative review and position paper critically examines three key dimensions: the assessment of decisional autonomy in mental disorders, the nature of the wish for death as a possible symptom expression, and the issue of the treatability of psychiatric conditions. The available evidence highlights the intrinsic complexity and uncertainty characterizing psychiatric evaluations, including the fluctuating nature of decisional capacity, the potential reversibility of death wishes, and the probabilistic nature of psychiatric prognosis. These elements support the need for particularly rigorous and cautious clinical assessment. While a priori exclusion of psychiatric patients from MAD may raise ethical concerns related to autonomy and equality, the specific clinical features of severe mental disorders justify a prudential and individualized approach, grounded in careful longitudinal evaluation and exploration of all therapeutic alternatives.

Key words. Assisted suicide, autonomy, decisional capacity, euthanasia, medical assistance death, mental disorders, prognostic uncertainty, psychiatric ethics, wish to die.

Introduzione

Con l'espressione "morte medicalmente assistita" (MMA) si indicano le pratiche mediche finalizzate a interrompere intenzionalmente la vita su richiesta della persona mediante la somministrazione di un farmaco letale da parte del medico (eutanasia) oppure mediante fornitura alla persona di un farmaco letale per auto-somministrazione (suicidio medicalmente assistito - SMA). In Europa, alcuni Paesi hanno legalizzato queste pratiche. Belgio e Paesi Bassi sono stati i pionieri, legalizzando sia l'eutanasia sia il SMA nel 2002; il Lussemburgo li ha seguiti nel 2009, la Spagna nel 2021, l'Austria nel 2022. In altri Paesi la legalizzazione riguarda solo il SMA: la Svizzera sin dal 1942; l'Italia e la Germania grazie ad alcune sentenze della Corte Costituzionale rispettivamente dal 2019 e dal 2020. Nei Paesi in cui la MMA è consentita, sono previste alcune specifiche condizioni per valutare l'ammissibilità della richiesta:

1. maggiore età del richiedente, che viene verificata sul piano amministrativo (a eccezione del Belgio e dei Paesi Bassi, che ammettono l'eutanasia per i minori);
2. capacità di autodeterminarsi, mediante valutazione medico-psichiatrica (a eccezione del Belgio, che ammette la richiesta di eutanasia tramite direttive anticipate);
3. presenza di una condizione grave per patologia o incidente;

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:34:59

4. dichiarazione da parte della persona di una sofferenza che reputa intollerabile.

In Europa, i Paesi che possono ammettere la MMA nel caso in cui la richiesta provenga da un paziente affetto da disturbi mentali sono Belgio, Paesi Bassi e Svizzera, e prevedono che la valutazione della richiesta sia sottoposta a criteri più stringenti rispetto ai pazienti con malattie somatiche terminali tramite una valutazione psichiatrica approfondita. In questi Paesi, le richieste di MMA provenienti da pazienti con disturbi mentali come condizione primaria rappresentano oggi circa il 2% del totale, con una tendenza progressivamente crescente. Il profilo clinico dei richiedenti evidenzia una prevalenza di disturbi dell'umore e di personalità, e frequente comorbilità psichiatrica o somatica[1].

In merito ai quattro requisiti fondamentali che ricorrono nei Paesi che legalizzano l'accesso alla MMA, quando la persona che fa richiesta è affetta da disturbi di salute mentale possono insorgere alcune considerazioni che potrebbero portare a non considerare legittima la richiesta di MMA.

Anzitutto potrebbe essere considerata assente la condizione n. 2 (la capacità di autodeterminarsi), in quanto si potrebbe affermare che la richiesta di morte non sia frutto della libera volontà per due motivi:

- il paziente non è in grado di autodeterminarsi a causa della patologia psichiatrica;
- il desiderio di morte è uno dei sintomi della patologia psichiatrica.

Inoltre, potrebbe essere considerata assente la condizione n. 3 (la condizione grave per patologia o incidente), in quanto la patologia psichiatrica potrebbe essere curabile.

Infine, potrebbe essere considerata assente la condizione n. 4 (la presenza di sofferenza intollerabile), in quanto si potrebbe ritenere che la dichiarazione di sofferenza intollerabile non sia frutto di una capacità di autodeterminarsi poiché compromessa dalla patologia psichiatrica.

Il presente studio intende considerare e in seguito discutere:

1. come avviene il processo di valutazione dell'autodeterminazione in una persona con un disturbo mentale (criteri, parametri, tipologie di patologie, ecc.);
2. come avviene il processo di valutazione del desiderio di morte quando questo è espressione (sintomo) di un disturbo mentale (criteri, parametri, tipologie di patologie, ecc.);
3. se i disturbi mentali, soprattutto quelli più gravi e persistenti, sono sempre clinicamente curabili (criteri, parametri, tipologie di patologie, ecc.).

Metodi

Il presente contributo è stato sviluppato come revisione narrativa della letteratura con finalità di position paper clinico-etica, finalizzata a fornire un'analisi critica di alcuni nodi concettuali rilevanti per la pratica psichiatrica nel contesto della richiesta di morte medicalmente assistita.

La ricerca bibliografica è stata condotta mediante consultazione delle principali banche dati biomediche (PubMed/MEDLINE, Scopus e Google Scholar), utilizzando combinazioni dei seguenti termini chiave: "medical assistance in dying", "assisted suicide", "euthanasia", "psychiatric disorders", "decision-making capacity", "wish to die", "treatment resistance", "irremediability", "palliative psychiatry", "ethics".

Sono stati inclusi articoli originali, revisioni sistematiche, revisioni narrative, linee guida, documenti di consenso e contributi teorici pertinenti, pubblicati prevalentemente negli ultimi 15 anni. Sono stati inoltre considerati lavori precedenti ritenuti rilevanti per il loro valore storico o concettuale.

La selezione delle fonti è avvenuta secondo un criterio di rilevanza concettuale, con particolare riferimento a tre domini tematici:

1. valutazione della capacità decisionale nei disturbi mentali;
2. interpretazione clinica del desiderio di morte;
3. definizione di curabilità e irrimediabilità in psichiatria.

La sintesi della letteratura è stata organizzata in modo tematico e interpretativo, con l'obiettivo di integrare prospettive cliniche e bioetiche e di evidenziare aree di consenso, criticità e ambiti di incertezza rilevanti per la pratica clinica.

Risultati

La valutazione medico-psichiatrica della capacità di autodeterminarsi

La valutazione della capacità di autodeterminarsi nel contesto della richiesta di MMA da parte di una persona con disturbo mentale non può essere intesa come un accertamento binario (presente/assente), ma deve essere collocata lungo un *continuum*, suscettibile di fluttuazioni in funzione del quadro clinico, della fase di malattia e delle caratteristiche individuali del soggetto.

Sul piano concettuale, essa si articola in due dimensioni tra loro interdipendenti: la capacità di intendere, ossia la possibilità di comprendere il significato delle proprie azioni e le loro conseguenze su sé stessi e sull'ambiente; e la capacità di volere, ossia la dimensione volitiva ed esecutiva che consente di organizzare il comportamento sulla base di scelte consapevoli, di controllare gli impulsi e di inibire condotte disfunzionali[2,3].

A tali dimensioni si affiancano, nella valutazione clinica, i concetti di competenza e autenticità. La

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:34:59

competenza implica la capacità di mobilitare in modo integrato conoscenze, abilità e risorse personali per formulare obiettivi, ponderare alternative e orientare il comportamento in modo coerente con i propri criteri di valore[4]. L'autenticità, invece, concerne la coerenza interna tra vissuti, desideri, credenze e azioni, e designa la condizione in cui la decisione riflette la storia esistenziale e i valori profondi della persona, senza essere prevalentemente determinata da pressioni esterne o da alterazioni psicopatologiche[5].

Sul piano giuridico-forense, la capacità decisionale viene tradizionalmente valutata secondo quattro criteri: la capacità di comunicare una scelta; di comprendere le informazioni rilevanti; di apprezzare la propria situazione e le conseguenze prevedibili; e di elaborare tali informazioni in modo razionale e coerente con i propri principi[6]. Il presupposto metodologico resta la presunzione di capacità: ogni adulto è ritenuto capace sino a prova contraria. Inoltre, la letteratura psichiatrico-forense evidenzia come tali capacità, anche nelle persone con i disturbi mentali più gravi, possano risultare compromesse, parzialmente ridotte o fluttuanti, ma solo raramente completamente annullate[3].

Le modalità con cui la patologia psichiatrica incide sulla capacità di autodeterminarsi variano in modo significativo a seconda della diagnosi e della fase clinica.

Nella schizofrenia e nei disturbi psicotici, durante le fasi acute caratterizzate da deliri, allucinazioni o grave disorganizzazione del pensiero, la capacità di intendere può risultare profondamente compromessa, a causa dell'alterata percezione del sé e della realtà condivisa[5,7]. Ai sintomi positivi si associano spesso sintomi negativi, ritiro sociale, ridotta iniziativa, perdita di volontà, che incidono sulla dimensione volitiva, determinando una frattura tra intenzionalità e comportamento. Tale compromissione, tuttavia, non è necessariamente stabile: nelle fasi di remissione può verificarsi un significativo recupero delle funzioni decisionali[3].

Nel disturbo depressivo maggiore, la compromissione si configura diversamente: non attraverso una distorsione psicotica della realtà, ma mediante un impoverimento motivazionale e una distorsione valutativa indotta dall'umore. L'anedonia, la *hopelessness* e il senso di intrappolamento possono alterare sia la competenza, intesa come capacità di formulare e perseguire obiettivi, sia l'autenticità, nella misura in cui i valori e i desideri appaiono temporaneamente impoveriti o deformati[3,5,7]. Pur potendo persistere una comprensione delle conseguenze delle proprie scelte, l'autodeterminazione risulta fragile, vulnerabile e talora transitoriamente compromessa.

Nel disturbo bipolare, infine, la capacità di autodeterminarsi varia in modo marcato in funzione della fase clinica: agli episodi depressivi si associano le criticità sopra descritte; negli episodi maniacali, l'impulsività, la ridotta critica e l'ipertrofia dell'autostima possono condurre a decisioni non adeguatamente ponderate né coerenti con i valori stabili del soggetto[7].

Un elemento trasversale che può incidere negativamente sull'autonomia decisionale di una persona con disturbo mentale è lo stigma interiorizzato (*self-stigma*), ossia il processo mediante il quale l'individuo internalizza i pregiudizi sociali sui disturbi mentali, attribuendoli a sé stesso e trasformandoli così in autosvalutazione[8]. Tale dinamica può ridurre l'autostima e il senso di autoefficacia, ostacolare l'adesione ai trattamenti e compromettere la qualità dell'autodeterminazione sia nella sua dimensione di competenza sia in quella di autenticità[5,9].

Alla luce di tali elementi, la valutazione della capacità di autodeterminarsi in pazienti con disturbo mentale grave non può essere ridotta a un accertamento puntuale e statico, ma richiede un'analisi contestuale, longitudinale e diagnostico-specifica, capace di distinguere tra compromissioni strutturali e condizioni transitorie, soprattutto quando la decisione in esame comporti l'irreversibilità della morte.

La valutazione del desiderio di morte come sintomo della patologia psichiatrica

Il desiderio di morte è uno dei segnali clinici più complessi nella valutazione di una persona con disturbo mentale che richiede la MMA, perché pone un problema interpretativo preliminare: si tratta dell'espressione di una scelta razionale, stabile e coerente con i valori del soggetto, oppure di un fenomeno sintomatico, intrinsecamente legato alla psicopatologia?

La questione è centrale, poiché nella pratica clinica il desiderio di morte si colloca spesso entro un *continuum* che va dall'ideazione suicidaria (pensieri ricorrenti sulla propria morte) all'intenzione suicidaria (desiderio e pianificazione concreta di darsi al morte) e al tentativo di suicidio (condotta autolesiva finalizzata alla morte ma senza esito letale)[10,11]. In questa prospettiva processuale, il desiderio di morte non appare come un evento improvviso, ma come l'esito graduale di dinamiche psicologiche complesse[12]. Inoltre, nella letteratura psichiatrica esso non coincide necessariamente con l'intenzione suicidaria, ma può costituire un segnale prodromico o un correlato sintomatologico di quadri psicopatologici gravi, con meccanismi di genesi variabili in relazione alla diagnosi e al contesto[13-15].

Nei disturbi mentali più gravi, il desiderio di morte assume profili differenti. Per esempio, nel disturbo depressivo maggiore, esso è spesso associato a *hopelessness*, compromissione delle relazioni e familiarità psichiatrica[16]. Il meccanismo clinicamente decisivo non è tanto l'intensità della sofferenza emotiva, quanto la convinzione, distorta dall'umore

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:34:59

depresso, che la condizione non possa migliorare: una percezione di irreversibilità che altera il giudizio di realtà e la valutazione delle alternative. La *hopelessness*, operazionalizzata mediante la Beck Hopelessness Scale, costituisce un predittore rilevante dell'ideazione suicidaria; tuttavia, in uno studio longitudinale prospettico decennale su 142 pazienti depressi, essa ha predetto robustamente la comparsa di ideazione suicidaria senza distinguere chi progredisse verso il tentativo di suicidio[17]. Questo dato è particolarmente rilevante nel contesto della MMA: la *hopelessness* funziona più come indicatore della patologia depressiva sottostante che come marcatore affidabile di gravità o irreversibilità della suicidalità, e può risultare reversibile con un trattamento adeguato[18].

Nel disturbo bipolare, il rischio è ulteriormente complicato dalla ciclicità dell'umore e dalla componente impulsiva: episodi misti o fasi di agitazione possono favorire un passaggio rapido da un desiderio di morte relativamente "passivo" a condotte suicidarie attive, anche in assenza di una depressione particolarmente profonda[19]. La familiarità per disturbi dell'umore e tentativi di suicidio rappresenta un ulteriore fattore di rischio[20]. In questo contesto, i dati epidemiologici mostrano una mortalità per suicidio compresa tra il 15% e il 20% nei pazienti con diagnosi di disturbo bipolare, con tassi annuali nettamente superiori alla popolazione generale[19].

Nella schizofrenia e nei disturbi psicotici, il desiderio di morte può emergere sia in relazione a sintomi depressivi sia come espressione di aspetti specifici dell'esperienza psicotica (angoscia, disgregazione del sé, perdita di controllo sulle proprie percezioni, deterioramento del funzionamento sociale). Tra i fattori predisponenti, esperienze traumatiche infantili e avversità precoci aumentano significativamente il rischio di suicidabilità[21]; tra i principali predittori figurano durata della malattia, sintomi depressivi, scarsa aderenza al trattamento e comorbidità psichiatrica[22]. Inoltre, esperienze psicotiche subcliniche raddoppiano la probabilità di sviluppare pensieri suicidari, suggerendo che l'ideazione possa emergere già in fasi prodromiche[23]. Un elemento clinicamente importante è che il rischio suicidario rimane elevato anche in fasi di parziale remissione, quando il paziente recupera consapevolezza della propria condizione, consapevolezza talvolta attenuata nelle fasi acute, con possibile incremento di sofferenza e disperazione[24].

Nei disturbi da uso di sostanze, al quadro generale si aggiungono fattori specifici (alterazioni neurobiologiche indotte dalle sostanze, fallimenti sociali, comorbilità), e la co-occorrenza di disturbi depressivi, d'ansia o di personalità risulta significativamente associata all'ideazione suicidaria[25]. Trasversalmente alle diagnosi, l'isolamento sociale costituisce un potente fattore predisponente: la solitudine può alimentare la disperazione e la frattura del senso di appartenenza, rendendo psicologicamente concepibile la morte come via d'uscita[15].

Sul piano teorico, il suicidio viene attualmente considerato non tanto come desiderio di darsi la morte, quanto come tentativo di sottrarsi a un dolore mentale percepito come insopportabile (*psychache*), attraverso l'interazione di dolore mentale, perturbazione emotiva e costrizione cognitiva[26]. In questa prospettiva, l'approccio clinico dovrebbe privilegiare un ascolto empatico orientato a comprendere e alleviare la sofferenza soggettiva, più che predire la morte[27]. Il modello è rilevante per la MMA perché rende intelligibile come il desiderio di morte possa derivare da un restringimento cognitivo indotto dalla patologia, e non necessariamente da una deliberazione libera e ponderata.

Ai fini della valutazione clinica, in presenza di richiesta di MMA, la letteratura distingue livelli concettualmente differenti: dal desiderio generico di morire, al Wish To Hasten Death (WTHD), fino alla richiesta formale di eutanasia o suicidio assistito[28]. Il WTHD è definito come desiderio specifico e ricorrente di accelerare la propria morte in risposta a una sofferenza percepita come insostenibile; può essere espresso spontaneamente o emergere solo se indagato; tuttavia, gli stessi esperti psichiatri coinvolti nel processo di consenso sono risultati tra i più scettici circa la possibilità di distinguere nettamente WTHD e ideazione suicidaria nei disturbi mentali[29]. Inoltre, il WTHD appare temporalmente instabile nei pazienti con malattia avanzata e può funzionare, in alcuni casi, come richiesta di aiuto per vivere meglio[28].

Nel contesto psichiatrico, il problema non è dunque soltanto distinguere tra desiderio di morte come sintomo e desiderio di morte come scelta autonoma, ma anche riconoscere che tale distinzione può essere clinicamente incerta. La somiglianza tra profilo clinico e demografico dei pazienti psichiatrici che richiedono la MMA e quello dei suicidi non medicalmente assistiti[30] rafforza l'esigenza di considerare la possibile continuità strutturale tra richiesta di MMA e suicidalità sintomatica. In questa direzione, dati olandesi mostrano una significativa reversibilità del fenomeno: su 1.122 richieste di MMA da parte di pazienti con disturbi psichiatrici (2012-2018), 249 sono state ritirate durante la procedura di valutazione e 84 pazienti hanno dichiarato di non voler più morire[31]. Nel complesso, questi elementi suggeriscono che, nella valutazione della MMA in psichiatria, il desiderio di morte debba essere considerato un fenomeno clinicamente stratificato e potenzialmente fluttuante, con implicazioni dirette per le garanzie procedurali e per il giudizio di irrimediabilità.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:34:59

La curabilità della patologia psichiatrica

La terza condizione di legittimità per l'accesso alla MMA riguarda la presenza di una condizione grave e, nelle diverse formulazioni normative, incurabile, irreversibile o priva di prospettive di miglioramento.

Nel paziente affetto da patologia somatica terminale tale requisito può spesso essere fondato su parametri clinici e strumentali relativamente oggettivi, decorso oncologico, insufficienza d'organo, malattia neurodegenerativa progressiva, che consentono una prognosi sufficientemente determinata; nella persona con disturbo mentale, invece, il trasferimento diretto di questa categoria valutativa incontra un limite strutturale, perché la prognosi resta intrinsecamente dinamica, probabilistica e dipendente dal tempo.

Questa asimmetria epistemica non va letta come una lacuna meramente contingente: riflette la natura multifattoriale dei disturbi mentali, nei quali substrato biologico, dimensione psicologica e contesto relazionale e sociale interagiscono in modo non riducibile a indicatori univoci. In tale cornice assume rilievo la nozione clinica di "disturbo mentale grave e persistente" (*severe and persistent mental illness*), che integra tre domini: diagnosi (es. schizofrenia, disturbo bipolare, depressione maggiore, anoressia nervosa, disturbi di personalità); durata dei sintomi e dei trattamenti; disabilità in termini di funzionamento psicosociale e qualità di vita, ma che, pur orientando l'identificazione dei quadri più severi e cronici, non consente di "certificare" in modo definitivo la refrattarietà terapeutica[32,33].

Coerentemente, una revisione sistematica sull'irrimediabilità della sofferenza psichiatrica nel contesto di richiesta di MMA ha evidenziato l'assenza di una definizione operativa condivisa e la notevole eterogeneità dei criteri impiegati nei diversi sistemi per accertarla[33]. Il problema diventa particolarmente evidente nei quadri di depressione resistente al trattamento: tassi di risposta farmacologica intorno al 50% non possono essere assunti come indicatore stabile di "esaurimento" terapeutico, poiché la resistenza è spesso definita come mancata risposta a un numero limitato di tentativi e non implica l'aver esplorato sistematicamente opzioni aggiuntive, strategie farmacologiche (inclusa la ketamina e antidepressivi di nuova generazione), psicoterapie evidence-based e interventi di neuromodulazione come TMS e DBS, che continuano a offrire possibilità cliniche anche in quadri apparentemente refrattari. Analogamente, nei disturbi psicotici e nella schizofrenia l'evoluzione a lungo termine è altamente variabile: miglioramenti funzionali e fenomeni di remissione, anche parziale, non sono rari[34,35] e studi longitudinali di lungo termine mostrano la possibilità di miglioramenti clinici e sociali anche dopo molti anni dall'esordio di malattia[36,37]. Ciò rende particolarmente rischioso decretare una condizione di irrimediabilità/irreversibilità in fasi di consapevolezza post-psicotica, quando il carico soggettivo può essere massimo, ma non necessariamente rappresentativo della traiettoria futura.

In questo scenario, un paradigma clinico emergente rilevante è quello della psichiatria palliativa (PP), che propone di applicare la logica palliativa ai disturbi mentali gravi e persistenti quando gli interventi tradizionali risultano insufficienti, distinguendosi dalla psichiatria "nelle" cure palliative somatiche (tipica dei contesti oncologici) perché assume la sofferenza psichica refrattaria come oggetto primario di cura. La PP non coincide con una rinuncia terapeutica, ma con un riorientamento degli obiettivi verso qualità di vita, contenimento della sofferenza nelle sue dimensioni psicologica, sociale e relazionale e salvaguardia della dignità, riconoscendo che alcuni disturbi possono essere incurabili senza essere intrattabili e che, anche in condizioni di cronicità, permane uno spazio di cura capace di modificare l'esperienza soggettiva del paziente, e, potenzialmente, anche il suo desiderio di morte[38,39].

Ne consegue che, sul piano clinico, il concetto di "curabilità"/"incurabilità" in ambito psichiatrico non può essere considerato un attributo discreto, ma si poggia su una valutazione probabilistica e potenzialmente rivedibile che richiede la necessità di un'analisi longitudinale (anche a lungo termine), expertise specialistica e attenzione alle opzioni ancora esplorabili e al ruolo del contesto di cura. Di fronte alla richiesta di MMA, dove l'esito è irreversibile, questa struttura di incertezza non elimina la valutazione, ma ne innalza la soglia di giustificazione e rende decisiva la qualità del percorso clinico-documentale che sostiene l'eventuale giudizio di irrimediabilità.

Discussione

Il dubbio sull'autenticità del desiderio di morte nel paziente con disturbi mentali

L'elemento trasversale che accomuna le principali criticità cliniche analizzate nella sezione precedente è rappresentato dall'incertezza, che nei disturbi mentali assume una valenza strutturale e condiziona profondamente ogni valutazione relativa a decisioni irreversibili. Come illustrato in precedenza, una delle principali difficoltà nella valutazione delle richieste di MMA nei pazienti con disturbo mentale riguarda l'interpretazione del desiderio di morte e la sua possibile relazione con la psicopatologia. In particolare, emerge la difficoltà di distinguere tra un desiderio di morte che rappresenti l'espressione di una scelta autenticamente autonoma e uno che costituisca manifestazione sintomatica del disturbo mentale. Nei

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:34:59

disturbi mentali gravi, in particolare nei quadri depressivi maggiori e nelle condizioni psicotiche, la letteratura evidenzia come il desiderio di morire possa essere strettamente connesso a processi psicopatologici quali *hopelessness*, demoralizzazione, restringimento cognitivo e profonda alterazione dell'esame di realtà, che possono limitare la capacità di valutare realisticamente le prospettive future e di considerare scenari alternativi di miglioramento. Tali elementi contribuiscono a configurare un quadro di vulnerabilità decisionale che richiede una particolare attenzione clinica.

Tuttavia, la complessità del fenomeno impone di evitare semplificazioni riduttive: né l'assunzione automatica che ogni desiderio di morte sia espressione della patologia, né l'idea opposta che esso rappresenti sempre una decisione pienamente autonoma risultano adeguate sul piano clinico ed etico. Nessuna decisione umana è mai completamente esente da condizionamenti. Le scelte individuali, incluse quelle che hanno gravi o addirittura fatali conseguenze, si collocano sempre all'interno di un intreccio di fattori biologici, psicologici, relazionali e sociali. L'idea di una libertà assoluta, intesa come totale indipendenza da ogni forma di influenza, non appare sostenibile né sul piano filosofico, né su quello clinico. Pertanto, il semplice fatto che una decisione sia in parte condizionata non è di per sé sufficiente a metterne in discussione la legittimità[40].

È indubbio che la difficoltà nel distinguere tra una scelta autenticamente autonoma e una decisione influenzata dalla condizione psicopatologica rappresenti uno dei nodi più complessi nella valutazione delle richieste di MMA nei pazienti con disturbi mentali. Tale difficoltà, tuttavia, non è risolvibile in termini di certezza assoluta. Il riconoscimento da parte dello psichiatra di questa incertezza epistemica non dovrebbe tradursi in un atteggiamento di esclusione o di rigetto pregiudiziale della richiesta, ma piuttosto in una maggiore disponibilità all'ascolto e all'approfondimento[41]. In altri termini, l'impossibilità di stabilire con certezza l'autenticità della volontà non autorizza a negarne aprioristicamente la validità, bensì impone un approccio più prudente, dialogico e riflessivo. Anche qualora lo psichiatra ritenesse, in ultima istanza, che la richiesta di morte fosse strettamente connessa alla patologia, nel senso che essa emerga all'interno e a partire dalla condizione morbosa, ciò potrebbe non costituire di per sé un elemento automaticamente sufficiente per invalidarla, ma richiedere una valutazione clinica particolarmente prudente. Infatti, un'analoga struttura argomentativa si dovrebbe allora applicare alle patologie somatiche, dal momento che, anche nelle malattie oncologiche o degenerative, è proprio la presenza della malattia e della sofferenza che ne deriva a motivare la richiesta di morte[42]. Escludere la legittimità della richiesta nei disturbi mentali sulla base di questo criterio rischia quindi di introdurre una distinzione non giustificata tra sofferenza psichica e sofferenza fisica, senza un adeguato fondamento etico o clinico.

L'incertezza prognostica dei disturbi mentali

Diversi autori sia in ambito psichiatrico[43,44] sia bioetico[44] hanno recentemente evidenziato criticità cliniche rilevanti rispetto all'estensione delle pratiche di morte assistita alle persone affette da disturbi mentali gravi, sottolineando come l'incertezza prognostica rappresenti uno dei principali nodi del dibattito internazionale e richieda criteri particolarmente rigorosi nelle valutazioni cliniche. Considerare un quadro clinico psichiatrico come definitivamente immodificabile può favorire atteggiamenti di pessimismo prognostico e di rinuncia terapeutica, con il rischio di anticipare decisioni irreversibili in contesti caratterizzati da evoluzioni potenzialmente modificabili[45]. In questa prospettiva, il ruolo dello psichiatra e dei servizi di salute mentale rimane primariamente quello di riconoscere, trattare e contrastare il desiderio di morte come possibile manifestazione della sofferenza mentale, preservando il mandato fondamentale della disciplina: promuovere cura, speranza e protezione anche nelle condizioni cliniche più gravi e persistenti (principio etico di beneficenza inteso in senso tradizionale come cura della patologia e salvaguardia della vita biologica). Una posizione clinica prudente riconosce la particolare vulnerabilità associata ai disturbi mentali gravi e della necessità di un livello di tutela clinica adeguato. Infine, l'estensione delle pratiche di morte assistita ai disturbi mentali richiede una particolare prudenza anche per le sue implicazioni simboliche e sociali. Una progressiva assimilazione tra sofferenza psichica e condizione irreversibile potrebbe contribuire a modificare la percezione collettiva dei disturbi mentali, rafforzando implicitamente l'idea che alcune forme di sofferenza psichica siano intrinsecamente prive di prospettive di recupero. Ciò appare particolarmente rilevante in un contesto storico in cui i disturbi mentali sono ancora esposti a fenomeni di stigma e discriminazione sociale.

L'impostazione descritta sembra assumere tratti marcatamente paternalistici, nella misura in cui presuppone che il paziente con disturbo mentale non sia, in linea di principio, in grado di autodeterminarsi, attribuendo allo psichiatra un ruolo sostitutivo di tipo "genitoriale", orientato a individuare e imporre ciò che viene ritenuto il suo bene (curarsi, continuare a vivere). Una simile prospettiva rischia però di entrare in tensione con il principio di autodeterminazione, che costituisce un cardine dell'etica clinica contemporanea e che si esprime, tra l'altro, nella necessità del consenso informato per l'avvio o la prosecuzione di trattamenti psichiatrici[46]. Se si sostenesse in modo

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:34:59

generalizzato che il desiderio di morte nei disturbi mentali fosse sempre e comunque espressione della patologia, ne deriverebbe, coerentemente, una sistematica messa in discussione della capacità decisionale di questi pazienti, con il rischio di giustificare un ricorso estensivo a misure coercitive come il trattamento sanitario obbligatorio. Una tale conclusione, tuttavia, appare difficilmente sostenibile sia sul piano etico[47], sia su quello giuridico[48], poiché finirebbe per comprimere in modo sproporzionato l'autonomia personale. Inoltre, l'assunto secondo cui le patologie psichiatriche sarebbero sempre suscettibili di miglioramento o recupero merita di essere interrogato criticamente. Sebbene sia doveroso evitare ogni forma di pessimismo prognostico ingiustificato, non si può escludere che esistano condizioni psichiatriche gravi, croniche e refrattarie ai trattamenti disponibili, analogamente a quanto accade in alcune patologie oncologiche metastatiche o in malattie degenerative avanzate. Riconoscere questa possibilità non equivale a una rinuncia terapeutica, ma piuttosto a un esercizio di onestà clinica e di trasparenza nei confronti del paziente[49]. Anzi, tale riconoscimento potrebbe contribuire a superare una storica asimmetria, attribuendo alla sofferenza psichica una dignità clinica ed esistenziale analoga a quella della sofferenza fisica[50], evitando così di relegarla implicitamente a una condizione sempre reversibile e, quindi, meno meritevole di essere presa sul serio nelle sue forme più estreme.

Il rischio della marginalizzazione

La normalizzazione del suicidio assistito nelle persone con disturbi mentali potrebbe contribuire, anche indirettamente, a rafforzare dinamiche di marginalizzazione di pazienti già vulnerabili? La letteratura evidenzia come le pratiche di fine vita in ambito psichiatrico siano strettamente intrecciate con fattori sociali, culturali e strutturali quali stigma, isolamento sociale e disuguaglianze nell'accesso alle cure, che possono influenzare la percezione della qualità di vita e delle prospettive future[51]. In questa prospettiva, potrebbe emergere il timore che una legittimazione culturale del suicidio assistito nei disturbi mentali potrebbe produrre effetti simbolici di lungo periodo, incidendo sul modo in cui la società interpreta la sofferenza psichica e sul livello di responsabilità collettiva verso le persone più vulnerabili.

L'argomento del rischio di marginalizzazione non è specifico dei disturbi mentali, ma riguarda in modo analogo anche altre condizioni caratterizzate da grave compromissione della qualità di vita, come le malattie neurodegenerative (per esempio la SLA) o le disabilità acquisite severe (come tetraplegia associata a cecità). Anche in questi casi, la sofferenza individuale si intreccia con fattori sociali quali isolamento, dipendenza e barriere strutturali[52], senza che ciò conduca automaticamente a escludere la legittimità delle richieste di fine vita.

Piuttosto, questo rilievo evidenzia la necessità di un investimento culturale e sociale volto a contrastare attivamente le dinamiche di marginalizzazione, promuovendo inclusione e riconoscimento della dignità delle persone gravemente malate. In questo quadro, anche il potenziamento delle cure palliative, incluse le forme emergenti di PP, rappresenta una direzione clinicamente e eticamente rilevante. Tuttavia, è fondamentale riconoscere che tali interventi restano comunque subordinati al consenso informato del paziente, sia nella fase di avvio sia nella prosecuzione. Inoltre, non è affatto garantito che tali approcci abbiano un effetto realmente "palliativo" sulla sofferenza soggettiva, soprattutto nei quadri di sofferenza psichica grave e persistente. Il paziente potrebbe rifiutarli, oppure aderirvi senza ottenere un sollievo percepibile sufficiente a modificare la sua posizione esistenziale. Di conseguenza, non si può assumere in modo automatico che la PP costituisca un'alternativa efficace o risolutiva rispetto alla richiesta di MMA[53].

Infine, il riconoscimento della capacità decisionale anche in condizioni di estrema vulnerabilità può rappresentare una forma significativa di rispetto, in quanto attribuisce valore alla volontà del soggetto e alla sua esperienza vissuta[54]. Al contrario, negare sistematicamente tale possibilità, sulla base dell'idea di una vulnerabilità intrinseca, rischia di produrre un effetto paradossale: quello di rafforzare proprio le dinamiche stigmatizzanti che si intendono contrastare, trattando i pazienti come soggetti strutturalmente incapaci di deliberazione autonoma[55].

Il timore della responsabilità medico-legale dello psichiatra

Dal punto di vista deontologico, l'estensione delle pratiche di MMA ai disturbi mentali solleva interrogativi rilevanti sul ruolo stesso della psichiatria. La disciplina nasce storicamente con una funzione di cura e protezione della vita, in particolare nei confronti di individui vulnerabili e a rischio suicidario. Ne deriva una potenziale contraddizione tra il mandato clinico quotidiano dello psichiatra, chiamato a prevenire comportamenti autolesivi considerati espressione della psicopatologia, e l'eventuale riconoscimento del desiderio di morte come espressione autonoma e legittima anche in presenza di malattia mentale. Questa tensione assume particolare rilievo sul piano medico-legale. Allo psichiatra è infatti attribuita una specifica posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati alle sue cure, che implica un obbligo di protezione volto a prevenire eventi autolesivi prevedibili. L'eventuale riconoscimento della legittimità del desiderio di morte in alcune condizioni psichia-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:34:59

triche pone pertanto una questione critica: quale criterio clinico e giuridico dovrebbe guidare la distinzione tra situazioni in cui intervenire per prevenire il suicidio e situazioni in cui rispettare una presunta autodeterminazione del paziente? In assenza di criteri affidabili e condivisi, tale ambiguità potrebbe rischiare di esporre i professionisti a conflitti tra obblighi clinici, responsabilità legali e aspettative sociali.

La medicina difensiva, pur essendo comprensibile alla luce delle pressioni medico-legali e del timore di responsabilità professionali, non può costituire un fondamento adeguato a sostenere una posizione etica. Assumere come criterio guida la riduzione del rischio legale per il professionista significa infatti spostare il baricentro della decisione dal bene del paziente e dal rispetto dei suoi diritti verso esigenze di autotutela. In questo senso, la medicina difensiva rappresenta una risposta pragmatica a un contesto di incertezza normativa, ma non offre un principio giustificativo sul piano morale[56]. Le scelte eticamente rilevanti, soprattutto in ambiti così delicati, dovrebbero invece essere fondate su principi quali l'autonomia, la beneficenza, la non maleficenza e la giustizia, e non su considerazioni di tipo cautelativo legate al rischio di contenzioso.

Conclusione

Alla luce delle argomentazioni sviluppate, appare opportuno evitare sia una esclusione aprioristica sia una accettazione aproblematica delle richieste di MMA provenienti da pazienti con disturbi mentali. Una posizione di rifiuto generalizzato, fondata unicamente sulla presenza della patologia psichiatrica, rischierebbe infatti di introdurre una distinzione rigida e difficilmente giustificabile rispetto ad altre condizioni di sofferenza grave, oltre a comprimere in modo eccessivo il principio di autodeterminazione. Al tempo stesso, le peculiarità cliniche dei disturbi mentali, in particolare la possibile fluttuazione della capacità decisionale, la natura talvolta sintomatica del desiderio di morte e l'incertezza prognostica, richiedono livelli di prudenza e di tutela clinica particolarmente elevati.

Ne deriva l'esigenza di adottare un approccio valutativo caso per caso, rigoroso e multidimensionale, che tenga conto non solo della categoria diagnostica, ma anche della qualità della decisione, della sua stabilità nel tempo e della sua comprensibilità all'interno del percorso di cura. In tale prospettiva, la priorità clinica rimane quella di garantire percorsi di cura adeguati e continuativi, riconoscendo al contempo la complessità etica delle situazioni in cui la sofferenza psichica persista nonostante trattamenti appropriati. In questo scenario, l'incertezza clinica propria dei disturbi mentali non giustifica né automatismi permissivi né esclusioni generalizzate, ma richiede un livello di prudenza proporzionato alla gravità e irreversibilità delle decisioni in gioco.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Rapport Euthanasie 2024 (Chiffres des années 2022-2023). Disponibile su https://short.do/o05r6u [ultimo accesso 28 settembre 2026].
2. Fiandaca G, Musco E. Diritto penale. Parte generale. Bologna: Zanichelli, 2020.
3. Ronchi E, Traverso S. Psichiatria forense. Bologna: Il Mulino, 2018.
4. Le Boterf G. Costruire le competenze individuali e collettive. Milano: FrancoAngeli, 2010.
5. Bergamin J, Luigjes J, Kiverstein J, Bockting CL, Denys D. Defining autonomy in psychiatry. Front Psychiatry 2022; 13: 801415.
6. Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur treatment competence study I: mental illness and competence to consent to treatment. Law Hum Behav 1995; 19: 105-26.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
8. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. J Soc Clin Psychol 2006; 25: 875-84.
9. Yanos PT, DeLuca JS, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: a review of the evidence. Psychiatry Res 2020; 288: 112950.
10. Oquendo MA, Wall M, Wang S, Olfson M, Blanco C. Lifetime suicide attempts in otherwise psychiatrically healthy individuals. JAMA Psychiatry 2024; 81: 572-8.
11. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-11. Geneva: WHO, 2019.
12. Dell'Osso L, Nardi B, Pronestì 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: 207640251407182.
13. Yeh HH, Westphal J, Hu Y, et al. Diagnosed mental health conditions and risk of suicide mortality. Psychiatr Serv 2019; 70: 750-7.
14. Zhu H, Yao J, Fan H, Wang Q, Wang X, Gao Q. Prevalence and risk factors of suicidal ideation in adult inpatients with five different types of mental disorders. J Affect Disord 2021; 291: 344-51.
15. Motillon-Toudic C, Walter M, Séguin M, Carrier JD, Berrouiguet S, Lemey C. Social isolation and suicide risk: literature review and perspectives. Eur Psychiatry 2022; 65: e65.
16. Pettorruso M, d'Andrea G, Martinotti G, et al. Hopelessness, dissociative symptoms and suicide risk in major depressive disorder. J Psychiatr Res 2020; 10: 519.
17. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 893-7.
18. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA 2000; 284: 2907-2911.
19. Beyer JL, Weisler RH. Suicide behaviors in bipolar disorder: a review and update for the clinician. Prim Care Companion CNS Disord 2016; 18: 10.
20. Goldstein TR, Ha W, Axelson DA, et al. Predictors of pro-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:34:59

spectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 2012; 69: 1113-22.
21. Benster R, Stapper N, Rodriguez K, et al. Developmental predictors of suicidality in schizophrenia: a systematic review. Brain Sci 2024; 14: 995.
22. Shenoy S, Praharaj SK. Risk factors associated with suicide attempts in patients with schizophrenia: an observational study from South India. Middle East Curr Psychiatry 2023; 30: 34.
23. O'Hare L, Fadiloglu K, Lång U, et al. Psychotic experiences and risk of suicidal thoughts and behaviours: a systematic review and meta-analysis of longitudinal population studies. Schizophr Bull 2026; 52: sbae197.
24. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. Br J Psychiatry 2005; 187: 9-20.
25. Rodríguez-Cintas L, Daigre C, Braquehais MD, et al. Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in substance use disorders. Psychiatry Res 2018; 262: 440-5.
26. Shneidman ES. Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior. Northvale (NJ): Jason Aronson, 1993.
27. Shneidman ES. The suicidal mind. Oxford: Oxford University Press, 1996.
28. Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, Tomás-Sábado J, Mahtani-Chugani V, Balaguer A. The wish to hasten death: a review of the literature. Palliat Med 2011; 25: 363-77.
29. Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, et al. Anxiety, depression and desire for death in patients with advanced disease: a systematic review. Palliat Med 2016; 30: 228-44.
30. Calati R, Olie E, Dassa D, et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: a systematic review. J Psychiatr Res 2021; 135: 153-73.
31. Kammeraat M, van Rooijen G, Kuijper L, Kiverstein JD, Denys DAJP. Patients *requesting* and *receiving* euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands. BMJ Ment Health 2023; 26: e300729.
32. Nicolini ME, Jardas EJ, Zarate CA Jr, Gastmans C, Kim SYH. Irremediability in psychiatric euthanasia: examining the objective standard. Psychol Med 2023; 53: 5729-47.
33. van Veen SM, Ruissen AM, Widdershoven GAM. Irremediable psychiatric suffering in the context of physician-assisted death: a scoping review. Can J Psychiatry 2020; 65: 697-706.
34. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, et al. Recovery in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull 2013; 39: 1296-306.
35. Molstrom IM, Nordgaard J, Urfer-Parnas A, Handest R, Berge J, Henriksen MG. The prognosis of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Res 2022; 250: 152-63.
36. Volavka J, Vevera J. Very long-term outcome of schizophrenia. Int J Clin Pract 2018; 72: e13094.
37. Torgalsbøen AK, Mohn C, Larøi F, Czajkowski N. Longitudinal recovery and self-efficacy in first-episode schizophrenia. Front Psychiatry 2025; 16: 1588349.
38. Trachsel M, Jox RJ, Fischer S, Biller-Andorno N. Judging suicide intent: a case-based workshop. J Med Ethics 2016; 42: 288-93.
39. Westermair AL, Maercker A, Thoma MV. Palliative psychiatry: conceptual foundations and clinical implications. Front Psychiatry 2021; 12.
40. Akhtar MU, Bhatti ME, Fredericks S. Factors influencing patient autonomy in healthcare decision-making. Nurs Ethics 2025; 32: 875-91.
41. Kim SYH, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients in the Netherlands. JAMA Psychiatry 2016; 73: 362-8.
42. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide. JAMA 2016; 316: 79-90.
43. De Girolamo G, Angelozzi A, Atti AR, et al. Il suicidio assistito per pazienti con depressione grave. Riv Psichiatr 2025; 60: 88-91.
44. Marckmann G, Pollmächer T. Assisted suicide in persons with mental disorders: a review of clinical-ethical arguments and recommendations. Ann Palliat Med 2024; 13: 708-18.
45. Bersani G, Iannitelli A, Pimpinella P, et al. Euthanasia in mental disorders: clinical and ethical issues. Healthcare 2025; 13: 2019.
46. Vollmann J, Fallenberg EM. Paternalism in psychiatry: a systematic review. Front Psychiatry 2022; 13: 846321.
47. Sisti D, Young M, Caplan AL. Should psychiatric patients be allowed to die? JAMA Psychiatry 2021; 78: 247-8.
48. Rains LS, Zenina T, McCrone P, et al. Variations in involuntary hospitalisation and coercion. Lancet Psychiatry 2019; 6: 403-17.
49. Hegerl U, et al. Major depressive disorder and long-term outcome. World Psychiatry 2020; 19(3): 372-373.
50. Fink M. Medical illness, depression, and suicide. Psychosomatics 2018; 59: 311-8.
51. Scopetti M, Morena D, Padovano M, et al. Assisted suicide and euthanasia in mental disorders. Healthcare 2023; 11: 1470.
52. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting aid in dying. BMJ 2008; 337: a1682.
53. Patuzzo S, Pulice E, Orsi L. Palliative care against medically assisted death. Am J Hosp Palliat Care 2024; 41: 853-8.
54. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. N Engl J Med 2007; 357: 1834-40.
55. Livingston JD, Boyd JE. Internalized stigma in mental illness: a systematic review. BMC Psychiatry 2010; 10: 12.
56. Bismark MM, Studdert DM. Medical malpractice. N Engl J Med 2020; 383: 2543-51.

Indirizzo per la corrispondenza:
Sara Patuzzo Manzati
E-mail: sara.patuzzomanzati@univr.it