



SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

CORPORATE MEMBER OF THE INTERNATIONAL FEDERATION OF PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY (IFPE)

Roma, 3 settembre 2026

Agli Assessori alla Salute delle Regioni e delle Province autonome
Ai Direttori generali degli Assessorati alla Salute
Alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

e, per conoscenza:

Ai Direttori generali delle Aziende sanitarie
Ai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale
Ai Presidenti dei Comitati etici territorialmente competenti

Oggetto: trasmissione del *Protocollo per la valutazione della capacità decisionale – Il ruolo dello psichiatra nella Commissione multidisciplinare per la valutazione delle richieste di suicidio medicalmente assistito* e proposta di adozione quale riferimento tecnico regionale per l'uniformità e la tracciabilità delle valutazioni.

Gentile Assessore,

la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica e l'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica trasmettono in allegato un protocollo tecnico-professionale dedicato a uno degli aspetti più delicati e, allo stato, meno presidiati delle procedure di suicidio medicalmente assistito: l'accertamento della capacità della persona di prendere decisioni libere e consapevoli.

1. Il contesto: una materia applicata senza standard tecnici condivisi

A quasi sette anni dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, e dopo le successive pronunce n. 135/2024 e n. 204/2025, le procedure di verifica dei requisiti sono affidate ai Servizi sanitari regionali in assenza di una disciplina statale organica. Il quadro che ne è derivato è marcatamente disomogeneo: tre Regioni si sono dotate di una legge sulle modalità organizzative (Toscana, Sardegna ed Emilia-Romagna), altre hanno adottato atti amministrativi o linee di indirizzo aziendali, altre ancora operano caso per caso.

La sentenza n. 204/2025 ha delimitato con chiarezza lo spazio di intervento regionale: le Regioni non possono definire i requisiti di accesso — riservati alla competenza statale — ma possono e devono disciplinare gli aspetti organizzativi e procedurali dell'assistenza, nell'esercizio della potestà concorrente in materia di tutela della salute. È esattamente in questo spazio che si colloca il documento che trasmettiamo.



SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

CORPORATE MEMBER OF THE INTERNATIONAL FEDERATION OF PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY (IFPE)

La disomogeneità che oggi si osserva non riguarda, del resto, soltanto i tempi e le modalità amministrative. Riguarda, in modo più profondo e meno visibile, il contenuto clinico della valutazione: a parità di condizioni, la stessa richiesta può ricevere risposte diverse a seconda del professionista incaricato, della sua formazione e degli strumenti che decide di utilizzare. Questa variabilità non è tollerabile in una procedura che incide su un diritto fondamentale e che, per sua natura, non ammette correzioni successive.

2. Il nodo critico: la capacità decisionale in presenza di condizioni psichiatriche

Fra i presupposti individuati dalla giurisprudenza costituzionale, la capacità di autodeterminarsi è l'unico che richieda un accertamento clinico di natura psicopatologica, ed è al tempo stesso quello privo di riferimenti metodologici condivisi. Ne derivano due rischi speculari e ugualmente gravi:

- un rischio di esclusione automatica, quando la sola presenza di una diagnosi psichiatrica — attuale o anamnestica — viene assunta come motivo di non idoneità, in contrasto con l'evidenza scientifica sulla natura specifica, funzionale e non dicotomica della capacità decisionale e con il principio di non discriminazione delle persone con disturbi mentali;
- un rischio di sottovalutazione clinica, quando la valutazione si esaurisce in un colloquio unico e non documentato, senza accertare se la richiesta sia espressione di una volontà stabile o piuttosto il prodotto di una sintomatologia acuta, potenzialmente reversibile e non adeguatamente trattata, oppure di condizioni di isolamento, coercizione o privazione assistenziale.

Le nostre due organizzazioni muovono da culture e mandati differenti — l'epidemiologia e la clinica psichiatrica dei servizi pubblici, da un lato; la tutela dell'autodeterminazione e dei diritti civili, dall'altro — ma convergono senza riserve su un punto: la libertà di scelta della persona è tutelata soltanto se la valutazione che la accerta è rigorosa, individualizzata, documentata e uguale su tutto il territorio nazionale. Una valutazione approssimativa non amplia l'autodeterminazione: la espone all'arbitrio. Una valutazione fondata su automatismi diagnostici non protegge la persona con disturbo mentale: la esclude preventivamente dall'esercizio di un diritto.

3. Che cosa contiene il Protocollo

Il documento allegato definisce un percorso valutativo strutturato, articolato in nove sezioni e corredato di tre schede operative direttamente utilizzabili nella documentazione istruttoria. I suoi elementi qualificanti sono:

- tre principi guida vincolanti: nessuna diagnosi psichiatrica costituisce di per sé criterio di non idoneità; la trattabilità e l'intrattabilità devono essere accertate con criteri clinici operativi ed esplicitamente documentate; la valutazione deve accertare non solo la competenza formale, ma anche l'autenticità della richiesta;



SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

CORPORATE MEMBER OF THE INTERNATIONAL FEDERATION OF PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY (IFPE)

- la valutazione delle quattro dimensioni della capacità decisionale secondo il modello MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T), adattato alla decisione specifica in esame e motivato dominio per dominio (Allegato A);
- criteri operativi di refrattarietà differenziati per diagnosi, con documentazione puntuale di trattamenti, dosaggi, durata, aderenza ed esito, e con distinzione esplicita fra intrattabilità clinicamente documentata e rifiuto informato di trattamenti disponibili ai sensi della legge 219/2017 (Allegato B);
- una valutazione autonoma dell'autenticità della richiesta, riferita alla coerenza con i valori e la biografia della persona e distinta dal giudizio di competenza formale (Allegato C);
- una procedura plurisessionale con almeno due colloqui a distanza di 7-10 giorni, colloqui individuali riservati in assenza di terzi, testistica validata e rivalutazione in caso di intervallo significativo prima dell'esecuzione;
- la second opinion psichiatrica indipendente obbligatoria quando la componente psichiatrica è rilevante, la ricognizione dei fattori sociali e assistenziali modificabili, la formazione dei componenti della Commissione e l'obbligo di motivazione analitica di ogni giudizio di non idoneità.

Il Protocollo non interviene in alcun modo sui requisiti di accesso, che restano quelli definiti dalla giurisprudenza costituzionale e che potranno essere disciplinati soltanto dal legislatore statale. Non esprime una posizione sul merito delle singole richieste. Definisce come si valuta, non chi ha diritto: è, in senso stretto, uno strumento di qualità e di garanzia procedurale, adottabile con atto amministrativo anche dalle Regioni che non dispongano di una legge in materia.

4. Che cosa proponiamo alle Regioni

Chiediamo a codesto Assessorato di valutare l'adozione delle seguenti misure, graduabili secondo il quadro organizzativo regionale:

- adozione del Protocollo quale riferimento tecnico regionale per la valutazione della capacità decisionale nelle procedure di suicidio medicalmente assistito, con recepimento delle schede di cui agli Allegati A, B e C nella documentazione istruttoria delle Commissioni aziendali;
- previsione stabile, nella composizione delle Commissioni multidisciplinari di valutazione, della figura dello psichiatra e dello psicologo clinico, con esplicitazione del rispettivo mandato valutativo;
- attivazione della second opinion psichiatrica indipendente nei casi in cui la componente psichiatrica sia rilevante ai fini della sofferenza riferita o della patologia di base, con individuazione di un elenco regionale di professionisti disponibili;



SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

CORPORATE MEMBER OF THE INTERNATIONAL FEDERATION OF PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY (IFPE)

- programma formativo obbligatorio per i componenti delle Commissioni su capacità decisionale, criteri di trattabilità, riconoscimento delle distorsioni cognitive associate a sintomatologia acuta e bias valutativi in entrambe le direzioni;
- attivazione di un flusso informativo minimo, in forma anonima e aggregata, sugli esiti delle valutazioni (numero di richieste, esiti, motivazioni delle sospensioni, tempi di procedura, ricorso alla second opinion), a fini di monitoraggio e di trasparenza;
- partecipazione a un tavolo tecnico interregionale di confronto sull'applicazione del Protocollo e sul suo aggiornamento periodico alla luce dell'evidenza scientifica e dell'evoluzione normativa.

5. Disponibilità

Qualora lo ritenesse, SIEP e Associazione Luca Coscioni offrono la propria disponibilità a illustrare il documento in sede di audizione o di incontro tecnico, a supportare la progettazione dei percorsi formativi e a collaborare alla definizione degli indicatori di monitoraggio, anche in vista di un futuro intervento del legislatore nazionale.

Nella convinzione che l'uniformità delle garanzie costituisca interesse condiviso sia da chi ritiene prioritaria la tutela della persona vulnerabile sia da chi valuta prioritaria la tutela dell'autodeterminazione, restiamo in attesa di un cortese riscontro e porgiamo i più cordiali saluti.

Per la SIEP

Fabrizio **Starace**

Il Presidente

Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica

Per l'Associazione Luca Coscioni

Filomena **Gallo**

La Segretaria

Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica

Allegato: Protocollo per la valutazione della capacità decisionale – Il ruolo dello psichiatra nella Commissione multidisciplinare per la valutazione delle richieste di suicidio medicalmente assistito (con Allegati A, B, C e schema di relazione narrativa).

Referenti per il seguito:

Roberta Spina - roberta.spina@associazionelucacoscioni.it - tel. 3478266860 (Associazione Luca Coscioni)

IL RUOLO DELLO PSICHIATRA NELLA COMMISSIONE MULTIDISCIPLINARE PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE DI SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

PROTOCOLLO PER LA VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DECISIONALE

La capacità di prendere decisioni libere e consapevoli rappresenta l'elemento cardine e più complesso dell'intera procedura. Lo psichiatra presente in Commissione ha il compito di accertare che la richiesta di suicidio medicalmente assistito sia l'espressione di un'autentica, libera, informata e stabile volontà di autodeterminazione del paziente in presenza di una patologia irreversibile, e non il frutto di un disturbo mentale acuto, di una distorsione cognitiva transitoria o di una condizione psicopatologica trattabile che alteri il giudizio.

Tre principi guida permeano l'intero documento:

- nessuna diagnosi psichiatrica, di per sé, costituisce criterio automatico di non idoneità: ogni valutazione è individualizzata e funzionale, motivata per iscritto caso per caso;
- la trattabilità e l'intrattabilità del disturbo psichiatrico eventualmente rilevante devono essere accertate con criteri clinici operativi ed esplicitamente documentate, distinguendo sempre l'intrattabilità reale dal rifiuto informato di trattamenti disponibili;
- la valutazione deve accertare non solo la competenza formale, ma anche l'autenticità della richiesta, ossia la sua coerenza con i valori stabili della persona, distinguendola da un desiderio di morte legato a sintomatologia acuta e potenzialmente reversibile.

1. Le Quattro Dimensioni della Capacità Decisionale (Criteri MacCAT-T)

Lo psichiatra, in collaborazione con lo psicologo, struttura l'esame clinico attraverso la valutazione formale delle quattro componenti della capacità decisionale, adattate dal modello MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T), applicate in modo specifico e individualizzato rispetto alla decisione in esame, e non come giudizio globale e generico sulla persona:

- **Comprensione:** la persona dimostra di aver compreso la diagnosi della patologia di base, la prognosi, le alternative disponibili (incluse le cure palliative e la sedazione palliativa) e la natura irreversibile del suicidio medicalmente assistito.
- **Apprezzamento:** la persona mostra reale consapevolezza delle implicazioni della decisione sulla propria vita, in assenza di idee deliranti, sintomi psicotici attivi o meccanismi di negazione difensiva della morte.
- **Ragionamento:** la persona pondera logicamente le opzioni disponibili, con coerenza rispetto alla propria storia personale e ai propri valori, in assenza di impulsività acuta o di disperazione riconducibile a sintomatologia psichiatrica florida e trattabile.
- **Espressione della scelta:** la persona comunica la propria volontà in modo chiaro, privo di ambiguità, e costante nel tempo, confermato in più sessioni valutative.

Ciascuna delle quattro dimensioni deve essere valutata e motivata singolarmente nella scheda di cui all'Allegato A, con indicazione esplicita degli elementi clinici osservati a sostegno del giudizio.

2. Valutazione Psicopatologica: Criteri Clinici Individualizzati

In conformità con l'evidenza scientifica disponibile sulla natura specifica e non dicotomica della capacità decisionale, lo psichiatra effettua un rigoroso approfondimento psicopatologico finalizzato a individuare, nel caso concreto, eventuali condizioni cliniche attuali che alterino la capacità decisionale rispetto alla richiesta in esame. La presenza, in anamnesi o in atto, di una diagnosi psichiatrica maggiore (a titolo esemplificativo: disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare, schizofrenia o altro disturbo dello spettro psicotico) non costituisce, di per sé, criterio di non idoneità. La diagnosi rileva come elemento di contesto che impone un approfondimento clinico rafforzato, una valutazione multidisciplinare e l'applicazione delle procedure di cui alle sezioni 3, 4 e 6, non come motivo di esclusione automatica.

Lo psichiatra accerta in particolare la presenza di condizioni cliniche che, secondo la letteratura scientifica, possono alterare selettivamente le dimensioni dell'apprezzamento e del ragionamento pur lasciando formalmente intatte la comprensione e l'espressione della scelta: sintomatologia depressiva acuta con disperazione, anedonia globale o convinzione di essere un peso per gli altri; sintomatologia psicotica attiva con deliri o allucinazioni pertinenti alla decisione; stati dissociativi; condizioni di coercizione, induzione o condizionamento esercitati da terzi. La presenza di tali condizioni, se clinicamente attive e potenzialmente reversibili, comporta la sospensione della procedura e l'avvio o la prosecuzione di un percorso di cura appropriato, con successiva rivalutazione.

Qualora la componente psichiatrica sia rilevante ai fini della sofferenza riferita dal paziente o della patologia di base, lo psichiatra valutatore deve dare atto esplicitamente, nella relazione, se tale componente sia stata considerata: (a) causa di possibile alterazione della capacità rispetto alla patologia organica sottostante; (b) essa stessa patologia irreversibile e fonte di sofferenza intollerabile; oppure (c) condizione comorbile concorrente rispetto a entrambe le ipotesi precedenti, specificando il percorso valutativo conseguentemente adottato.

3. Valutazione della Trattabilità e dell'Intrattabilità

Qualora emerga una componente psichiatrica clinicamente significativa, lo psichiatra procede a un accertamento strutturato della trattabilità del disturbo, secondo le seguenti definizioni operative, calibrate sulla diagnosi specifica e aggiornate allo stato delle conoscenze scientifiche correnti:

- **Depressione:** refrattarietà accertata dopo il fallimento documentato di almeno due trattamenti antidepressivi di classi farmacologiche differenti, a dosaggio adeguato e per durata sufficiente (di norma 6-8 settimane), con verifica dell'aderenza; valutazione dell'accesso a strategie di potenziamento farmacologico, psicoterapia strutturata evidence-based, e nei casi più severi a trattamenti di terza linea (ECT, stimolazione magnetica transcranica, esketamina), se praticabili e accettati dal paziente.
- **Disturbi dello spettro psicotico:** refrattarietà accertata dopo almeno due cicli adeguati di trattamento antipsicotico di classi differenti e, prima di ogni conclusione di refrattarietà, dopo un tentativo con clozapina, salvo controindicazione clinica documentata.

- Disturbo bipolare e altri quadri: refrattarietà valutata secondo i criteri clinici correnti propri della diagnosi, con documentazione equivalente a quella richiesta per gli altri disturbi.

Lo psichiatra documenta in modo puntuale, nell'Allegato B, tutti i trattamenti farmacologici, psicoterapici, di terza linea e riabilitativi offerti, con indicazione di dosaggi, durata, aderenza ed esito, prima di poter qualificare il disturbo come intrattabile. **La refrattarietà è definita come intrattabilità attuale**, valutata secondo le conoscenze mediche correnti e le opzioni terapeutiche ragionevolmente disponibili e accessibili al paziente, e non presuppone l'esclusione di ogni possibile sviluppo terapeutico futuro.

3.1 Distinzione tra rifiuto informato e intrattabilità

Lo psichiatra distingue esplicitamente, con motivazione scritta, l'intrattabilità clinicamente documentata dal rifiuto informato di trattamenti disponibili. Il rifiuto consapevole e stabile di un trattamento psichiatrico proposto, ai sensi della legge 22 dicembre 2017, n. 219, costituisce un diritto della persona e **non può essere di per sé utilizzato per negarne la capacità**. Tuttavia, ai fini della valutazione della trattabilità nel contesto della presente procedura, lo psichiatra verifica se le opzioni terapeutiche non tentate siano state proposte in modo adeguato, comprensibile e concretamente accessibile, e se il rifiuto sia esso stesso espressione di una scelta stabile e ponderata oppure, in tutto o in parte, sintomo della condizione psicopatologica oggetto di valutazione (ad esempio anedonia, disperazione, convinzione di indegnità). In quest'ultimo caso la procedura è sospesa e viene proposto un percorso di cura, fatto salvo il diritto della persona di rifiutarlo consapevolmente in un momento successivo.

4. Valutazione dell'Autenticità della Richiesta

Accanto alla verifica formale delle quattro dimensioni della capacità decisionale, lo psichiatra effettua una valutazione distinta, relativa all'autenticità della richiesta, intesa come coerenza tra la decisione espressa e i valori, gli impegni e le preferenze stabili della persona, quali riconoscibili nella sua storia di vita. Tale valutazione è volta a distinguere:

- un desiderio di anticipare la morte legato a sofferenza acuta, spesso fluttuante nel tempo e potenzialmente responsivo al trattamento della sintomatologia psichiatrica, del dolore fisico non controllato o dell'isolamento sociale;
- da una richiesta stabile, ponderata e coerente con valori personali di lunga data, che permane anche a fronte di un percorso di cura adeguatamente offerto e documentato secondo l'Allegato B.

Lo psichiatra dà atto, nella relazione finale, degli elementi biografici, valoriali e relazionali posti a fondamento del giudizio di autenticità, distinguendolo esplicitamente dal giudizio di competenza formale di cui alla sezione 1. Un esito positivo della valutazione di competenza non è sufficiente, in assenza di un corrispondente accertamento di autenticità, per concludere la procedura in senso favorevole.

5. Protocollo di Colloquio Clinico e Sessioni di Valutazione

La valutazione psichiatrica non può esaurirsi in un singolo colloquio, ma richiede una procedura plurisessionale articolata secondo le seguenti modalità:

- Almeno due sessioni valutative distinte, effettuate a un intervallo temporale di almeno 7-10 giorni l'una dall'altra, per accertare la stabilità e la persistenza della volontà nel tempo. In presenza di sintomatologia psichiatrica fluttuante, lo psichiatra può disporre, con motivazione scritta, sessioni aggiuntive o un intervallo più ampio, funzionale a documentare adeguatamente la stabilità della richiesta.
- Colloqui individuali riservati, condotti dallo psichiatra in collaborazione con lo psicologo in assenza di familiari, caregiver o terze persone, per garantire la totale libertà espressiva ed escludere forme di condizionamento ostile o latente.
- Somministrazione di testistica validata in collaborazione con lo psicologo: screening cognitivo (MMSE o MoCA); screening depressivo (PHQ-9); scheda strutturata di valutazione della capacità decisionale (MacCAT-T adattato, Allegato A); scheda di documentazione della trattabilità (Allegato B).
- Validità temporale del giudizio: il giudizio psichiatrico conclusivo ha una validità limitata nel tempo, da definirsi in sede aziendale in coerenza con la natura della patologia di base; qualora tra la conclusione della valutazione e l'esecuzione della procedura intercorra un intervallo di tempo significativo (> 8 settimane), è disposta una rivalutazione psichiatrica, con particolare attenzione a eventuali variazioni della sintomatologia, della sofferenza riferita e della stabilità della volontà.

6. Second Opinion Psichiatrica Indipendente

Qualora la componente psichiatrica sia rilevante ai fini della sofferenza riferita dal paziente o della patologia di base, la Commissione acquisisce obbligatoriamente il parere di un secondo psichiatra, indipendente dal primo valutatore e non coinvolto nel percorso di cura del paziente. In caso di disaccordo tra i due pareri, la Commissione esprime parere collegiale multidisciplinare, dando atto per iscritto delle ragioni della decisione finale adottata.

7. Valutazione della Dimensione Sociale e Relazionale

Lo psichiatra, in collaborazione con l'assistente sociale e con gli altri componenti della Commissione, effettua una ricognizione dei fattori sociali, economici, relazionali e assistenziali potenzialmente concorrenti nella formazione della richiesta, quali isolamento sociale, assenza di supporto familiare o di rete, difficoltà di accesso alle cure, condizioni abitative inadeguate o carenza di supporto assistenziale e dell'esito di eventuali precedenti interventi socioassistenziali e di inclusione sociale. Ove tali fattori risultino modificabili, viene proposto un intervento di supporto sociale e/o assistenziale prima della conclusione della valutazione, fatto salvo il diritto della persona di proseguire la richiesta.

8. Formazione dei Componenti della Commissione

I componenti della Commissione, e in particolare psichiatra e psicologo, partecipano a percorsi di formazione specifici sulla valutazione della capacità decisionale in ambito di fine vita, sui criteri di trattabilità dei principali disturbi psichiatrici, sul riconoscimento delle distorsioni cognitive associate a sintomatologia acuta e sui bias di valutazione, sia nella direzione di un eccesso di cautela fondato su automatismi diagnostici, sia nella direzione di un eccesso di permissività, al fine di garantire l'omogeneità e la qualità clinica delle valutazioni svolte.

9. Documentazione e Motivazione della Decisione

Ogni giudizio di non idoneità riferito, in tutto o in parte, a una componente psichiatrica è motivato per iscritto in modo analitico, con indicazione specifica degli elementi clinici osservati per ciascuna delle quattro dimensioni della capacità decisionale, dell'esito della valutazione di trattabilità (Allegato B) e dell'esito della valutazione di autenticità (sezione 4). È in ogni caso escluso un giudizio di non idoneità motivato con il mero richiamo a una categoria diagnostica, in assenza di un accertamento funzionale individualizzato.

ALLEGATO A: Scheda di Valutazione Psichiatrica della Capacità Decisionale (MacCAT-T Adattato)

Dominio capacità	Criteri clinici da accertare	Esito valutazione
1. Comprensione	Dimostra di aver compreso la diagnosi della patologia di base, la prognosi, le alternative di cure palliative/sedazione e la natura irrevocabile del suicidio medicalmente assistito.	☐ Adeguata ☐ Deficitaria — specificare elementi clinici osservati
2. Apprezzamento	Reale consapevolezza delle implicazioni sulla propria vita; assenza di idee deliranti, sintomi psicotici attivi o negazione difensiva della morte pertinenti alla decisione.	☐ Adeguato ☐ Deficitario — specificare elementi clinici osservati
3. Ragionamento	Ponderazione logica delle opzioni, coerenza con la propria storia personale e assenza di impulsività o disperazione riconducibile a sintomatologia psichiatrica attiva e trattabile.	☐ Adeguato ☐ Deficitario — specificare elementi clinici osservati
4. Espressione della scelta	Comunicazione della volontà in modo chiaro, privo di ambiguità e costante nel tempo (confermato in più sessioni).	☐ Adeguata ☐ Deficitaria — specificare elementi clinici osservati
5. Approfondimento psicopatologico	Presenza di condizioni cliniche attive che alterano, nel caso concreto, una o più delle dimensioni sopra indicate (v. sezione 2). La sola diagnosi nosografica, in assenza di alterazione funzionale attuale, NON costituisce criterio di non idoneità.	☐ Nessuna alterazione funzionale attuale rilevata ☐ Alterazione funzionale attuale rilevata e potenzialmente reversibile — procedura sospesa, percorso di cura proposto ☐ Alterazione non riconducibile a condizione trattabile — vedi Allegato B

Giudizio sintetico complessivo sulla capacità decisionale (da motivare integralmente in relazione allegata, con riferimento puntuale a ciascun dominio):

- ☐ **IDONEO:** il paziente possiede adeguata capacità di intendere, esprimere una scelta libera, consapevole e stabile nel tempo.
- ☐ **NON IDONEO** allo stato attuale: presenti condizioni psicopatologiche primarie/deficit cognitivo/coercizione esterna che compromettono la capacità decisionale, potenzialmente reversibili — procedura sospesa in attesa di trattamento e rivalutazione.
- ☐ **NON IDONEO** in modo motivato e specifico (non per mera presenza di diagnosi): indicare analiticamente gli elementi clinici a sostegno, distinti dalla categoria diagnostica di appartenenza.

Firma dello Psichiatra Valutatore: _____ Data: _____

ALLEGATO B: Scheda di Documentazione della Trattabilità

Trattamento	Dosaggio / modalità e durata	Aderenza	Esito
Farmacologico — 1ª linea			
Psicoterapia strutturata evidence-based			
Farmacologico — 2ª linea / potenziamento			
Trattamenti di 3ª linea (ECT, TMS, clozapina, esketamina)			
Interventi riabilitativi / psicosociali			

Opzioni terapeutiche non tentate: indicare se queste non sono state proposte, rifiutate consapevolmente dal paziente, o non accessibili, con relativa motivazione:

Giudizio sulla trattabilità:

- ☐ Trattabile: percorso terapeutico non esaurito — procedura sospesa, trattamento proposto/in corso.
- ☐ Intrattabile allo stato attuale delle conoscenze scientifiche e delle opzioni ragionevolmente disponibili — percorso terapeutico documentato come esaurito secondo i criteri di cui alla sezione 3.
- ☐ Rifiuto informato e consapevole di trattamenti disponibili, verificato come scelta stabile e non sintomatica — vedi motivazione sezione 3.1.

Firma dello Psichiatra Valutatore: _____ Data: _____

ALLEGATO C: Griglia di Valutazione dell'Autenticità della Richiesta

- Coerenza della richiesta con i valori e le scelte di vita documentabili nella biografia della persona:

- Stabilità della richiesta nel tempo, con riferimento alle sessioni valutative svolte:

- Presenza di elementi di fluttuazione riconducibili a sintomatologia acuta, dolore non controllato o isolamento sociale: _____
- Esito della valutazione di autenticità:
☐ Richiesta autentica e stabile ☐ Richiesta da rivalutare — elementi di fluttuazione rilevati

Firma dello Psichiatra Valutatore: _____ Data: _____

RELAZIONE DETTAGLIATA DEI COLLOQUI E DELLE VALUTAZIONI EFFETTUATE

Sezione narrativa a cura dello psichiatra valutatore, da compilare con la ricostruzione analitica di ciascuna sessione, degli elementi clinici osservati per ogni dominio della capacità decisionale, del percorso di accertamento della trattabilità e dell'autenticità della richiesta, e delle eventuali interlocuzioni con gli altri componenti della Commissione.