

Deliberazione N. 0000373 del 27/02/2026

Struttura Proponente: UOSD Rischio Clinico

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000458 del 26/02/2026

Oggetto:

AGGIORNAMENTO DELLE MISURE DI IMPLEMENTAZIONE AZIENDALE DELLA
RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 4 “PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN
OSPEDALE”

IL DIRETTORE GENERALE (*)
Angelo Aliquò

L'Estensore: **Luca Casertano**

Data 26/02/2026

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Luca Casertano**

Data 26/02/2026

Il Direttore della Struttura Proponente: **Luca Casertano**

Data 26/02/2026

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 27/02/2026

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **f.f. Miriam Piccini**

Data 27/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 27/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: 3903c0c8fd6f44a882f8b5e322f872457fc4084c25659279aaff2fcc98af386f

(*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 1353 del 18-8-2025 recante oggetto “Affidamento dell’incarico di direttore ad interim della struttura “UOSD Rischio Clinico” nell’ambito della Direzione Sanitaria al dott. Luca Casertano, ai sensi dell’art. 25 comma 4 CCNL 2019-2021 dell’area sanità”;

VISTA

l’atto di autonomia aziendale approvato con Delibera n. 150 del 3 febbraio 2025, che stabilisce che:

la Direzione Sanitaria e le strutture in staff ad essa afferenti monitorino le attività sanitarie ed agiscano sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi, a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l’integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance;

l’Azienda cura la stesura, revisione di PDTA e Procedure, per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure;

VISTO

il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, recante “Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”

VISTA

la Raccomandazione n. 4 del 2008 del Ministero della Salute “Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale”

CONSIDERATO CHE

- il suicidio in ambito ospedaliero rientra tra gli Eventi Sentinella di particolare gravità;
- la prevenzione del rischio suicidario costituisce elemento essenziale del sistema aziendale di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure;
- la Raccomandazione Ministeriale n. 4/2008 prevede l’adozione di procedure strutturate per:
 - l’identificazione precoce del rischio suicidario,
 - la stratificazione del rischio,

- l'adozione di misure organizzative e strutturali,
- la gestione degli eventi avversi;

RITENUTO OPPORTUNO	aggiornare i provvedimenti aziendali di recepimento ed attuazione della Raccomandazione Ministeriale n.4;
VISTO	l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, «Raccomandazione Ministeriale N. 4 “implementazione della raccomandazione n. 4 Ministero Salute: prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
RITENUTO OPPORTUNO	modificare i provvedimenti aziendali di recepimento ed attuazione della Raccomandazione Ministeriale n.4, adottando l'allegato documento citato al capoverso precedente in luogo di quelli attualmente vigenti;
CONSIDERATO	che le procedure aziendali saranno oggetto di periodica revisione triennale e che le procedure saranno rese accessibili e consultabili da tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul portale intranet di questa Azienda, nella pagina dedicata al Risk Management e alla Qualità;
VERIFICATO	che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell'Azienda;
ATTESTATO	che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

di modificare i vigenti provvedimenti di recepimento della Raccomandazione Ministeriale n.4, approvando l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, «Raccomandazione Ministeriale N. 4 “implementazione della raccomandazione n. 4 Ministero Salute: prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori coinvolti, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

**IL RESPONSABILE U.O.S.D. RISCHIO CLINICO
(Dott. Luca Casertano)**

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00018 del 12 febbraio 2025
- VISTA** la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;
- LETTA** la proposta di delibera, «aggiornamento delle misure di implementazione aziendale della Raccomandazione Ministeriale N. 4 “Prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale”» presentata dal Responsabile della UOSD Rischio Clinico;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

di modificare i vigenti provvedimenti di recepimento della Raccomandazione Ministeriale n.4, approvando l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, «Raccomandazione Ministeriale N. 4 “implementazione della raccomandazione n. 4 Ministero Salute: prevenzione delle condotte suicidarie in ospedale” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori coinvolti, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Angelo Aliquò)

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 1 di 43

	Gruppo di Lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	Staff di Coordinamento:				
	Fabio Del Duca	UOSD Rischio Clinico	Medico	02/02/2026	FIRMATO
	Marco Mastrucci		Infermiere		
	Anna Linda Patti	UOC Medicina Interna	Medico	02/02/2026	FIRMATO
	Componenti:				
	Rosa Bandiera	UOC SPDC ASL RM3	Medico	02/02/2026	FIRMATO
	Sonia Casimiri	Servizio Sociale – UOSD Coordinamento Aree Tempo Dipendenti	Ass. Sociale	02/02/2026	FIRMATO
	Eleonora Cirullo	UOC Medicina d’Urgenza-PS	Coordinatore	02/02/2026	FIRMATO
	Carlo Garufi	UOC Oncologia	Medico	02/02/2026	FIRMATO
	Claudio Gasperini	UOC Neurologia	Medico	02/02/2026	FIRMATO
	Emanuele Guglielmelli	UOC Medicina d’Urgenza-PS	Medico	02/02/2026	FIRMATO
	Roberto Locci	UOSD Rischio Clinico	P.O.	02/02/2026	FIRMATO
	Anna Rita Marucci	DIPRO	P.O.	02/02/2026	FIRMATO
	Anna Miani	UOSD PDTA Percorsi Ambulatoriali e Liste di Attesa	Medico	02/02/2026	FIRMATO
	Barbara Paggi	UOC Pediatria	Medico	02/02/2026	FIRMATO
Carlo Maria Previte	UOSD Coordinamento Aree Tempo Dipendenti	Medico	02/02/2026	FIRMATO	
Paola Ciurluini	Servizio Psicologia	Psicologa	02/02/2026	FIRMATO	

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 2 di 43

		Data	Firma
VERIFICA	Dott. Luca Casertano Responsabile UOSD Rischio Clinico	02/02/2026	FIRMATO
APPROVAZIONE	Dott. Gerardo De Carolis Direttore Sanitario Aziendale	Si veda atto deliberativo	
VALIDAZIONE	Dott. Angelo Aliquò Direttore Generale	Si veda atto deliberativo	

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
01	02/02/2026	Revisione	a cura del Responsabile UOSD Rischio Clinico

<i>TRASMESSE IL: 02/02/2026</i>	<i>CODIFICATO IL: 02/02/2026</i>	<i>DISTRIBUITO IL: Si veda atto deliberativo</i>
---------------------------------	----------------------------------	--

Lista di distribuzione (I livello)
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Direttori di Dipartimento
Direttori di Strutture Complesse
Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLECONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 3 di 43

INDICE

1.	PREMESSA	Pag.5
2.	SCOPO	Pag.8
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	Pag.9
4.	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	Pag.9
5.	DIAGRAMMA DI FLUSSO	Pag.11
6.	RESPONSABILITA'	Pag.12
7.	AZIONI	Pag.13
	7.1	Pag.13
		Prevenzione Primaria Pag.14
		Prevenzione Secondaria Pag.14
		Prevenzione Terziaria Pag.14
	7.2	Pag.15
		Fattori di rischio e fattori protettivi Pag.15
		Raccolta anamnestica Pag.17
		Esame Obiettivo Pag.18
		Approfondimento delle condizioni cliniche Pag.18
		Stratificazione dei Livelli di Rischio Suicidario ed Orientamenti Comportamentali Pag.19
	7.3	Pag.23
	7.4	Pag.28
		Pronto Soccorso Pediatrico Pag.28
		7.4.1.1 Procedure clinico assistenziali in P.S. Pediatrico Pag.29
	Pag.	Pronto Soccorso Generale Pag.30

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 4 di 43

		7.4.2.1	Procedure clinico assistenziali in P.S. Generale	Pag.30
	7.5		LE RESPONSABILITÀ PROATTIVE E REATTIVE	Pag.31
		7.5.1	Le Responsabilità Proattive	Pag.31
		7.5.2	Le Responsabilità Reattive. La gestione del suicidio e del tentato suicidio in Ospedale	Pag.31
	7.6		COMUNICAZIONE ESTERNA IN CASO DI SUICIDIO/TENTATIVO DI SUICIDIO	Pag.33
	7.7		FORMAZIONE E SUPPORTO DEL PERSONALE E DEI DEGENTI	Pag.34
		7.7.1	Formazione del Personale	Pag.34
		7.7.2	Supporto del personale	Pag.34
		7.7.3	Supporto agli altri degenti	Pag.35
8.			SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	Pag.35
9.			EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE	Pag.35
10.			MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO	Pag.36
11.			BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	Pag.36
12.			REVISIONE E AGGIORNAMENTO	Pag.37
13.			ALLEGATI	Pag.37

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 5 di 43

1. PREMESSA

Il suicidio viene definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'atto volontario di porre fine alla propria vita, condizionato da numerosi fattori individuali e ambientali. È il risultato di una complessa interazione tra aspetti bio-psico-sociali.

Nel rapporto dell'Oms denominato "Suicide worldwide in 2021: global health estimates" si stima che nel 2021 si sono verificati 727.000 casi di persone morte per suicidio. Il tasso globale nel 2021 di suicidio standardizzato per età era di 8,9 ogni 100.000 abitanti. I tassi variavano da paese a paese, da meno di un decesso per suicidio ogni 100.000 a quasi 40 ogni 100.000 [vedi figura sotto].

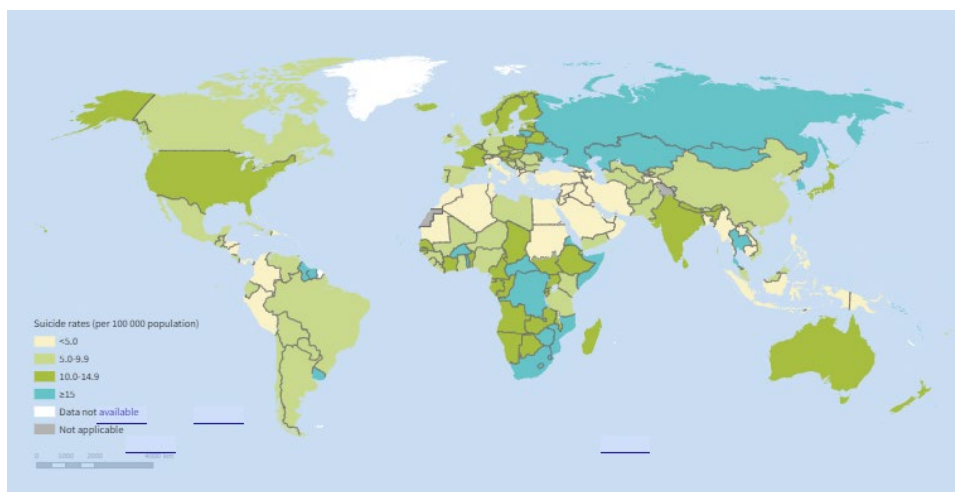


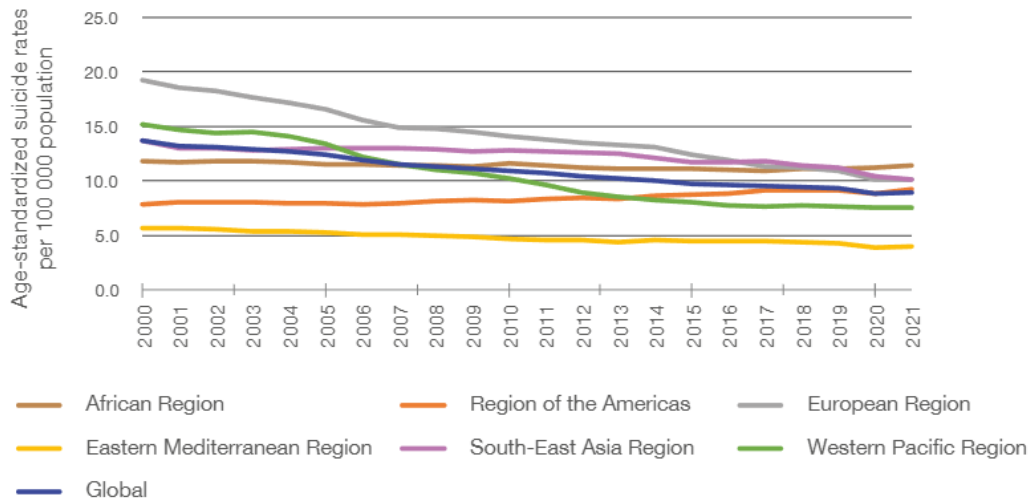
Figura 1 Frequenza di suicidi nel mondo. Tassi per 100.000 abitanti

Il tasso globale di suicidio standardizzato per età era più alto negli uomini (12,3 ogni 100.000) che nelle donne (5,6 ogni 100.000). Per quest'ultime, i tassi di suicidio più elevati nei singoli paesi hanno raggiunto il tasso di 20,3 ogni 100.000 abitanti, mentre per gli uomini hanno superato il 50,0 ogni 100.000.

A livello globale, il tasso di suicidio standardizzato per età era 2,2 volte più alto negli uomini che nelle donne. Un rapporto di suicidio tra uomini e donne superiore a uno indica che i tassi di suicidio sono più alti negli uomini che nelle donne. Questo rapporto è maggiore nei paesi ad alto reddito con 3,2 casi per 100.000 abitanti, con 3,0 nei paesi a basso reddito, 2,3 nei paesi a reddito medio-alto e 1,7 nei paesi a reddito medio-basso.

Tra il 2000 e il 2021, il tasso globale di suicidi standardizzato per età è diminuito del 35%. Le diminuzioni sono state diverse a seconda della regione dell'OMS: 3% in Africa, 26% nel Sud-Est asiatico, 30% nel Mediterraneo orientale, 48% in Europa e 50% nel Pacifico occidentale (Fig. 10). L'unica regione con un aumento è stata l'America, dove il tasso di suicidi standardizzato per età è aumentato del 17% nello stesso periodo di tempo. Il tasso globale è diminuito anche per i tassi di suicidio specifici per fascia d'età (ovvero 15-29 anni, 30-49 anni, 50-69 anni e 70+ anni) nello stesso periodo di tempo.

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 6 di 43



I motivi per questa riduzione costante dell'incidenza di suicidio dipendono da molteplici fattori, tra cui le politiche sanitarie adottate dagli organi istituzionali, come OMS, volte a ridurre del 12% entro il 2030 il tasso medio. Al fine di ridurre l'incidenza del suicidio, OMS 2021 propone l'attuazione di un approccio multisetoriale di sanità pubblica alla prevenzione del suicidio che punta ad implementare i 4 interventi chiave basati sull'evidenze scientifiche.

L'attuazione di politiche di prevenzione del suicidio su base sovranazionale ha comportato un globale interessamento dei governi nazionali nella gestione del rischio suicidario.

Con riferimento al tema suicidario, secondo lo psicologo Edwin Shneidman, esperto nello studio del suicidio, alla base di tale gesto vi è un dolore mentale insopportabile, da lui definito "tormento nella psiche" (Shneidman, 1993a). L'autore propone alcune domande chiave da rivolgere alla persona in crisi, come "Dove senti dolore?" e "Come posso aiutarti?", con l'obiettivo di comprendere e alleviare la sofferenza. Se il suicidio rappresenta per l'individuo una via per porre fine a questo dolore, il ruolo della figura di supporto diventa quello di intervenire per ridurre l'intensità (Shneidman, 2004; 2005). Shneidman identifica vergogna, colpa, rabbia, solitudine e disperazione come le principali fonti del dolore psicologico, tutte riconducibili alla frustrazione di bisogni psicologici fondamentali. Quando tali bisogni vengono negati o ignorati, il dolore che ne deriva può diventare intollerabile, portando la persona a considerare il suicidio come unica soluzione, dopo un processo interiore di valutazione delle alternative.

L'analisi psicologica del suicidio si confronta con l'analisi dei fattori di rischio condotta dall'Organizzazione Mondiale della Salute **individua**, nella popolazione generale, le seguenti categorie a rischio di suicidio: maschi in età giovane e adulta (18 - 44 anni); presenza di patologia psichica, in particolare depressione, inclusa la depressione post partum; schizofrenia e disturbi della personalità; traumi infantili e/o violenze subite; precedenti tentativi di suicidio o autolesionismo; lutto recente per un parente morto suicida; abuso di sostanze, alcolismo; malattie fisiche croniche e dolorose; cancro; HIV e disturbi neurologici.

Ulteriori fattori predittivi sono isolamento, emarginazione sociale, disoccupazione, disagio socio-economico, mancanza di legami affettivi stabili, eventi traumatici ed emigrazione.

Nel contesto precipuo del territorio italiano, nell'anno 2019, sono stati riscontrati 6.7

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 7 di 43

casi ogni 100.000 abitanti (circa 4.042 suicidi). Secondo i dati ISTAT, "Indagine su decessi e cause di morte", nel 2020 nel nostro Paese 3686 persone con età maggiore di quindici anni si sono tolte la vita, di queste il 77% erano uomini; il quoziente di mortalità per 10.000 abitanti è pari a 0.71, mentre quello standardizzato è pari a 0.67. I tassi di mortalità per suicidio sono più elevati nel Nord Italia, in particolare nelle Regioni del Nord- Ovest. Sia per gli uomini che per le donne i valori più bassi del tasso di suicidio si registrano nelle Regioni del Sud-Italia, escluse le isole.

Nello specifico nella Regione Lazio, nello stesso anno, si sono registrati 254 suicidi, di cui 196 uomini (77%) e 58 donne (23%); il quoziente di mortalità è pari a 0.51 per 10.000 abitanti mentre quello standardizzato è pari a 0.49.

Sempre secondo i dati ISTAT sulle principali cause di morte in Italia, tra i 15 ed i 24 anni il suicidio è la terza causa di morte dopo incidenti e tumori, mentre tra i 25 ed i 44 anni è la quarta causa di morte dopo incidenti, tumori e malattie dell'apparato circolatorio.

Pertanto, il Ministero della Salute ha inserito il suicidio in ospedale nella lista degli Eventi Sentinella, eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario; nel 2008 è stata emanata la specifica Raccomandazione Ministeriale n. 4 "Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale".

La prevenzione del suicidio richiede interventi mirati e coordinati: è fondamentale limitare l'accesso ai mezzi letali, promuovere una comunicazione responsabile da parte dei media, rafforzare le competenze socio-emotive nei giovani e garantire l'identificazione precoce e il supporto continuativo alle persone a rischio. Queste azioni, sostenute da un approccio multisettoriale e guidate dalle evidenze dell'OMS, possono salvare vite e ridurre significativamente il numero di suicidi.

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLECONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 8 di 43

2. SCOPO

Lo scopo del presente documento è di implementare la Raccomandazione del Ministero Salute n. 4/2008 "Prevenzione del suicidio dipazienti in ospedale" e di definire strategie organizzative e modalità operative da adottare per prevenire e ridurre i suicidi e i tentativi di suicidio.

Gli obiettivi strategici individuati sono:

- definire misure di prevenzione a carattere generale e di adeguamento degli ambienti ospedalieri in coerenza con la raccomandazione ministeriale;
- definire gli indicatori di potenziale rischio suicidario;
- stabilire un percorso di presa in carico multidisciplinare e integrata con le Agenzie del territorio per il paziente che accede in PS per ideazione suicidaria e/o gesto anticonservativo;
- stabilire un percorso clinico di assistenza multidisciplinare e integrata con le Agenzie del territorio per il paziente ricoverato che manifesta una ideazione/reazione suicidaria;
- adottare strategie di informazione, formazione e prevenzione per la sensibilizzazione di tutto il personale.

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 9 di 43

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento, in linea con la Raccomandazione n. 4/2008 del Ministero della Salute che recita: *"Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggiore rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di Emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio"*, è da intendersi applicabile in modo capillare a tutti i pazienti che accedono alle UU.OO. dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini.

A CHI	A tutti i professionisti sanitari e in tutte le Unità Operative dell'AOSCF che intervengono nei processi assistenziali
DOVE	In tutti i setting assistenziali dell'AOSCF
PER CHI	a tutti i pazienti che accedono alle UU.OO. dell'AOSCF
QUANDO	In tutte le fasi del ricovero del paziente (accettazione, ricovero e dimissione)

4. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

ASO	Accertamento Sanitario Obbligatorio
CAD	Centro Assistenza Domiciliare
CPSE	Coordinatore Infermieristico
CPSI	Infermiere
CSM	Centro di Salute Mentale
DSM e DP	Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
DEA	Dipartimento di Emergenza
GIPSE	Gestione Informazioni Pronto Soccorso Emergenza
MMG	Medico di Medicina Generale
OBI	Osservazione Breve Intensiva
PS	Pronto Soccorso
SerD	Servizio per le Dipendenze
SIMES	Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SPP	Servizio di Prevenzione e Protezione
TS	Tentativo di Suicidio
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
UU.OO.	Unità Operative

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 10 di 43

Di seguito è riportato un breve elenco di alcune definizioni utili nell'ambito delle presenti raccomandazioni:

- **Autolesionismo:** atto volontario auto-inflitto, distruttivo o lesivo, senza l'intenzione di morire.
- **Comportamento Parasuicidario:** condotte che comportano un inconsapevole o latente desiderio di morte (es. assunzione di sostanze, guida spericolata) e caratterizzate dalla ricerca del rischio estremo e una sfida con la vita.
- **Ideazione Suicidaria:** pensieri riferiti alla messa in pratica di azioni atte a produrre la propria morte, con gravità diverse a seconda dell'invasività e del grado dell'intento suicidario.
- **Intento Suicidario:** il paziente è intenzionato a commettere l'atto con chiara progettualità.
- **Minaccia di Suicidio:** verbalizzazione dell'intento di mettere in pratica un atto di suicidio.
- **Tentativo di Suicidio (TS):** segni di lesioni non fatali auto inferte con un comportamento potenzialmente capace di procurare la morte.
- **Rischio Suicidario:** stimato in base ad ideazione e/o comportamento di carattere potenzialmente anticonservativo.
- **Suicidio Mancato:** comportamento fallito di auto-soppressione, attuato senza spazio intenzionale per l'evitamento della morte.
- **Misure di contenimento del rischio suicidario:** modifiche strutturali ed organizzative rappresentate dalla Stanza di Sorveglianza Attiva, Stanza Degenza Protetta e Stanza di Sorveglianza Automatizzata utilizzate a scopo preventivo del rischio suicidario, a garanzia della salute, libertà individuale ed autodeterminazione del paziente.
- **Stanza di Sorveglianza Attiva:** Posto letto di degenza intraospedaliera nel reparto di pertinenza, con presenza di operatore dedicato.
- **Stanza Degenza Protetta:** unità di degenza intraospedaliera rappresentata da una stanza sottoposta a modifiche strutturali ed organizzative finalizzate a comprimere i fattori ambientali che possano permettere l'attuazione di dinamiche anti-conservative.
- **Stanza di Sorveglianza Automatizzata:** Posto letto di degenza intraospedaliera con presenza di presidi tecnici di monitoraggio video AI-aumentato con scansione costante e alert infermieristico.

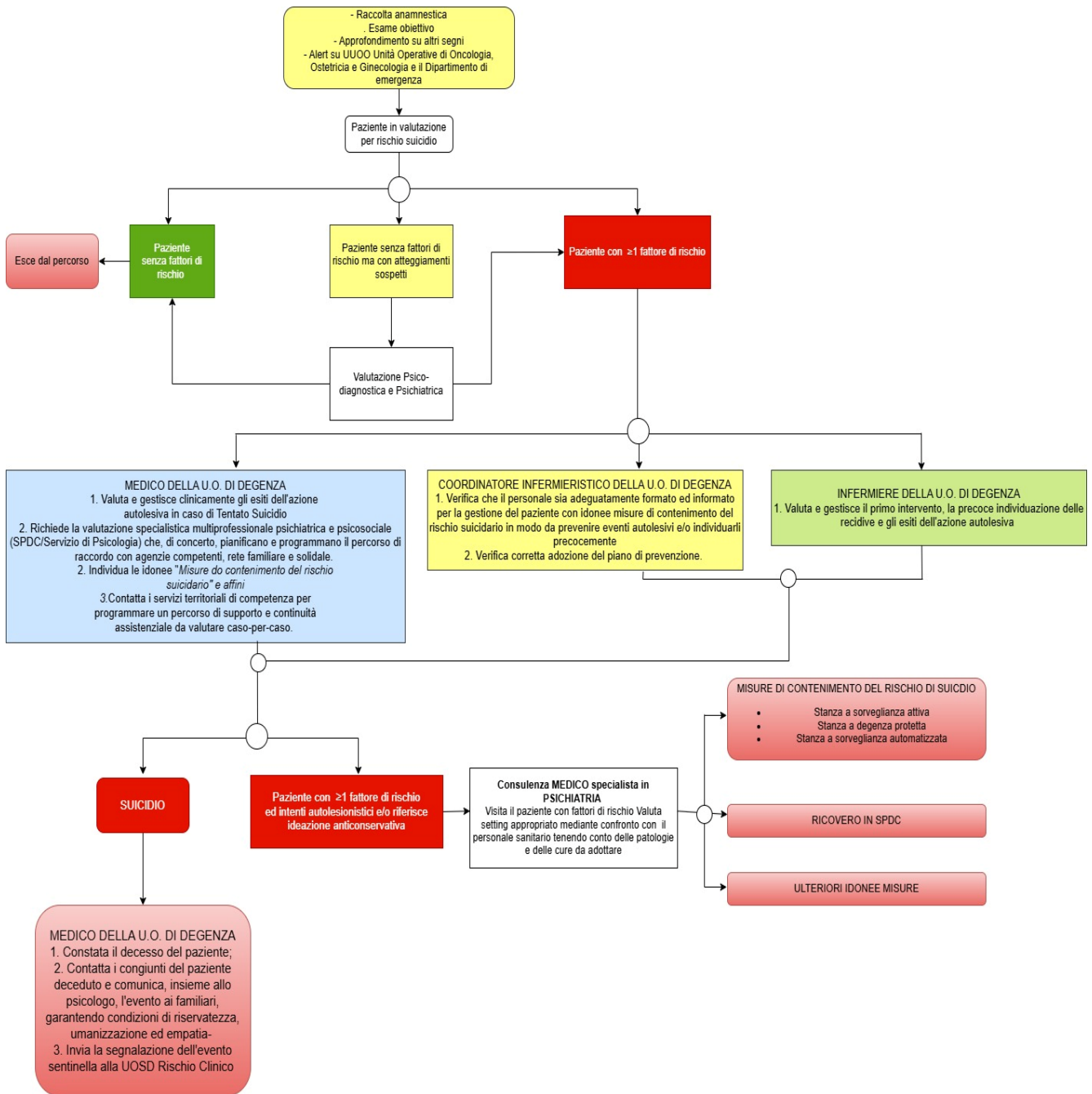
Procedura:
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05

**IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE
 N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE**

Rev. 01 del 02/02/2026
Pag. 11 di 43

5. DIAGRAMMA DI FLUSSO

In ambito sanitario, il suicidio è un evento sentinella è indicato fornire una flowchart, per guidare il sanitario nella gestione e prevenzione del rischio di suicidio intraospedaliero.



Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 12 di 43

6. RESPONSABILITÀ

Responsabilità Proattive

Attività / Operatore	DIRETTORE U.O.	MEDICO U.O.	CPSE	CPSI	PSICHIATRA
Valutazione adeguatezza strutturale e disponibilità di risorse operative	R	C	C	I	I
Raccolta dati	I	R	I	I	I
Risk Assessment	I	R	I	C	I
Piano di controllo preventivo	I	R	C	I	I
Individuazione del setting adeguato ≥1 Fattore di rischio	I	R	C	C	-
Individuazione del setting adeguato ≥1 Fattore di rischio ed intenti autolesionistici e/o riferisce ideazione anticonservativa	I	C	C	C	R

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

Responsabilità Reattive (tentato suicidio)

Attività / Operatore	DIRETTORE U.O.	MEDICO U.O.	PSICOLOGO	CPSE	CPSI	PSICHIATRA
Segnalazione tentate suicidio	QUALUNQUE OPERATORE					I
Gestione clinica del paziente	C	R	I	C	C	I
Richiesta di valutazione specialistica multiprofessionale psichiatrica e psicosociale	C	R	C	C	C	I
Prescrizione misure preventive	C	I	I	C	C	R
Informazione del percorso sanitario ai familiari/caregiver	C	R	I	C	C	I

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 13 di 43

Responsabilità Reattive (suicidio)

Attività Operatore	DIRETTORE U.O.	MEDICO U.O.	PSICOLOGO	CPSE	CPSI	RISK MANAGER
Segnalazione suicidio	QUALUNQUE OPERATORE					I
Constatazione decesso	I	R	I	C	C	I
Comunicazione ai familiari/caregiver	I	R	C	C	I	I

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

7. AZIONI

7.1 MISURE DI PREVENZIONE GENERALE

Come suggerito dalla Raccomandazione Ministeriale n.4 del 2008, lo strumento appropriato di prevenzione è rappresentato da:

- valutazione adeguata del paziente
- individuazione dei pazienti a rischio
- adozione di tutte le misure volte ad individuare fattori di criticità

Il presente documento intende sviluppare un modello proattivo al potenziale rischio suicidario dei pazienti ricoverati e di quelli che accedono in PS; pertanto, è necessario stabilire un algoritmo decisionale per porre in atto alcuni piani di comportamento assistenziale in grado di rilevare precocemente manifestazioni significative da parte del paziente e attivare risposte coerenti con la significatività stessa delle manifestazioni.

La problematica prevalente è correlata con la possibilità ridotta di intercettare i segni prodromici di un comportamento potenzialmente autodistruttivo, segni che devono essere individuati dal personale sanitario medico durante i colloqui di raccolta anamnestica con i pazienti e con i familiari, nonché dall'infermiere che garantisce l'assistenza nell'arco delle 24 ore. L'infermiere, nell'ambito dei processi assistenziali, può individuare le condizioni per formulare specifiche diagnosi utili a delineare un profilo di rischio potenziale per i singoli pazienti.

La metodologia utilizzata si basa sull'inquadramento del fenomeno e delle risposte preventive terapeutiche ed assistenziali secondo la stratificazione delle azioni di interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 14 di 43

7.1.1 Prevenzione Primaria

La prevenzione primaria comprende le azioni rivolte al contesto di cura:

- L'elemento ambientale e strutturale è l'unico fattore di rischio su cui si può intervenire con certezza, e a tal fine risulta di fondamentale rilevanza che venga garantito il contributo dell'ufficio tecnico ed economico. La ridefinizione fisica ed architettonica degli ambienti è raccomandata al fine di garantire la sicurezza, il controllo e il monitoraggio del paziente a rischio; ad esempio, infissi non in sicurezza, scale ed accessi all'esterno non inibiti e/o non vigilati da sistemi di controllo, possibilità di accedere ad aree e locali non destinati alla degenza;
- Misure preventive potenzialmente adottabili in termini di sicurezza ambientale, strutturale ed ausili (a titolo esemplificativo: posate di plastica e piatti infrangibili, quadri ben fissati al muro con vetri di sicurezza, specchi di sicurezza nei bagni, strumenti e attrezzature attentamente custoditi, vetri antisfondamento e ringhiere, maniglie delle porte con requisiti di sicurezza, protezione dei raccordi per ossigeno ed aspirazione, soffioni doccia fissi e con disegno che ne impedisca l'appiglio, letti ad altezza variabile per adattarli anche ai materassi antidecubito e necessità di spondine protettive, campanelli di allarme non appesi a soffitti/pareti, eventuali impianti di videosorveglianza in aree non presidiate o critiche);
- Circolarità e accuratezza delle informazioni tra le équipe curanti;
- Comunicazione con il caregiver/familiari;
- promozione della cura della relazione e della qualità percepita nell'interazione clinico-assistenziale con il paziente, con caratteristiche di ascolto, empatia e promozione di coping.

7.1.2 Prevenzione Secondaria

La prevenzione secondaria prevede, anche con l'ausilio di strumenti psicodiagnostici, indagini di screening dei soggetti potenzialmente a rischio di suicidio e l'applicazione di interventi assistenziali con finalità protettive:

- Individuazione del paziente a rischio suicidario
- Monitoraggio degli indicatori comportamentali prodromici ad un passaggio all'attosuicidario
- Piano di intervento specifico per la gestione del paziente a rischio suicidario

7.1.3 Prevenzione Terziaria

La prevenzione terziaria comprende il percorso di cura per la prevenzione delle recidive tentativi di suicidio precedentemente falliti, ovvero:

- Applicazione di strumenti di Risk Assessment di potenziale recidiva suicidaria;
- Implementazione del percorso di liaison clinico assistenziale con le Agenzie del territorio per i pazienti ad elevato rischio e/o con pregresso tentativo di suicidio.

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 15 di 43

7.2 IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO

Tutti i pazienti che accedono in Ospedale, anche quelli senza una storia di precedenti gesti anti conservativi, sono da considerare potenzialmente a rischio di compiere un tentato suicidio.

Per questo, il personale sanitario, soprattutto delle UU.OO. considerate più a rischio (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza), deve conoscere e utilizzare i metodi per cercare di prevenire il tentato suicidio/suicidio, attuando un'efficace ed appropriata presa in carico che preveda le seguenti attività:

- Identificazione dei pazienti a rischio di comportamento suicidario (vedi dopo - anamnesi medica).
- **Stratificazione** del rischio di suicidio mediante fattori di rischio e precedenti anamnestici con conseguente individuazione del setting adeguato, e rivalutazione periodica dell'appropriatezza del ricovero.
- Attuazione delle misure/strategie preventive e di sicurezza orientate alla prevenzione del tentato suicidio/suicidio;
- Definizione e attuazione di un percorso clinico/assistenziale adeguato al profilo di rischio.

7.2.1 Fattori di rischio e fattori protettivi

In linea con la Raccomandazione Ministeriale n. 4, le evidenze della letteratura scientifica e le linee guida internazionali indicano tra i fattori di rischio da tenere in considerazione alcuni c.d. "generali":

- a. Sesso maschile;
- b. Esperienze sfavorevoli nell'Infanzia, abuso ed episodi di violenza e bullismo;
- c. Età compresa tra 20 e 30 anni o sopra i 60 se soggetti di sesso maschile; avere meno di 25 anni o intorno ai 45 se soggetti di sesso femminile;
- d. Situazione coniugale: essere uomini separati o divorziati (a qualsiasi età) o avere più di 60 anni e vivere da soli;
- e. Disturbi psicopatologici, come ad esempio gli stati depressivi, e ogni situazione caratterizzata da un'intensa sofferenza psicologica che superi le capacità dell'individuo di fronteggiarla. È raccomandabile che la valutazione e l'assistenza di questi pazienti coinvolga il contesto di vita e le risorse familiari e relazionali, coinvolgendo le Agenzie del territorio e di comunità;
- f. Uso o abuso di sostanze, talvolta in comorbilità con altri disturbi psichiatrici;
- g. Eventi traumatici recenti, gravi malattie fisiche, terminali, croniche, invalidanti con vissuti di perdita di speranza o che minacciano la vita o l'integrità del soggetto;
- h. Lutto recente per un familiare o parente suicida o perdite precoci nell'infanzia (es. la perdita di uno o entrambi i genitori);
- i. Episodi di autolesionismo o precedenti TS;
- j. Relazioni affettive con le persone significative, le modalità di rapporto, cambiamenti, rottura del legame ed elaborazione dell'abbandono;
- k. Condizioni di isolamento sociale e familiare, di vulnerabilità e fragilità;
- l. Perdita del lavoro o del ruolo sociale;
- m. Emigrazione;
- n. Familiarità per suicidio o ambiente familiare ad alta emotività espressa;

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 16 di 43

o. Periodo post-partum.

Per i **pazienti in età evolutiva** (preadolescenti e adolescenti), si aggiungono:

- a. Stati mentali a rischio, isolamento e ritiro sociale;
- b. Disregolazione emotiva e impulsività;
- c. Genitorialità negativa, conflittualità aperta, Emotività Espressa alta;
- d. Accesso ad armi o altri metodi letali;
- e. Sesso maschile, esposizione alle strutture sociali di omofobia e transfobia;
- f. Suicidi e tentati suicidi nel gruppo dei pari;
- g. Somministrazione di terapia farmacologica con antidepressivi.

Nel caso dei **pazienti in età avanzata**, gli indicatori di rischio sono:

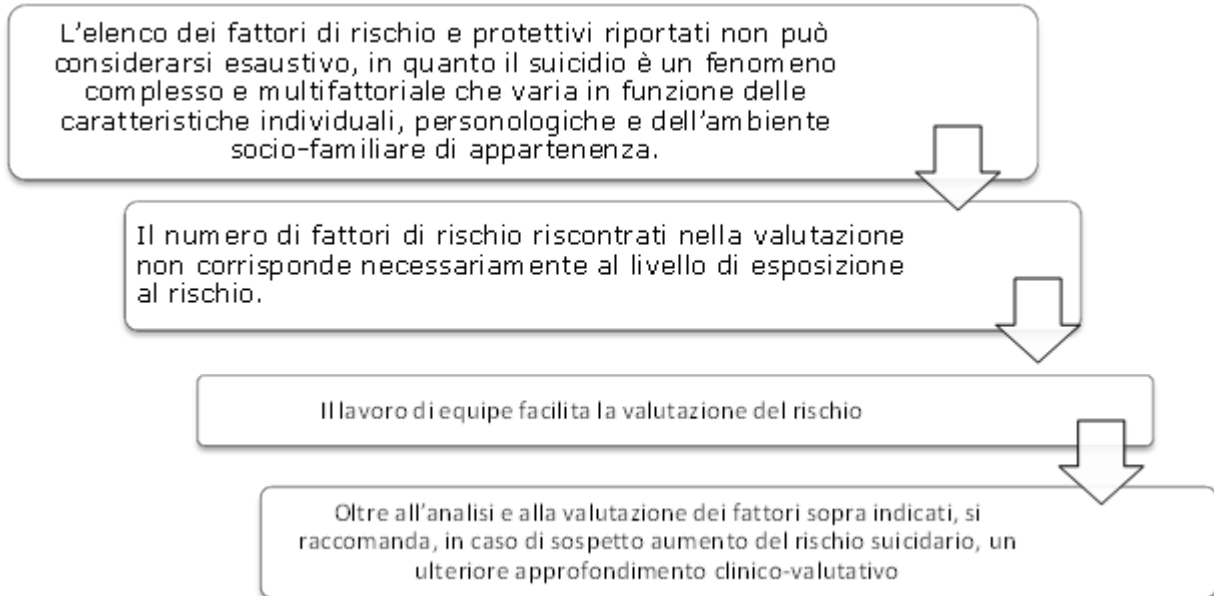
- a. Problemi relazionali cronici
- b. Preoccupazione di essere un "peso per gli altri"
- c. Incomprensioni e tensioni con il caregiver
- d. Precarietà e incertezza dal punto di vista alloggiativo
- e. Vissuti di vuoto, solitudine ed emarginazione sociale

All'interno del percorso di valutazione del paziente sono considerati come potenzialmente **protettivi** i seguenti fattori:

- a. Supporti e rete sociale validi;
- b. Rapporto significativo, supportivo e continuativo con un caregiver;
- c. Legami affettivi stabili e presenza di figli a carico;
- d. Assenza di depressione e/o abuso di sostanze;
- e. Controllo dell'impulsività;
- f. Percorsi psicologici con una buona *compliance*;
- g. Possibilità di accesso alle cure e alle risorse sanitarie, in particolare a quelle di salute mentale;
- h. Soddisfazione di vita;
- i. Adeguate risorse e strategie di problem solving e di coping;
- j. Gravidanza;
- k. Progettualità;
- l. Buona autostima, fiducia in sé stessi;
- m. Consapevolezza che le figure di riferimento conoscono l'ideazione anticonservativa;
- n. Senso di appartenenza.

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 17 di 43

Alcuni principi di fondo evidence-based:



Interrogare esplicitamente un paziente sul suicidio non aumenta la probabilità di ideazione e comportamento suicidario (APA, 2003; NZGG, 2003).

7.2.2 Raccolta anamnestica

Il personale sanitario deve effettuare un'attenta e completa anamnesi medica, in un clima accogliente che favorisca una comunicazione empatica e un ascolto attivo, al fine di identificare i potenziali fattori di rischio suicidario.

La raccolta anamnestica, finalizzata ad una stima probabilistica del rischio suicidario, dovrà porre particolare attenzione ai fattori sopra indicati e a quelli previsti dalla Raccomandazione Ministeriale n. 4 al paragrafo 4.1.1 "Anamnesi":

- la ricostruzione remota e recente della storia di vita del paziente (diagnosi cliniche e di tipopsicosociale; pregressi agiti autolesivi, familiarità per suicidio, abusi sessuali, avversità significative nel corso della vita);
- l'analisi delle caratteristiche anagrafiche, socio-economiche-culturali (sesso maschile; età tra i 15 e 24 anni o superiore ai 65 anni, isolamento sociale; perdita di un rapporto affettivo fondamentale, perdita di situazioni lavorative, economiche o di studio);
- le condizioni di salute (sindromi cerebrali organiche, patologia terminale; patologia psichiatrica come, ad esempio, disturbi dell'umore e psicotici, disordine di personalità caratterizzati da discontrollo degli impulsi, tratti narcisistici, personalità di tipo borderline o antisociale, esordi in età evolutiva, abuso e ogni forma di dipendenza; disturbi di ansia, insonnia);
- La rilevazione di altri indicatori, tra cui: difficoltà di ragionamento, commenti o battute sul suicidio, affermazioni concernenti l'assenza di speranza, assenza di significato, inutilità, impotenza, disperazione, rabbia, bassa stima di sé, autodenigrazione, percezione che gli eventi siano catastrofici, iper generalizzazione, lettura degli eventi esterni come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 18 di 43

di giudizio, allucinazioni concernenti il suicidio, senso di colpa, mancanza di progetti per il futuro, eccessiva attenzione alla donazione degli organi, eccessivo interesse o disinteresse per la religione o recente cambio di atteggiamento nei confronti della stessa, possesso "maniacale" di farmaci, pensiero fisso sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari.

7.2.3 Esame Obiettivo

I dati anamnestici ed i fattori di rischio suicidario eventualmente emersi durante il colloquio devono essere riportati nella cartella clinica, al fine di rendere edotta l'équipe multiprofessionale medico- infermieristica.

Qualora dall'anamnesi medica emergessero elementi sospetti, il medico è tenuto a procedere con l'esame obiettivo mirato alla rilevazione di eventuali segni di:

- Recenti/pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari (quali cicatrici, segni di fratture etc.);
- Abuso/dipendenza da alcool/sostanze stupefacenti;
- Eventuale sindrome da astinenza

7.2.4 Approfondimento delle condizioni cliniche

Nei pazienti con fattori di rischio, è opportuno approfondire indizi, segnali e/o elementi suggestivi o sospetti in particolare nei pazienti con patologia psichiatrica grave (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini della personalità con comportamento aggressivo e impulsivo), sindromi cerebrali organiche, patologie oncologiche e/o cronico-degenerative dell'anziano e nell'età avanzata.

Schematizzando, eventuali indizi e/o segnali e/o elementi suggestivi/sospetti che richiedono particolare attenzione ed approfondimento riguardano il paziente che:

- ha una chiara patologia psichiatrica, soprattutto depressiva;
- esprime una franca ideazione suicidaria, minaccia o pianificazione, o parla indirettamente di suicidio o di morte, o esprime temi di disperazione ed inutilità;
- giunge nella struttura sanitaria dopo aver realizzato un TS;
- fa scorte di farmaci;
- mostra cambiamenti nella personalità o nell'umore;
- abbia subito o abbia timore di subire una grave perdita a seguito della diagnosi di patologia (es. una patologia oncologica, amputazione di arto o patologie a prognosi infausta);
- presenta alterazioni dell'umore nel post-partum o che sperimenta decesso del neonato;
- si trova in uno stato organico confusionale che comporta un aumento del rischio di incidenti ad esito fatale (es. defenestrazione accidentale);

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 19 di 43

- presenta pregressi atti anticonservativi, familiarità per gli stessi, accadimenti esistenziali di varia natura (per es. separazioni, lutti, abusi sessuali etc.) più o meno recenti, che vengono riferiti con una reazione emotiva, intensa o assente.

7.2.5 Stratificazione dei Livelli di Rischio Suicidario ed Orientamenti Comportamentali

La valutazione di primo livello permetterà la stratificazione dei livelli di rischio suicidario, da intendersi come una variabile dinamica, per cui l'equipe multiprofessionale deve monitorare il percorso di valutazione e rivalutazione del paziente, con un'osservazione personalizzata che integri le diverse competenze e saperi professionali al fine di poter assistere, sostenere e accompagnare il paziente ed eventualmente rilevare ulteriori aspetti, come comportamenti, comunicazioni verbali e non verbali suggestive, che lascino presagire un agito anticonservativo. In base alla stratificazione del rischio, si possono identificare tre differenti livelli:

1) Livello **ORDINARIO**

Il rischio suicidario non è evidenziabile in quanto assente o assolutamente insospettabile in relazione alla raccolta dati effettuata sia in contesti a maggior rischio sia negli altri setting di cura;

2) Livello **DI SOSPETTO**

Il rischio suicidario non è chiaramente evidenziabile sebbene, in seguito a colloqui con il personale sanitario del PS o delle UU.OO., all'osservazione diretta di comportamenti/atteggiamenti sospetti, può essere ipotizzabile un indebolimento, anche transitorio, della volontà e della progettualità auto conservativa da parte del paziente;

3) Livello **DI RISCHIO (Almeno n. 1 fattore di rischio)**

Il rischio suicidario è percettibile ed evidenziabile per le dichiarazioni e le intenzioni manifeste anticonservative, per i tentativi falliti e/o dimostrativi e per numerosità ed intensità espressiva, nel corso del tempo, dei fattori di rischio sopra riportati. Il trattamento e la gestione dei pazienti di livello "a rischio" dovranno essere garantiti nella UOC di destinazione/degenza, dall'equipe multiprofessionale (Medico-Psichiatra-Psicologo-Infermiere), ad eccezione dei casi in cui lo specialista psichiatra, chiamato in consulenza, ravvisi un quadro clinico complessivo di sua pertinenza e competenza che necessita il ricovero nel SPDC; altresì può fornire, ove necessario, indicazioni sulle modalità di gestione della permanenza in ospedale, ad esempio la terapia psicofarmacologica.

In caso di rifiuto al ricovero da parte del paziente, occorre valutare se sono presenti i presupposti di legge per un Accertamento/Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Infine, in caso di rifiuto delle cure e allontanamento contro parere del sanitario, si

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 20 di 43

raccomandandi definire il percorso extraospedaliero che può prevedere un appuntamento ambulatoriale presso il Servizio di Psicologia dell'Ospedale, di inviare/segnalare ai Servizi di salute mentale competenti, di contattare il MMG e, acquisito il consenso, i familiari e la rete amicale al fine di garantire la continuità assistenziale.

Dalla stratificazione del rischio sono articolati i seguenti orientamenti comportamentali:

1) Livello **ORDINARIO**

Comportamenti assistenziali non specificatamente orientati alla prevenzione di azioni anticonservative e caratterizzati da un atteggiamento professionale di comprensione empatica del paziente e delle sue manifestazioni;

2) Livello **DI SOSPETTO**

In via preliminare mantenere una relazione accogliente ed empatica all'interno della quale il paziente possa comunicare i propri stati di sofferenza, sentirsi accolto e ascoltato, ed esprimere eventuali vissuti di ansia, paura, agitazione e i pensieri negativi; in via cautelativa adottare le misure di sicurezza ambientale e organizzativa al fine di ridurre la disponibilità/accesso a quelle condotte e a quei mezzi che, potenzialmente, potrebbero essere messe in atto per:

- a. l'impiccamento (ad esempio lacci e cinture);
- b. la precipitazione;
- c. l'utilizzo di oggetti taglienti e pericolosi;
- d. nelle forme più subdolamente premeditate, l'accumulo di farmaci e l'auto-avvelenamento con questi ultimi (al fine di ridurre questa evenienza, prescrivere possibilmente terapie per via parenterale piuttosto che per via orale al fine di ridurre la possibilità di accumulo illecito di compresse).

Inoltre, è prevista fin dal primo sospetto la richiesta tempestiva di valutazione specialistica multiprofessionale congiunta di tipo psicosociale e psichiatrico a cura del Servizio di Psicologia e del SPDC, al fine di:

- a. valutare e monitorare l'andamento e l'intensità espressiva del rischio suicidario nel corso del tempo, supportato dall'utilizzo di test psicodiagnostici e scale cliniche, a seguito delle quali prescrivere orientamenti operativi assistenziali coerenti con il rischio suicidario;
- b. prescrivere eventuale terapia psicofarmacologica;
- c. effettuare colloqui clinici psicologici di sostegno e contenimento con il paziente, ponendo attenzione al caregiver e ai figli;
- d. pianificare e realizzare fin dall'inizio il percorso di liaison con le Agenzie del territorio;

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 21 di 43

e. effettuare un'eventuale valutazione socio ambientale;

Il Responsabile medico, o un suo delegato, e il coordinatore infermieristico, ciascuno per quanto di competenza, devono fin dall'inizio:

- a) informare tutto il personale sul sospetto del potenziale rischio suicidario;
- b) prestare particolare attenzione nelle ore serali, notturne, nei festivi e quando il rapporto numerico tra personale e pazienti potrebbe essere ridotto;
- c) limitare le situazioni in cui il paziente può rimanere da solo (ad esempio, stanza di degenza a più letti o stanza attrezzata dedicata);
- d) segnalare tempestivamente i casi di nutrizione alterata (superiore/inferiore al bisogno), indebolimento della capacità psicologica e motivazionale a raggiungere e mantenere un sufficiente livello di autonomia nella cura di sé e del proprio aspetto e alterazioni del ritmo sonno/veglia;
- e) attivare l'equipe multiprofessionale.

3) Livello DI RISCHIO

In caso di sospetto fondato di rischio suicidario, il Responsabile medico ed il Coordinatore infermieristico, ciascuno per propria competenza, attivano nell'immediato il complesso delle seguenti misure precauzionali:

- a. Informare tutti gli operatori della presenza in reparto di un paziente a rischio di suicidio con obbligo di segnalazione tempestiva per ogni situazione di potenziale pericolo;
- b. Spostare il paziente in una stanza in cui potrebbe essere garantito un maggior controllo da parte del personale o, ove presente, in una stanza/area attrezzata dedicata;
- c. Controllare gli effetti personali del paziente e allontanare/vigilare sui possibili mezzi/strumenti di autolesionismo (a titolo esemplificativo: farmaci personali, cinture, cravatte, lacci, sacchetti di plastica, set da flebo, aghi, termometri, accendini, oggetti taglienti di ogni tipo e forma, profumi e detergenti, cuffie acustiche/caricatori di cellulare);
- d. Informare e sensibilizzare i familiari e i visitatori affinché si astengano dal portare al paziente strumenti potenzialmente pericolosi;
- e. In caso di trasferimento in altra UU.OO. dell'ospedale, informare accuratamente il personale medico e infermieristico di destinazione;
- f. Attivare tempestivamente l'equipe multiprofessionale congiunta di tipo psicosociale e psichiatrico che, in accordo con quella medica, oltre gli interventi sopra indicati, può indicare ulteriori e complementari misure precauzionali, quali ad esempio:
 - Ogni membro del personale sanitario concorre alla valutazione del paziente che appare a rischio di suicidio, per poi richiedere la valutazione del medico specialista in Psichiatria.
 - Lo specialista in Psichiatria valuta la persistenza di patologie psichiatriche, indicando l'eventuale necessità di un percorso terapeutico psichiatrico, anche attuando le procedure previste dalla Legge 833/78 in caso di rifiuto alle cure del paziente

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 22 di 43

psichiatrico pericoloso per sé e per altri, in caso che le stesse cure non possano essere offerte al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

- Nel caso in cui il medico specialista in psichiatria riconosce la mancata sussistenza di patologia psichiatrica in atto, ad esempio in pazienti anziani con patologie dementigene, si invia il paziente in stanza con idonee misure per il contenimento del rischio suicidario (vedi criteri organizzativi e strutturali).
- In caso di paziente con patologia psichiatrica a rischio suicidio in altro setting (i.e. paziente con tentativo di suicidio per precipitazione, con fratture multiple necessitanti di trattamento intensivologico/trauma), occorre inviare il paziente nel reparto per acuti di riferimento, attuando – ove possibile e soprattutto in caso di allettamento – le idonee misure strutturali (Misure di contenimento del rischio suicidario), per poi rivalutare il paziente. In caso di sopraggiunta stabilità “appoggiare” il paziente presso l'unità di degenza, dove sono applicate le idonee misure di contenimento del rischio suicidario.

Le misure di prevenzione sono le seguenti:

- **Stanza di Sorveglianza Attiva:** Posto letto di degenza intraospedaliera nel reparto di pertinenza, con potenziamento dell'assistenza da parte di operatore sanitario. In caso di motivata assenza di personale sanitario per carenza di risorse, si individua il personale dipendente non addetto all'assistenza da assegnare all'attività di vigilanza del paziente. Il personale dipendente assegnato al paziente ha lo scopo di allertare prontamente il personale sanitario in caso di necessità. Qualora, anche il personale dipendente non addetto all'assistenza risultasse non disponibile, in ultima ipotesi, è possibile fare ricorso a personale di supporto da individuarsi a società esterne.
- Tale misura deve essere utilizzata, su indicazione del consulente psichiatra, nelle more dell'adeguamento strutturale dell'Azienda alle misure di cui ai due successivi punti elenco. La misura va anche attuata nel caso di paziente ritenuto dal consulente psichiatra eleggibile per il ricovero in SPDC ma in assenza di assenza di disponibilità di posto letto.
- **Stanza Degenza Protetta:** unità di degenza intraospedaliera rappresentata da una stanza sottoposta a modifiche strutturali ed organizzative finalizzate a comprimere i fattori ambientali che possano permettere l'attuazione di dinamiche anti-conservative. Tale locale deve essere utilizzato, ove disponibile, in caso di paziente in classe di rischio “sospetto”.
- **Stanza di Sorveglianza Automatizzata:** Posto letto di degenza intraospedaliera con presenza di presidi tecnici di monitoraggio video AI-aumentato con scansione costante e sistema di alert. Tale locale deve essere utilizzato, ove disponibile, in caso di paziente in classe di rischio sospetto o a rischio.

Il medico di reparto, all'esito del lavoro svolto dall'equipe multidisciplinare (psichiatra-psicologo) e da quanto riportato nella consulenza psichiatrica, decide quando revocare la sorveglianza.

- Autorizzare la presenza di familiari e/o caregiver e amici dopo aver condiviso la decisione con il paziente (misura fortemente raccomandata).
- Intensificare la frequenza dei colloqui psicologici.

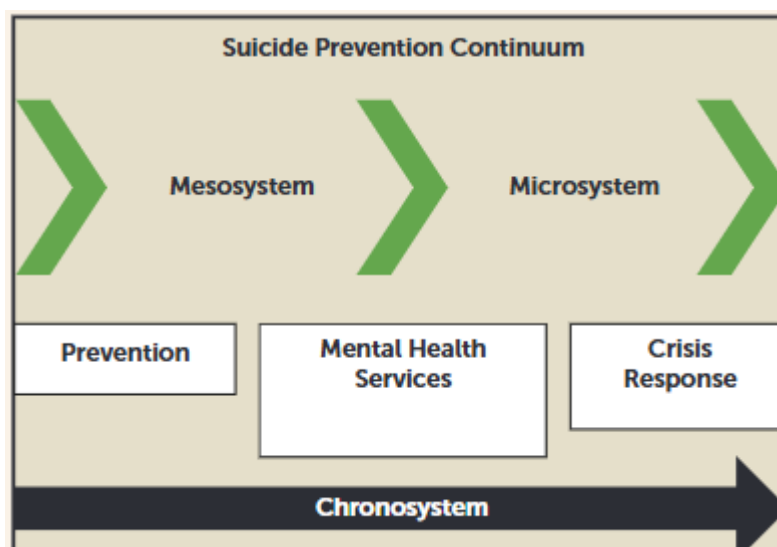
Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 23 di 43

Pianificare, programmare e realizzare tempestivamente il percorso di liaison accompagnando il paziente e il caregiver alle Agenzie territoriali competenti, al fine di garantire la continuità assistenziale, attraverso la segnalazione/appuntamento presso il Centro di Salute Mentale/TSMREE/SeRD competenti, per la presa in carico e la pianificazione del progetto di cura integrato.

7.3 INTERVENTI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI

È fondamentale attuare un cambiamento strutturale per ridurre i tassi di suicidio nella popolazione a rischio, presso gli ambienti ospedalieri.

Nonostante i numerosi sforzi per ridurre il suicidio attraverso screening, sensibilizzazione, trattamenti migliorati e una maggiore consapevolezza, il suicidio rimane un problema di sistema ¹. Le strategie per il cambiamento sistemico sono complesse e sfaccettate, inserendosi nel contesto mesosistemico e microsistemico. ^{2,3,4,5}



I rischi ambientali architettonici e fisici sono associati ai suicidi soprattutto per pazienti ricoverati nelle unità di salute mentale. Questo tipo di paziente è dunque un modello utile su cui attuare strategie strutturali per la prevenzione del rischio di suicidio, che si è dimostrato efficace⁶.

¹ BOSSARTE RM, KNOX KL, PIEGARI R, ALTIERI J, KEMP J, KATZ IR. PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF SUICIDE IDEATION AND ATTEMPTS AMONG ACTIVE MILITARY AND VETERAN PARTICIPANTS IN A NATIONAL HEALTH SURVEY. AM J PUBLIC HEALTH. 2012 MAR;102 SUPPL 1(SUPPL 1):S38-40. DOI: 10.2105/AJPH.2011.300487. EPUB 2012 JAN 25. PMID: 22390598; PMCID: PMC3496437.

² WILLIAMS DR, MOHAMMED SA. RACISM AND HEALTH II: A NEEDED RESEARCH AGENDA FOR EFFECTIVE INTERVENTIONS. AMERICAN BEHAVIORAL SCIENTIST. 2013;57(8):1200-26

³ LIEBERMAN DZ, RESNIK HLP, HOLDER-PERKINS V. ENVIRONMENTAL RISK FACTORS IN HOSPITAL SUICIDE. SUICIDE LIFE THREAT BEHAV 2004;34:448-53.

⁴ WATTS BV, YOUNG-XU Y, MILLS PD, DeROSIER JM, KEMP J, SHINER B, ET AL. EXAMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE MENTAL HEALTH ENVIRONMENT OF CARE CHECKLIST IN REDUCING SUICIDE ON INPATIENT MENTAL HEALTH UNITS. ARCH GEN PSYCHIATRY 2012;69:588-92.

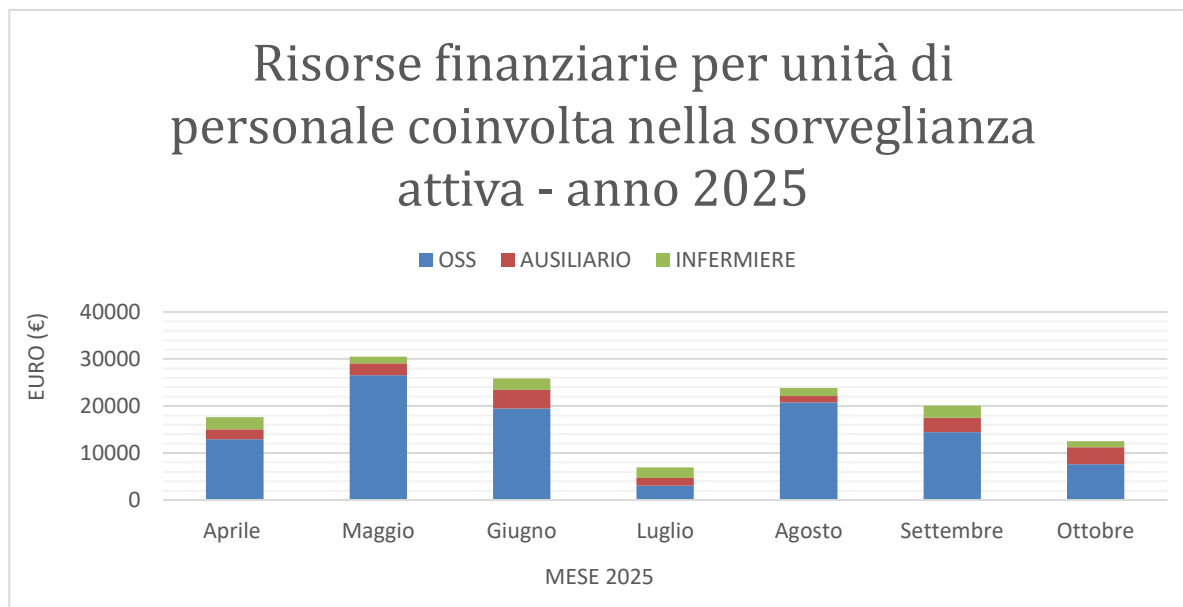
⁵ WATTS BV, SHINER B, YOUNG-XU Y, MILLS PD. SUSTAINED EFFECTIVENESS OF THE MENTAL HEALTH ENVIRONMENT OF CARE CHECKLIST TO DECREASE INPATIENT SUICIDE. PSYCHIATR SERV. 2017 APR 1;68(4):405-407. DOI: 10.1176/APPI.PS.201600080. EPUB 2016 NOV 15. PMID: 27842465.

⁶

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 24 di 43

Con riferimento al periodo intercorso tra il 01 aprile 2025 ed il 31 ottobre 2025, sono state impiegate n. 212 unità del personale Ausiliario, n. 1128 di personale OSS e n. 129 unità di personale con qualifica Infermiere.

Tabella 1 Risorse finanziarie utilizzate per l'incremento della sorveglianza attiva nei pazienti a rischio suicidario



Ebbene, come mostrato, la sorveglianza del personale sanitario comporta un aumento del costo di personale oltre che impegno economico-finanziario, per cui investire su un piano strutturale comporterebbe il miglioramento delle performance aziendali ed una maggiore disponibilità di personale sanitario.

Pertanto, al fine di migliorare il comfort aziendale per pazienti ed operatori sanitari,

occorre applicare un insieme di standard per l'ambiente fisico delle unità di degenza protetta per pazienti ricoverati (Mental Health Environment of Care Checklist MEHOCC), così come negli altri setting considerati a rischio dalla Raccomandazione Ministeriale n. 4.

Lo standard di sicurezza delle strutture ospedaliere denominato MEHOCC è stato associato ad una significativa riduzione dei suicidi in ambiente psichiatrico⁷, per cui deve essere applicato alle Stanze di degenza protetta, individuate in alcuni settori al piano terra dell'Ospedale San Camillo Forlanini di Roma.

Il MHEOCC è stato progettato per l'implementazione da parte del personale di salute mentale ed include raccomandazioni specifiche e suggerimenti per la riduzione dei potenziali pericoli connessi al verificarsi del suicidio, per cui può essere applicato nelle aree a rischio

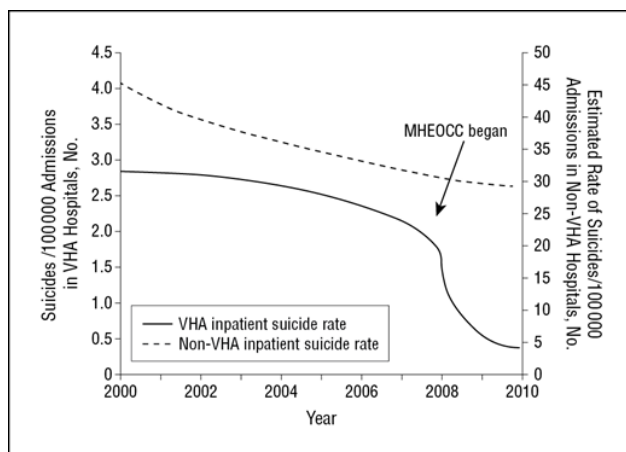
MILLS PD, WATTS BV, MILLER S, ET AL: A CHECKLIST TO IDENTIFY INPATIENT SUICIDE HAZARDS IN VETERANS AFFAIRS HOSPITALS. JOINT COMMISSION JOURNAL ON QUALITY AND PATIENT SAFETY 36:87-93, 2010

WATTS BV, YOUNG-XU Y, MILLS PD, ET AL: EXAMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE MENTAL HEALTH ENVIRONMENT OF CARE CHECKLIST IN REDUCING SUICIDE ON INPATIENT MENTAL HEALTH UNITS. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY 69:588-592, 2012

Procedura:	IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 4 MINISTERO SALUTE: PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE IN OSPEDALE	Rev. 01 del 02/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/S0DS25/26/05		Pag. 25 di 43

delle ulteriori strutture identificate (Pediatria, Ostetricia, Pronto Soccorso, scale-androni).

Sebbene, questo strumento è in corso di validazione nel panorama scientifico, tuttavia i risultati si mostrano promettenti.



Il MHEOCC è stato sviluppato da un gruppo multidisciplinare di ingegneri, architetti e operatori sanitari della salute mentale. Il gruppo ha condotto una revisione completa della letteratura in questo settore, ha esaminato molti casi precedenti di suicidio tra pazienti ricoverati presso il Veterans Health Administration e ha incorporato specifiche ingegneristiche e architettoniche per guidare lo sviluppo della checklist. La checklist è stata progettata per il personale di salute mentale e la sua applicabilità è stata determinata mediante test di usabilità. La checklist finale includeva 114 elementi da rivedere, dei quali trentanove elementi sono generali e destinati ad essere applicati alla Degenza Protetta ove inviare i soggetti a rischio suicidio con patologie di natura non psichiatrica, così come modificato dalla Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute.

Di seguito, si riportano gli interventi di natura strutturale ed organizzativa della stanza di sorveglianza intensiva, che vengono mutuati dalla corrente letteratura scientifica in materia di stanze di prevenzione del suicidio all'interno di reparti specialistici in psichiatria.

Resta inteso che nel periodo di attuazione della presente procedura, durante le operazioni di adeguamento strutturale delle stanze individuate dalla Direzione Sanitaria da destinare alla Degenza Protetta, ed in caso di saturazione dei locali deputati, le modifiche strutturali saranno vicariate dal personale come descritto nel capitolo 7.2.5.

Checklist basata sui criteri generali del "Mental Health Environment of Care" per l'allestimento della stanza di sorveglianza intensiva.

Checklist MHEOCC mod. sec. Raccomandazione Min n. 4					
N o	Site/ Item	Question/criteria	Razionale	N / A	Stat o
MODIFICHE STRUTTURALI					
1	Rivestimen to	I rivestimenti sono integri e ben attaccati al suolo	I rivestimenti del pavimento devono essere fissati al suolo, in buone condizioni, senza rischi di inciampo e non facilmente danneggiabili o rimovibili. Non vi sono pareti prive di rivestimenti e pitturate. Gli angoli pieni devono essere smussi.		
2	Soglia	Le soglie delle porte sono fissate al pavimento e non più alte di 2 cm rispetto al pavimento?	Evitare le soglie quando possibile. Occorre verificare la presenza di altre sporgenze sul pavimento che possano costituire pericoli di inciampo o che possano essere facilmente rimosse ed usate per autolesionismo o come arma.		
3	Cornici, Quadri, Elettricità, Prese d'aria, Oggetti a parete Canaline per cablaggio	Qualsiasi elemento a parete/soffitto è ancorato con supporti anti-manomissione? È di materiale anti-sfondamento che può creare superfici taglienti? È a filo del muro in modo da non essere un punto di ancoraggio per impiccamento?	Non devono esserci coperture in vetro; nessun bordo tagliente; Le prese d'aria dovrebbero essere a filo con la parete e fissate con ancoraggi a prova di manomissione; tutti gli elementi devono essere progettati in modo che non possano essere usati come punti di ancoraggio impiccamento o autolesionismo. Non devono esserci canaline o fili elettrici a vista >25 cm.		
4	Superficie	Il soffitto è di difficile rimozione?	Lo spazio sopra un soffitto conterrà quasi sempre tubazioni, condotti e altri elementi strutturali che potrebbero essere usati come punto di ancoraggio per impiccamento. Nelle aree accessibili ai pazienti e non continuamente sorvegliate dal personale (ad esempio camere dei pazienti, sale comuni), i soffitti dovrebbero essere solidi o rigidi.		
5	Finestre	Le finestre sono chiuse a chiave ed hanno vetri resistenti alla rottura?	Ogni finestra deve avere un vetro chiaro rinforzato, non devono avere sporgenze e devono essere chiuse a chiave. Le chiavi devono essere tenute separate dalla stanza e conservate dal coordinatore infermieristico di reparto in un apposito locale chiuso a chiave.		
6	Porte	Le porte hanno la possibilità di aprirsi verso il corridoio? Hanno maniglie a filo?	Si raccomanda di installare un sistema porta e telaio che consenta alla porta di aprirsi in entrambe le direzioni. Le maniglie devono essere a filo muro o comunque da non poter fungere da punto di ancoraggio.		
7	Visibilità	L'unità è progettata per eliminare i punti ciechi?	Alcuni edifici più vecchi hanno configurazioni che creano corridoi non visibili dalla postazione infermieristica; queste aree dovrebbero avere telecamere o assegnazione del personale che permetta una facile visibilità (l'assegnazione del personale come approccio potrebbe non avere successo a causa di fluttuazioni). <u>Le stanze dei pazienti con sorveglianza speciale non dovrebbero avere aree non visibili.</u> Angoli ciechi o incroci nei corridoi dovrebbero avere uno specchio ad angolo (materiale non in vetro) installato a soffitto.		
MODIFICHE ORGANIZZATIVE					
8	Attrezzatur e mediche	Dispositivi come i bracciali per la pressione e altre attrezzature mediche sono tenuti fuori dalla portata dei pazienti?	I bracciali per la pressione possono essere posti intorno al collo e gonfiati, oppure i cavi e i tubi possono essere usati per autolesionismo o per danneggiare altri. Altre attrezzature mediche possono presentare pericoli simili. Questi oggetti dovrebbero essere conservati in stanze chiuse a chiave o in presenza di un membro del personale.		
9	Spazzatura	Ci sono cestini in aree accessibili ai pazienti fatti di sacchi di	I cestini dovrebbero essere rivestiti con fodere di carta ovvero vanno eliminati.		

		plastica che possono rappresentare un rischio di soffocamento?			
10	Armi	L'area è libera da lampade, cestini della spazzatura e altri oggetti che potrebbero essere usati come armi? È stato stratificato il rischio di utilizzo del mobilio come arma? I contenitori per oggetti taglienti sono in luoghi sicuri?	I professionisti devono valutare il rischio di suicidio e caduta del paziente, la necessità dei dispositivi assistivi e i pericoli legati al loro utilizzo, caso per caso. Ispezionare il reparto e le stanze dei pazienti prima e durante il ricovero per eliminare qualsiasi oggetto superfluo che non è ancorabile al pavimento e/o tavolo.		
11	Pulsanti di chiamata	i pulsanti di chiamata d'emergenza sono montati a filo parete?	I pulsanti di chiamata devono essere accessibili a una persona che è caduta a terra, se non sono disponibili sistemi a strappo o wireless, garantire la presenza di dispositivi a parete. La sorveglianza della caduta è comunque garantita dal sistema di videosorveglianza con telecamere.		
12	Servizi Igienici	<p>servizi igienici a pavimento sono montati senza tubazioni esposti e coprisedili rimuovibili?</p> <p>tutti i tubi e gli impianti idraulici che potrebbero essere usati come punto di ancoraggio sono incassati?</p> <p>Nelle aree accessibili ai pazienti in isolamento, i servizi igienici sono a prova di rottura (ad es. in metallo)?</p>	<p>Gli impianti idraulici devono essere incassati per ridurre al minimo i rischi. Vedere Yeager et al. "Measured response to identified suicide risk and violence: What you need to know about psychiatric patient safety." Brief Treatment and Crisis Intervention. 2005;5:127-141. Si sconsiglia il montaggio dei soffioni a cascata, da sostituire con quelli a soffitto; si consiglia il montaggio della cassetta del WC incassata. La porta del bagno deve prevedere unicamente un sistema di chiusura senza maniglia, con chiavistello libero occupato rosso verde con possibilità di apertura ambo-lati, con apertura porta verso l'esterno e serratura con chiave.</p> <p>La chiave del bagno è conservata da un infermiere di turno che garantisce la chiusura della porta del bagno. Alla richiesta di utilizzo dei servizi igienici da parte del paziente, si procede all'apertura della porta, senza consegnare le chiavi al paziente, con infermerie che permane fuori la porta. Si sconsiglia al paziente di chiudere il chiavistello, sebbene se ne garantisce l'utilizzo. In caso di prolungata permanenza in bagno ed in assenza di risposta verbale del paziente all'infermiere di sorveglianza procede ad aprire il chiavistello.</p>		

7.4 VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROCEDURE CLINICO-ASSISTENZIALI

7.4.1 PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO:

Anche in Italia, come nel resto del mondo, l'attuazione di gesti anticonservativi rappresenta la seconda causa di morte nei giovani di età compresa tra 15 e 29 anni per entrambi i sessi, dopo gli incidenti stradali. Pertanto, costituisce un problema di Salute Pubblica molto significativo. È descritta in letteratura una differenza di genere rilevante rispetto ai comportamenti suicidari: la morte per suicidio è più frequente nei maschi, mentre i tentativi di suicidio sono più frequenti nelle femmine. Numerosi studi scientifici documentano che l'incidenza del suicidio e la prevalenza dei comportamenti suicidari è aumentata sia in alcuni paesi europei che in USA, soprattutto tra gli adolescenti. Tale aumento sembra essere correlato ad una generale tendenza all'aumento dei disturbi dell'umore in età evolutiva nei Paesi ad alto reddito. La correlazione tra disturbi dell'umore e rischio suicidario è ampiamente riconosciuta nella popolazione adulta e recenti studi confermano una significativa correlazione tra la presenza di una depressione grave e il tentativo di suicidio tra i 12 e i 26 anni di età.

L'identificazione precoce con diagnosi accurate e il trattamento integrato della depressione è un intervento preventivo di primaria importanza per ridurre il rischio di suicidio in età evolutiva. Il pediatra di famiglia, ma anche il pediatra ospedaliero e di PS possono contribuire significativamente alla prevenzione del suicidio attraverso l'individuazione dei fattori di rischio sopra elencati e l'identificazione di soggetti a rischio per comportamenti suicidari. Le recenti evidenze cliniche mostrano che, con l'emergenza da SARS-COV2, si è assistito ad un incremento delle problematiche adolescenziali di disagio/sofferenza psichica, anche ad elevata complessità e gravità, alcune delle quali possono sfociare in ideazione suicidaria e/o tentativi di suicidio. La pandemia ha avuto un impatto sul benessere psicologico dei minorenni e degli adolescenti ed influenzato negativamente la loro salute mentale, causando un aumentato senso di solitudine o di ritiro sociale, un incremento dei disturbi del sonno, di ansia e di depressione, dei disturbi dell'umore e della condotta, del consumo alcool e di sostanze d'abuso. Secondo quanto previsto dal Bollettino Ufficiale Della Regione Lazio del 04/10/2022, il percorso assistenziale deve prevedere l'attivazione di risposte con livelli di intensità assistenziale differenziati in base alla gravità e tipologia del disturbo, al contesto socio - familiare e alla fase evolutiva dell'adolescente. Nei casi in cui si renda necessario un ricovero ospedaliero, questo deve porsi come obiettivo finale di una adeguata presa in carico da parte del servizio territoriale, mirata anche alla prevenzione di ulteriori accessi in Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) e orientata al miglioramento della salute mentale del minorenne, della sua qualità di vita e di quella della sua famiglia. In esito ad un episodio di ricovero ordinario in acuzie, il minore e la sua famiglia devono avere un chiaro punto di riferimento per il proseguimento delle cure, ed un appuntamento per la continuità post dimissione presso il servizio territoriale di competenza. Il ricovero non può rappresentare una semplice soluzione di emergenza, ma costituisce il momento in cui diviene possibile attivare tutta la rete dei Servizi.

7.4.1.1 Procedure clinico assistenziali in P.S. Pediatrico

Alla persona minorenni che giunge in PS per tentato suicidio o ideazione suicidaria verrà assegnato dall'infermiere di triage un codice di priorità ROSSO, che gli garantisce la valutazione dello stato di coscienza con l'AVPU e la tempestiva presa in carico in sala visita.

Il pediatra di PS:

1. Valuta e gestisce clinicamente gli esiti dell'azione autolesiva;
2. Raccoglie anamnesi dettagliata volta a chiarire le modalità dell'attuazione del gesto, il luogo e le circostanze;
3. Indaga sull'uso/abuso di sostanze: stupefacenti, alcool, sostanze farmacologiche;
4. Indaga su episodi sospetti di tipo autolesivo precedenti al TS, loro caratteristiche e analogie con l'attuale;
5. valuta l'esecuzione di esami ematochimici e strumentali in base alla modalità di presentazione del paziente, in particolare esegue:
 - ECG: per valutazione segni di sofferenza miocardica. Da eseguire sempre per un eventuale inizio di terapia neurolettica con valutazione QT;
 - Emogasanalisi;
 - Profilo tossicologico ed eventuale contatto con centro antiveleni;
 - Profilo biochimico generale;
 - Esame urine per sostanze di abuso.

Una volta stabilizzato, il paziente verrà posto in una stanza isolata a lui riservata. In PS può essere utilizzata "la stanza dell'ascolto".

Sarà compito del medico disporre di un piano di controllo e sorveglianza, concordato formalmente con il personale infermieristico per richiedere il trasferimento dello stesso presso la stanza con idonee misure per il contenimento del rischio suicidario.

Autorizzare la presenza di familiari e/o caregiver. Il pediatra di Pronto Soccorso inoltre attiva tempestivamente l'equipe multiprofessionale, psichiatrica del SPDC ASL Roma 3 e psicosociale del Servizio di Psicologia ospedaliero, richiedendo la valutazione psicopatologica specialistica. Sarà compito dell'equipe nel caso di paziente con ideazione suicidaria, pianificare, programmare e realizzare tempestivamente il percorso di liaison accompagnando il paziente e il caregiver alle Agenzie territoriali competenti, al fine di garantire la continuità assistenziale, attraverso la segnalazione/appuntamento presso il Centro di Salute Mentale/TSMREE/SeRD competenti, per la presa in carico e la pianificazione del progetto di cura integrato.

Nel caso di paziente giunto in pronto soccorso per tentato suicidio, visto la mancanza di adeguata struttura neuropsichiatrica infantile presso tale presidio, il paziente dopo valutazione psichiatrica e psicosociale verrà trasferito per consulenza e successivo trattamento presso l'ospedale Bambino Gesù. Laddove il ricovero del paziente dovesse protrarsi per più giorni il paziente verrà trasferito presso il reparto pediatrico di degenza e verrà posto in stanza adeguata e monitorato secondo il livello di rischio, a tal fine può essere utilizzata la stanza adibita ad isolamento.

7.4.2 PRONTO SOCCORSO GENERALE:

In via preliminare si specifica che la presenza di "ideazione suicidaria" non equivale a "grave rischio suicidario". Oltre all'ideazione, vanno considerate le altre dimensioni psicopatologiche della sfera suicidaria, l'anamnesi ed il quadro clinico complessivo. Qualora l'ideazione suicidaria si associ ad un quadro clinico globale, a dati anamnestici e a segni e sintomi che depongano per un grave rischio suicidario (ad esempio elevati gradi di invasività dell'ideazione, la presenza di un concreto progetto di suicidio, sentimenti di mancanza di speranza, precedenti tentativi di suicidio), il consulente psichiatra disporrà il ricovero presso SPDC. Per il paziente che giunge al PS dopo aver messo in atto un tentativo di suicidio si riscontrano due tipologie differenti di tentativi di suicidio, che implicano differenti modalità operative:

- a. Tentativi di suicidio attuati con modalità letale e con intenzionalità auto soppressiva, ossia i suicidi mancati;
- b. Tentativi di suicidio attuati con modalità non letale e a variabile intenzionalità auto soppressiva.

7.4.2.1 Procedure clinico assistenziali in P.S. Generale

Per quanto riguarda i suicidi mancati, la prima valutazione spetta al medico del Pronto Soccorso per le priorità di natura medica, tossicologica, chirurgica, rianimatoria (come nel caso di intossicazione da farmaci letale per la qualità e/o quantità dei farmaci assunti, traumi multipli da caduta dall'alto, dissanguamento importante da ferite da taglio), dando così priorità alla stabilizzazione clinica del paziente.

A paziente stabilizzato e non appena le condizioni cliniche lo consentono, sarà valutato dallo psichiatra. Qualora il TS si associ ad un quadro clinico globale, a dati anamnestici e a segni e sintomi che depongano per un grave rischio suicidario, il consulente psichiatra disporrà il ricovero presso il SPDC se non sussistono priorità di natura medica, tossicologica, chirurgica, rianimatoria, o se tali priorità sono superate. In caso contrario, il paziente rimarrà nel reparto di appartenenza. Il consulente psichiatra imposterà una terapia psicofarmacologica ed effettuerà consulenze quotidiane per monitorare l'andamento clinico e l'andamento del rischio suicidario.

Mentre il paziente che tenta il suicidio con modalità non letale e a variabile intenzionalità auto soppressiva, non è da considerare sempre e comunque a grave rischio suicidario.

La stima dell'effettiva entità del rischio suicidario richiede da parte dello psichiatra una valutazione a molteplici livelli (modalità del TS, eventuali dinamiche relazionali che hanno determinato il TS, precedenti anamnestici psichiatrici o meno, precedenti TS, ecc.). Circa l'intenzionalità auto soppressiva può essere classificata come nulla, dubbia o presente.

7.5 LE RESPONSABILITÀ PROATTIVE E REATTIVE

I profili di responsabilità di seguito indicati si riferiscono ai livelli di **SOSPETTO** e di **RISCHIO** descritti al punto 7.2.5 del presente documento.

7.5.1 Le Responsabilità Proattive

➤ **Il Direttore della U.O.**

- valuta l'adeguatezza strutturale della UO di degenza e della disponibilità di risorse operative per implementare il piano di controllo e sorveglianza, in accordo con il CPSE.

➤ **Il Medico della UO di degenza**

1. raccoglie dati inerenti ad aspetti correlabili direttamente e/o indirettamente con intenzioni suicidarie;
2. raccoglie dati, programma incontri e colloqui finalizzati alla promozione di una relazione di aiuto in caso di alert in corso;
3. inquadra l'eventuale Risk assessment del paziente, in accordo con il personale infermieristico;
4. dispone un piano di controllo e sorveglianza, concordato formalmente con il personale infermieristico, per i pazienti di "livello di sospetto" e di "livello di rischio".
5. Richiede consulenza medico specialistica in Psichiatria, in caso di fattori di rischio con:

➤ **Il Coordinatore infermieristico (CPSE)**

- 1) verifica la diffusione e la corretta applicazione della procedura per gli ambiti di competenza;
- 2) valuta l'adeguatezza strutturale dell'unità di ricovero (stanza di degenza, stanza bagno, accessori e suppellettili, dispositivi medici ed elettromedicali), prescritti dal medico specialista in Psichiatria che esegue la consulenza richiesta dal Medico di U.O.

➤ **L'Infermiere (CPSI)**

- 1) Di concerto con il medico, procede all'eventuale Risk Assessment del paziente.

7.5.2 Le Responsabilità Reattive. La gestione del suicidio e del tentato suicidio in Ospedale

Il suicidio o il tentato suicidio di un paziente in ospedale rappresentano entrambi un "Evento Sentinella" (*Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, Ministero Salute, 2009*), al cui verificarsi si rende obbligatoria la segnalazione al Ministero Salute attraverso la funzione aziendale di Risk Management. Pertanto, **l'operatore sanitario (medico, infermiere od**

altro professionista coinvolto nell'evento o che ne sia venuto a conoscenza) è tenuto a comunicare la sua occorrenza alla UOSD Rischio clinico. La compilazione della scheda di segnalazione non sostituisce eventuali denunce alle autorità giudiziarie. L'operatore sanitario che sia venuto a conoscenza dell'evento deve attivare le misure emergenziali interne e contestualmente comunica l'accaduto al Dirigente Medico della U.O. in cui è avvenuto l'evento.

IN CASO DI TENTATO SUICIDIO:

➤ **Il Medico della UOC di degenza:**

- 1) valuta e gestisce clinicamente gli esiti dell'azione autolesiva;
- 2) richiede la valutazione specialistica multiprofessionale psichiatrica e psicosociale (SPDC/Servizio Psicologia) che, di concerto, pianificano e programmano il percorso di liaison con le Agenzie del territorio competenti e, ove possibile, con la rete familiare e sociale;
- 3) laddove il suddetto team indichi la necessità di ulteriori misure precauzionali, richiede l'invio presso la stanza a sorveglianza attiva in appoggio dal proprio reparto;
- 4) prescrive, se necessario, misure preventive di recidive a breve termine;
- 5) contatta, per gli ambiti di competenza, i servizi territoriali per programmare un percorso di supporto e continuità assistenziale pianificati per il singolo caso.

➤ **Il Coordinatore infermieristico (CPSE o suo delegato):**

- 1) diffonde l'informazione a tutto il personale e ne verifica il recepimento;
- 2) verifica la corretta adozione del piano di prevenzione delle recidive a breve termine e la corretta applicazione delle prescrizioni specialistiche psichiatriche;
- 3) condivide, congiuntamente al medico, la comunicazione dell'accaduto con i familiari del paziente e stabilisce con questi una relazione di aiuto, anche con il supporto del Servizio di Psicologia;

➤ **L'Infermiere (CPSI):**

- valuta e gestisce, in collaborazione con il medico, il primo intervento e gli esiti dell'azione autolesiva.

IN CASO DI SUICIDIO:

➤ il Medico della UOC di degenza:

- 1) accerta il decesso del paziente;
- 2) comunica, insieme allo psicologo ed eventualmente il medico di guardia attiva della Direzione Sanitaria, l'evento ai familiari del paziente, garantendo condizioni di riservatezza, umanizzazione ed empatia; la comunicazione deve essere chiara e trasparente e avvenire in tempi certi e tempestivi, in un ambiente adeguato e nel rispetto della lingua, cultura e confessione dei familiari. La procedura deve essere attivata se il suicidio o il tentato suicidio avviene all'interno della struttura sanitaria ospedaliera; quindi, quando il paziente è presente nella struttura per ricevere prestazioni in regime di ricovero o per sottoporsi a visita specialistica o di controllo. Sono inclusi anche i casi di suicidio di pazienti in TSO che eludono i controlli del personale di assistenza. In caso di avvenuto suicidio di paziente – anche in assenza di fattori di rischio – è opportuno compilare ed inviare il modulo di Incident reporting alla UOSD Rischio Clinico.

7.6 COMUNICAZIONE ESTERNA IN CASO DI SUICIDIO/TENTATIVO DI SUICIDIO

La comunicazione di un suicidio e/o tentato suicidio si presta a numerosi interrogativi etici e giuridici, tra i quali la problematica del concreto rischio di emulazione e spettacolarizzazione. Le comunicazioni esterne in caso di tentato suicidio e suicidio intraospedaliero vengono redatte unicamente nel caso in cui l'evento mediatico relativo alla vicenda sia evidenziato da soggetti terzi.

Pertanto, l'eventuale comunicazione esterna in caso di suicidio, tentato suicidio o atto di autolesionismo è da considerarsi esclusivamente in presenza di un evidente interesse pubblico e di una rilevanza sociale o giudiziaria dell'evento (ad esempio paziente noto o già oggetto di attenzione mediatica).

La comunicazione ai media, quando ritenuta necessaria, deve:

- fornire una versione univoca e verificata di quanto accaduto, previo approfondimento con le parti coinvolte;
- segnalare l'avvio di un'analisi interna dell'evento;
- favorire l'adozione di idonee misure preventive o correttive;
- attenersi al principio di essenzialità dell'informazione, evitando sensazionalismi, semplificazioni sulle motivazioni, e qualsiasi dettaglio su luoghi o modalità che possa favorire comportamenti emulativi;
- evitare la diffusione delle generalità del paziente o di elementi che possano portare alla sua identificazione. (Eventuali forme parzialmente anonimizzate – es. iniziali – dovranno essere vagliate dal Referente Privacy).
- garantire una comunicazione rispettosa nei confronti dei familiari e delle persone vicine alla vittima;
- favorire, quando appropriato, la diffusione di informazioni utili sulla prevenzione del suicidio e sui servizi di supporto disponibili.

Per assicurare una corretta gestione mediatica dell'evento, i Direttori/Responsabili coinvolti devono tempestivamente informare la Direzione Sanitaria. La Direzione Sanitaria provvede a

coinvolgere la Direzione Generale e l'Addetto stampa aziendale, valutando le informazioni ricevute nel rispetto dei diritti di cronaca e della tutela della riservatezza dei dati sensibili, al fine di stabilire tempi e modalità di eventuale diffusione della notizia.

L'Addetto stampa, oltre alle indicazioni del presente regolamento, si atterrà scrupolosamente anche a quanto previsto dall'Art. 15 del Codice deontologico delle giornaliste e dei giornalisti (rev. 2025). I professionisti dell'Azienda coinvolti nella vicenda devono attenersi all'art. 12 del Codice etico e di comportamento aziendale (deliberazione n. 0013 del 5/01/2022).

7.7 FORMAZIONE E SUPPORTO DEL PERSONALE E DEI DEGENTI

7.7.1 Formazione del Personale

La formazione sulla tematica dei suicidi è strategica per garantire costante e aggiornata attenzione da parte degli Operatori, soprattutto delle UU.OO. maggiormente a rischio, e per implementare strumenti e interventi mirati a migliorare le capacità di riconoscimento, segnalazione e intervento.

Gli obiettivi generali della formazione prevedono lo sviluppo delle seguenti competenze:

- identificare precocemente le situazioni a rischio;
- conoscere e adottare le idonee misure di prevenzione e gestione, specie in caso di rischio accertato;
- realizzare un costante presidio della sicurezza ambientale.

7.7.2 Supporto del personale

Un suicidio o tentato suicidio in ospedale ha una ricaduta su tutto il team di assistenza, con reazioni emotive e comportamentali simili a quelle dei familiari, a cui si aggiungono:

- Shock,
- Rifiuto;
- Confusione;
- Incredulità;
- Rabbia;
- profonda tristezza e dolore;
- senso di colpa e vergogna;
- senso di fallimento;
- riduzione dell'autostima;
- dubbi sulle proprie capacità e competenze;
- Pensieri intrusivi sul suicidio;
- aumento del distress;
- cambiamento nel sistema di credenze;
- timori di contenziosi legali e di critiche d parte dei colleghi

Le reazioni dei curanti sono influenzate dai seguenti fattori:

- posizione nell'organizzazione;
- esperienza professionale;
- età/sexo;

- distribuzione della responsabilità del caso (individuale o in team);
- qualità e durata della relazione;
- disponibilità di un supervisore;
- livello di funzionamento e personologico.

Ne deriva la necessità che il Servizio di Psicologia garantisca sostegno agli operatori "sopravvissuti" al suicidio che a diverso titolo sono stati coinvolti nell'evento con l'obiettivo di non farli sentire abbandonati, attraverso le seguenti attività:

- il debriefing tempestivo con il team coinvolto al fine di esplicitare in gruppo gli stati emotivi ridurre fenomeni impropri di autocolpevolizzazione;
- Incontri semistrutturati di gruppo, o in piccoli gruppi, finalizzati alla ridefinizione di pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali legati al trauma;
- audit sul caso.

7.7.3 Supporto agli altri degenti

Risulta necessario porre attenzione alle possibili reazioni emotive di altri degenti/utenti coinvoltinell'evento (compagni di stanza, degenti con i quali il paziente aveva legato prima del gesto).

Altrettanto potrebbe essere utile condurre l'intervento di debriefing per prevenire eventualifenomeni imitativi.

8. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere la procedura, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionali e regionali senza scostamenti od eccezioni.

Gli unici limiti che possono essere immaginati nella corretta applicazione della procedura sono limiti strutturali (es. mancato acquisto e disponibilità di presidi) o di carenza di personale dedicato. Limiti oggi non presenti. Non sono viceversa ipotizzabili limiti organizzativi visto che non vi sono contrasti tra i professionisti che devono concorrere al perfetto funzionamento della procedura.

9. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE

- Il documento, una volta deliberato dal Direttore Generale, deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria.
- In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management, disponibile al link: *Amministrazione Trasparente* → *Qualità* → *Procedure Aziendali*;
- Presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte;
- In relazione agli ambiti di applicazione, andranno indicati volta per volta ulteriori destinatari (es.: Medici di MG, Ambulatori Specialistici, Associazioni di Cittadini etc.).

10. MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO

N°	INDICATORE	Fonte dei dati	Frequenza di elaborazione	Valore atteso	Responsabile
1	N° consulenze psichiatriche espletate/n° consulenze psichiatriche richieste	Documentazione sanitaria	Semestrale	> 80 %	Responsabile UOC SPDC ASL RM3
2	N° eventi tentato suicidio-suicidio/n° schede Incident Reporting recepite	UOSD Rischio Clinico	Semestrale	100 %	UOSD Rischio Clinico
3	% operatori di Pronto Soccorso, Oncologia e Medicina Interna con partecipazione ad almeno un evento formativo annuale sul suicidio ed il tentato suicidio	UOSD Formazione e Governo Clinico	Annuale	> 80 %	Responsabile U.O.

11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- ASL Latina, Raccomandazione per la prevenzione del suicidio in ospedale, 2022
- Casacchia M., Di Giannantonio M., Scapati F., Varia S., "Prevenzione del Suicidio nei Centridi Salute Mentale, Pronto Soccorso e SPDC", Società Italiana di Psichiatra, 2010
- Carlesi N., Orlando F., "Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale", ASL Lanciano Vasto, 2009
- De Palma A., Ferretti C., Soli P., Procedura: "Prevenzione del suicidio di paziente ricoverato in Diagnosi e Cura" Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Ospedale Privato Accreditato Villa Igea, Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
- Durkheim E., "Il suicidio: Studio di sociologia", Rizzoli, Milano 1987
- De Risio S., Sarchiapone M., "Il suicidio. Aspetti biologici psicologici e sociali", Biblioteca Masson, Milano, 2002
- Ferlazzo G., Ceratti E., Caruso A., "Procedura per la prevenzione del rischio di suicidio in

ospedale", Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo Piemonte-Messina, Regione Sicilia, 2013

- Mattaliano A.R., Casiglia A., Monterosso F., Aragona M.A., Rinaudo C., "Prevenzione del suicidio dei pazienti in ospedale: nasce la procedura", ASP Palermo
- Ministero della Salute, "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale". Raccomandazione n. 4. Marzo 2008
- Ministero della Salute, "Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella". Terzo Rapporto (Settembre 2005 – Dicembre 2010). Luglio 2011
- Ministero della Salute, "Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella". Luglio 2009
- Servizio Sanitario Regionale Regione Emilia-Romagna, "Raccomandazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie in Ospedale", 2013
- Pompili M., Innamorati M., Del Casale A., Serafini G., Tatarelli R., "La prevenzione del suicidio e il ruolo strategico dei Medici di famiglia", Prevenzione e stili di vita, Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, Febbraio 2009
- Pompili M., Innamorati M., Del Casale A., Serafini G., "La prevenzione del suicidio e il ruolo strategico dei Medici di famiglia", Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, 2014
- Regione Calabria, Procedura per "Prevenzione del suicidio in Ospedale" ASP Catanzaro, 2011
- The Joint Commission Medical Sentinel Alert. "A follow-up report on preventing suicide: Focus on medical/surgical units and the emergency department". Issue 46. 2010
- World Health Organization. *Suicide worldwide in 2021: global health estimates*. World Health Organization, 2025.
- Zucconi M., "Prevenire gli errori, imparare dagli errori–Suicidio in Ospedale", Le rubriche- Professione Infermiere Umbria, IPASVI, Febbraio 2007
- ASL Latina procedura "Raccomandazione per la prevenzione del suicidio in ospedale" 01/10/2022

12. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente procedura sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

13. ALLEGATI

Allegato 1 : Guida per il colloquio con il paziente (Raccomandazione n. 4 Ministero della Salute)

Allegato 2: Scale for Suicide Ideation (SSI)

Allegato 3: Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)

Allegato 1 Guida per il colloquio con il paziente (Raccomandazione n. 4 Ministero della Salute)

ALLEGATO 1: Guida per il colloquio con il paziente

La presente guida vuole costituire una traccia per gli operatori per la conduzione del colloquio, partendo dalla quale è necessario sviluppare, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa.

Essa può essere utilizzata quando vi è un sospetto da approfondire (dopo aver quindi raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi).

E' opportuno il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia, è pertanto necessario scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy e che consenta di porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente. E' importante cercare di non perdere il contatto oculare con il paziente.

Durante il colloquio porre attenzione alle interruzioni della comunicazione, alle affermazioni mirate a suscitare senso di colpa negli altri o a imporre comportamenti, rivolte a specifiche persone o al mondo intero.

Nel seguito vengono elencate alcune domande che possono essere utilizzate per la conduzione del colloquio, che vanno scelte e adattate alla specifica situazione. Il colloquio, che va iniziato in modo graduale, è opportuno faccia riferimento a fatti, facendo precedere alcune domande sullo stato d'animo, alle domande sulle intenzioni suicidarie. Esse sono utili per accertare l'entità del rischio di suicidio, se la persona ha forti sensi di colpa o se prova una forte rabbia per un torto subito e spera con il suicidio di suscitare disagio e rimpianto nel colpevole, i fattori protettivi, il rischio effettivo di morte.

- Come si sente?
- Che progetti ha per quando esce dall'ospedale?
- Si è sentito giù recentemente?
- Si è mai sentito così in precedenza?
- Che cosa era successo?
- C'è qualcosa che la preoccupa o la turba molto?
- In che modo le persone (eventualmente specificare) vicine le rendono la vita più difficile?
- Ha avuto l'impressione di non farcela più? Ha l'impressione che non ci sia una via di uscita?

- Sente di dovere espiare qualche colpa?
- Alcune persone nella sua situazione penserebbero che non vale la pena continuare a vivere, è successo anche a Lei?
- Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?
- Con che frequenza le sovengono tali pensieri?
- Per quanto tempo ci ha pensato negli ultimi giorni? Che cosa l'ha trattenuta dal farlo? (Ciò consente di identificare i fattori protettivi)
- Ha mai chiesto aiuto? A chi si è rivolto? Qualcuno le è stato particolarmente vicino?
- Ha mai pensato come ciò influenzerebbe la vita dei suoi cari? (Se ha famiglia)
- Ha mai tentato il suicidio prima? Quante volte? Quando l'ultima volta? In che modo? (Chiedersi quale era il rischio effettivo di morte)
- Ha mai pensato a come farla finita? (Chiedersi se il piano è realistico ed è davvero potenzialmente letale)
- Ha progettato quando farlo?
- Ha il necessario per farlo?
- Ha pensato a chi lasciare le cose che le sono più care?
- Ha espresso le sue volontà a qualcuno di cui si fida o le ha lasciate scritte?
- Ha mai fatto impulsivamente qualcosa di cui poi si è pentito?

Allegato 2: Scale for Suicide Ideation (SSI)

La Scale for Suicide Ideation è un'intervista semi-strutturata condotta dall'operatore ed è composta da 19 item, si articola in 3 fattori (desiderio attivo di suicidio, la preparazione e il desiderio passivo di suicidio) e prende in considerazione la intenzionalità e la pervasività dell'ideazione (item 1-7), i deterrenti "interni" nei confronti del suicidio, la sensazione soggettiva della capacità di controllare le spinte suicidarie (item 8-10), i motivi (item 11); i dettagli e il grado di preparazione del progetto suicidario (12-19). Gli item sono valutati su di una scala a 3 punti (da 0 a 2), in base alla gravità del sintomo o del comportamento espresso in ciascun item. Il punteggio totale può essere valutato da 0 a 38. I soggetti che riportavano punteggi ≤ 5 sono stati considerati non a rischio di suicidio, mentre quelli con punteggi > 5 a rischio di suicidio

Domanda	Risposta	Punti
1. Voglia di vivere	Da moderata a forte	0
	Debole	1
	Nessuna	2
2. Voglia di morire	Nessuna	0
	Debole	1
	Da moderata a forte	2
3. Ragioni per vivere/morire	Quelle per vivere superano quelle per morire	0
	Quasi uguali	1
	Quelle per morire superano quelle per vivere	2
4. Desidero mettere in atto un tentativo di suicidio	Nessuno	0
	Debole	1
	Da moderata a forte	2
5. Desiderio passivo di suicidio	Prenderebbe delle precauzioni per salvare la vita	0
	Lascerebbe al destino la vita / morte	1
	Eviterebbe le misure necessarie per salvare o mantenere la vita	2
6. Durata della ideazione suicidaria / desiderio di suicidio	Periodi brevi, fugaci	0
	Periodi più lunghi	1
	Continua (cronica) o quasi continua	2
7. Frequenza di ideazione suicida	Rara, occasionale	0
	Intermittente	1
	Persistente o continua	2

8. Atteggiamento verso la ideazione / desiderio	Rifiutante	0
	Ambivalente, indifferente	1
	Accettante	2
9. Controllo su un'azione suicida /sul desiderio di reazione impulsiva	Ha senso di controllo	0
	Non è sicuro di avere il controllo	1
	Non ha alcun senso di controllo	2
10.Deterrenti nei confronti del tentativo di suicidio (es. famiglia)	Non tenterebbe il suicidio a causa dei deterrenti	0
	Qualche preoccupazione per i deterrenti	1
	Preoccupazione minima o assente circa i deterrenti	2
11.Motivi per prendere in considerazione il tentativo	Per manipolare l'ambiente, attirare l'attenzione, vendicarsi	0
	Una combinazione di 0 - 2	1
	Fuggire, chiudere, risolvere i problemi	2
12.Metodo: adeguatezza/ pianificazione del tentativo progettato	Non considerata	0
	Considerata ma dettagli non calcolati	1
	Dettagli calcolati / ben previsti	2
13.Metodo: disponibilità / opportunità per il tentativo progettato	Metodo non disponibile; mancanza di opportunità	0
	Il metodo richiede tempo o sforzo; l'opportunità non è facilmente disponibile	1
	Disponibili metodo e opportunità	2
14.Senso di "capacità" di realizzare il tentativo	Mancanza di coraggio, troppo debole, timoroso, incapace	0
	Insicuro del proprio coraggio, della propria capacità	1
	Sicuro della capacità, del coraggio	2
15.Attesa / previsione del reale tentativo	Nessuna	0
	Incerta, insicura	1
	Si	2
16.Effettiva preparazione del tentativo progettato	Nessuna	0
	Parziale (es. incominciare ad accumulare pillole)	1
	Completa (es. ha le pillole)	2

17. Scritti suicidari	Nessuno	0
	Ha cominciato a scrivere, senza portare a termine, ci ha solo pensato	1
	Li ha preparati	2
18. Atti finali in previsione della morte (es. testamento)	Nessuno	0
	ci ha pensato o ha sistemato qualcosa	1
	ha pianificato con precisione o ha sistemato ogni cosa	2
19. Dissimulazione / occultamento del tentativo progettato	Ha comunicato apertamente le sue idee	0
	È reticente nel comunicare	1
	Tenta di dissimulare, occultare, mentire	2

Allegato 3: Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)

L'Ask Suicide-Screening Questions è un set di 4 domande con risposta dicotomica Sì o No che richiede 20 secondi per la somministrazione. La presente versione è un adattamento della versione inglese. Se il paziente risponde "No" a tutte le domande da 1 a 4, lo screening è completo (non è necessario porre la domanda n. 5). Se il paziente risponde "Sì" a una qualsiasi delle domande da 1 a 4, o si rifiuta di rispondere, viene considerato a rischio, imminente se una volta posta la domanda 5 la risposta è SI.

1. Nelle passate ultime settimane hai desiderato di essere morto?	SI/NO
2. Nelle passate ultime settimane hai avuto la sensazione che la tua famiglia sarebbe stata meglio se tu fossi morto?	SI/NO
3. Nelle passate ultime settimane hai avuto pensieri sul farti del male?	SI/NO
4. Hai mai provato a farti del male? Se sì, come e quando?	SI/NO
5. Hai qualche idea di farti del male adesso?	SI/NO