
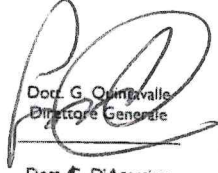
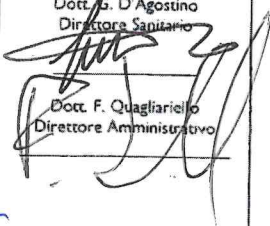
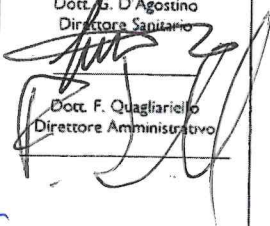
	Regione Lazio ASL Roma I UOC Sicurezza Qualità e Risk Management Direttore: Dott.ssa Maddalena Quintili Raccomandazione Ministeriale n. 4		
	Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Rev.04 del 24/02/2026	Pag. 1 a 28 PG

Rev.	Data	Redatto	Approvato	Verificato
4 Aggiornamento	24/02/2026	GdL	Dir. UOC SQRM Dott.ssa M. Quintili <small>Firma elettronica di Maddalena Quintili</small> <hr/> Dir. Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Magrini <small>Firma elettronica di P. Magrini</small> <hr/> Dir. DSM Dott. G. Ducci <small>Firma elettronica di G. Ducci</small> <hr/> Dir. Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali Dott. C. Turci <small>Firma elettronica di C. Turci</small>	 Dott. G. Quintavalle Direttore Generale <hr/> Dott. G. D'Agostino Direttore Sanitario  <hr/> Dott. F. Quagliariello Direttore Amministrativo 
Rev.	Data	Redatto	Verificato	Approvato
00 Prima stesura	25/07/2006	Dott. G. Ducci Dott.ssa s. Avenati SAJO	Dott. Manzieri Dott. Magrini	Dott. L. Sommella
01 Aggiornamento con specifiche sulla intensificazione della vigilanza	17/05/2012	Dott. G. Ducci Dott.ssa C. De Rosa Dott.ssa L. Marangoni CPSE S. Luzzara Michelis	Dott.ssa P. Magrini	Dott. L. Sommella
02 Implementazione Raccomandazione Ministeriale	11/03/2016	Gruppi di lavoro aziendali di cui alle delibere: Rm A: 223/CS del 09/04/2015 e 529/CS del 03/08/2015 Rm E: 637 del 06/08/2015	UOC S.P.R.M.: Dott.ssa M. Quintili CPSE M. Carrara UOS Rischio clinico: Dott. A. Bossi Dott.ssa S. Greghini	Risk Manager Dott.ssa M. Quintili
03 Revisione al triennio	31/12/2020	GdL	Dott.ssa M. Quintili Direttore UOC SQRM	Dott.ssa P. Chierchini Direttore Area Direzione Ospedaliera

INDICE

1. PREMESSA	4
2. SCOPO E OBIETTIVO	7
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	7
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	7
5. RESPONSABILITÀ	9
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	10
7. GESTIONE/ SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA	23
8. FORMAZIONE DEL PERSONALE	24
9. ALLEGATI	24
10. PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI	24
11. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	24
12. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI	25
13. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	26

Gruppo di Lavoro (GdL)

Coordinatori GdL:

Maria Giuseppa Elmo Dirigente Medico - Responsabile Degenze SPDC P.O. San Filippo Neri
Angelo Ricciardi Dirigente Medico - UOC 3 SM DSM

Gabriella Neroni Mercati	Dirigente Medico - Direttore f.f. UOC SPDC P.O. Santo Spirito
Maria Carmela Costa	FO di Coordinamento - SPDC P.O. San Filippo Neri
Omar Aburubiah	TeRP - SRTRe Via Piatti - UOC I SM DSM
Magnanti Massimo	Dirigente Medico - Direttore UOC PS MU P.O. San Filippo Neri
Cristina Sagrafoli	Dirigente Medico - UOC PS MU P.O. San Filippo Neri
Luigina Di Benedetto	FO di Coordinamento - PS P.O. San Filippo Neri
Vincenzo Lamanna	CPSI - SPDC P.O. Santo Spirito
Alina Georgiana Bogdan	CPSI - PS P.O. San Filippo Neri
Lorenzo Arrigo	CPSI - PS P.O. San Filippo Neri
Stefano Maria Tamorri	Dirigente Medico - SPDC Santo Spirito
Valentina Corigliano	Dirigente Medico - SPDC Santo Spirito
Marco Carosella	FO di Coordinamento - PS MU P.O. Santo Spirito
Manuel Proietti Checchi	CPSI - PS MU P.O. Santo Spirito
Maria Paola Saggese	Dirigente Medico - Direttore UOC PS MU P.O. Santo Spirito
Antonio Carnevale	Dirigente Medico - UOC Neurologia P.O. San Filippo Neri
Margherita Guarini	FO di Coordinamento - P.O. San Filippo Neri
Stefano Mancini	Dirigente Medico - Direttore UOC Chirurgia P.O. San Filippo Neri
Luigi Antonio Persico	Dirigente Medico - Responsabile UOSD Medicina Penitenziaria Regina Coeli
Adele Di Stefano	Dirigente Psicologo - Responsabile UOSD Salute Mentale e Dipendenze in ambito Penale
Luca Cento	Dirigente Psicologo - UOSD Salute Mentale e Dipendenze in ambito Penale
Aldebrando Bossi	Dirigente Medico - UOC SQRM
Stefania Greghini	FO Risk Management UOC SQRM

I. PREMESSA

- I.1 Il suicidio
- I.2 Fattori di rischio
- I.3 Fattori protettivi
- I.4 Prevenzione del suicidio

La presente Procedura fa riferimento alla Raccomandazione n. 4 (marzo 2008) del Ministero della Salute: *“Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale”*, dove viene puntualizzato quanto segue: *“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”*.

La conoscenza dei **fattori di rischio suicidario** consente l'adozione di strategie efficaci per la riduzione dell'evento suicidio in ospedale e sul territorio attraverso l'individuazione di:

- strumenti di valutazione dei pazienti;
- profili assistenziali per i pazienti che hanno una ideazione suicidaria o tentano il suicidio, che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione;
- processi organizzativi;
- formazione degli operatori;
- idoneità degli ambienti e delle strutture.

Scopo del presente documento è migliorare la capacità degli operatori di rilevare il rischio suicidario, fornendo uno strumento di lavoro che dia indicazione di tipo proattivo, preventivo e reattivo. D'altra parte, la Legge 24/2017 (legge Gelli-Bianco) definisce la sicurezza delle cure come parte del diritto alla salute, promuovendo la gestione del rischio sanitario (risk management) per prevenire il danno¹.

I.1 Il suicidio

Il **suicidio** - dal latino *suicidium* (uccisione di sé stessi) - è definito come l'esito fatale di comportamenti autolesivi messi in atto con l'intenzione di porre fine alla propria vita. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni anno oltre 700.000 persone muoiano per suicidio; quasi il 77% di tutti i suicidi a livello globale si verifichi nei Paesi a basso e medio reddito. Per ogni suicidio, molti altri tentano il suicidio o hanno gravi pensieri suicidari. In Italia, le principali fonti informative attualmente disponibili per una sistematica rilevazione e analisi dei suicidi e dei tentati suicidi comprendono i dati ISTAT di mortalità e le schede di dimissione ospedaliera (SDO). Inoltre, per quanto riguarda gli avvelenamenti, risulta di particolare interesse la casistica presa in esame dai Centri Antiveneni (CAV) (Istituto Superiore Sanità, EpiCentro - ISS, 2025)

Il **comportamento suicidario** ha un impatto profondo sulle famiglie e sulle comunità e rimane una sfida universale, con milioni di persone colpite. La riduzione della mortalità per suicidio è quindi di importanza globale e rimane una questione fondamentale per la salute pubblica (International Association for Suicide Prevention - IASP, 2026; World Health Organization - WHO, 2026). Il comportamento suicidario è un fenomeno umano complesso per il quale non esiste una causa univoca. Persone di ogni estrazione sociale possono essere a rischio di suicidio. Una serie di **fattori di rischio** - a livello individuale, relazionale, comunitario e sociale - può aumentare il rischio di suicidio. Questi fattori di rischio sono situazioni o problemi che possono aumentare la possibilità che una persona

¹ Legge 24/2017 - Art. 1 - Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

tenti il suicidio. Analogamente ai fattori di rischio, una serie di **fattori protettivi** - a livello individuale, relazionale, comunitario e sociale - possono proteggere le persone dal suicidio (National Institute of Mental Health - NIMH, 2026; Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2026)

I.2 Fattori di rischio

Fattori di rischio individuali (fattori personali che contribuiscono al rischio):

- Precedenti tentativi di suicidio
- Storia di depressione e altre malattie mentali (in anamnesi personale e familiare)
- Malattie gravi come il dolore cronico
- Problemi penali/legali
- Problemi o perdite lavorative/finanziarie
- Tendenze impulsive o aggressive
- Uso di sostanze (in anamnesi personale e familiare)
- Storia attuale o pregressa di esperienze infantili negative
- Senso di disperazione
- Vittimizzazione e/o perpetrato di violenza (le persone che hanno subito violenza - tra cui abusi sui minori, bullismo o violenza sessuale - hanno un rischio di suicidio più elevato)
- Sesso maschile
- Età (maggiormente 15-29 anni e >70 anni)

Fattori di rischio relazionali (esperienze dannose o dolorose all'interno delle relazioni che contribuiscono al rischio)

- Bullismo
- Storia di suicidio in famiglia/persona cara
- Perdita di relazioni
- Relazioni conflittuali o violente
- Isolamento sociale

Fattori di rischio comunitari (problemi complessi all'interno della comunità di una persona che contribuiscono al rischio)

- Mancanza di accesso all'assistenza sanitaria
- Cluster di suicidi nella comunità (*copy-cut-effect*)
- Stress da acculturazione (emigrazione/immigrazione)
- Violenza nella comunità di appartenenza
- Discriminazione
- Mancanza di privacy e di attività significative in contesto penitenziario

Fattori di rischio sociali (fattori culturali e ambientali all'interno della società in generale che contribuiscono al rischio)

- Stigma associato a ricerca di aiuto e malattie mentali
- Facile accesso a mezzi letali per il suicidio tra le persone a rischio
- Rappresentazioni mediatiche non appropriate del suicidio

I.3 Fattori protettivi

Fattori protettivi individuali (fattori personali che proteggono dal rischio di suicidio)

- Efficaci capacità di *coping* e di *problem-solving*
- Motivi di vita (ad esempio, famiglia, amici, animali domestici, ecc.)

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 5 di 28
--	--	------------------------	--------------

- Forte senso di identità culturale e di appartenenza

Fattori protettivi relazionali (esperienze relazionali sane che proteggono dal rischio di suicidio)

- Supporto da parte di partner, amici e familiari
- Sentirsi in sintonia con gli altri

Fattori protettivi della comunità in cui si vive (esperienze di supporto comunitario che proteggono dal rischio di suicidio)

- Sentirsi in sintonia con la scuola, la comunità e altre istituzioni sociali
- Disponibilità di un'assistenza sanitaria costante e di qualità
- Presenza di peer supporter in carcere

Fattori protettivi sociali (fattori culturali e ambientali all'interno della società in generale che proteggono dal rischio di suicidio)

- Ridotto accesso a mezzi letali per il suicidio tra le persone a rischio
- Obiezioni culturali, religiose o morali al suicidio
- Presenza di interventi di reinserimento sociale previsti per il termine dell'esecuzione penale

I.4 Prevenzione del suicidio

Come indicato dalla Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute, una valutazione appropriata/adeguata delle condizioni dell'utente, con la messa in atto di misure idonee all'individuazione di fattori di criticità e alla valutazione del rischio suicidario, risulta necessaria per l'individuazione del paziente a rischio. Pertanto, sarà necessario adottare:

- a) Strumenti per la valutazione del paziente;
- b) Profili assistenziali per i pazienti che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio che prevedano la continuità delle cure anche dopo la dimissione;
- c) Processi organizzativo-assistenziali;
- d) Un'adeguata formazione degli operatori;
- e) Misure che garantiscano l'idoneità ambientale e strutturale.

In questo contesto, risulta altresì necessario riportare considerazioni cliniche *evidence-based* sulla **complessità ed imprevedibilità** del fenomeno suicidio: *“Colpisce con assoluta regolarità il fatto che il suicidio sia confinato quasi esclusivamente alla sfera della psicopatologia, come epifenomeno di un disturbo psichiatrico, in particolare della depressione. Questo modello ‘medico’ pone tuttavia il fenomeno suicidario in un ambito poco congeniale e assai ristretto, e dunque poco adatto a coglierne tutta la complessità. [...] Oggi, la suicidologia - la scienza nata per studiare il suicidio e per prevenirlo - propone una visione nuova, più globale di ciò che porta un individuo a voler morire. Decenni di ricerche, allo stato attuale, rendono testimonianza di un evento estremamente intimo e complesso, non riducibile a sintomo di disturbo mentale. [...] La stragrande maggioranza dei pazienti affetti da disturbo psichiatrico non si suicida, né tenterà il suicidio, compresi coloro che sono affetti da un disturbo dell'umore, rappresentati in percentuali molto inferiori a quelle comunemente accreditate. [...] Gli interventi degli psichiatri non possono influenzare l'incidenza del suicidio nella popolazione generale, in quanto la maggior parte di coloro che si suicidano non sono loro pazienti”. [...] Sebbene dallo psichiatra ci si aspetti una valutazione puntuale, anche l'assessment più accurato può mancare il riconoscimento del soggetto che, apparentemente a basso rischio, si rivelerà poi un soggetto suicida. Ecco perché il lavoro di squadra tra operatori della salute e familiari deve essere sempre auspicabile, assieme alla possibilità, per tutti, di porre le domande: ‘hai mai pensato di voler morire?’, ‘hai mai pensato al suicidio?’”* (Pompili M.: *“La prevenzione del suicidio e il ruolo dello psichiatra”* 2014); *“Il suicidio è un fenomeno troppo complesso per poter essere riportato a una causalità al di là di ogni ragionevole certezza come, invece,*

richiesto dal Diritto Penale, né può essere affrontato con una progressiva perdita di libertà da parte dei pazienti.” (Biondi M., Inannitelli A., Ferracuti S.: “Sull'imprevedibilità del suicidio” 2016).

2. SCOPO E OBIETTIVO

Obiettivo della presente procedura è **delineare aspetti preventivi generali e specifici** del comportamento suicidario in attività assistenziale ospedaliera e territoriale, integrando l'attività clinica con le indicazioni contenute nella Raccomandazione n.4 del Ministero della Salute (marzo 2008). Pertanto, obiettivi prioritari sono:

- definire gli indicatori di potenziale rischio suicidario;
- delineare le strategie assistenziali finalizzate a rilevare precocemente i soggetti a rischio;
- stabilire i percorsi di assistenza per i tentativi suicidari mancati, finalizzati a ridurre la recidiva del comportamento autolesivo.

Le indicazioni fornite dalla presente Procedura saranno seguite da una **formazione specifica** rivolta alle UU.OO. con maggiore presenza di pazienti a rischio suicidario e alle UU.OO. che ne faranno richiesta.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Gli **Eventi Sentinella** (ES) suicidio e tentato suicidio possono verificarsi in tutto l'ambito ospedaliero (in particolare: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura o SPDC; Oncologia; Ostetricia e Ginecologia; Dipartimento di Emergenza; tutti gli spazi comuni - quali scale, terrazzi e vani di servizio - dove il controllo risulta essere minore (Raccomandazione n. 4 Ministero della Salute, marzo 2008).

La presente procedura si applica a tutte le Unità Operative e Servizi dei Presidi Ospedalieri, Servizi Territoriali del DSM (compresi i Servizi Residenziali e Semiresidenziali), nonché i Servizi di Salute Mentale e Dipendenze della ASL Roma I inseriti nella Casa Circondariale Regina Coeli.

Inoltre, allo scopo di implementare un modello proattivo nella gestione del rischio suicidario di pazienti seguiti in ambiti semiresidenziali/residenziali non afferenti al DSM, la procedura si applica anche in questi setting assistenziali (vedi Paragrafo 6.2)

Tutto il personale sociosanitario (Medici, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, TeRP, EP, operatori Ausiliari, tutti gli altri operatori sociosanitari), sia dipendente che esternalizzato, della ASL Roma I è tenuto al rispetto della procedura.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

a. Definizioni

Evento 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. Data la gravità, la comparsa di un singolo isolato evento sentinella è sufficiente per l'attivazione di misure atte ad accertarne i fattori potenzialmente associati al fine di implementare misure correttive da parte dell'organizzazione.
Suicidio	Dal latino <i>suicidium</i> (uccisione di sé stessi), è definito come l'esito fatale di comportamenti autolesivi messi in atto con l'intenzione di porre fine alla propria vita.
Tentativo di suicidio	Segni di lesioni non fatali auto inferte con un comportamento potenzialmente capace di procurare la morte; TS attuati con modalità letale ed intenzionalità auto

Intento suicidario	soppressiva configurano dei suicidi mancati, rispetto a TS attuati con modalità non letale e a variabile intenzionalità anticonservativa
Minaccia di suicidio	Chiara progettualità nell'intenzione di commettere l'atto
Ideazione suicidaria	Verbalizzazione dell'intento suicidario
Comportamento parasuicidario	Pensieri riferiti alla messa in pratica di azioni atte a produrre la morte, con intensità variabile in termini di invasività e grado dell'intento suicidario
Autolesionismo	Condotte che comportano un inconsapevole o latente desiderio di morte (ad es.: assunzione di sostanze, guida spericolata) e caratterizzate dalla ricerca del rischio estremo
	Atto di aggressività autodiretta in modo distruttivo o lesivo e volontario, senza intenzionalità anticonservativa

Evento sentinella n. 10 - SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE

Descrizione

Morte per suicidio o tentato suicidio di paziente all'interno della struttura sanitaria, inclusi anche i Servizi Territoriali di Salute Mentale, **avvenuto durante la permanenza o entro 72 ore dalla dimissione (JC).**

Razionale

L'evento mette in evidenza possibili carenze organizzative, quali la mancanza o la inadeguata implementazione di specifiche procedure e/o l'insufficiente comunicazione tra operatori o tra operatori e pazienti/familiari. In particolare l'evento può essere dovuto alla mancanza di una procedura idonea alla presa in carico del paziente, alla sottovalutazione delle condizioni psichiche del paziente, alla inadeguata sorveglianza dei pazienti a rischio, ad una non conforme idoneità ambientale. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo, per la revisione dei protocolli in uso, per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

Fonti utili per l'analisi dell'evento sentinella

Documentazione clinica e qualsiasi altra documentazione o fonte utile a riguardo.

Note

È disponibile sul sito del Ministero della Salute la "Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale".

b. Abbreviazioni

ASO	Accertamento Sanitario Obbligatorio
Caregiver	Persona che si prende cura di una persona malata
CPSE	Coordinatore Professioni Sanitarie Esperto / Infermiere Coordinatore
CPSI	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere
CSM	Centro Salute Mentale
D-DSM	Direttore DSM
DS	Direzione Sanitaria
D-SPDC/UOC	Direttore SPDC/UOC
FO	Funzione Organizzativa
MMG	Medico Medicina Generale
OS	Operatore Sociosanitario (Medico, Psicologo, Infermiere, Assistente Sociale, TeRP, EP, altro professionista sociosanitario)
PIC	Piano Individualizzato di Cura
PS	Pronto Soccorso
RM	Risk Management
SdN	Stato di Necessità
SerD	Servizio Dipendenze Patologiche
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura
SRP	Strutture Residenziali Psichiatriche
ST	Servizi Territoriali
STPIT	Strutture Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali
STSM	Servizi Territoriali Salute Mentale

TeRP
TSO
TSV
UU.OO.
UOC

Terapista della Riabilitazione Psichiatrica
 Trattamento Sanitario Obbligatorio
 Trattamento Sanitario Volontario
 Unità Operative
 Unità Operativa Complessa

5. RESPONSABILITÀ

- **Tutti gli operatori sociosanitari** devono stabilire una relazione con il paziente in quanto persona malata dotata di una propria soggettività
- **Il personale dirigente (Medici e Psicologi) e Infermieristico** - ciascuno secondo le proprie competenze e in un'ottica di collaborazione multi-disciplinare con tutti gli altri operatori socio-sanitari, in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore, paziente e familiari - dove effettuare un'attenta e completa anamnesi che tenga conto dei particolari aspetti utili ad identificare i pazienti con fattori di rischio da monitorare e rilevare mediante osservazione diretta del paziente, compresi i segni che possono essere indicativi di un rischio suicidario.
- **Il personale dirigente (Medico)** effettua l'esame obiettivo per l'accertamento delle condizioni cliniche, tenendo conto della presenza di quelle condizioni che possano potenzialmente aumentare il rischio di suicidio o tentato suicidio. In carcere tale funzione viene svolta anche dallo Psicologo per gli ambiti di competenza.
- La **gestione dei casi a rischio suicidario** prevede che la comunicazione tra gli operatori sociosanitari del Servizio/U.O. sia tempestiva e immediata, in particolare nel rilevare e informare gli altri operatori circa i cambiamenti a rischio nel comportamento del paziente.
- In **carcere** le responsabilità fanno capo anche al Personale di Amministrazione Penitenziaria, e vengono descritte nei Protocolli Locali di Prevenzione del Rischio Suicidio e dalle Linee Guida Regionali (a Febbraio 2026, in via di definizione e di approvazione).

Tabella I: matrice delle responsabilità e delle autorità - legenda:

R=Responsabile; R*=Responsabile per ambiti di competenza e specifici contesti; C=Coinvolto; I=Informato

Funzioni Attività	Psichiatra/ Psicologo	Medico di reparto/ territorio	CPSI	Dir. UOC	FO di Coordinamento	Altri OS	RM
Applicazione e monitoraggio periodico dell'implementazione della Procedura all'interno della UO	R*	R*	R*	R*	R*	R*	C
Anamnesi psichiatrica e psicologica	R*	R*	R*		I	C	
Osservazione del paziente a rischio	R*	R*	R*		C	C	
Individuazione dei fattori di rischio del paziente	R*	R*	R*		C	C	
Attribuzione del rischio suicidario	R*	R*	C		C	I	
Pianificazione clinico-assistenziale	R*	R*	R*		R*	C	

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

6.1 VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO IN AMBIENTE OSPEDALIERO

- 6.1.1 Introduzione
- 6.1.2 La prevenzione del suicidio in ospedale
- 6.1.3 Anamnesi medica e infermieristica
- 6.1.4 Esame obiettivo e accertamento delle condizioni cliniche
- 6.1.5 Osservazione del paziente
- 6.1.6 Misure preventive rivolte a pazienti identificati a rischio suicidario
- 6.1.7 Misure di sicurezza generali
 - 6.1.7.1 Pazienti a maggior rischio suicidario
 - 6.1.7.2 Pronto Soccorso
- 6.1.8 Misure di sicurezza ambientale e organizzativa

6.1.1 Introduzione

Il suicidio in ospedale rappresenta un **evento sentinella** rilevante, come dimostrato anche dai dati internazionali e, pertanto, è necessario che negli ospedali vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione (Raccomandazione n. 4 Ministero della Salute). Molteplici possono essere le ragioni del maggior rischio del suicidio in ospedale, tra le quali:

- l'ospedalizzazione corrisponde ad uno stato di malattia e lo stato di malattia può accompagnarsi a vissuti di perdita, lutto, confusione ed ansietà;
- l'ospedalizzazione a volte può coincidere con una condizione di percepita fragilità soggettiva accompagnata da vissuti di fallimento, abbandono, estraniamento, oggettualizzazione e diminuzione dell'autonomia personale.

Di particolare rilievo è l'aumento del **rischio di suicidio nella prima settimana successiva alla dimissione** di pazienti ricoverati con disturbi depressivi, condizione clinica che rende necessaria una particolare attenzione ed un'attenta documentazione della valutazione del rischio suicidario prima della dimissione (Aaltonen et al., 2025).

6.1.2 La prevenzione del suicidio in ospedale

Prevenire il suicidio in ospedale è un atto clinico reso difficile da molteplici fattori, tra i quali:

- **Ampiezza della popolazione a rischio** - i fattori di rischio descritti in Premessa definiscono una popolazione molto ampia, la quale in ospedale rischia addirittura di essere maggioritaria, divenendo parzialmente utili nella pratica in quanto individuano una popolazione a rischio potenziale teorico ma di fatto con scarso o nullo rischio reale in atto in un dato momento.
- **Variabilità del livello del rischio** - il livello di rischio può variare nello stesso individuo, in dipendenza soprattutto da circostanze esterne o interne che provochino un vissuto di perdita e una caduta dell'autocontrollo, passando, in modo rapido ed imprevedibile, da un livello di rischio reale nullo ad un livello di rischio reale in atto elevato o rapidamente recedere; il livello di rischio non è quindi individuabile in modo quantitativo per sommatoria di più fattori ma è un imprevedibile vissuto personale capace di amplificare a livelli intollerabili una esperienza affettiva, sulla base di una possibile predisposizione preesistente, in modi non immaginabili da altre persone.

- **Scarsa collaborazione dei pazienti** - se il suicidio è lucido, spesso il paziente nasconde le sue intenzioni; se il suicidio è attuato, come spesso accade, in modo impulsivo, in stato sub-confusionale, oniroide, delirante o in stato di intossicazione da sostanze, il paziente non è in grado di dare comunicazioni sul suo stato mentale.

Pertanto, nella programmazione di una strategia di prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero, va tenuto conto delle seguenti considerazioni:

- Gli individui potenzialmente a rischio di comportamenti suicidari possono considerare il suicidio con grande ambivalenza psicologica, dove il desiderio di morire può coesistere con il desiderio di essere salvati.
- Il comportamento suicidario si può associare ad un evento di crisi che si accompagna ad elevati livelli di stress anche di breve durata.
- Il soggetto a rischio di comportamento suicidario può esprimere il proprio malessere attraverso parole ed azioni che possono essere considerate come “*Cry for help*” (un grido di aiuto) ma che possono non essere rilevabili dagli operatori socio-sanitari e/o dai familiari/caregivers.

In generale, malgrado le suddette difficoltà, la prevenzione del suicidio nell’attività routinaria ospedaliera si avvantaggia di tutte le iniziative che mirano ad umanizzare l’ospedale rendendo l’esperienza del ricovero meno spersonalizzante, anonima, passiva e regressiva.

Altrettanto importanti possono essere le iniziative tese ad aumentare, per quanto possibile, la capacità del paziente di conoscere e gestire responsabilmente e con più autonomia la malattia.

L’attenzione al **paziente come persona malata** e non come corpo malato consente di mantenere quell’attenzione che facilita l’individuazione dei pazienti fragili rispetto alla loro malattia e alla loro attuale esperienza di vita e potenzialmente a rischio.

D’altra parte, il paziente che presenta solo alcuni fattori di rischio generali in anamnesi, non necessita in assoluto - e solo per questo - di interventi specifici o di consulenza psichiatrica. Piuttosto, tali pazienti richiedono una particolare attenzione nel corso del ricovero, allo scopo di valutare avvenimenti, comportamenti o comunicazioni che indichino la presenza di un rischio attuale e/o un aumento del rischio individuato. In questo caso si rende necessaria la **consulenza dello specialista psichiatra** col quale occorre concordare una serie di provvedimenti per la gestione del paziente.

6.1.3 Anamnesi medica e infermieristica

Il personale socio-sanitario - ciascuno secondo le proprie competenze e nell’ambito di un lavoro multi-professionale condiviso, in un clima accogliente che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente - dove effettuare un’attenta e completa **anamnesi**, strumento essenziale per l’identificazione dei pazienti che presentano fattori di rischio da monitorare.

Particolare attenzione va posta nella valutazione del rischio suicidario in tutti quei pazienti con fattori di rischio rilevati durante la raccolta dei dati anamnestici (vedi “**Fattori di rischio**” elencati in Premessa).

Alle presenti indicazioni viene allegata una GUIDA utile come traccia per gli operatori sanitari che conducono il colloquio con il paziente (vedi ALLEGATO I).

È utile sottolineare l’importanza di rivolgere particolare attenzione ai pazienti sottoposti a repentini cambiamenti di vita e a coloro che:

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 11 di 28
--	--	------------------------	---------------

- presentano sintomi depressivi;
- manifestano disturbi comportamentali correlati ad una sindrome organica confusionale/involutiva;
- giungono in struttura e manifestano ideazione suicidaria;
- sviluppano un'ideazione suicidaria reattiva alla comunicazione di una grave malattia all'interno della struttura sanitaria (ad es.: diagnosi di patologia oncologica: passaggio da terapia curativa a palliativa; decesso di neonato; depressione post-partum; amputazione di un arto; altre comunicazioni di prognosi infauste).

6.1.4 Esame obiettivo e accertamento delle condizioni cliniche

Un attento e completo esame obiettivo e accertamento delle condizioni cliniche risultano utili per osservare i segni di eventuali comportamenti autolesivi e/o suicidari, anche pregressi.

La presenza di alcune condizioni aumenta il rischio di suicidio o tentato suicidio nel paziente, ad esempio:

- **Patologie neurologiche** - sono associate sia ad alterazioni neurobiologiche (che potrebbero essere alla base della vulnerabilità al suicidio) sia ad un grave disagio esistenziale (compromissione dell'immagine di sé, dipendenza da altri, sentimento di essere percepito come un peso, riduzione della vita sociale e della sicurezza economica). Alcune malattie neurologiche aumentano in modo specifico il rischio di suicidio: nella Sclerosi Laterale Amiotrofica esso aumenta di 6 volte e l'ideazione suicidaria si riscontra nel 39 % dei pazienti; nella Corea di Huntington il 21% dei pazienti presenta ideazione suicidaria con un passaggio all'atto in circa il 7% dei casi. In altre malattie neurologiche (Ictus, Sclerosi Multipla, Malattia di Parkinson, Demenze) il rischio di suicidio è aumentato subito dopo la diagnosi, in presenza di sintomi invalidanti, quando si prevede una evoluzione disabilitante, in caso di comorbidità psichiatrica (che spesso condivide le basi biologiche della malattia neurologica). In tale ambito rientrano anche le sindromi cerebrali organiche di tipo confusionale/involutivo che possono presentare alterazioni comportamentali di potenziale rischio di danno verso sé stesso;
- **Patologie oncologiche e stati morbosì rilevanti in fase terminale** - gli individui con patologie oncologiche hanno un rischio doppio di commettere suicidio rispetto alla popolazione generale; inoltre, in specifiche popolazioni oncologiche, il 6% dei pazienti è risultato avere un'ideazione suicidaria, il 60% un suicidio mancato e il 34% un suicidio riuscito (Rafiei et al, 2024); circa un caso di suicidio su cinque presenta una morbosità associata rilevante e il 30% dei suicidi in presenza di malattie fisiche avviene durante ricovero in strutture di cura (ISTAT, 2017);
- **Patologie psichiatriche** - la comorbidità di un disturbo psichiatrico rappresenta un fattore di rischio rispetto alla popolazione generale (vedi Tabella 2).

Tabella 2

Hazard Ratios (HR) of comorbid mental disorders on the risk of suicide death	
<ul style="list-style-type: none"> • personality disorder 8.86 (5.72, 13.74) • substance use disorder 7.94 (6.92, 9.10) • alcohol use disorder 7.91 (6.86, 9.11) • bipolar disorder 6.72 (5.39, 8.37) • schizophrenia spectrum disorder 6.43 (5.58, 7.43) • obsessive-compulsive disorder 5.09 (3.67, 7.06) 	<ul style="list-style-type: none"> • posttraumatic stress disorder 3.54 (1.77, 7.07) • depressive disorder 3.33 (3.13, 3.54) • anxiety disorder 2.94 (2.66, 3.24) • insomnia 3.09 (2.90, 3.29) • dementia 2.53 (1.79, 3.57) • eating disorder 2.12 (1.10, 4.07)
<small>NATURE: Risk of suicide and all-cause death in patients with mental disorders: a nationwide cohort study. Mol Psychiatry 30, 2831–2839 (2025) THE LANCET: Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 (2025) WORLD PSYCHIATRY: Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective (2002)</small>	

6.1.5 Osservazione del paziente

È fondamentale la rilevazione di segni/sintomi che possono essere indicativi di un rischio di suicidio mediante osservazione clinica diretta del paziente.

È essenziale l'integrazione delle diverse competenze in un'ottica clinico-organizzativa multi-disciplinare e una comunicazione adeguata tra gli operatori, al fine di **cogliere i segni/sintomi premonitori di un possibile rischio/comportamento suicidario** per mettere in atto tutte le misure di prevenzione possibili.

È necessaria la **comunicazione tempestiva** all'interna dell'equipe di cura di qualsiasi dubbio sulla possibilità che un paziente possa avere l'intento di suicidarsi o presenti fattori di rischio (vedi **"Fattori di rischio"** elencati in Premessa).

Di seguito, vengono elencati alcuni possibili **segnali di allarme per rischio suicidario** che richiedono un particolare monitoraggio:

- Parlare in modo esplicito di voler morire o di volersi suicidare
- Fare un piano o cercare informazioni su metodi letali o fare scorta di farmaci
- Sentirsi vuoti, senza speranza, intrappolati o come se non ci fosse motivo di vivere
- Provare un dolore insopportabile o parlare di sentirsi un peso per gli altri
- Aumentare il consumo di alcol e/o droghe
- Mostrare sbalzi d'umore estremi o comportamenti sconsiderati
- Dormire troppo poco o troppo mostrando marcata angoscia o sentimenti di disperazione
- Allontanarsi dalla famiglia o dagli amici o sentirsi isolati
- Parlare di vendetta o mostrare rabbia incontrollata o comportamenti impulsivi
- Dare addio ai propri cari, mettere ordine nelle proprie relazioni o sistemare i propri averi

6.1.6 Misure preventive e di sicurezza rivolte a pazienti identificati a rischio suicidario

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

È necessario sottolineare che l'**evento suicidario**, a dispetto di ogni sforzo di predizione, costituisce sempre un **evento inatteso**. Tuttavia, al fine di individuare precocemente i **pazienti a rischio**, si rimanda a "Fattori di rischio" in Premessa.

Prevenzione PRIMARIA	È uno strumento che mira a definire strategie preventive generali di riduzione o eliminazione di fattori di rischio suicidario
Comprende	Tutte le azioni rivolte al contesto, ossia: <ul style="list-style-type: none">• struttura fisica e architettonica degli ambienti e misure organizzative;• promozione di un contesto di cura accogliente e di una comunicazione efficace.
Razionale	<i>Definire e pianificare, ognuno per propria competenza e responsabilità, le misure di sicurezza strutturali, ambientali e organizzative al fine di ridurre il rischio dell'ES</i>

Prevenzione SECONDARIA	Consiste nell'adozione di strumenti e modalità di screening dei soggetti a rischio suicidario, orientati all'implementazione di interventi assistenziali e terapeutici preventivi in presenza del rischio
Comprende	<ul style="list-style-type: none"> • individuazione di pazienti a rischio suicidario; • presa in carico dei pazienti orientata alla gestione del rischio suicidario; • promozione di una comunicazione efficace tra operatori, pazienti e familiari; • formulazione di un piano assistenziale e terapeutico specifico per la gestione del paziente a rischio suicidario.
Razionale	<i>Individuare gli indicatori ed il grado di rischio suicidario Formulare lo specifico piano di cura coerente al rischio rilevato</i>

Prevenzione TERZIARIA	Consiste nel definire un percorso di cura per la prevenzione delle recidive dei tentativi di suicidio.
Comprende	<ul style="list-style-type: none"> • utilizzo di strumenti standardizzati di Risk Assessment • implementazione del percorso di continuità assistenziale e terapeutica per i pazienti con accertato rischio e/o con pregresso tentativo suicidario.
Razionale	<i>Ridurre l'incidenza dei tentativi di suicidio nei percorsi terapeutico-assistenziale e nelle fasi di Transitional Care all'interno dell'Ospedale e tra Ospedale e Territorio</i>

6.1.7 Misure di sicurezza generali

6.1.7.1 Pazienti a maggior rischio suicidario

Si devono mettere in atto le seguenti azioni:

- Richiedere una **consulenza specialistica psichiatrica**, secondo l'individuazione dei fattori di rischio e l'osservazione effettuata, nonché secondo la comunicazione di rischio suicidario ricevuta dai sanitari di altri reparti ospedalieri di provenienza o dal Pronto Soccorso; in questi casi, **il personale del reparto accettante deve garantire, in continuità al percorso intraospedaliero di sicurezza, il monitoraggio continuo a tutela del paziente a rischio - compresi gli spostamenti in aree diagnostiche per effettuazione di esami strumentali inderogabili - sino a nuova rivalutazione psichiatrica che definirà un nuovo piano assistenziale per la gestione del rischio rilevato.**
- Tutto il personale di reparto deve essere **informato del rischio suicidario**;
- Osservare/sorvegliare accuratamente il **comportamento del paziente a rischio** in modo discreto e continuativo, chiedendo eventualmente l'intensificazione della vigilanza, anche con il possibile ausilio dei familiari se necessario e se presenti; particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti è ridotto;

- Dimostrarsi **disponibili, calmi, tranquilli** ma nello stesso tempo mantenere un atteggiamento professionale di comprensione empatica e di fermezza; controllare reazioni proprie di rabbia e di spinta ad allontanare il paziente; quest'atteggiamento rassicurerà il paziente, che identificherà negli operatori persone in grado di aiutarlo;
- Aiutare il paziente a **raggiungere e mantenere un soddisfacente livello di autonomia** nella cura adeguata di sé e del proprio aspetto;
- Aiutare il paziente a **raggiungere e mantenere un adeguato ritmo sonno/veglia** (ad es.: favorire l'attività fisica durante il giorno; evitare di far assumere al paziente caffeina/teina; limitare il riposo durante il giorno; consigliare di leggere per conciliare il sonno; etc.);
- Coinvolgere **altri specialisti e/o il MMG** per completare l'anamnesi e per favorire la continuità terapeutica al momento della dimissione;
- Coinvolgere **familiari/caregivers** sia nella fase di individuazione/valutazione che nella gestione dei fattori di rischio, informandoli della condizione di rischio del loro congiunto;
- Garantire una **comunicazione adeguata** tra gli operatori e tra operatori e paziente.

6.1.7.2 Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso è un ambiente caratterizzato da elevata intensità assistenziale, flussi di accesso imprevedibili e presenza simultanea di pazienti con bisogni eterogenei. In tale contesto, la prevenzione degli atti autolesivi e suicidari richiede un'organizzazione strutturata e coerente secondo quanto previsto nei documenti:

- “Manuale Regionale di Triage Modello Lazio”;
- “Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute”;
- “Percorso Assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentale per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso ASL Roma I”.

L'identificazione del rischio suicidario inizia in **fase di Triage**, dove l'operatore deve:

- rilevare accessi di pazienti che hanno già posto in essere un tentativo di suicidio, in genere, ma non esclusivamente, condotti con equipaggi del 118;
- riconoscere in soggetti che non accedono direttamente con questa motivazione sia segnali espliciti (ideazione suicidaria dichiarata, tentativo in atto) di possibile agito suicidario sia indicatori indiretti (agitazione, ansia intensa, ritiro, confusione, impulsività, abuso di sostanze).

Anche in assenza di lesioni fisiche, il rischio è considerato **tempo-dipendente** e richiede l'attribuzione di un codice di priorità adeguato:

- **Codice I – Emergenza**, in presenza di atto suicidario in corso o quale motivo dell'accesso in PS, tentativo ad alta letalità o instabilità clinica;
- L'assegnazione di **codici a bassa priorità** non è appropriata in presenza di rischio suicidario.

La valutazione non si esaurisce in fase di Triage ma prosegue lungo tutto il percorso in Pronto Soccorso attraverso una rivalutazione dinamica basata sull'osservazione clinica e comportamentale.

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 15 di 28
--	--	------------------------	---------------

Il personale socio-sanitario è tenuto a monitorare costantemente eventuali segnali di aggravamento, interagendo e collaborando tempestivamente al fine di rilevare le criticità e le evolutività delle situazioni in gestione, documentando con accuratezza ogni intervento.

La sicurezza del paziente rappresenta la priorità assoluta.

Prima dell'avvio dell'iter diagnostico, è necessario garantire un **ambiente protetto**, privo di oggetti potenzialmente pericolosi e facilmente monitorabile. Il paziente deve essere collocato in un'area idonea, con un livello di sorveglianza proporzionato al rischio:

- **Nel PS del P.O. San Filippo Neri** - il paziente viene inizialmente accolto nella Stanza Psichiatrica per la stabilizzazione e successivamente trasferito preferenzialmente nella Stanza Emergenza 2 per il monitoraggio multi-parametrico continuo e la valutazione diretta da parte del medico d'urgenza, dell'infermiere di sala e, se necessario, dell'anestesista di guardia, oltre all'intervento dello psichiatra compatibilmente con le condizioni del paziente;
- **Nel PS del P.O. Santo Spirito** - in assenza di una sala dedicata, il paziente viene collocato nella postazione più idonea rispetto alle sue necessità assistenziali; la gestione dell'assistito dopo attribuzione del codice di triage avviene all'interno delle Sale 1 e 2, dove la scelta dello spazio viene modulata in base alla priorità clinica e alla disponibilità del momento, assicurando il miglior equilibrio possibile tra la sicurezza dell'assistito e la continuità delle altre emergenze.

Per le parti specificamente riguardanti la **gestione clinico-operativa del tentato/mancato suicidio**, i **rapporti con i CAV** (Centri Anti Violenza) e lo **spoglio degli effetti personali del paziente** si rimanda alla Procedura *“Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero presso i PP.OO. San Filippo Neri e Santo Spirito della ASL Roma I”* (Rev. 0/2025)

La **documentazione** deve essere completa e accurata, con registrazione su GIPSE Web di tutte le valutazioni, delle misure di sicurezza adottate, degli interventi effettuati e delle decisioni cliniche.

Nei casi in cui il paziente debba essere trasferito o spostato da aree con maggiore intensità assistenziale (PS, Terapie Intensive/Rianimazioni) a Reparti/Aree diagnostiche non intensive (ad es.; ricovero in reparto di degenza non SPDC; trasporto per effettuazione di inderogabili esami strumentali):

- deve essere garantito un controllo maggiore durante lo spostamento, evitando che il paziente rimanga solo e definendo - secondo la valutazione del livello di gravità del rischio suicidario effettuata dallo psichiatra - un proporzionale livello di sorveglianza personalizzata;
- il personale di P.S. informa il personale del reparto di destinazione sul rischio suicidario rilevato.

6.1.8 Misure di sicurezza ambientale e organizzativa

I **mezzi suicidari** più utilizzati, in ordine di frequenza, sono:

- impiccagione
- precipitazione
- oggetti taglienti
- avvelenamento da farmaci
- colpo d'arma da fuoco
- avvelenamento da gas

In riferimento a quanto riportato nella presente Procedura e nel rispetto della dignità della persona, **se si valuta che un paziente sia a rischio di suicidio si deve:**

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 16 di 28
--	--	------------------------	---------------

- controllare gli oggetti personali, ritirare i farmaci in possesso del paziente, ritirare oggetti da *toiletta* taglienti o in vetro e altri oggetti potenzialmente pericolosi;
- chiedere la collaborazione dei familiari/*caregivers* e degli amici del paziente per evitare che possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento, ecc., che potrebbero essere nocivi o impropriamente utilizzati;
- monitorare la sicurezza dei luoghi di cura (ad esempio, prevenendo che il paziente possa accedere ad ambienti a rischio o a mezzi/sostanze potenzialmente pericolosi);
- fare attenzione alla scelta della stanza di ricovero e alla posizione del letto nella stanza affinché il paziente possa essere facilmente sorvegliato;

Un elenco di **materiale potenzialmente pericolosi** presenti inevitabilmente in un luogo di cura come l'ospedale è il seguente:

- corde dei campanelli
- materiale per bendaggio
- lenzuola
- fasce di contenzione
- buste di plastica
- tubi elastici e tubi per l'ossigenoterapia

All'atto della **dimissione** di pazienti che hanno tentato il suicidio o che necessitano di monitoraggio per un potenziale rischio suicidario, è opportuno:

1. Comunicare la situazione ai servizi territoriali competenti per patologia e per residenza del paziente (ad esempio: MMG, CSM, SerD, Distretto) al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale Ospedale-Territorio;
2. Per i pazienti di competenza del DSM, programmare con il supporto del consulente psichiatra e dell'equipe di riferimento del servizio di competenza territoriale la pianificazione di un Piano Individualizzato di Cura (PIC) secondo i tempi stabiliti dalle "Raccomandazioni Operative e di Buona collaborazione SPDC-ST (2023)" per le dimissioni dal SPDC;
3. Assicurare la disponibilità di un contatto diretto con il reparto di dimissione in caso di bisogno.

6.2 VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO IN AMBIENTE SEMIRESIDENZIALE E RESIDENZIALE NON AFFERENTI AL DSM

Allo scopo di implementare un **modello proattivo nella gestione del rischio suicidario** di pazienti seguiti in ambiti semiresidenziali/residenziali, si forniscono di seguito elementi clinici operativi, sia valutativi che decisionali, allo scopo di definire piani di comportamento assistenziale in grado di rilevare precocemente la presenza di un rischio suicidario e attivare risposte appropriate. Così come descritto in ambito ospedaliero, anche in questo contesto un efficace processo di Risk Assessment e di Risk Management necessita di effettuare attentamente:

- una valutazione anamnestica;
- un esame obiettivo;
- l'individuazione di fattori di rischio;
- un'attenta osservazione del paziente.

Di seguito, viene proposta una **stratificazione dei livelli di rischio** sulla base di una valutazione di assenza/sospetto/presenza:

1. livello di rischio assente - il rischio suicidario è assente o non evidenziabile o insospettabile

2. livello di rischio sospetto - il rischio suicidario non è chiaramente evidenziabile o escludibile

3. livello di rischio presente - il rischio suicidario risulta percettibile, evidenziabile o rilevabile

Da tale stratificazione ne derivano in modo coerente tre orientamenti clinico-organizzativi e gestionali:

1. LIVELLO DI RISCHIO ASSENTE

Non occorre mettere in atto comportamenti assistenziali specificamente orientati alla prevenzione di azioni autodistruttive mantenendo comunque un atteggiamento professionale di comprensione empatica del paziente

2. LIVELLO DI RISCHIO SOSPETTO

Mettere in atto cautelativamente tutte le misure di sicurezza ambientale e organizzativa necessarie al fine di ridurre la disponibilità dei mezzi suicidari generalmente più utilizzati (ad es.: impiccagione, precipitazione, uso di oggetti taglienti, accumulo di farmaci, etc). È inoltre necessario:

- informare tutto il personale che può avere a che fare con il paziente del sospetto di potenziale rischio suicidario, garantendo un'osservazione accurata e continua del paziente; particolare attenzione deve essere posta nei servizi residenziali, nelle ore serali e notturne e, più in generale, in tutte le situazioni in cui il rapporto numerico tra personale e pazienti potrebbe essere ridotto;
- limitare le situazioni in cui il paziente rimanga solo allo scopo di evitare il passaggio all'atto;
- valutare con molta attenzione le azioni del paziente ed eventuali improvvisate modifiche del comportamento, in particolare se caratterizzate da un atteggiamento fortemente aggressivo e/o autolesivo;
- osservare con particolare attenzione tutte le variazioni degne di nota nel regime alimentare, nella gestione del ritmo sonno-veglia, nel mantenimento di un sufficiente livello di autonomia e di progettualità per il futuro.

Qualora le condizioni di sospetto si protraggono nel tempo e/o aumentino nell'intensità/frequenza della loro espressione, va presa in considerazione la necessità di effettuare una consulenza psichiatrica e/o un ricovero in ambiente protetto.

3. LIVELLO DI RISCHIO PRESENTE

Mettere in atto le seguenti misure di sicurezza:

- controllare gli oggetti personali e ritirare i farmaci in possesso del paziente;
- comunicare e chiedere la collaborazione di familiari/*caregivers* e amici per evitare che il paziente entri in possesso, tramite loro, di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento che potrebbero risultare nocivi se impropriamente utilizzati;

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 18 di 28
--	--	------------------------	---------------

- richiedere una consulenza psichiatrica;
- valutare il ricovero in ambiente protetto se ritenuto opportuno o necessario.

Pazienti ritenuti ad **elevato rischio suicidario** necessitano di **massima sorveglianza**. Il paziente va controllato a vista in qualsiasi situazione esso si trovi, con ricovero in ambiente protetto qualora ritenuto opportuno o necessario.

6.3 VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (DSM)

6.3.1 Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (UU.OO. SPDC)

6.3.2 UOSD Salute Mentale e Dipendenze in Ambito Penale (UOSD SMDP)

6.3.3 SERVIZI TERRITORIALI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE (STSM DSM)

6.3.1 SERVIZI PSICHIATRICI DIAGNOSI E CURA (UU.OO. SPDC)

Il Consulente psichiatra del SPDC effettua, già nel percorso assistenziale del paziente in Pronto Soccorso, la valutazione clinico-anamnestica, l'individuazione dei fattori di rischio e del livello di gravità del rischio suicidario, elementi preliminari alle decisioni di rinvio a domicilio o di ospedalizzazione. Tali decisioni devono essere condivise con il Medico di Emergenza anche per quanto riguarda i possibili ricoveri in reparti ospedalieri non SPDC, se le condizioni cliniche del paziente lo richiedano nell'immediato.

L'operatività clinico-assistenziale durante la permanenza del **paziente in Pronto Soccorso**, si articola secondo quanto definito nelle parti specifiche, già richiamate nel paragrafo 6.1.1, della Procedura *Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero presso i PP.OO. San Filippo Neri e Santo Spirito della ASL Roma I (Rev 0/2025)*.

Al momento del ricovero in SPDC e se presente rischio suicidario, lo psichiatra indica che il trasferimento dal Pronto Soccorso o da altro Reparto ospedaliero avvenga in condizioni di sicurezza e di *alert* organizzativo di grado proporzionato al livello di rischio.

Il ricovero in SPDC prevede, secondo il livello di rischio suicidario rilevato:

- che, per quanto possibile secondo le condizioni del Servizio, il paziente venga ospitato in una stanza ove sia adeguatamente osservato e assistito (unità di degenza attigua alla medicheria) o in stanza dotata di sistemi di video-sorveglianza, se presente;
- la valutazione psicopatologica con somministrazione di scala BPRS e di funzionamento con scala VGF (da effettuare all'entrata e in uscita) e, all'occorrenza e secondo decisione clinica, la somministrazione della *Columbia- Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*; inoltre, è effettuata la valutazione secondo Procedure ROMA 1.2 per i pazienti al loro primo ricovero e ancora non in trattamento presso i ST del DSM ASL Roma I;
- la comunicazione a tutti gli operatori presenti al momento del ricovero, dello stato clinico del paziente e delle caratteristiche dello specifico piano assistenziale per il paziente; tali elementi saranno ulteriore oggetto di informazione/comunicazione nella riunione giornaliera di staff per la definizione del programma di ricovero e dei relativi specifici interventi multi-disciplinari e delle caratteristiche di sicurezza del piano assistenziale individuale; le singole UOC SPDC possono eventualmente adottare ulteriori sistemi di *alert* per la comunicazione interna del rischio rilevato;
- l'attenzione a non lasciare incustoditi gli ambienti (ad es. la medicheria) o gli oggetti (ad es. il carrello delle pulizie);
- la ripetizione dello spoglio all'entrata, a garanzia di eliminare farmaci od oggetti atti ad offendere (ad es.: accendini, specchi, oggetti taglienti, forbici, corde/lacci, caricabatterie con fili

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 19 di 28
--	--	------------------------	---------------

- elettrici lunghi, buste in plastica che se presenti andranno forate etc.) eventualmente sfuggiti a quello già effettuato in Pronto Soccorso;
- somministrazione attenta dei farmaci e osservazione al fine di scongiurare che questi siano impropriamente accumulati dal paziente;
 - l'informazione ai familiari/caregiver dello stato clinico del paziente e del divieto di introdurre oggetti di cui al punto precedente;
 - l'aggiornamento costante della cartella clinica nel merito delle evoluzioni cliniche e delle variazioni del livello rischio di suicidio;
 - la condivisione con l'equipe assegnataria dei STSM e Dipendenze del PIC, nei tempi stabiliti dalle *Raccomandazioni Operative e di Buona collaborazione SPDC-ST*, con visita in reparto entro 5 giorni dalla comunicazione dell'avvenuto ricovero;

La **programmazione della dimissione**, secondo miglioramento clinico rilevato, deve prevedere:

- a) nei casi di rinvio a domicilio, a garanzia dell'integrazione tra i Servizi del DSM e della continuità assistenziale ospedale-territorio, l'organizzazione di appuntamento presso i STSM e Dipendenze entro 7 giorni dalla dimissione;
- b) nei casi di comorbidità con patologie organiche e/o rilevanti fragilità sociali, il preliminare coinvolgimento anche del MMG, delle Strutture di ospitalità sociale, dei Servizi Distrettuali, sempre in collaborazione con i familiari/caregivers;
- c) nei casi di dimissione con invio in SRP in regime di STPIT, il passaggio di informazioni/comunicazioni cliniche quanto più possibile completo nella lettera di dimissioni, circa le problematiche di rischio suicidario presenti all'ingresso e delle eventuali comorbidità evidenziate, quali ad esempio le patologie involutive; in casi specifici alla comunicazioni scritte può accompagnarsi il contatto telefonico diretto con i sanitari delle strutture sanitarie riceventi o con altre agenzie sanitarie, quali i MMG.

Tutte le informazioni emerse durante il ricovero, e già condivise in via diretta con gli operatori dell'equipe multiprofessionale di riferimento dei STSM e Dipendenze del DSM, dovranno essere documentate nella lettera di dimissione che sarà sempre inviata alla STPIT, nonché ai Servizi Territoriali competenti.

6.3.2 UOSD SALUTE MENTALE E DIPENDENZE IN AMBITO PENITENZIARIO (UOSD SMDP)

In accordo con le **linee di indirizzo** per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario, in ambito carcerario, diramate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 10 ottobre 2011 e tenuto conto della peculiarità dell'Istituto Regina Coeli che è quella di essere un carcere prevalentemente di primo ingresso o di passaggio (temporanei trasferimenti da altri Istituti) con un alto Turnover dei soggetti ivi ristretti, le attività si possono distinguere in quelle più orientate allo *screening* ed alla valutazione precoce e quelle più specificamente di trattamento di supporto per la prevenzione del rischio, in coordinamento con tutto il personale dell'Amministrazione Penitenziaria. È da sottolineare inoltre che una rilevante percentuale di soggetti rimangono per un tempo anche lungo presso l'Istituto diventando quindi necessario impostare un programma osservazionale e terapeutico di medio-lungo periodo.

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PRINCIPALI DI INTERVENTO

- I. La prevenzione del rischio suicidario in carcere è una azione a cui concorrono le diverse Istituzioni, con i differenti operatori e professionisti presenti. Partecipano indirettamente alle azioni di prevenzione anche il personale volontario e tutti i soggetti che a vario titolo entrano in contatto con le persone ristrette in Istituto.

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 20 di 28
--	--	------------------------	---------------

2. Le azioni di prevenzione del rischio suicidario costituiscono l'oggetto dello specifico "Protocollo Operativo sottoscritto dalla ASL Roma I e dalla Direzione della CC Regina Coeli, nel mese di ottobre 2024" (Del. ASL Roma I n. 1565 del 13.12.2024); le indicazioni ivi presenti vengono aggiornate in relazione alle Linee di indirizzo specifiche regionali, in accordo tra la Regione Lazio e il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria Regionale (nuovo atto in via di definizione).
3. Nell'ambito del citato Protocollo Locale, è parte attiva anche la UOSD Assistenza Sanitaria Regina Coeli, per quanto riguarda le azioni di screening (in ingresso), di intercettazione dei casi a rischio durante la detenzione, di segnalazione alla UOSD SMPD, di visite mediche come da Protocollo e di partecipazione agli staff multidisciplinari.
4. Gli interventi specifici del DSM-UOSD SMDP si articolano nelle seguenti azioni:
 - a. Colloquio psicologico per prima valutazione del livello di rischio suicidario con segnalazione alla Direzione del Carcere dei casi che presentano rischio suicidario per la messa in atto delle procedure corrispondenti al livello di rischio previste dal protocollo vigente; la **fase di accoglienza** svolta dallo psicologo rappresenta uno dei momenti più delicati della vita detentiva, nel corso della quale è di primaria importanza la valutazione dei rischi legati alla salute mentale, all'uso di sostanze e a possibili comportamenti autolesivi e aggressivi; questa fase spesso costituisce il **primo contatto** con gli operatori sanitari della salute mentale, in particolare nel caso di persone straniere e senza fissa dimora intercettate per la prima volta durante la detenzione;
 - b. Le principali criticità in ingresso sono legate a fattori relativi alla carcerazione (prima carcerazione, pregresse esperienze problematiche di carcerazione, notizie di condanna o rigetti di istanze, disponibilità di strumenti), a fattori legati all'isolamento (fisico, psicologico e relazionale), a fattori clinici e psicosociali (disturbi psichiatrici, impulsività, uso di sostanze, assenza di una rete sociale) e alla storia individuale (pregressi trattamenti psichiatrici, pregressi atti autolesivi e/o suicidari, familiarità con il suicidio); a seguito della valutazione dopo il primo colloquio di accoglienza lo psicologo segnala, se necessario, il paziente all'**équipe di valutazione diagnostica** per Disturbo da Uso di Sostanze e/o Disturbo Mentale; nei casi in cui si tratta di giovane età, prima detenzione o casi di disadattamento socio-ambientale il paziente viene inserito in accoglienza prolungata, ovvero effettuerà colloqui settimanali di monitoraggio nell'arco di un mese;
 - c. Monitoraggio e trattamento clinico: al primo turno utile, Psicologi o Psichiatri della UOSD SMDP, si recano prioritariamente nelle sezioni di allocazione dei soggetti di nuovo ingresso, per **valutarne le condizioni psichiche** acquisendo le informazioni ricevute sull'iter giudiziario, sui precedenti e sulla tipologia di eventuali reati commessi in passato, da parte dell'Amministrazione Penitenziaria; ciò permette di avere a disposizione ulteriori elementi di valutazione, in specie anamnestica, riguardo le persone che mostrino segni o sintomi di fragilità psichica; tali azioni risultano utili per intercettare tutte quelle situazioni potenzialmente problematiche o a ridurne gli eventi avversi;
 - d. La valutazione clinica esita nella indicazione del grado di rischio (ossia: basso, medio, alto), cui corrisponde in prima istanza il **Livello di Sorveglianza** da parte della Polizia Penitenziaria e della cadenza delle visite mediche, psichiatriche e dei colloqui psicologici.
 - e. Il trattamento clinico è personalizzato per i singoli casi, in relazione alla presenza/assenza di diagnosi psicopatologica ed è, di norma, effettuato da **equipe multiprofessionali** che svolgono anche una attività ambulatoriale quotidiana, di grande importanza, finalizzata a garantire i trattamenti psicofarmacologico, psicologico e sociale, anche favorendo eventuali ed appropriate misure alternative alla detenzione.

Staff multidisciplinari: lo staff è previsto dall'Ordinamento Penitenziario e declinato nel citato Protocollo locale di Prevenzione. Si riuniscono a cadenze prestabilite (anche in relazione al livello di rischio) per stabilire le azioni cliniche, di sorveglianza e di supporto da intraprendere collegialmente; ai suddetti staff multidisciplinari partecipano gli operatori coinvolti quali, Direzione della CC, Medici della UOSD ASRC, Psicologi e/o Psichiatri della UOSD SMDP, Funzionario Giuridico Pedagogico e personale della Polizia Penitenziaria; ai clinici della UOSD SMDP spetta la valutazione clinica del rischio suicidario; a tutti i componenti (sanitari e dell'Amministrazione penitenziaria) spetta la definizione delle azioni di supporto (livelli di sorveglianza, eventuali allocazioni, inserimento in attività sociali, scolastiche, ricreative, lavorative, etc.).

Peer Supporter: gli Psicologi della UOSD SMDP formano periodicamente gruppi di *peer supporter*, con lo scopo di segnalare situazioni di preoccupazione, con particolare riferimento alla prevenzione del rischio suicidario, alla riduzione dell'aggressività auto ed etero diretta e alle problematiche legate alla salute mentale, alle dipendenze da sostanze e all'adattamento al contesto carcerario o ad altre vulnerabilità; il *peer supporter* avrà la funzione di osservare i segnali di possibile/conclamato disagio, attivare le figure sanitarie e dell'Amministrazione Penitenziaria in funzione delle loro competenze, supportare i destinatari con azioni concrete e proprie del *peer supporter*.

Per una **ulteriore specificazione delle azioni previste**, si rimanda al "*Protocollo di Prevenzione del Rischio Suicidario*" sottoscritto dalla ASL Roma I e dalla Direzione CC Regina Coeli (Del. ASL Roma I n. 1565 del 13.12.2024), nelle more della successiva emanazione delle Linee di indirizzo regionali.

6.3.3 SERVIZI TERRITORIALI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE (STSM DSM)

Le procedure per la prevenzione del suicidio nei STSM DSM ASL Roma I (UU.OO. CSM, UOC Dipendenze, UOC PIPSM, UOSD DCA, UOC TSMREE, UOSD CRARL; Strutture Semiresidenziali e Residenziali) coincidono con quanto previsto dal documento **PROCEDURE R.O.M.A. 1.2 (Risk Observation Measurement and Assessment)** sviluppato a partire dal 2017 nell'ambito del Progetto R.O.M.A. e pubblicato sul portale intranet aziendale SGSL (www.sqrm.aslroma1.it). Si specifica che attualmente (Febbraio 2026) la UOC TSMREE, la UOSD DCA e la UOSD CRARL sono nella fase iniziale di implementazione delle Procedure R.O.M.A. 1.2 nell'attività clinica dei rispettivi servizi.

Nello specifico di quanto previsto dalle Procedure R.O.M.A. 1.2., nei Percorsi di Accoglienza/Triage, Valutazione e Gestione viene posta particolare attenzione all'individuazione dei pazienti a rischio di comportamenti auto ed etero-aggressivi e di comportamenti suicidari. I **pazienti ad elevato rischio suicidario** sono considerati "Pazienti Gravi Complessi" per i quali è richiesta la presenza di una équipe multiprofessionale e di un Case Manager per la coordinazione del PIC concordato con paziente e, laddove possibile, familiari/caregivers.

Gli strumenti utilizzati per la **valutazione periodica** e per la **stratificazione del rischio clinico**, compreso il Rischio Suicidario, sono i seguenti:

- **Diagnosi ICD-9-CM**
- **Scheda VGF** (Valutazione Globale Funzionamento)
- **Scheda RS** (Rischio Suicidario)
- **Scheda RAV** (Rischio Aggressività Violenza)
- **Scheda RVSA** (Rischio Vulnerabilità Socio-Ambientale)

Qualora sia presente un **rischio suicidario** di grado "Lieve-Moderato", la valutazione può essere approfondita attraverso l'utilizzo della *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* per la

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 22 di 28
--	--	------------------------	---------------

formulazione di un adeguato intervento di gestione e prevenzione del rischio suicidario e per l'eventuale ricovero in regime volontario o di obbligatorietà. La presenza di un **rischio suicidario** di grado "Grave" è indicativa della necessità di un ricovero in regime volontario o di obbligatorietà.

Gli operatori dell'**equipe territoriale di riferimento** sono tenuti a comunicare il rischio rilevato qualora il paziente conosciuto venga ricoverato in SPDC, esplicitato nel previsto **PIC** (piano individualizzato di cura).

7. GESTIONE/ SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA

7.1 Modalità di segnalazione

7.2 Comunicazione ai famigliari

7.3 Supporto degli altri degenti

7.4 Diagramma di flusso per la gestione dell'evento suicidario

Se si verifica un episodio di suicidio o tentato suicidio di un paziente, deve essere attivata la Procedura per la segnalazione e la trasmissione degli eventi sentinella descritta nel "*Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella*" del Ministero della Salute (Luglio 2024).

La Procedura deve essere attivata se il suicidio o il tentato suicidio avviene all'interno della struttura sanitaria, inclusi anche i STSM, avvenuto durante la permanenza o entro 72 ore dalla dimissione.

7.1 Modalità di segnalazione

In caso di suicidio o tentato suicidio di un paziente in ospedale o in una struttura territoriale deputata all'assistenza o al soggiorno, l'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista socio-sanitario coinvolto nell'evento o che ne sia venuto a conoscenza) comunica quanto accaduto alla Direzione Sanitaria, al Risk Manager e all'Autorità Giudiziaria, e invia tempestivamente la segnalazione con Scheda di *Incident Reporting*.

Per i casi di suicidio di pazienti avvenuti nel proprio domicilio ma al di fuori dei termini definiti dal Ministero della Salute nel Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella di luglio 2024, pur non necessitando di segnalazione mediante Scheda di *Incident Reporting*, è ritenuta opportuna l'organizzazione di un audit clinico congiuntamente al Risk Management.

7.2 Comunicazione ai familiari

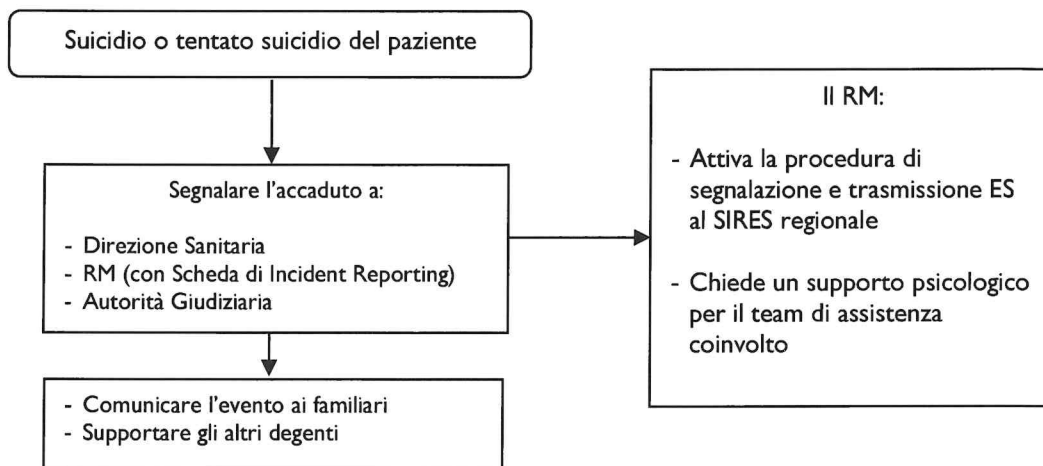
Il processo di comunicazione prende la forma di un **dialogo** che può prevedere anche l'eventuale invio dei familiari ai STSM. L'approccio deve essere **aperto e trasparente**. Si rimanda pertanto al documento aziendale di riferimento: "Procedura per la segnalazione di EA-ES-NM e comunicazione ai pazienti, famigliari e caregiver" SQRM PRO 07. Al termine dell'incontro dare spazio per domande e richieste di ulteriori chiarimenti e redigere un verbale del colloquio.

7.3 Supporto agli altri degenti

Attenzione dovrebbe essere posta alle possibili reazioni emotive di altri degenti coinvolti nell'evento (compagni di stanza, degenti con i quali il paziente aveva instaurato relazioni prima del gesto), interventi di debriefing potrebbero essere utili anche per prevenire eventuali fenomeni imitativi.

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 23 di 28
--	--	------------------------	---------------

7.4 Diagramma di flusso per la gestione della segnalazione dell'evento suicidario



8. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Le principali aree di formazione del personale socio-sanitario riguardano:

- Miglioramento della capacità degli operatori socio-sanitari di Risk Assessment e Risk Management per l'Evento Sentinella Suicidio/Tentato suicidio;
- Adozione di idonee misure di prevenzione;
- Miglioramento della capacità di comunicazione sull'evento sentinella

Progetti formativi specifici e periodici, dovranno essere previsti, soprattutto per il personale operante in unità operative considerate particolarmente critiche.

9. ALLEGATI

Allegato I: GUIDA AL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE E QUESTIONARIO A 6 ITEMS

10. INDICATORI

- Numero di **Suicidi** e **Tentati Suicidi** nell'anno, da misurarsi con le Schede di *Incident Reporting* (segnalazione degli ES) a cura della UOC Risk Management.

11. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

La presente procedura è presente in forma cartacea nelle UU.OO/Servizi e disponibile in formato digitale nell'applicativo intranet aziendale Risk Management SGSL a cui è possibile accedere con le proprie credenziali di dominio.

12. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

- Aaltonen K, Sund R, Hakulinen C, Pirkola S, Isometsä E. *Variations in Suicide Risk and Risk Factors After Hospitalization for Depression in Finland, 1996-2017*. JAMA Psychiatry. 2024;81(5):506–515. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5512
- Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma. “Procedura Ospedaliera. Pazienti a comportamento suicidario: approccio clinico-assistenziale e intensificazione della vigilanza”. Rev. N. 01. Data: 29/5/2012
- Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma. Procedura “Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l’accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero presso i PP.OO. San Filippo Neri e Santo Spirito della ASL Roma 1” (Rev 0/2025)
- Azienda ULSS 18 di Rovigo. *Procedura Aziendale per la prevenzione del suicidio in Ospedale*. Rev. N. 00. Data: 14/12/2009
- ASL Roma 5 “Revisione Procedure per l’implementazione della Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute sulla Prevenzione del Suicidio di Pazienti in Ospedale” del 24 Marzo 2017
- ASL Latina “Raccomandazione per la Prevenzione del Suicidio in Ospedale” del 01 Ottobre 2022
- ASL Rieti “Procedure per la Prevenzione del Suicidio del Paziente nelle Strutture della ASL di Rieti”
- Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani “Procedure Aziendale per Prevenire il Suicidio in Ospedale” del 08 Maggio 2017
- Azienda Ospedaliera Sant’Andrea di Roma. Servizio per la prevenzione del suicidio - www.prevenireilsuicidio.it
- Biondi M., Inannitelli A., Ferracuti S. (2016): “Sull’imprevedibilità del suicidio” - <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2476/articoli/25882/>
- Carli R.: *Psicologia clinica e ospedale. Introduzione al tema*. Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, N. 1- 2013 www.rivistadipsicologiaclinica.it
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2026 - <https://www.cdc.gov/suicide/index.html>
- Costanza A, Amerio A, Aguglia A, Escelsior A, Serafini G, Berardelli I, Pompili M, Amore M. *When Sick Brain and Hopelessness Meet: Some Aspects of Suicidality in the Neurological Patient*. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2020;19(4):257-263
- Grad O.T.: *Therapists as survivors of suicide loss*. In Wasserman D., Wasserman C. (a cura di) *Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford Un. Press 2009, 609-614.
- International Association for Suicide Prevention - IASP, 2026 - <https://www.iasp.info>
- Istituto Superiore Sanità, EpiCentro - ISS, 2025 - <https://www.epicentro.iss.it/ben/2008/ottobre/>
- ISTAT, 2017. *Malattie fisiche e mentali associate al suicidio: un’analisi sulle cause multiple di morte*. <http://www.istat.it>
- Lloyd G.G.: *Suicide in Hospital: guidelines for prevention*. Journal of the Royal Society of Medicine, 88-6.1995
- 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*. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017)
- Ministero della Salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. *Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale. Raccomandazione n. 4, marzo 2008*.
- Ministero della Salute. Dipartimento della programmazione e dell’ordinamento del servizio sanitario nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III EX DGPROGS. *Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011) Febbraio 2013*.
- Ministero della Salute. *Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella* (Luglio 2024)
- National Institute of Mental Health - NIMH, 2026 - <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention>
- Nature: *Risk of suicide and all-cause death in patients with mental disorders: a nationwide cohort study*. Mol Psychiatry 30, 2831–2839 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41380-025-02887-4>

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 25 di 28
--	--	------------------------	---------------

- Pompili M.: *La prevenzione del suicidio*, Il Mulino, Bologna (2013)
- Pompili M.: “*La prevenzione del suicidio e il ruolo dello psichiatra*” (2014) - <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1668/articoli/18256/>
- Rafiei S., Pashazadeh Kan, F., Raoofi, S., Shafiee, F., Masoumi, M., Bagheribayati, F., Ghashghaee, A. (2024). *Global prevalence of suicide in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis*. *Archives of Suicide Research*, 28 (3), 723–736. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2240870>
- Regione Lazio: *Manuale Regionale di Triage intra-ospedaliero - Modello Lazio* (2022)
- Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna “*Raccomandazioni per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie nel Territorio*”
- Suicide Prevention Resource Center, <http://www.sprc.org>
- The Lancet: *Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021* (2025) - [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(25\)00006-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(25)00006-4/fulltext)
- The Joint Commission, Sentinel Event Alert, 17.11.2010;
- World Health Organization, *Health in prisons - A WHO guide to the essentials in prison health* (WHO, 2010) - https://www.researchgate.net/profile/Heino-Stoever-2/publication/328335111_Health_in_prisons_A_WHO_guide_to_the_essentials_in_prison_health/links/5bc70c73458515f7d9bfe425/Health-in-prisons-A-WHO-guide-to-the-essentials-in-prison-health.pdf
- World Health Organization (WHO, 2026) - https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
- World Psychiatry: *Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective* (2002) - <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489848/>

13. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

La revisione della presente procedura sarà effettuata in caso di modifica organizzativa e/o aggiornamento della normativa di riferimento e delle linee guida e comunque ogni tre anni.

Procedura per la Prevenzione del Suicidio del Paziente	Procedura n. 4 da Raccomandazione ministeriale	Rev. 04 del 24/02/2026	Pag. 26 di 28
--	--	------------------------	---------------

ALLEGATO I

GUIDA AL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE E QUESTIONARIO A 6 ITEMS (Raccomandazione n. 4 di marzo 2008, modificata)

La presente guida vuole costituire una traccia per le U.U.O.O. di ricovero per la conduzione del colloquio, partendo dalla quale è necessario sviluppare, in relazione alla specifica situazione, una propria linea operativa. Può essere utilizzata quando vi è un sospetto da approfondire (dopo aver quindi raccolto attraverso l'anamnesi le informazioni circa i rischi). È importante:

- che il colloquio avvenga in un clima di rispetto e fiducia;
- scegliere una sede in cui non vi siano interruzioni e venga garantita la privacy;
- porsi in costante atteggiamento empatico e di ascolto attivo nei confronti del paziente;
- mantenere il contatto oculare con il paziente.

Fattori di rischio di suicidio:

- Parlare di suicidio o avere pensieri di suicidio
- Cercare mezzi letali per uccidere sè stessi
- Sentire di non avere uno scopo, nessuna ragione di vita
- Ansia o agitazione marcata
- Insonnia marcata
- Abuso di sostanze (anche farmaci) eccessivo o aumentato
- Perdita della speranza
- Ritiro sociale da amici / famiglia / società
- Rabbia incontrollata / sentimenti di vendetta / atti di violenza sul partner
- Cambiamento drammatico dell'umore

Altri fattori di rischio suicidario:

- Un tentativo di suicidio nel passato aumenta il rischio di un successivo tentativo di suicidio; più tentativi precedenti aumentano drammaticamente il rischio
- Eventi che hanno portato a vissuti di umiliazione, vergogna, disperazione elevano il rischio; questi possono includere perdita di un rapporto affettivo, lo stato finanziario o di salute del paziente reale o anticipato
- Armi da fuoco accessibili a una persona a rischio acuto ingrandisce questo rischio; informarsi e agire per ridurre l'accesso

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO

Non tutti i pazienti riescono a esprimere spontaneamente ideazione suicidaria, ma il 70 % di loro comunica dette intenzioni a persone per lui significativa. Chiedere ai pazienti direttamente e cercare elementi di garanzia e informazioni da parte di familiari, amici, polizia, e altri.

QUESTIONARIO:

1. Ha mai pensato alla morte o a morire?
2. Ha mai pensato che la vita non vale la pena di essere vissuta?
3. Ha mai pensato di mettere termine alla sua vita?
4. Ha mai tentato il suicidio?
5. Sta attualmente pensando di uccidersi?
6. Quali sono i motivi per voler morire e le sue ragioni per voler vivere?

Queste domande facilitano il paziente a parlare di un argomento molto difficile.

Raccomandazione: continuare sempre con le domande successive.

Quando l'ideazione suicidaria è presente gli operatori dovrebbero ulteriormente valutare:

- la frequenza, l'intensità e la durata dei pensieri
- l'esistenza di un piano e se sono state adottate fasi preparatorie

(ad esempio, "Quanto vuole davvero morire?" e "Come vuole mettere in atto i suoi pensieri/piani?")

Queste domande rappresentano un approccio efficace per discutere l'ideazione suicidaria e la storia del tentativo di suicidio; non sono un protocollo di screening formalizzato.

Livello di gravità dell'ideazione suicidaria

- risposta alla domanda 1 o 2 o 6 = SI: Lieve
- risposta alla domanda 3 o (2+6) = SI: Moderata
- risposta alla domanda 4 o 5 o (3+6) = SI: Grave

Si ribadisce che l'utilizzo del "Questionario a 6 items" non esaurisce la **valutazione del rischio suicidario** che necessita di **valutazione specialistica** e dell'eventuale utilizzo di altri strumenti psicodiagnostici specifici, ad es.: *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*.