

**PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL  
SUICIDIO IN AMBITO OSPEDALIERO**

**Indice**

<b>1. Obiettivi</b>	<b>pag. 2</b>
<b>2. Ambito di applicazione</b>	<b>pag. 2</b>
<b>3. Terminologia e abbreviazioni</b>	<b>pag. 2</b>
<b>4. Modalità Operative</b>	<b>pag. 2</b>
<b>4.1. Valutazione dei fattori di rischio</b>	<b>pag. 2</b>
<b>4.2. Gestione del paziente a rischio</b>	<b>pag. 4</b>
<b>4.3. Percorso clinico/assistenziale e percorso organizzativi</b>	<b>pag. 4</b>
<b>4.4. Caratteristiche strutturali</b>	<b>pag. 6</b>
<b>4.5. Segnalazione e monitoraggio</b>	<b>pag. 6</b>
<b>5. Responsabilità</b>	<b>pag. 7</b>
<b>6. Bibliografia</b>	<b>pag. 7</b>
<b>7. Flow chart</b>	<b>pag. 8</b>
<b>8. Allegato 1</b>	<b>pag. 9</b>
<b>9. Allegato 2</b>	<b>pag.10</b>

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b>  <b>“Prevenzione del suicidio in ambito  ospedaliero”</b></p>	<p>Edizione 05.06.2025  Revisione n.0  Pag. 2 di 11</p>
--	---	---

## 1. Obiettivi

L'obiettivo della presente procedura è:

- a) prevenire il verificarsi di suicidi tra i pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie dell'ASP Basilicata;
- b) aumentare la consapevolezza tra gli operatori del pericolo del verificarsi di un evento suicidario;
- c) standardizzare azioni organizzative e modalità operative per la prevenzione del rischio suicidio;
- d) sensibilizzare gli operatori al riconoscimento dei fattori di rischio nei pazienti;
- e) formare/informare gli operatori e i familiari alla corretta gestione del paziente a rischio.

## 2. Ambito di applicazione

La procedura è indirizzata a tutti gli operatori/professionisti sanitari che accolgono i pazienti nelle varie strutture sanitarie dell'ASP al fine appunto di migliorare la sicurezza dei pazienti e prevenire condotte di tipo suicidario.

## 3. Terminologia e abbreviazioni

**Evento sentinella:** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, può comportare la morte o grave danno al paziente e determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

**Suicidio:** evidenze esplicite o implicite che la persona è deceduta attraverso un comportamento finalizzato a procurarsi la morte.

**Tentato suicidio:** comportamento il cui intento, dichiarato o sottinteso, è finalizzato a indursi la morte.

## 4. Modalità Operative

Sebbene il gesto suicidario sia un gesto imprevedibile, risulta necessario che l'operatore conosca e metta in atto tutte le procedure possibili in caso di identificazione dei fattori di rischio per evitare il verificarsi dell'evento e poter dimostrare di averlo fatto.

In base alle evidenze presenti in letteratura le attività necessarie per la prevenzione del suicidio risultano essere:

- la valutazione dei fattori di rischio;
- la gestione del paziente a rischio.

### 4.1. Valutazione dei fattori di rischio

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero”</b></p>	<p>Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 3 di 11</p>
---	---	---

Al fine di identificare i pazienti che presentano un rischio di suicidio è opportuno che il personale medico e infermieristico, secondo le specifiche competenze professionali, focalizzi l’attenzione su particolari fattori anamnestici e clinici, tramite: anamnesi, colloquio clinico, consulenza specialistica.

#### **4.1.1. Anamnesi**

Il personale medico ed infermieristico, ciascuno secondo le proprie competenze, dovrà effettuare, in un clima che favorisca la comunicazione tra operatore e paziente, un’attenta e completa anamnesi, strumento essenziale per l’identificazione dei pazienti che presentano fattori di rischi da monitorare. La rilevazione dei fattori di rischio può avvenire in qualsiasi contesto (ambulatoriale e/o di ricovero). Nella Raccomandazione Ministeriale è presente una “Guida per il colloquio con il paziente” (allegata alla presente procedura) che può servire come traccia per sviluppare una propria linea operativa oppure elaborare una strategia personalizzata di colloquio empatico con il paziente.

La valutazione del rischio suicidario si avvale di:

- anamnesi storica del paziente, considerando in particolare gli eventi autolesivi (30- 40% dei suicidi avvengono a fronte di tentativi pregressi) e familiarità per il suicidio, spazio, avversità significative (es. storia di abuso sessuale);
- esame obiettivo: un attento e completo esame è utile per cogliere i segni tipici di abuso/dipendenza da alcool e/o sostanze stupefacenti; è possibile, inoltre, osservare segni di comportamenti autolesivi;
- analisi delle condizioni socio ambientali del paziente con particolare riguardo all'isolamento sociale;
- presenza di recenti eventi psicosociali stressanti gravi (lutti/separazioni/perdita del lavoro/solitudine);
- presenza di disturbi psichiatrici come la depressione;
- presenza di malattie fisiche gravi e invalidanti, patologia terminale, sindromi cerebrali organiche;
- rilevazione di altri segni, 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, ipergeneralizzazione, lettura degli eventi esterni come fatti personali, agitazione, scarso controllo degli impulsi, ridotta capacità 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, accumulo smodato/ eccessivo di farmaci, pensiero fisso sulla necessità di fare testamento o di sistemare i propri affari.

Fermo restando che il rischio suicidario può essere valutabile in qualsiasi contesto, si specifica che ci sono alcune aree cliniche cosiddette a maggior rischio che nell’ASP si identificano nel: servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC); le lungodegenze; Hospice; RSA e Ospedale di Comunità.

Particolare attenzione va rivolta ai pazienti fragili sottoposti a repentini cambiamenti di vita e a coloro che:

- presentano una chiara patologia psichiatrica;
- manifestano una sindrome organica funzionale;
- giungono in struttura per un tentativo di suicidio o manifestano spontaneamente ideazione suicidaria durante il ricovero;
- hanno un comportamento autolesionistico o manifestano spontaneamente reazione suicidaria all'interno della struttura sanitaria;
- hanno subito o temono di subire una grave perdita (es diagnosi di patologie oncologiche, depressione post partum, decesso del neonato, amputazione di arto);
- hanno vissuto recentemente drastici cambiamenti di vita, o eventi di vita stressanti o lutti significativi.

Se evidenzia che il sesso maschile più a rischio è che le fasce di età maggiormente esposte sono quelle comprese tra i 15 e i 24 anni o superiore ai 65 anni.

**Per la valutazione del rischio, strumenti come schede e scale di valutazione sono consigliabili solo come un'integrazione al colloquio empatico tra professionista e paziente.**

L'allegato “Attribuzione del rischio suicidario” fornisce un esempio di strumento per l'assegnazione del livello di rischio punto. In caso di paziente a rischio devono essere riportate nella documentazione clinica osservazioni relative allo stato psicologico/comportamentale e l'eventuale rischio suicidario.

#### **4.2. Gestione del paziente a rischio**

Durante la degenza, la valutazione del rischio di suicidio deve essere considerata parte integrante dell'esame clinico. Tale valutazione del rischio suicidio permette l'identificazione, l'attuazione e l'aggiornamento costante di strategie di trattamento per la sicurezza dei pazienti.

#### **4.3. Percorso clinico/assistenziale e percorso organizzativi**

Se a seguito dell'anamnesi medico/infermieristica il paziente risulta essere a rischio di suicidio o se manifesta intenzioni suicidarie sarà necessario avvalersi della consulenza psichiatrica. La richiesta non esime i curanti/personale addetto all'assistenza dal mettere in atto tutte le possibili misure di sicurezza strutturali e organizzative che possano contribuire ad evitare il verificarsi dell'evento. Fino alla valutazione del rischio attuale, il paziente non va lasciato solo, coinvolgendo se possibile anche i parenti/caregiver o eventualmente tutore/amministratore di sostegno.

Sarà cura del dirigente medico:

- informare tutti gli operatori sul rischio suicidario del paziente, anche riportandolo opportunamente in cartella clinica e trasmettendo l'informazione al cambio turno;
- informare i famigliari sul rischio suicidario del loro congiunto;
- prescrivere terapie personalizzate per i soggetti ritenuti a rischio suicidario. Sarà cura del personale di assistenza:

- prestare particolare attenzione durante i trasferimenti/eventuali allontanamenti del paziente all'interno della struttura aziendale (spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio sono considerati nella raccomandazione ministeriale area a maggior rischio) ed evitare lunghi tempi di attesa per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche terapeutiche;
- posizionare il paziente in una stanza in cui sia più facile il controllo da parte del personale di assistenza (es. vicino alla medicheria), a più letti, condivisa con altri degenti, escludendo i letti vicino alle finestre ed eventualmente abbassando le tapparelle o facendo bloccare le finestre stesse al fine di impedirne l'apertura impropria, effettuando la richiesta di valutazione intervento alle strutture per quanto di competenza (es. Ufficio/Servizio Tecnico);
- togliere dalla stanza e al paziente, oggetti potenzialmente lesivi (cinture, lacci, coltelli, oggetti in vetro) avvalendosi anche della collaborazione dei familiari/caregiver;
- non lasciare incustodito il carrello dei farmaci durante la somministrazione della terapia e materiale potenzialmente lesivo in medicheria/stanza di degenza (fiale, flussometri, bisturi, disinfettanti e filo del campanello);
- accertarsi che il paziente non sia in possesso di farmaci, avvalendosi anche della collaborazione dei familiari/caregiver;
- in base alla disponibilità e opportunità si possono coinvolgere associazioni di volontariato;
- coinvolgere, documentandolo in cartella clinica/assistenziale, i caregiver o i volontari, in particolare nelle ore serali e notturne, quando il rapporto numerico tra personale e pazienti potrebbe essere ridotto;
- effettuare una rivalutazione del paziente, quotidiana o ogni qualvolta risulti necessario, riportando le osservazioni nella documentazione sanitaria.

Il paziente, se è a rischio, ricoverato (RSA, Casa di Comunità, Hospice etc), deve essere valutato richiedendo consulenza psichiatrica per inquadramento clinico e terapeutico specificandone il livello di rischio riscontrato. Durante la degenza la valutazione è un processo clinico per la raccolta di informazioni e notifica dell'identificazione, trattamento e gestione.

**1) All'ammissione:**

- Il medico valutatore trasmette la valutazione del livello di rischio all'equipe infermieristica allegandola nella specifica cartella e nel diario clinico.
- Si potenzia la sorveglianza collocando il paziente nella stanza in modo da essere facilmente controllato.
- Si controllano oggetti personali, si ritirano farmaci in possesso del paziente, oggetti di toeletta taglienti o in vetro o altri oggetti potenzialmente pericolosi.

**2) Dopo l'ammissione:**

- L'equipe medico infermieristica effettua la rivalutazione del paziente giornalmente riportandola nella cartella infermieristica e medica. È importante un'osservazione personalizzata per mezzo di un coinvolgimento collaborativo di operatori sanitari e non al fine di sostenere il paziente e cogliere segni premonitori di eventuale atto suicidario.

	<b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero”</b>	Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 6 di 11
---	---	--

- Si individuano le modalità di coinvolgimento dei familiari dopo aver condiviso con il paziente la decisione.
- Si organizza la continuità terapeutica al momento della dimissione, coinvolgendo il MMG e altri specialisti o servizi, se necessario.

### **3) Alla dimissione:**

- La dimissione deve essere preparata in anticipo, segnalando al MMG e servizi territoriali la situazione di rischio al fine di garantire la continuità assistenziale. Attenzione particolare deve essere posta nel rinforzare le capacità di supporto familiare riguardante le condizioni cliniche, i trattamenti in corso, possibili segnali di allarme, indicare servizi e figure sanitarie cui rivolgersi se necessario.

#### **4.4. Caratteristiche strutturali**

Le caratteristiche ambientali e strutturali degli spazi deputati all'accoglienza dei soggetti a rischio rivestono un ruolo molto significativo nella prevenzione dei comportamenti suicidari. Pertanto, è opportuno che tali ambienti presentino le seguenti caratteristiche:

- presenza di dispositivi di sicurezza (serrature, allarmi, ringhiere);
- infissi di sicurezza, assicurandone una manutenzione adeguata;
- strutture ed attrezzature (docce, specchi) che non suggeriscano usi impropri;
- misure che impediscano l'accesso a mezzi pericolosi (oggetti taglienti, vetro, lacci, cinture, farmaci, etc.).

Ogni operatore deve essere adeguatamente informato riguardo le misure adottate e deve comunicare tempestivamente eventuali disfunzioni o problemi organizzativi.

#### **4.5. Segnalazione e monitoraggio**

In caso di tentato suicidio o suicidio in struttura ASL il personale in servizio dovrà immediatamente allertare il Direttore di Distretto e/o Direttore di Dipartimento o loro delegati segnalare l'accaduto entro 24 ore, come previsto nella Raccomandazione n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale” del Ministero della Salute (del marzo 2008). Oltre alla segnalazione, tramite la piattaforma aziendale Talete Web, il Responsabile dell'Unità Operativa dovrà inoltrare una relazione, sempre tramite la predetta piattaforma, specificando eventuali provvedimenti adottati. Questa relazione sarà trasmessa, come previsto dalla suddetta raccomandazione, al Ministero della Salute.

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero”</b></p>	<p>Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 7 di 11</p>
---	---	---

## 5. Responsabilità

### Matrice delle responsabilità

Attività	Medico Struttura di Degenza	Psichiatra/Psicologo	Coordinatore Infermieristico	Infermiere
Anamnesi medica ed esame obiettivo: identificazione del paziente a rischio suicidario	R		I	I
Richiesta consulenza specialistica psichiatrica/psicologica	R		C	C
Visita psichiatrica/colloquio psicologico e valutazione rischio suicidario	I	R	I	I
Informazione del rischio suicidario al personale	R		R	C
Informazione ai care giver/tutori/amministratori di sostegno del rischio suicidario	R	C	R	R
Applicazione delle misure preventive e di sicurezza	R		R	R
Segnalazione evento sentinella	R		R	
Dimissione protetta del paziente in caso di tentato suicidio	R	C	C	
Attività di supporto operatori/familiari	R	R		

## 6. Bibliografia, fonti e riferimenti

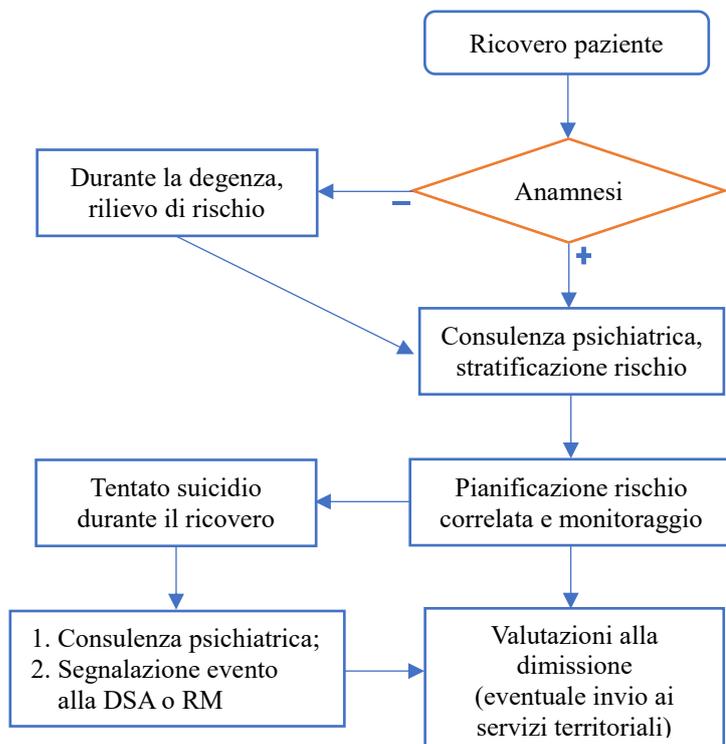
Ministero della Salute, Raccomandazione Ministeriale n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”. Marzo 2008.

Raccomandazione n. 4 “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale” – AOU “Federico II” di Napoli – Agosto 2022. “Prevenzione del rischio di suicidio/tentato suicidio di paziente in ospedale” – AOU “Citta della Salute e della Scienza di Torino” – Settembre 2024.

Ministero della Salute. Dipartimento della Qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei Livello di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012) – Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella – Aprile 2015.

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” (GU Serie Generale n. 64 del 17.3.2017).

**7. Flow chart**



## **ALLEGATO 1 - GUIDA PER IL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE**

(dalla Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale”; tali domande utili alla conduzione del colloquio, hanno un carattere meramente orientativo potendo scegliersi, adattarsi od integrarsi)

- Come si sente?
- Che progetti ha 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 di continuare a vivere. È successo anche a Lei? Ha mai pensato di farsi del male (o togliersi la vita)? Come?
- Con che frequenza Le sovrengono 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 a 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?

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA</b> Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE</b> <b>“Prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero”</b></p>	<p>Edizione 05.06.2025 Revisione n.0 Pag. 10 di 11</p>
---	---	--

## ALLEGATO 2 – STRATIFICAZIONE RISCHIO E PIANIFICAIZONE

### ATTRIBUZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO

(considerare, sebbene non limitatamente al seguente elenco)

#### 1- LIVELLO DI RISCHIO ASSENTE

- ideazione suicidaria assente
- anamnesi personale negativa
- condizioni di salute mentale nella norma

#### 2- LIVELLO DI RISCHIO LIEVE (PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO GENERICI)

- ideazione suicidaria infrequente, a bassa intensità, fugace
- ideazione suicidaria criticata dal paziente
- anamnesi personale remota (tentativo singolo o multipli ma su base “dimostrativa”; scarsa consapevolezza dell’idoneità del mezzo; salvataggio molto probabile; invio di messaggi/informazioni)
- anamnesi familiare positiva
- perdita di una persona amata, del lavoro, denaro, prestigio
- condizioni di salute mentale a basso rischio (episodio depressivo lieve; disturbo di personalità in forma lieve disturbi d’ansia)
- bevitore sociale

#### 3- LIVELLO DI RISCHIO MEDIO (PRESENZA DI IDEAZIONE AUTOLESIONISTICA)

- ideazione suicidaria a bassa intensità
- ideazione suicidaria parzialmente criticata dal paziente
- anamnesi personale recente
- anamnesi familiare positiva
- paziente sconosciuto al servizio
- condizione di salute mentale ad alto rischio (episodio depressivo grave; disturbo bipolare; disturbi psicotici; grave disturbo di personalità; sentimenti di disperazione, impulsività, ambivalenza, bassa autostima e sensazione di non poter ricevere aiuto);
- condizione di abuso e/o astinenza da alcool e/o altre sostanze;
- gravi condizioni di salute fisica.

#### 4- LIVELLO DI RISCHIO ALTO (PRESENZA DI INTENSA IDEAZIONE AUTOLESIONITICA-TENTATO SUICIDI RECENTE)

- recente tentato suicidio
- ideazione suicidaria ancora presente ed intensa
- ideazione suicidaria non criticata dal paziente
- condizione di salute mentale ad alto rischio
- condizione di abuso e/o astinenza da Alcool e/o altre sostanze
- gravi condizioni di salute fisica.

### PIANIFICAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE

In base al livello di rischio considerare le seguenti misure:

#### Livello 1 – RISCHIO LIEVE

1. Protrarre l’osservazione/valutazione da parte dell’equipe medico-infermieristica, in particolare tramite:
  - ascolto attivo o supporto con la sola presenza, assicurando un clima tranquillo e invitando a rivolgersi all’equipe se compaiono pensieri negativi o un aumento di tensione;
  - incoraggiamento dell’espressione dei pensieri e dei sentimenti;
  - informazioni e istruzioni alla persona e/o ai familiari sulla gestione dell’eventuale disturbo emotivo e sui modi alternativi di gestire i problemi;
  - rilevazione degli eventuali segni iniziali di aumento di ansia, agitazione e irritabilità: es., camminare avanti e indietro, ipervigilanza o cambiamenti di umore.
2. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, valutare se richiedere consulenza psichiatrica per inquadramento clinico e trattamento
3. Possibilmente assegnare alla persona una stanza con altro degente
4. Alla dimissione segnalare al MMG la valutazione di rischio suicidario lieve ed eventualmente prenotare visita al CSM/SerD

**Livello 2 – RISCHIO MEDIO (sono compresi anche i punti precedenti)**

5. Informare/coinvolgere i familiari
6. Predisporre una sorveglianza personalizzata, con il coinvolgimento eventuale di familiari o conoscenti del paziente opportunamente preparati e valutati
7. Verificare la sicurezza degli oggetti personali e di quelli tenuti in stanza; controllare la persona durante l’uso di oggetti potenzialmente pericolosi. Valutare in quale stanza è più opportuno collocare il paziente e la posizione del letto nella stanza
8. Nel caso il ricovero non sia in ambiente psichiatrico, richiedere consulenza psichiatrica e valutare se trasferire in ambiente psichiatrico, considerando la situazione generale, le condizioni internistiche e possibili controindicazioni sul piano psicologico.
9. Rivalutare quotidianamente in équipe medico-infermieristica il paziente
10. Informare il MMG e prendere contatto con il CSM/SerT per monitoraggio/trattamento post-dimissione; se possibile organizzare le prime visite durante degenza

**Livello 4 – RISCHIO ALTO (sono compresi anche i punti precedenti)**

11. Predisporre una vigilanza più intensa e accurata (ovvero: personalizzata 24 ore su 24)  
Programmare le cure post dimissione con il paziente, i familiari/altre persone significative, il MMG e i servizi/professionisti territoriali.