



PROCEDURA	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITÀ	VERS. 3 04/02/2026	Pag.1 di 22
------------------	--	-----------------------	-------------

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO IN OSPEDALE

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
VERS. 2 01.10.2022	Dirigente UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dott. E. Pilia</i>	Direttore Dipartimento Neuropsichiatria <i>Dott.ssa A. DI LELIO</i> F.TO	Responsabile Sostituto UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e qualità <i>Dott.ssa A. Rizzo</i>	2 Anni
VERS. 3 04/02/2026	Infermiere <i>Dott. M. Del Sole</i>	Responsabile F.O. Qualità Risk e Management <i>Dott. R. Masiero</i>		

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale		Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X				
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni	
	X			X	

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

La procedura è stata revisionata effettuando l'editing.

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della procedura

Sommario

1. PREMESSA	4
2. OBIETTIVI	5
3. AMBITI DI APPLICAZIONE	5
4. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI	6
5. MATRICI DI RESPONSABILITÀ	7
6. AZIONI	8
6.1 <i>Anamnesi</i>	9
6.2 <i>Metodologia</i>	10
6.2.1 <i>Prevenzione Primaria</i>	10
6.2.2 <i>Prevenzione Secondaria</i>	10
6.2.3 <i>Prevenzione Terziaria</i>	12
6.2.4 <i>Algoritmo decisionale</i>	12
6.3 <i>Valutazione del rischio secondo la Scale for Suicide Ideation (SSI)</i>	13
7. STRATIFICAZIONE DEI LIVELLI DI RISCHIO SUICIDARIO	14
7.1 <i>Le Responsabilità proattive</i>	17
7.2 <i>Le Responsabilità reattive (tentato suicidio)</i>	18
8. DIFFUSIONE	20
9. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	20
ALLEGATO 1: Scale for Suicide Ideation (SSI)	21

1. PREMESSA

La letteratura internazionale ha individuato una serie di fattori di rischio relativi al Suicidio in ambiente ospedaliero e la loro conoscenza consente l'adozione di strategie efficaci per la sua riduzione, mettendo in atto strategie adeguate:

- a) strumenti di valutazione del paziente;
- b) profili assistenziali per i pazienti che hanno una reazione suicidaria o tentano il suicidio che prevedano la continuità della cura anche dopo la dimissione;
- c) processi organizzativi;
- d) formazione degli operatori;
- e) idoneità ambientale e strutturale.

La valutazione del paziente psichiatrico è da intendersi non solo in struttura ospedaliera ma anche extra-ospedaliera; la prevenzione ospedaliera non può essere infatti scorporata e trattata separatamente, in quanto il percorso preventivo attraversa i luoghi sanitari e i contesti di vita, interessando i sistemi di cura e di comunità oltre che l'insieme delle risorse familiari e relazionali.

Le evidenze scientifiche evidenziano come le sinergie tra i diversi protagonisti del processo curativo e relazionale del paziente psichiatrico, determini un fattore preventivo rilevante; risultano efficaci in particolare la formazione ai medici di medicina generale per riconoscere e trattare tempestivamente la depressione, la facilitazione dell'accesso alle cure e alla continuità assistenziale per le persone ad alto rischio, la riduzione della disponibilità di mezzi letali per la popolazione.

2. OBIETTIVI

Prevenire comportamenti suicidari nei pazienti ricoverati nelle Unità operative ospedaliere; a questo obiettivo principale si aggiungono quelli che sono gli obiettivi specifici:

- a) definire le macrocategorie dei pazienti a potenziale rischio di suicidio;
- b) definire gli indicatori di potenziale rischio suicidio;
- c) individuare i comportamenti assistenziali finalizzati a rilevare precocemente i soggetti a rischio e prevenirne il passaggio all'atto suicidario;
- d) stabilire i percorsi di assistenziali per i tentativi suicidari mancati, finalizzati a ridurre la recidiva del comportamento autolesivo.

3. AMBITI DI APPLICAZIONE

L'evento suicidario non è considerarsi un fenomeno esclusivamente ospedaliero ma anche territoriale.

La raccomandazione riguarda tutti i pazienti che si rivolgono alle UU.OO. dell'ASL di Latina.

“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”.

Raccomandazione n. 4 PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE

4. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

DGE	Direzione Generale
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
DUO	Direzione di Unità Operativa
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
UU.OO.	Unità Operative
UOGR	Unità operativa Gestione del Rischio
UOC	Unità operativa complessa
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
CAD	Centro di Assistenza Domiciliare
SerT	Servizio per la Tossicodipendenza
CSM	Centro di salute mentale
CPSE	Coordiantore Infermieristico
CPSI	Infermiere
TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio
MMG	Medico di medicina generale
OBI	Osservazione breve intensiva
DEA	Dipartimento di emergenza ed accettazione
CAREGIVERS	Persona che si prende cura di una persona malata, a domicilio
RISK ASSESSMENT	Livello di sospetto suicidario

5. MATRICI DI RESPONSABILITÀ

a) Responsabilità PROATTIVE

ATTIVITA'	DMO	DUO	MEDICO	UOGR	CPSE	CPSI
Raccolta dati		I	R		I	C
Risk Assessment		I	R	I	I	I
Piano di controllo preventivo		I	R	I	I	C
Diffusione e controllo procedura	I	I	C	I	R	I

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

b) Responsabilità REATTIVE (tentato suicidio)

ATTIVITA'	DMO	DUO	MEDICO	UOGR	CPSE	CPSI
Segnalazione tentativo suicidio		C	R	I	I	R
Gestione del paziente			R	I	I	R
Prescrizione misure preventive		C	R		I	I
Informazione del personale sanitario		R	R		C	I
Informazione dei parenti		R	R		I	I

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

c) Responsabilità REATTIVE (Suicidio)

ATTIVITA'	DMO	DUO	MEDICO	UOGR	CPSE	CPSI
Segnalazione suicidio	I	R	R	I	C	C
Costatazione decesso	I	C	R	I	I	C
Informazione dei parenti		C	R		I	I

R: Responsabile C: Coinvolto I: Informato

6. AZIONI

In termini generali, la prevenzione del suicidio affonda le radici in di tutte le attività finalizzate a rendere l'esperienza del ricovero meno spersonalizzante, approcciandosi al paziente come persona malata e non come corpo malato e di quelle iniziative volte ad aumentare la sicurezza ambientale nella struttura sanitaria, come il controllo dell'accesso ai farmaci, la disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi o l'accessibilità a terrazzi o piani alti che non abbiano adeguati dispositivi di protezione. Ad un livello più specifico, un elemento fondamentale nella prevenzione del suicidio in ospedale è l'esecuzione di un'anamnesi adeguata: il paziente che presenta alcuni specifici fattori di rischio necessita di una particolare attenzione al fine di valutare avvenimenti, comportamenti, comunicazioni verbali e non verbali che indichino un aumento del rischio di suicidio.

Per prevenire il suicidio è quindi fondamentale la presa in carico del paziente:

6.1 Anamnesi

L'identificazione dei pazienti a rischio "prevedibile" (e quindi potenzialmente prevenibile) richiede innanzitutto un'attenta e accurata anamnesi medica ed infermieristica, dalla quale possono emergere elementi suggestivi/sospetti ad esempio pregressi atti anticonservativi, familiarità per gli stessi, accadimenti esistenziali di varia natura (per es. separazioni, lutti, abusi sessuali etc.) più o meno recenti, che vengono riferiti con una reazione emotiva, intensa o assente. I dati anamnestici e gli elementi suggestivi/sospetti di rischio suicidario devono essere riportati nella cartella clinica per essere conosciuti da tutta l'équipe medico-infermieristica. Nei pazienti in cui dall'anamnesi medica e/o infermieristica emergono elementi sospetti, il medico procederà con:

- Esame obiettivo mirato alla rilevazione di eventuali segni di recenti/pregressi comportamenti autolesionistici e/o suicidari, di abuso/dipendenza da alcool e/o da sostanze stupefacenti nonché di un'eventuale sindrome da astinenza;
- Approfondimento delle condizioni cliniche: il rischio di comportamenti suicidari è più elevato ad esempio nella patologia psichiatrica grave (depressione, disturbo bipolare, schizofrenia ed altri disturbi psicotici, disordini della personalità con comportamento aggressivo e impulsivo), nelle sindromi cerebrali organiche, in altre patologie gravi (per es. tumori etc.), nelle patologie cronico-degenerative dell'anziano e nell'età avanzata.

L'Allegato 1 alla Raccomandazione del Ministero della Salute n. 4 "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale" presenta una guida per il colloquio clinico - anamnestico finalizzato alla valutazione del rischio. Tale strumento costituisce solo una griglia per l'operatore affinché elabori una strategia personalizzata di colloquio empatico con il paziente. Se dai dati anamnestici e dall'esame obiettivo emergono elementi suggestivi/sospetti di rischio suicidario, il medico deve richiedere la consulenza psichiatrica per la valutazione della reale gravità del rischio suicidario.

6.2 Metodologia

La metodologia utilizzata si basa sull'inquadramento del fenomeno e delle risposte preventive terapeutiche ed assistenziali secondo la stratificazione delle azioni di interventi di:

6.2.1 Prevenzione Primaria

La prevenzione primaria comprende le azioni rivolte al contesto:

- Struttura fisica ed architettonica degli ambienti;
- Comunicazione tra operatori e pazienti/familiari;
- Promozione della qualità percepita nell'interazione clinico assistenziale con il paziente (relazione di aiuto);
- La relazione di aiuto è quella relazione interumana, empatica, in cui un soggetto promuove la crescita dell'altro; dunque, non può essere interpretata come la relazione che si stabilisce tra operatore e paziente. Non si tratta di capire razionalmente, né tantomeno di assumere un atteggiamento giudicante o percepito come tale, quanto di sentire le richieste espresse dal paziente che, per le condizioni momentanee vissute, non è in grado di affrontare autonomamente ma a cui è necessario offrire un ausilio mediato professionalmente sotto il profilo assistenziale.

6.2.2 Prevenzione Secondaria

La prevenzione secondaria comprende l'adozione di strumenti specifici e le modalità di screening dei soggetti potenzialmente a rischio di suicidio e l'applicazione di interventi assistenziali con finalità protettive nei confronti dell'azione auto lesiva, ovvero:

- Individuazione per classi generiche e/o profilo individuale delle categorie di pazienti a maggior rischio;
- La presa in carico del paziente deve essere orientata alla gestione del rischio suicidario;
- Monitoraggio degli indicatori comportamentali prodromici ad un passaggio all'atto suicidario;
- Adozione di un "Piano Assistenziale" specifico per la gestione del paziente a rischio suicidario.

La Raccomandazione Ministeriale afferma in merito alle classi di pazienti a maggior rischio suicidario, che il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero ma possono essere considerati a maggior rischio, le aree critiche quali le UU.OO. SPDC, Oncologia, Ostetricia e Ginecologia ed il DEA. Tuttavia, al fine di individuare le categorie di pazienti che, per profilo individuale, sono da considerarsi a rischio di iniziare un percorso dall'esito autodistruttivo, di seguito vengono elencati i fattori di rischio generali riportati in letteratura e comuni a tutti gli individui.

Sono fattori generali di rischio:

- essere maschi piuttosto che femmine;
- l'età: essere tra 20 e 30 anni o sopra i 60 se si è uomini; avere meno di 25 anni o intorno ai 45 se si è donne;
- la situazione coniugale: essere uomini separati o divorziati (a qualsiasi età) o avere più di 60 anni e vivere da soli;

- le perdite precoci: avere avuto nell'infanzia un lutto, quale la perdita di uno o entrambi i genitori;
- le patologie somatiche: andare incontro a patologie somatiche gravi che minacciano seriamente la vita o l'integrità del soggetto;
- le relazioni con le persone significative: le modalità di rapporto e soprattutto i loro cambiamenti e/o la percezione reale o simbolica della perdita degli altri;
- i precedenti tentativi di suicidio;
- la perdita del lavoro o del ruolo;
- l'emigrazione.

6.2.3 *Prevenzione Terziaria*

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

- applicazione di strumenti di Risk Assessment di potenziale recidiva suicidaria;
- implementazione del percorso di continuità clinico assistenziale ospedale-territorio per i pazienti ad elevato rischio e/o con pregresso tentativo di suicidio.

Il periodo immediatamente successivo alle dimissioni è quello in cui si verifica il maggior numero di suicidi. I dati sembrano dimostrare che, nelle settimane successive alle dimissioni, i pazienti mettono in atto i loro intenti suicidari ponendo l'accento sul ruolo del ricovero come fattore precipitante all'evento stesso.

6.2.4 *Algoritmo decisionale*

Lo scopo della procedura è quello di implementare un modello proattivo al potenziale evento suicidario dei pazienti ricoverati; pertanto è necessario stabilire un algoritmo decisionale per porre in atto alcuni piani di comportamento assistenziale in grado di

rilevare precocemente manifestazioni significative da parte del paziente ed attivare risposte coerenti con la significatività stessa delle manifestazioni.

Nella UOC SPDC, la peculiarità organizzativa, strutturale, clinica dei casi trattati e l'osservazione continua ed intensiva dei pazienti ricoverati, offrono la possibilità di garantire elevati standard di sicurezza preventiva anche per pazienti ad elevato rischio suicidario.

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

6.3 Valutazione del rischio secondo la Scale for Suicide Ideation (SSI)

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

7. STRATIFICAZIONE DEI LIVELLI DI RISCHIO SUICIDARIO

1) *Livello ordinario*

Il rischio suicidario non è evidenziabile in quanto assente o assolutamente insospettabile in relazione alla raccolta dati effettuata sia in contesti a maggior rischio, sia in ambiti operativi;

2) *Livello di sospetto*

Il rischio suicidario non è chiaramente evidenziabile sebbene, in seguito a colloqui con i medici delle diverse UU.OO., alla formulazione di diagnosi infermieristiche ed alla presenza di comportamenti/atteggiamenti definiti dalle stesse, può essere ipotizzabile un indebolimento non transitorio della progettualità auto conservativa da parte del paziente,

3) *Livello di rischio*

Il rischio suicidario è percettibile ed evidenziabile per dichiarazione di intenzioni auto lesive, tentativi falliti e/o dimostrativi o per numerosità ed intensità espressiva nel tempo della diagnosi per cui è richiesta consulenza specialistica urgente al fine di

acquisire le indicazioni terapeutiche ed assistenziali coerenti con le condizioni del paziente.

Il trattamento e la gestione dei pazienti di livello 3 dovranno essere garantiti nella UOC di degenza del paziente ad eccezione dei casi in cui lo specialista ravvisi un quadro clinico complessivo di pertinenza e competenza prioritariamente psichiatrica.

Da tale stratificazione sono articolati i seguenti orientamenti comportamentali:

1) Livello ordinario

Comportamenti assistenziali non specificatamente orientati alla prevenzione di azioni autodistruttive ma routinariamente caratterizzati da un atteggiamento professionale di comprensione empatica del paziente e delle sue manifestazioni.

2) Livello di sospetto

Mettere in atto cautelativamente e con discrezione le misure di sicurezza ambientale e organizzativa al fine di ridurre la disponibilità/accesso alle condotte comunemente messe in atto: l'impiccagione, la precipitazione, l'utilizzo di soggetti taglienti e, nelle forme più subdolamente premeditate, l'accumulo e l'autoavvelenamento con farmaci (al fine di ridurre questa evenienza, prescrivere possibilmente terapie per via parenterale piuttosto che per via orale al fine di ridurre la possibilità di accumulo illecito di compresse), la disponibilità di qualsiasi per realizzare l'impiccagione (si conoscono casi in cui il suicida ha accumulato lacci da scarpe per poi farne una corda con cui impiccarsi).

È inoltre necessario, in attesa di una valutazione specialistica di conferma del caso:

- informare tutto il personale sul sospetto del potenziale rischio suicidario e garantire una osservazione accurata ma discreta sul comportamento del paziente in modo continuativo;
- particolare attenzione deve essere prestata nelle ore serali e notturne quando il rapporto numerico tra personale e pazienti potrebbe essere ridotto;
- limitare le situazioni in cui il paziente può rimanere da solo (ad esempio stanza di degenza a più letti);
- relazionare con particolare attenzione in merito all'eventualità di nutrizione alterata (superiore/inferiore al bisogno), alla capacità psicologica e motivazionale da parte del paziente a raggiungere e mantenere un sufficiente livello di autonomia nella cura di sé e del proprio aspetto ed a mantenere un adeguato ritmo sonno/veglia;
- qualora le condizioni di sospetto si protraessero nel tempo e/o aumentassero la loro intensità espressiva, è necessario richiedere la consulenza di specialisti che, a loro giudizio, indicheranno orientamenti operativi assistenziali e/o prescriveranno la terapia farmacologica del caso.

3) *Livello di rischio*

Controllare gli oggetti personali, ritirare i farmaci in possesso del paziente, comunicare e chiedere la collaborazione dei familiari e degli amici del paziente, per evitare che questi possa entrare in possesso di oggetti, sostanze, capi di abbigliamento che potrebbero essere nocivi se impropriamente utilizzati (a mero titolo di esempio: sciarpe, cinture, collane particolarmente resistenti e/o numerose, bretelle, borse con lunghe “bretelle” etc.). Individuare una stanza di ricovero affinché il paziente possa essere facilmente sorvegliato e mantenere un livello di sorveglianza elevata fino alla dimissione. In caso di soggetti che hanno già tentato il suicidio o sono ritenuti ad elevatissimo rischio suicidario, è opportuno preparare la dimissione dal reparto con

largo anticipo, segnalando ai servizi territoriali competenti (MMG, SerT, CSM, CAD) la situazione al fine di garantire la continuità assistenziale e programmare per il paziente ed i caregivers un appuntamento a brevissimo tempo (possibilmente in stretta continuità con le dimissioni) presso il CSM competente, per la pianificazione del progetto di cura integrato.

7.1 Le Responsabilità proattive

Medico della UOC di degenza

- 1) raccolta dati inerente aspetti direttamente e/o indirettamente correlabili con intenzioni suicidarie;
- 2) in caso di alert in corso di raccolta dati, programma incontri e colloqui finalizzati a promuovere una relazione di aiuto;
- 3) di concerto con il personale infermieristico inquadra l'eventuale Risk assessment del paziente;
- 4) concorda e dispone formalmente con il personale infermieristico, un piano di controllo e sorveglianza per i pazienti di "livello di sospetto" e di "livello di rischio";
- 5) valuta e concorda con il CPSE, l'adeguatezza strutturale della UOC di degenza e la disponibilità di risorse operative per implementare il piano di controllo e sorveglianza.

Coordinatore infermieristico (CPSE)

- 1) verifica per gli ambiti di competenza, la diffusione e la corretta applicazione della procedura;
- 2) valuta e concorda con il DUO l'adeguatezza strutturale dell'unità di ricovero (stanza di degenza, stanza bagno, accessori e suppellettili, dispositivi medici ed elettromedicali) e la disponibilità di risorse operative per implementare il piano di controllo e sorveglianza;
- 3) richiede la temporanea integrazione di risorse lavorative per i casi definiti ad elevato rischio e per i quali è richiesta una accresciuta sorveglianza.

Infermiere (CPSE)

- 1) Di concerto con il medico, inquadra l'eventuale Risk assessment del paziente.

7.2 Le Responsabilità reattive (tentato suicidio)

Medico della UOC di degenza

- 1) valuta e gestisce clinicamente gli esiti dell'azione auto lesiva;
- 2) chiede valutazione specialistica psichiatrica;
- 3) segnala tramite il sistema di Incident Reporting <http://10.60.0.60/public/documenti/Incident%20Reporting.pdf> l'evento alla UOGR;
- 4) prescrive, se necessario nel caso specifico, misure preventive di recidive a breve termine;

- 5) comunica per gli ambiti di competenza, i servizi territoriali per programmare e pianificare un percorso di supporto e continuità assistenziale alla dimissione del paziente.

Coordinatore infermieristico (CPSE)

- 1) diffonde l'informazione a tutto il personale e ne verifica il recepimento;
- 2) verifica la corretta adozione del piano di prevenzione delle recidive a breve termine e la corretta applicazione delle prescrizioni specialistiche psichiatriche;
- 3) condivide con il medico la comunicazione dell'accaduto ai familiari del paziente e stabilisce con questi una relazione di aiuto;
- 4) contatta per gli ambiti di competenza, i servizi territoriali per programmare un percorso di supporto e continuità assistenziale pianificati per il singolo caso.

Infermiere (CPSI)

- 1) valuta e gestisce, in collaborazione con il medico, il primo intervento e gli esiti dell'azione auto lesiva;
- 2) condivide con il coordinatore infermieristico, la comunicazione dell'accaduto ai familiari e stabilisce con questi una relazione di aiuto.

7.3 Le responsabilità reattive (il suicidio)

Medico della UOC di degenza

- 1) accerta il decesso del paziente;
- 2) segnala il suicidio alla DMO attraverso una dettagliata relazione ed attraverso l'Incident Reporting alla UOGR, compilando la scheda di segnalazione che sarà compilabile dal sito internet aziendale. La compilazione della scheda di segnalazione non sostituisce eventuali denunce alle autorità giudiziarie. Dopo aver

verificato che il proprio browser sia aggiornato all'ultima versione, bisogna collegarsi al sito aziendale www.ausl.latina.it e nell' homepage, nella colonna a sinistra, in area riservata ASL, cliccare su INTRANET. Si avrà accesso all'applicazione INCIDENT REPORTING dove sarà possibile compilare il documento pdf in tutte le sue parti che andrà salvato sul pc e spedito con una mail dal proprio indirizzo di posta elettronica allegando il file precedentemente salvato al seguente indirizzo e-mail: rischioclinico@ausl.latina.it;

3) comunica l'accaduto ai familiari del paziente.

8. DIFFUSIONE

La raccomandazione revisionata deve essere trasmessa in modalità cartacea ai Direttori di presidio, di Distretto e di Dipartimento a Struttura ed è inserita sul sito aziendale al link: <https://www.ausl.latina.it/dati-aperti/rischio-clinico> .

9. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- 1) Ministero della Salute. Prevenzione del suicidio in ospedale. Raccomandazione n 4. Marzo 2008 5.
- 2) Ministero della Salute. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella. Terzo Rapporto (settembre 2005 – dicembre 2010). Luglio 2011
- 3) Procedura Aziendale per la segnalazione attraverso il Sistema di Incident Reporting <http://10.60.0.60/public/documenti/Incident%20Reporting.pdf> .



- 4) Meehan, P.J., Lamb, J.A.; Saltzman, L.E., & O'Carroll, P.W. (1992). Attempted suicide among young adults; progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 41-44.
- 5) *Il Suicidio e la sua Prevenzione* Cit. tratta da Tatarelli, Pompili, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2008.

ALLEGATO 1: Scale for Suicide Ideation (SSI)

Domanda	Risposta	Punti
1. Voglia di vivere	Da moderata a forte	0
	Debole	1
	Nessuna	2
2. Voglia di morire	Nessuna	0
	Debole	1
	Da moderata a forte	2
3. Ragioni per vivere/morire	Quelle per vivere superano quelle per morire	0
	Quasi uguali	1
	Quelle per morire superano quelle per vivere	2
4. Desidero mettere in atto un tentativo di suicidio	Nessuno	0
	Debole	1
	Da moderata a forte	2

5. Desiderio passivo di suicidio	Prenderebbe delle precauzioni per salvare la vita	0
	Lascerebbe al destino la vita / morte	1
	Eviterebbe le misure necessarie per salvare o mantenere la vita	2
6. Durata della ideazione suicidaria / desiderio di suicidio	Periodi brevi, fugaci	0
	Periodi più lunghi	1
	Continua (cronica) o quasi continua	2
7. Frequenza di ideazione suicida	Rara, occasionale	0
	Intermittente	1
	Persistente o continua	2
8. Atteggiamento verso la ideazione / desiderio	Rifiutante	0
	Ambivalente, indifferente	1
	Accettante	2
9. Controllo su un'azione suicida /sul desiderio di reazione impulsiva	Ha senso di controllo	0
	Non è sicuro di avere il controllo	1
	Non ha alcun senso di controllo	2
10.Deterrenti nei confronti del tentativo di suicidio (es. famiglia)	Non tenterebbe il suicidio a causa dei deterrenti	0
	Qualche preoccupazione per i deterrenti	1
	Preoccupazione minima o assente circa i deterrenti	2
11.Motivi per prendere in considerazione il tentativo	Per manipolare l'ambiente, attirare l'attenzione, vendicarsi	0
	Una combinazione di 0 - 2	1
	Fuggire, chiudere, risolvere i problemi	2
12.Metodo: adeguatezza/ pianificazione del tentativo progettato	Non considerata	0
	Considerata ma dettagli non calcolati	1
	Dettagli calcolati / ben previsti	2
13.Metodo: disponibilità / opportunità per il tentativo progettato	Metodo non disponibile; mancanza di opportunità	0
	Il metodo richiede tempo o sforzo; l'opportunità non è facilmente disponibile	1
	Disponibili metodo e opportunità	2
14.Senso di "capacità" di realizzare il tentativo	Mancanza di coraggio, troppo debole, timoroso, incapace	0
	Insicuro del proprio coraggio, della propria capacità	1



	Sicuro della capacità, del coraggio	2
15. Attesa / previsione del reale tentativo	Nessuna	0
	Incerta, insicura	1
	Si	2
16. Effettiva preparazione del tentativo progettato	Nessuna	0
	Parziale (es. incominciare ad accumulare pillole)	1
	Completa (es. ha le pillole)	2
17. Scritti suicidari	Nessuno	0
	Ha cominciato a scrivere, senza portare a termine, ci ha solo pensato	1
	Li ha preparati	2
18. Atti finali in previsione della morte (es. testamento)	Nessuno	0
	ci ha pensato o ha sistemato qualcosa	1
	ha pianificato con precisione o ha sistemato ogni cosa	2
19. Dissimulazione / occultamento del tentativo progettato	Ha comunicato apertamente le sue idee	0
	È reticente nel comunicare	1
	Tenta di dissimulare, occultare, mentire	2