

 ARNAS G.Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE

REDAZIONE

Recepimento e adeguamento della Raccomandazione Ministeriale n. 4



PREVENZIONE DEL SUICIDIO
DI PAZIENTE IN OSPEDALE

Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

REDAZIONE – VERIFICA – APPROVAZIONE

GRUPPO DI LAVORO - REDAZIONE

Struttura	Nominativo	Ruolo
S.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza	Camba Roberta	Dirigente Medico
S.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza	Pittalis Francesca	Infermiera
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Corda Valentina	Dirigente Medico
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Hardoy Maria Carolina	Dirigente Medico Psichiatra
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Maccioni Rafaella	Dirigente Medico Psichiatra
S.C. Medicina d'Urgenza	Tronci Pietro	Direttore
S.C. Medicina Generale	Murgia Sandra	Direttore
S.C. Medicina Legale	Maietta Giovanni Paolo	Dirigente Medico
S.C. Oncologia Medica	Mascia Luigi	Direttore
S.C. Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche	Musina Giovanni Francesco	Infermiere
S.C. Pronto Soccorso e OBI	Polo Fabrizio	Direttore f.f.
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Floris Luca	Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva - Specialista in Psichiatria
S.S.D. Medicina del Lavoro	Tulli Maria	Responsabile f.f.

REFERENTI DEL DOCUMENTO - CLINICO E METODOLOGICO

Struttura	Nominativo	Ruolo
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Floris Luca	Medico - Referente Clinico
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Mura Nicola	Dirigente Medico - Referente Metodologico
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Porceddu Cinzia	Sociologa - Referente Metodologico

VERIFICA

Struttura	Nominativo	Ruolo	Firma
Dipartimento Cardiovascolare	Cirio Emiliano Maria	Direttore	
Dipartimento Chirurgico	Solinas Andrea	Direttore	
Dipartimento Cura delle Malattie Oncologiche	Barbara Raffaele	Direttore	
Dipartimento Diagnostica Avanzata e Servizi	Siotto Paolo	Direttore	
Dipartimento Emergenza Urgenza	Dessì Giuseppe	Direttore	
Dipartimento Materno Infantile	Mascia Luigi	Direttore	
Dipartimento Medico Internistico	Pani Antonello	Direttore	
Dipartimento Neurologico e della Riabilitazione	Conti Carlo	Direttore f.f.	
Dipartimento Oncologico Chirurgico	Macciò Antonio Pietro Mario	Direttore	
S.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza	Mura Paolo	Direttore f.f.	
S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi	Argiolas Federico	Direttore	
S.C. Medicina d'Urgenza	Tronci Pietro	Direttore	
S.C. Medicina Generale	Murgia Sandra	Direttore	
S.C. Medicina Legale	Demontis Roberto	Direttore	

 ARNAS G.Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

Struttura	Nominativo	Ruolo	
S.C. Oncologia Medica	Mascia Luigi	Direttore	
S.C. Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche	Dettori Bruna	Direttore	
S.C. Pronto Soccorso e OBI	Polo Fabrizio	Direttore f.f.	
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio	Ghiani Carla	Direttore	
S.S.D. Medicina del Lavoro	Tulli Maria	Responsabile f.f.	

APPROVAZIONE ¹

Ruolo
Direttore Generale ARNAS G. Brotzu
Direttore Sanitario ARNAS G. Brotzu
Direttore Amministrativo ARNAS G. Brotzu

STATO DELLE PUBBLICAZIONI (REDAZIONE / REVISIONE)

N.	Descrizione	Data
-	-	-

ELENCO ALLEGATI – MODULI

N.	Descrizione
All_001_PSQ_AZ_013	Traccia per il colloquio con il paziente (tratto da Raccomandazione Ministeriale n. 4)
All_002_PSQ_AZ_013	Modulo di Incident Reporting

Lista di Distribuzione

Personale Sanitario e Sociosanitario ARNAS G. BROTZU
--

¹ Approvazione e adozione mediante Deliberazione Aziendale

 ARNAS G.Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

ABBREVIAZIONI - ACRONIMI

CODICE	DESCRITTIVO
ARNAS	Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione
CSM	Centro di Salute Mentale
DMUP	Direzione Medica Unica dei Presidi
MMG	Medico di Medicina Generale
NPI	Neuropsichiatria Infantile
S.C.	Struttura Complessa
S.S.D.	Struttura Semplice Dipartimentale
SerD	Servizio per le Dipendenze
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
U.O.	Unità Operativa
UU.OO.	Unità Operative

DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

Evento Sentinella	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al Paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.
Istruzione operativa	Documento che illustra nel dettaglio le specifiche azioni che l'operatore sanitario deve obbligatoriamente attuare in una determinata situazione. Possono essere parte applicativa di una procedura. Di solito riguardano una sequenza di azioni semplice e breve.
Linea Guida	Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo Scopo di assistere medici e pazienti [e manager] nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche [Institute of Medicine].
PDTA	Con il termine di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) si intendono l'insieme sequenziale (da qui percorso) di azioni /interventi che una Organizzazione Sanitaria introduce (allineate/i alle raccomandazioni delle linee guida correnti) al fine di garantire al paziente le migliori possibilità di Diagnosi, Cura e Assistenza rispetto al bisogno di salute presentato.
Procedura	Documento coinvolgente più strutture o più funzioni nella conduzione di un processo che ne disciplina i passi fondamentali, le responsabilità ed i collegamenti con altri processi. La procedura è a carattere prevalentemente gestionale.
Processo	Insieme di attività che, impiegando risorse, trasformano input in output. All'interno di un'organizzazione i processi interagiscono tra loro, in quanto gli output di uno sono solitamente input di altro/i.
Protocollo	Documento che coinvolge, di solito, una o poche funzioni specifiche di una struttura e che descrive modalità tipicamente clinico-sanitarie di un processo. Il protocollo è a carattere prevalentemente operativo e nell'interpretazione giuridica, il contenuto di un protocollo è vincolante per i professionisti (es. protocolli clinici specialistici).
Strumenti operativi di verifica e supporto	Documenti utilizzati quali strumenti per la verifica delle attività clinico-assistenziali svolte (moduli, Schede, planning, ecc.). Tali documenti vengono allegati ai loro documenti di riferimento (protocolli, procedure, istruzioni operative).

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

SOMMARIO

PREMESSA	6
1. SCOPO	6
2. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE	6
3. COMPITI E RESPONSABILITÀ	6
3.1 DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	6
3.2 DIRETTORE DI UNITÀ OPERATIVA	7
3.3 DIRIGENTE MEDICO	7
3.4 COORDINATORE INFERMIERISTICO	7
3.5 INFERMIERE	7
3.6 RISK MANAGER AZIENDALE	7
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	7
4.1 IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO	7
4.2 PRESA IN CARICO E MISURE PREVENTIVE	8
4.2.1 Anamnesi e percorso clinico	8
4.2.2 Misure di sicurezza generali e ambientali	10
4.2.3 Rivalutazione quotidiana del rischio	10
4.2.4 Assistenza infermieristica	11
4.2.5 Continuità ospedale-territorio	11
4.3 GESTIONE DELL'EVENTO ACCADUTO (SUICIDIO/TENTATO SUICIDIO)	11
4.3.1 Segnalazione all'Autorità Giudiziaria	12
4.3.2 Segnalazione dell'Evento Sentinella - suicidio o tentato suicidio	12
5. INDIVIDUAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ	13
6. FORMAZIONE DEL PERSONALE	14
7. DIFFUSIONE, ARCHIVIAZIONE, REVISIONE E MONITORAGGIO	14
8. RIFERIMENTI DOCUMENTALI, NORMATIVI E SITOGRAFICI	15

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

PREMESSA

Il suicidio o il tentato suicidio di un paziente in Ospedale rappresenta un **Evento Sentinella (n. 10)** di particolare gravità e, secondo la **Raccomandazione Ministeriale n. 4**, richiede che ogni struttura sanitaria adotti misure idonee per prevenirlo (Ministero della Salute, 2008). La letteratura scientifica sottolinea che la predisposizione al suicidio non è quasi mai un atto improvviso ma il risultato di un percorso lungo e tortuoso in cui si combinano fattori clinici, psicosociali e ambientali (Favril et al., 2022; Yöyen et al., 2024; Morneau-Vaillancourt et al., 2025).

Le unità operative come il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le oncologie, le ostetricie-ginecologie e i dipartimenti d'emergenza sono considerate a maggiore rischio (Di Lorenzo et al., 2024).

Alcune note metodologiche rispetto all'approccio alla stesura di questa procedura provengono anche dal recepimento delle linee guida NICE (2022) e NHS England (2025): la presente procedura adotta un approccio valutativo centrato sui bisogni, sulle vulnerabilità, sui fattori di sicurezza e sulle risorse della persona che ha messo in atto comportamenti suicidari o presenta ideazione anticonservativa, superando una concezione esclusivamente orientata al "rischio". La valutazione deve basarsi sul giudizio clinico multidimensionale e su una formulazione clinica che integri gli aspetti di sicurezza all'interno della storia personale, del funzionamento psicologico e del contesto relazionale, riconoscendo la natura dinamica del rischio stesso e orientando gli interventi in base ai bisogni effettivi della persona.

Le suddette linee guida evidenziano inoltre che strumenti, quali scale di valutazione del rischio e modelli di stratificazione non consentono una predizione affidabile del rischio di autolesionismo o suicidio e che il loro utilizzo per determinare l'accesso alle cure o al ricovero, attraverso soglie arbitrarie, può risultare clinicamente inappropriato e potenzialmente dannoso. Tali pratiche possono contribuire a ricorrenze dei comportamenti, aumento della sofferenza e riduzione della qualità dell'assistenza.

1. SCOPO

Obiettivo generale: ridurre il numero di **suicidi e tentati suicidi** che avvengono in ospedale attraverso l'identificazione precoce dei bisogni dei pazienti vulnerabili, l'adozione di misure preventive, l'adeguata assistenza clinica e l'attivazione di programmi di follow-up, tramite uno strumento operativo che fornisca agli operatori indicazioni sia sulle modalità da adottare in ottica preventiva, sia sui comportamenti da mettere in atto qualora gli eventi si manifestino.

Obiettivi specifici:

- Definire la procedura di segnalazione di un Evento Sentinella da attivare in caso di tentato suicidio o suicidio in ambito ospedaliero.
- Potenziare le competenze degli operatori nell'individuazione di pazienti con vulnerabilità per comportamenti suicidari, anche attraverso attività di formazione e informazione rivolte al personale sanitario.
- Stabilire linee guida per il percorso di dimissione dei pazienti con vulnerabilità per comportamenti suicidari, inclusi coloro che sono stati ricoverati a seguito di un comportamento anticonservativo. (S.S.D. Accoglienza e presa in carico paziente).
- Indicare misure per rafforzare la sicurezza durante la degenza, in particolare limitando l'accesso della persona vulnerabile per comportamento suicidario a strumenti potenzialmente letali (ad esempio oggetti taglienti, cinture, corde, farmaci).

2. DESTINATARI E CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è destinata a **tutto il personale sanitario e sociosanitario** che opera nelle strutture di ricovero dell'ARNAS "G. Brotzu". Si applica a tutti i pazienti ricoverati, con particolare attenzione alle aree considerate a rischio– Oncologia, Ostetricia e Ginecologia, Dipartimento di Emergenza e Urgenza e spazi comuni (scale, terrazze, vani di servizio).

3. COMPITI E RESPONSABILITÀ

3.1 DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Garantisce la diffusione della procedura in tutta l'Azienda e ne monitorizza l'applicabilità in funzione delle segnalazioni ricevute.

 ARNAS G.Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

3.2 DIRETTORE DI UNITÀ OPERATIVA

Assicura l'implementazione e attuazione della procedura nelle proprie strutture, monitorando i livelli di adesione.

3.3 DIRIGENTE MEDICO

- Valuta i bisogni, la vulnerabilità e la sicurezza di ogni paziente al momento del ricovero e durante la degenza, utilizzando l'anamnesi, i colloqui con il paziente (un esempio in **All_001_PSQ_AZ_013** tratto dalla Raccomandazione Ministeriale) e la famiglia.
- Coordina le misure preventive e definisce il livello di sorveglianza necessario.
- Informa il Coordinatore Infermieristico e gli Infermieri delle misure da adottare.

3.4 COORDINATORE INFERMIERISTICO

- Collabora con il Medico nella valutazione e stabilisce modalità di sorveglianza e gestione pazienti vulnerabili.
- Si assicura che il Personale Infermieristico sia formato e che l'ambiente di cura sia sicuro.

3.5 INFERMIERE

- Partecipa alla valutazione quotidiana e ogni qual volta risulti necessario, monitora il comportamento del Paziente, riferisce tempestivamente eventuali variazioni e compila debitamente la documentazione sanitaria.
- Cura il rapporto terapeutico con il paziente, basato su ascolto attivo ed empatia.
- Rimuove oggetti potenzialmente pericolosi dall'ambiente.
- Si accerta che il paziente non sia in possesso di farmaci, avvalendosi anche della collaborazione di familiari e caregiver.
- Non lascia incustodito il carrello dei farmaci durante la somministrazione della terapia e materiale potenzialmente lesivo in medicheria o nella stanza di degenza (ad es. fiale, flussometri, bisturi, disinfettanti).

3.6 RISK MANAGER AZIENDALE

- Promuove la diffusione della procedura.
- Monitora e analizza gli eventi sentinella, coordinando l'implementazione di azioni correttive.
- Suggerisce azioni di miglioramento / programmi di formazione ad hoc (in stretta collaborazione con la S.S.D. Formazione)

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La prevenzione del suicidio si articola in diverse fasi.

4.1 IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

La valutazione dei bisogni, della vulnerabilità e della sicurezza dei pazienti inizia durante la fase di accettazione e prosegue per tutta la degenza. La Raccomandazione Ministeriale prevede che l'anamnesi e la valutazione integrino fattori storici, clinici e comportamentali, che possono influenzare l'attuazione di comportamento suicidario, come i seguenti:

Fattori storici e psicosociali: pregressi atti autolesivi o tentativi di suicidio (circa il 50 % dei suicidi ha una storia di tentativi) (Di Lorenzo et al., 2024), familiarità per il suicidio, abusi sessuali, gravi avversità recenti (lutti, perdite lavorative) (Angelakis et al., 2020), isolamento sociale (Motillon-Toudic et al., 2022). Pazienti di sesso maschile e fasce d'età 15–24 anni o oltre 65 anni sono più a rischio (Bilsen, 2018; De Leo et al., 2021).

Fattori clinici: sindromi cerebrali organiche, patologie psichiatriche come Depressione, Disturbo Bipolare, Schizofrenia e Disturbi di personalità, Disturbi d'Ansia, patologie terminali e abuso/dipendenza da alcol, sostanze o psicofarmaci (Di Lorenzo et al., 2024).

La guida *Staying safe from suicide* di NHS England (2025) propone una valutazione di tipo biopsicosociale e relazionale, centrata sulla persona e sulla qualità della relazione terapeutica che può fungere da supporto per il Professionista.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

L'assessment privilegia ascolto empatico, domande aperte e linguaggio semplice, integrando l'esplorazione di pensieri e impulsi suicidari, fattori di rischio e protezione, precedenti interventi e contesto di vita.

Segni di allerta e obiettivi: commenti o battute sul suicidio, senso di disperazione o inutilità, improvvisi cambiamenti di comportamento, agitazione, scarso controllo degli impulsi, allucinazioni con riferimento al suicidio, senso di colpa, autodenigrazione, mancanza di progettualità per il futuro, catastrofismo, ipergeneralizzazione, lettura di eventi esterni come fatti personali, possesso cumulato di farmaci, segni obiettivi di abuso alcolico e/o uso di sostanze, attenzione eccessiva o disinteresse per la religione e preoccupazione per il testamento (Bagge et al., 2022; King et al., 2024; Morneau-Vaillancourt et al., 2025; Xiao et al., 2024).

Nello specifico, è fondamentale porre particolare attenzione ai Pazienti fragili che affrontano cambiamenti improvvisi e significativi nella loro vita, nonché a coloro che:

- Presentano una diagnosi psichiatrica conclamata non in compenso psicopatologico;
- Sviluppano un quadro confusionale di origine organica;
- Accedono alla struttura in seguito a un tentativo di suicidio o riferiscono spontaneamente pensieri suicidari durante il ricovero;
- Mettono in atto condotte autolesive o manifestano spontaneamente intenzioni suicide nel contesto sanitario;
- Hanno subito o temono di subire perdite gravi (ad esempio diagnosi gravi, depressione post-partum, morte del neonato, amputazioni);
- Sono stati recentemente esposti a eventi di vita critici, stressanti o a lutti di particolare rilevanza.

4.2 PRESA IN CARICO E MISURE PREVENTIVE

4.2.1 Anamnesi e percorso clinico

L'anamnesi deve essere completa e condotta possibilmente in un clima accogliente che favorisca la comunicazione con il paziente. Deve includere la ricostruzione della storia clinica e psicosociale, l'analisi delle caratteristiche anagrafiche e socio-culturali, l'accertamento delle condizioni cliniche e l'esame obiettivo.

A seguito della valutazione viene definito un **percorso clinico assistenziale** in cui, in generale:

- vengono integrate le competenze di medici, infermieri e caregiver aiutandoli a cogliere i bisogni, la vulnerabilità per comportamento suicidario e la sicurezza del paziente;
- si prevedono consulenze specialistiche psicologiche e psichiatriche/NPI;
- si coinvolgono, lì dove necessario, altri specialisti e il medico di medicina generale per completare l'anamnesi e garantire la continuità terapeutica;
- si promuove la partecipazione della famiglia e degli amici nella valutazione e nella gestione dei fattori di rischio.

Diverse evidenze sostengono che è opportuno, durante le fasi sotto specificate, seguire alcune indicazioni:

Durante il ricovero:

- Qualora il personale sanitario rilevi, in anamnesi o nel corso della degenza, elementi sospetti da approfondire (anche solo in termini di individuazione di fattori di rischio), questi devono essere riportati nella documentazione clinica e condivisi con l'intera Équipe.
- Considerare che l'attuazione di comportamenti suicidari è particolarmente frequente nei primi giorni di ricovero e nella settimana immediatamente successiva alla dimissione.
- Prestare attenzione ai Pazienti che hanno già manifestato reazioni suicidarie, a quelli a cui viene comunicata una diagnosi infausta, nei passaggi da trattamento curativo a cure palliative, e in caso di amputazioni di arti.
- Nella S.C. Ostetricia è raccomandato un attento monitoraggio di eventuali sintomi depressivi in fase antenatale e/o postnatale, che possono costituire indicatori di depressione peri-partum. Particolare cautela va riservata alla comunicazione di notizie gravi alle neomamme; in tali situazioni la valutazione deve essere effettuata anche con il

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio		

supporto psicologico/psichiatrico, prevedendo un adeguato passaggio di presa in carico territoriale (es. invio al Centro di Salute Mentale o all'SPDC competenti) (Per ulteriori informazioni vedasi Procedura di recepimento della Raccomandazione Ministeriale n. 6 "Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto").

- Una circostanza analoga può riguardare i genitori che affrontano la perdita di un figlio, sia per morte improvvisa sia a seguito di un ricovero; tali situazioni richiedono quindi particolare attenzione e sensibilità da parte del personale.
- L'osservazione e la valutazione da parte dell'Équipe multiprofessionale, deve essere effettuata favorendo l'ascolto attivo o la semplice presenza di supporto, garantendo un clima quanto più possibile sereno. Invitare la persona a rivolgersi all'Équipe in caso di comparsa di pensieri negativi o di aumento della tensione. Incoraggiare l'espressione di emozioni e vissuti, fornire informazioni e indicazioni pratiche alla persona e ai familiari sui sintomi da monitorare, sostenere nel problem-solving e rilevare eventuali segnali di incremento dell'ansia, dell'agitazione o dell'irritabilità (es. deambulazione continua, ipervigilanza, sbalzi d'umore).
- In caso di rilevazione di fattori di rischio o elementi anamnestici di importanza clinica, richiedere una consulenza psichiatrica/NPI per considerare, in base al quadro complessivo (psichiatrico, internistico, psicologico e organizzativo), l'opportunità della prescrizione/revisione del trattamento farmacologico e/o di un supporto psicologico e/o di sorveglianza aggiuntiva o l'indicazione al trasferimento in ambiente psichiatrico (SPDC o reparto di NPI).
- Se possibile, assegnare la stanza in condivisione con un altro paziente autosufficiente e con quadro clinico stabile. In particolare, nelle seguenti fasi:

Dopo l'ammissione:

- Il Medico che effettua la valutazione dei bisogni, delle vulnerabilità, dei fattori di rischio/protettivi e della sicurezza trasmette all'Équipe Infermieristica gli elementi rilevanti emersi. La valutazione deve essere registrata nella cartella clinico-assistenziale, sia nella parte medica che in quella infermieristica.
- È necessario potenziare la sorveglianza (compatibilmente con le risorse umane e professionali disponibili) avvalendosi del supporto della S.C. Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche, prestando inoltre attenzione alla scelta della stanza e alla posizione del letto, così da facilitarne il controllo. Massima attenzione nelle ore serali e notturne (quando il rapporto personale/pazienti è ridotto) e durante eventuali trasferimenti intraospedalieri per esami o accertamenti.
- Vanno ritirati gli oggetti personali potenzialmente pericolosi per il paziente: farmaci in suo possesso, oggetti da toeletta taglienti o in vetro, e ogni altro oggetto che possa costituire pericolo per la sicurezza del paziente.

Nel corso della degenza:

- L'Équipe multiprofessionale deve effettuare la rivalutazione del Paziente almeno una volta al giorno.
- Le osservazioni quotidiane e le eventuali rivalutazioni dei bisogni, vulnerabilità e sicurezza devono essere annotate in cartella, sia nella parte medica che in quella infermieristica. L'osservazione deve essere personalizzata in base alle diverse competenze professionali, con l'obiettivo di sostenere il Paziente e rilevare eventuali segnali precoci di comportamento suicidario.
- Prestare attenzione al carrello dei farmaci o delle medicazioni evitando che il Paziente possa aver accesso al contenuto.
- Devono essere individuate le modalità più idonee di coinvolgimento dei familiari, valutando anche la collaborazione del caregiver, previo consenso del Paziente, o del tutore/amministratore di sostegno.
- In caso di rilevazione di fattori di rischio o elementi anamnestici di importanza clinica, richiedere una consulenza psichiatrica/NPI per considerare, in base al quadro complessivo (psichiatrico, internistico, psicologico e organizzativo), l'opportunità della prescrizione/revisione del trattamento farmacologico e/o di un supporto psicologico e/o di sorveglianza aggiuntiva o l'indicazione al trasferimento in ambiente psichiatrico (SPDC o reparto di NPI).
- Quando possibile e opportuno, si può prevedere il coinvolgimento di associazioni di volontariato.

 ARNAS G.Brotzu Azienda di Rilevo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

Nel percorso di dimissione:

- Predisporre la dimissione con adeguato anticipo, segnalando la situazione di rischio al MMG e ai servizi territoriali competenti (CSM, NPI o SerD), così da garantire la continuità assistenziale. È preferibile programmare la visita presso tali servizi già prima della dimissione.
- Rafforzare le capacità di supporto della famiglia attraverso interventi informativi, svolti in presenza e con il consenso del Paziente, riguardanti lo stato clinico, i trattamenti in corso, i possibili segnali di allarme e i riferimenti sanitari a cui rivolgersi in caso di necessità.
- In presenza di fragilità sociali, attivare la segnalazione ai Servizi Sociali per gli interventi di competenza (avvalendosi anche del supporto della S.S.D. Accoglienza e Presa in Carico Paziente).
- Il percorso di dimissione deve includere anche l'attenzione ai bisogni prioritari legati a eventuali sequele fisiche conseguenti a tentativi di suicidio, attraverso un approccio multidisciplinare che coinvolga, oltre allo Psichiatra o al Neuropsichiatra Infantile, l'Assistente Sociale e altre figure specialistiche, se necessario (ad esempio Fisiatra, Chirurgo, Fisioterapista).

In caso di valutazione effettuata in Pronto Soccorso:

- Richiedere una consulenza psichiatrica/NPI per definire l'inquadramento clinico e stabilire le decisioni terapeutiche e assistenziali (eventuale ospedalizzazione, revisione o impostazione della terapia farmacologica, coinvolgimento dei familiari, del MMG e dei servizi territoriali).
- Qualora non sia indicato il ricovero, è consigliabile affidare il Paziente a un familiare o a una persona di riferimento significativa, opportunamente informata e preparata, in grado di garantire supporto emotivo e relazionale. È inoltre opportuno contattare, se possibile, il MMG o eventuali specialisti privati già coinvolti nella cura, e/o fornire al Paziente precise indicazioni per l'invio ai servizi territoriali competenti (CSM, NPI, SerD) per proseguire la valutazione e l'eventuale trattamento extraospedaliero.
- Nei casi che presentano numerosi fattori di rischio, prevedere una vigilanza personalizzata, anche attraverso la collaborazione di caregiver, tutori, amministratori di sostegno o altre figure di riferimento (con l'eventuale supporto della S.C. Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche).

Le misure descritte non escludono la possibilità di adottare ulteriori interventi specifici e personalizzati, individuati sulla base della valutazione del singolo caso da parte dell'intera Équipe.

Oltre alla registrazione degli elementi rilevanti di pertinenza clinica o meno, è opportuno documentare nella cartella clinico-assistenziale tutte le azioni e le misure messe in atto in risposta.

4.2.2 Misure di sicurezza generali e ambientali

- Informare tutti gli Operatori sull'esistenza di elementi di vulnerabilità e le necessità di sicurezza e su eventuali cambiamenti nello stato del Paziente.
- Collocare il Paziente vulnerabile vicino alla postazione infermieristica e programmare un'osservazione personalizzata continua nei casi in cui si rilevi un elevato bisogno di sicurezza.
- Rimuovere o bloccare l'accesso a mezzi che potrebbero essere utilizzati per il suicidio (corde, cinghie, lenzuola, oggetti taglienti, farmaci, ecc...).
- Sensibilizzare tutto il Personale affinché controlli i carrelli delle pulizie e limiti l'accesso a sostanze pericolose.
- Favorire, se ritenuto opportuno (previo consenso documentato nella cartella clinica, salvo situazioni di grave e imminente pericolo), la presenza di un familiare o un caregiver accanto al Paziente, quando possibile.

4.2.3 Rivalutazione quotidiana del rischio

L'Équipe multiprofessionale rivaluta i bisogni, le vulnerabilità e la sicurezza ogni giorno e registra le osservazioni nella documentazione sanitaria. Eventuali variazioni devono essere tempestivamente comunicate al Medico e al Personale Infermieristico.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

4.2.4 Assistenza infermieristica

L'Infermiere instaura una relazione terapeutica basata su ascolto attivo, empatia e rispetto. Vigila sul Paziente, garantisce un ambiente sicuro e supporta l'autonomia nella misura in cui non compromette la sicurezza.

4.2.5 Continuità ospedale-territorio

Al momento della dimissione, qualora il quadro clinico non richieda un trasferimento presso un SPDC, il piano assistenziale deve prevedere incontri di follow-up con i servizi territoriali di salute mentale e il Medico di Medicina Generale. È essenziale informare la famiglia e predisporre un supporto psicologico per ridurre il rischio di recidiva nei primi giorni post-dimissione.

Lo Specialista Psichiatra/NPI fornirà il suo supporto nella fase di pre-dimissione.

Prima dell'eventuale trasferimento presso SPDC di competenza informare i familiari.

4.3 GESTIONE DELL'EVENTO ACCADUTO (SUICIDIO/TENTATO SUICIDIO)

Nel caso in cui si verifichi un tentato suicidio è necessario:

- Mettere in sicurezza il Paziente, stabilizzando il suo quadro clinico;
- Se l'evento è accaduto in un reparto è opportuno che il Dirigente Medico richieda la consulenza psichiatrica/NPI in urgenza (rivolgendosi, per i pazienti adulti, all'SPDC nei giorni del sabato e festivi e dalle 15:00 in poi dei giorni feriali);
- Il consulente Psichiatra/Neuropsichiatra, in accordo con il medico richiedente, definisce il percorso terapeutico appropriato e valuta l'opportunità di un trasferimento in ambiente psichiatrico, qualora le condizioni cliniche e organizzative lo consentano;
- Qualora non venga predisposto il trasferimento in ambiente psichiatrico è opportuno rafforzare la sorveglianza del Paziente avvalendosi anche del supporto della S.C. Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche;
- Informare la S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi e la S.C. Medicina Legale;
- In caso di Pazienti minori/sotto tutela comunicare l'accaduto al caregiver, o tutore/amministratore di sostegno, cui seguiranno le segnalazioni d'ufficio (tramite PEC) verso la Procura da parte del Dirigente Medico che ha in cura il paziente;
- Provvedere a effettuare la segnalazione dell'Evento Sentinella (vedi punto 6 della presente procedura).

In caso di suicidio è necessario che il **Medico Responsabile** contatti il numero unico di emergenza **112**, la S.C. di Medicina Legale e informi la S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi.

Il Medico e i Professionisti Sanitari, ciascuno per la propria parte di competenza, devono aggiornare la documentazione clinica.

Il Medico, in particolare:

- Comunica l'accaduto ai familiari/caregiver, tutore o amministratore di sostegno;
- Redige (in collaborazione con gli altri Operatori presenti) una relazione scritta dettagliata su quanto accaduto da inviare alla S.C. Direzione Medica Unica dei Presidi, alla S.C. Medicina Legale e alla S.S.D. Area Legale e Contenzioso sulle modalità dell'accaduto, indicando le generalità del Paziente, le informazioni cliniche pertinenti e il Personale presente in reparto;
- Gestisce gli aspetti giudiziari: invio di comunicazione dell'evento tramite PEC, da parte della SC/SSD interessata, alla Procura competente con l'eventuale supporto della S.C. Medicina Legale come meglio dettagliato nel paragrafo 4.2.7;
- Provvede a effettuare la segnalazione dell'Evento Sentinella (vedasi paragrafo 4.3).

Qualora necessario sarà cura dei Medici della Struttura in cui si è verificato l'evento richiedere la consulenza psichiatrica/NPI/psicologica per i degenti che hanno assistito all'evento e consigliare un supporto per i familiari.

Importante, altresì, porre attenzione alle possibili reazioni d'impatto emotivo degli Operatori, sarà quindi necessario valutare l'attivazione di misure di supporto, contattando la S.S.D. Medicina del Lavoro.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilevamento Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

4.3.1 Segnalazione all'Autorità Giudiziaria

Qualora, nel corso dell'esercizio della professione sanitaria, si verifichi un fatto di possibile rilevanza penale, il Professionista Sanitario ha l'obbligo di informare l'Autorità Giudiziaria mediante apposita segnalazione.

In caso di suicidio o tentato suicidio di un paziente ricoverato, tale obbligo si rende necessario in quanto l'evento potrebbe essere astrattamente riconducibile all'intervento di terzi, sotto forma di aiuto materiale o istigazione, configurando ipotesi di reato perseguibili d'ufficio.

Ai sensi dell'art. 365 c.p. (omissione di referto) e degli artt. 361 e 362 c.p. (omissione di denuncia), il Medico e l'esercente una professione sanitaria che prestino la propria assistenza in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio sono tenuti a redigere e trasmettere senza ritardo la denuncia all'Autorità Giudiziaria, secondo la qualifica rivestita.

L'obbligo di referto e quello di denuncia costituiscono giusta causa di rivelazione del segreto professionale, ai sensi dell'art. 622 c.p. e dell'art. 10 del Codice di Deontologia Medica, in quanto espressamente imposti dal legislatore.

Nei casi di suicidio o tentato suicidio verificatisi in ambito ospedaliero, sussiste pertanto l'obbligo di denuncia ai sensi degli artt. 361 e 362 c.p., trattandosi di fatti di cui il Pubblico Ufficiale, o l'Incaricato di Pubblico Servizio, venga a conoscenza nell'esercizio delle proprie funzioni.

La comunicazione deve avvenire tramite PEC, ovvero può essere presentata direttamente a mano qualora sul luogo dell'evento siano intervenuti Ufficiali o Agenti di Polizia Giudiziaria, che provvedono alla ricezione dell'atto.

La segnalazione è effettuata con il supporto della S.C. Medicina Legale e deve contenere una descrizione circostanziata dell'evento, delle condizioni cliniche del paziente, delle misure assistenziali e di sorveglianza adottate e del personale presente.

Resta fermo l'obbligo di una completa e tempestiva documentazione in cartella clinica e della segnalazione dell'Evento Sentinella secondo le modalità aziendali di cui al successivo paragrafo 4.3.

4.3.2 Segnalazione dell'Evento Sentinella - suicidio o tentato suicidio

Il "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" rappresenta un importante **Evento Sentinella (n. 10)** che può e deve essere prevenuto.

Gli eventi sentinella devono essere segnalati secondo protocolli specifici di monitoraggio degli eventi sentinella.

Nelle more del potenziamento del **Sistema Informatico Regionale Monitoraggio Errori in Sanità (SIRMES)**, ogni Evento Sentinella che riguardi il suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale va segnalato utilizzando il **Modulo di Incident Reporting** allegato al presente documento (**All_002_PSQ_AZ_013** - ufficializzato in Azienda con PG/2026/1381 del 23/01/2026) e reperibile anche nell'Intranet AOB, previa autenticazione, tramite il link: <https://intranet.aob.it/qualita-percorsi-assistenziali-gestione-rischio/comunicazioni-qualita-percorsi-assistenziali-gestione-rischio/segnalazione-eventi>.

Il suddetto modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, dovrà essere inviato a gestionerischio@aob.it mettendo in CC la Direzione Medica di Presidio, (direzionesanitariapresidio@aob.it) per il P.O. San Michele, dirsan.businco@aob.it per il P.O. A. Businco e dirsan.micro@aob.it per il P.O. A. Cao) e l'Ufficio Legale Aziendale (ufficio.legale@aob.it).

Le Strutture, il cui Personale della Dirigenza e/o del Comparto abbia già completato il "Progetto Formativo Regionale per la Rete del Risk Management e delle Infezioni Correlate all' Assistenza", hanno anche la possibilità, per il tramite dei propri Facilitatori del rischio clinico, di inserire la segnalazione nella piattaforma SIRMES, previa autenticazione con SPID/CNS/CIE (<https://sirmes.sardegnaasalute.it/jamio/index.html>).

 ARNAS G.Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

5. INDIVIDUAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività Figure Professionali	Dirigente Medico di U.O.	Infermiera /e Ostetrica/ o	Psichiatra/ Neuropsichiatra Infantile	Dirigente Psicologo	S.S.D. Accoglienza e presa in carico paziente	S.S.D. Medicina del Lavoro	S.C. Lavori Pubblici e Manutenzione	S.S.D. Prevenzione e Protezione	S.C. DMUP	S.C. Medicina Legale
Anamnesi medica ed esame obiettivo: identificazione del paziente con vulnerabilità.	R	I	I	-	-	-	-	-	-	-
Anamnesi infermieristica / ostetrica: identificazione del/della paziente con vulnerabilità.	I	R	I	-	-	-	-	-	-	-
Richiesta consulenza psichiatrica/NPI/ psicologica	R	C	I	I	-	-	-	-	-	-
Visita psichiatrica/NPI e valutazione	I	I	R	-	-	-	-	-	-	-
Colloquio psicologico e valutazione	I	I	-	R	-	-	-	-	-	-
Trasmissione degli elementi anamnestici rilevanti al personale	R	C	C	C	-	-	-	-	-	-
Informazione ai caregiver / tutori / amministratori di sostegno del quadro di vulnerabilità del congiunto	R	C	C	C	-	-	-	-	-	-
Applicazione delle misure preventive e di sicurezza	R	R	-	-	-	-	R*	C	-	-
Dimissione del paziente con affidamento ai servizi competenti in caso di tentato suicidio vulnerabilità	R	C	C	C	C	-	-	-	-	-
Attività di supporto ai degenti esposti all'evento	R	C	C	C	-	-	-	-	-	-
Attività di supporto agli Operatori esposti all'evento	-	-	C	C	-	R	-	-	-	-
Informativa all'Autorità Giudiziaria in caso di suicidio	R	-	-	-	-	-	-	-	I	I

Legenda

R = Responsabile; R* = Responsabile per la propria parte di competenza; C = Coinvolto; I = Informato.

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013
		S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
<i>S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio</i>		

6. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Tutti gli Operatori dovrebbero ricevere formazione periodica sui fattori di rischio, sulle modalità di comunicazione con il Paziente e la famiglia e sulle procedure di segnalazione degli eventi sentinella.

7. DIFFUSIONE, ARCHIVIAZIONE, REVISIONE E MONITORAGGIO

La procedura dovrà essere diffusa a tutto il Personale Sanitario e Sociosanitario dell'ARNAS "G. Brotzu".

La presente procedura potrà essere reperita attraverso l'Intranet AOB, previa autenticazione, al link: <https://intranet.aob.it/qualita-percorsi-assistenziali-gestione-rischio/comunicazioni-qualita-percorsi-assistenziali-gestione-rischio/procedure>.

La presente procedura sarà oggetto di revisione periodica in base all'aggiornamento della Raccomandazione Ministeriale a cui si riferisce e in base agli aggiornamenti scientifici e normativi e ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Il monitoraggio dell'attuazione consentirà di valutare l'efficacia della procedura e di identificare eventuali aree di miglioramento.

Saranno inoltre oggetto di monitoraggio, mediante l'ausilio della piattaforma SIRMES, tutti gli eventi sentinella correlati a "suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale".

 ARNAS G. Brotzu Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione	PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE	PSQ_AZ_013 S.C. QUALITÀ, PERCORSI ASSISTENZIALI E GESTIONE DEL RISCHIO
S.C. Qualità, Percorsi Assistenziali e Gestione del Rischio		

8. RIFERIMENTI DOCUMENTALI, NORMATIVI E SITOGRAFICI

- 1) Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA network open*, 3(8), e2012563. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
- 2) Bagge, C. L., & Borges, G. et al. (2022). A controlled examination of acute warning signs for suicide attempts among hospitalized patients. *Psychological Medicine*. DOI:10.1017/S0033291721004712
- 3) Bilsen J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Frontiers in psychiatry*, 9, 540. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00540>
- 4) De Leo, D., & Giannotti, A. V. (2021). Suicide in late life: A viewpoint. *Preventive medicine*, 152(Pt 1), 106735. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106735>
- 5) Di Lorenzo, R., S.C.ala, C., Reami, M., Rovesti, S., & Ferri, P. (2024). Suicide risk among adult subjects hospitalized in an acute psychiatric ward: 6-year retrospective investigation. *BMC public health*, 24(1), 3113. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20450-8>
- 6) Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence-based mental health*, 25(4), 148–155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>
- 7) King, C. A., et al. (2024). 24-Hour warning signs for adolescent suicide attempts. *Psychological Medicine*, 54(7), 1272-1283. DOI:10.1017/S0033291723003112
- 8) Morneau-Vaillancourt, G., Orri, M., Ouellet-Morin, I., Geoffroy, M. C., & Boivin, M. (2025). A longitudinal study of adolescent pathways differentiating suicide ideation and attempt in early adulthood. *Journal of adolescence*, 97(2), 395–408. <https://doi.org/10.1002/jad.12427>
- 9) Motillon-Toudic, C., Walter, M., Séguin, M., Carrier, J. D., Berrouguet, S., & Lemey, C. (2022). Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 65(1), e65. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2320>
- 10) National Institute for Health and Care Excellence. (2022, September 7). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NICE guideline NG225) – Recommendations. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/Recommendations>
- 11) NHS England. (2025, April 4). Staying safe from suicide: Best practice guidance for safety assessment, formulation and management. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/long-read/staying-safe-from-suicide/>
- 12) Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (agg. luglio 2024), Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione, dei Dispositivi Medici, del Farmaco e delle Politiche a Favore del SSN, Ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio 3 - Qualità, Rischio Clinico e Programmazione Ospedaliera
- 13) Raccomandazione Ministeriale n. 4 - marzo 2008 Ministero della Salute - Raccomandazione per la Prevenzione del Suicidio di Paziente in Ospedale- Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema- Ufficio III
- 14) Società Italiana di Psichiatria e Società Italiana di Psichiatria Forense. (2021). “*Psichiatria forense nella pratica psichiatrica quotidiana: Guida forense riassuntiva ed operativa sulla base delle buone pratiche cliniche assistenziali*”. (Versione aprile 2021) (<https://www.societaitalianadipsichiatriaforense.it/wp-content/uploads/2021/04/GuidaPFDEF.pdf>).
- 15) Xiao, Y., et al. (2024). Suicide Decedent Profiles and Signs of Suicidal Intent. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.0171
- 16) Yöyen, E., & Keleş, M. (2024). Psychological Risk Factors in the Transition from Suicidal Ideation to Suicidal Behavior in Young Adults. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(18), 1850. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181850>