

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Sviluppo di un modello organizzativo integrato di Patient
Safety

Candidati

Veronica Amorini
Stefania Fazzone
Nadia Pennacchio
Cristina Varacalli

GLI AUTORI

Veronica Amorini, Avvocata esperta in diritto penale, iscritta all'Ordine degli Avvocati di Monza, Studio Legale Amorini, studio@avvocatoamorini.com

Stefania Fazzone, referente Direzione Sanitaria, IRCCS Ospedale San Raffaele, fazzone.stefania@hsr.it

Nadia Pennacchio, Coordinatore infermieristico d'Area Direzione Professioni Sanitarie, IRCCS Ospedale San Raffaele, pennacchio.nadia@hsr.it

Cristina Varacalli, Coordinatore infermieristico, IRCCS Ospedale San Raffaele, varacalli.cristina@hsr.it

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	4
METODOLOGIA ADOTTATA.....	5
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE	9
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	41
CONTRIBUTO PERSONALE	43
RISULTATI ATTESI	43
CONCLUSIONI	43
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	45
BIBLIOGRAFIA	47
SITOGRAFIA	Errore. Il segnalibro non è definito.

INTRODUZIONE

La sicurezza del paziente (patient safety) rappresenta oggi una priorità imprescindibile nei sistemi sanitari, configurandosi come dimensione essenziale della qualità dell'assistenza e indicatore di affidabilità delle organizzazioni sanitarie. In tale contesto, il risk management sanitario si pone come strumento fondamentale per l'identificazione, analisi e prevenzione degli eventi avversi, attraverso un approccio sistemico e proattivo orientato al miglioramento continuo.

Tra gli eventi sentinella più rilevanti e complessi rientra il suicidio del paziente in ambito sanitario, fenomeno che presenta caratteristiche peculiari sia sotto il profilo clinico che organizzativo e giuridico. Il suicidio, infatti, non è solo espressione di una condizione psicopatologica, ma rappresenta spesso il risultato di una molteplicità di fattori di rischio interagenti, tra cui vulnerabilità individuale, condizioni assistenziali, adeguatezza del contesto organizzativo e qualità della presa in carico.

Negli ultimi anni, l'attenzione verso la prevenzione del suicidio in ambito sanitario si è progressivamente ampliata, superando una visione esclusivamente clinica per abbracciare un modello integrato di patient safety. Tale modello richiede il coinvolgimento attivo di più dimensioni — clinica, organizzativa e giuridica — e la collaborazione interdisciplinare tra professionisti, al fine di garantire la tempestiva individuazione del rischio e l'adozione di strategie preventive efficaci.

Nonostante la crescente disponibilità di linee guida e raccomandazioni, si riscontra ancora una significativa variabilità nelle pratiche assistenziali e nei modelli organizzativi adottati, con inevitabili ripercussioni sia sugli esiti per i pazienti sia sul rischio medico-legale per le strutture sanitarie e i professionisti coinvolti.

Pertanto, l'analisi del suicidio come evento prevenibile nell'ottica del risk management rappresenta un ambito di particolare rilevanza strategica per il miglioramento della sicurezza e della qualità dell'assistenza.

Background

Il presente elaborato nasce dall'esigenza di approfondire il tema della prevenzione del suicidio come modello integrato di patient safety, evidenziandone le implicazioni cliniche, organizzative e giuridiche all'interno dei contesti sanitari.

L'interesse verso tale ambito è motivato da diversi fattori:

- Elevato impatto in termini di sicurezza del paziente, in quanto il suicidio rappresenta un evento sentinella grave, spesso indice di criticità nei sistemi di valutazione e gestione del rischio;
- Complessità clinica, legata alla difficoltà di identificare precocemente i soggetti a rischio e alla necessità di strumenti strutturati di assessment multidimensionale;
- Rilevanza organizzativa, che implica la necessità di protocolli condivisi, adeguati livelli di sorveglianza, formazione del personale e ambienti assistenziali sicuri;

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

- Implicazioni giuridico-legali, connesse alla responsabilità professionale e delle strutture sanitarie in caso di eventi avversi, specialmente in presenza di carenze organizzative o omissioni assistenziali;
- Variabilità delle pratiche assistenziali, che evidenzia un gap tra le raccomandazioni teoriche e la loro concreta applicazione nei contesti operativi.

Alla luce di queste considerazioni, si rende necessario adottare un approccio integrato al problema, che superi la frammentazione degli interventi e promuova una visione sistemica del rischio suicidario, in linea con i principi del clinical risk management e della cultura della sicurezza.

Da tali considerazioni nasce il presente progetto, che propone il MOIPS (Modello Organizzativo Integrato per la Prevenzione del Suicidio del Paziente Ricoverato), concepito come un framework di Clinical Governance finalizzato a integrare, in un unico modello organizzativo, le principali dimensioni cliniche, assistenziali, organizzative, formative e gestionali coinvolte nella prevenzione del rischio suicidario.

L'elemento distintivo del modello non consiste nell'introduzione di nuovi strumenti clinici, bensì nella capacità di mettere a sistema le migliori evidenze scientifiche, le raccomandazioni istituzionali, gli aspetti normativi e le buone pratiche organizzative all'interno di un approccio strutturato, orientato alla Patient Safety, al miglioramento continuo della qualità delle cure e al rafforzamento della resilienza organizzativa.

Sotto il profilo organizzativo, il progetto assume particolare rilevanza poiché affronta un evento sentinella caratterizzato da una bassa incidenza ma da un impatto estremamente elevato. Il suicidio del paziente ricoverato rappresenta infatti un evento in grado di compromettere simultaneamente gli esiti assistenziali, la sicurezza delle cure, la fiducia dei pazienti e dei familiari, il benessere psicologico degli operatori sanitari, la reputazione dell'organizzazione e la tenuta complessiva del sistema di gestione del rischio.

In questa prospettiva, il progetto supera la mera analisi del fenomeno e propone un modello organizzativo concreto, applicabile, verificabile e potenzialmente replicabile in differenti contesti ospedalieri, favorendo la standardizzazione dei processi, l'integrazione multidisciplinare e il monitoraggio continuo dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate.

OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO

Obiettivo generale

Sviluppare un modello organizzativo integrato per la prevenzione del suicidio del paziente ricoverato che, attraverso l'applicazione dei principi della Patient Safety, del Clinical Risk Management e della Clinical Governance, supporti le organizzazioni sanitarie nella gestione sistematica del rischio suicidario, migliorando la sicurezza delle cure, la qualità dell'assistenza e la resilienza organizzativa.

Obiettivi specifici e strategici

Obiettivi specifici

Il progetto si propone di:

- analizzare il suicidio effettuato, mancato e tentato del paziente ricoverato quale evento sentinella, approfondendone gli aspetti epidemiologici, clinici, organizzativi e giuridico-professionali;
- esaminare il quadro normativo, le raccomandazioni ministeriali, la letteratura scientifica e la giurisprudenza di riferimento, individuando gli elementi maggiormente rilevanti ai fini della prevenzione del rischio suicidario;
- analizzare le principali criticità organizzative che possono favorire il verificarsi di eventi suicidari nei contesti ospedalieri, con particolare riferimento ai processi assistenziali, alla comunicazione interdisciplinare, alla sicurezza ambientale e alla continuità delle cure;
- proporre le esperienze maturate in un IRCCS ad alta complessità attraverso l'analisi di casi reali e delle soluzioni organizzative adottate;
- rendere tracciabile la presa in carico del paziente a rischio
- definire indicatori di processo e di esito;
- progettare il **MOIPS (Modello Organizzativo Integrato per la Prevenzione del Suicidio del paziente ricoverato)** quale framework organizzativo capace di integrare le dimensioni clinica, organizzativa, ambientale, relazionale, di Clinical Risk Management e giuridico-professionale;
- definire un percorso di implementazione del modello, comprensivo di strumenti operativi, attività formative, sistemi di monitoraggio e indicatori di processo e di esito.

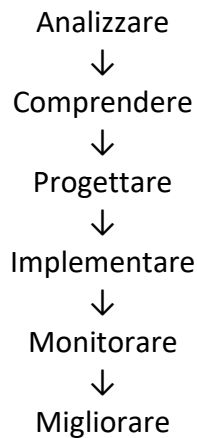
Obiettivi strategici

Attraverso l'implementazione del modello proposto, il progetto intende contribuire a:

- promuovere una cultura organizzativa orientata alla sicurezza delle cure e alla prevenzione del rischio suicidario;
- favorire l'integrazione multidisciplinare tra Direzione Sanitaria, professionisti sanitari, Clinical Risk Management, Area Qualità, RSPP, Area Tecnica e Area Legale;
- ridurre la variabilità organizzativa nella gestione dei pazienti a rischio suicidario, attraverso la standardizzazione dei percorsi assistenziali e dei processi decisionali;
- rafforzare il monitoraggio degli eventi avversi e dei near miss, promuovendo l'apprendimento organizzativo e il miglioramento continuo secondo il ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act);
- contribuire alla riduzione del rischio clinico e di conseguenza contenzioso medico-legale mediante processi assistenziali più strutturati, documentati e tracciabili.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Il percorso logico del progetto



METODOLOGIA ADOTTATA

Il progetto nasce dall'analisi della letteratura scientifica, della normativa nazionale, della giurisprudenza e delle principali raccomandazioni in materia di prevenzione del suicidio del paziente ricoverato. La proposta progettuale è stata sviluppata prendendo a riferimento esperienze organizzative già implementate presso strutture sanitarie italiane, con particolare attenzione al modello adottato dall'IRCCS Ospedale San Raffaele e ad alcuni elementi organizzativi desunti dalla documentazione dell'ASL VCO, utilizzati come esempi di buone pratiche nella gestione del rischio clinico e nella definizione delle responsabilità professionali. L'obiettivo è elaborare un modello organizzativo trasferibile e adattabile ai diversi contesti ospedalieri.

Il valore metodologico del project work risiede nella scelta di integrare clinical risk management, audit, formazione, safety by design degli ambienti e responsabilità professionale, superando approcci settoriali. Ciò consente di proporre non un semplice documento programmatico, ma un vero modello di governance del rischio suicidario.

Lo sviluppo dello stesso si basa sull'approccio del Clinical Risk Management e sul ciclo di miglioramento continuo PDCA (Plan-Do-Check-Act)

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Il ciclo si articola nelle seguenti quattro fasi:

1. Plan – Pianificazione

In questa fase vengono definiti gli obiettivi del progetto, individuati i bisogni organizzativi e assistenziali, analizzati i processi esistenti e pianificate le azioni necessarie al conseguimento dei risultati attesi. Contestualmente vengono identificati gli indicatori di monitoraggio, i criteri di valutazione e le modalità di misurazione dell'efficacia degli interventi previsti.

2. Do – Attuazione

La fase operativa prevede l'implementazione delle attività programmate, anche attraverso sperimentazioni controllate o progetti pilota. Durante l'attuazione vengono raccolti dati quantitativi e qualitativi utili a documentare l'andamento del progetto e a supportare le successive attività di verifica e valutazione.

3. Check – Verifica e Valutazione

I risultati conseguiti vengono analizzati e confrontati con gli obiettivi definiti nella fase di pianificazione, mediante la valutazione degli indicatori individuati. Questa attività consente di misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi, identificare eventuali scostamenti e criticità e valutare l'efficacia delle azioni implementate.

4. Act – Miglioramento e Consolidamento

Sulla base delle evidenze emerse dalla fase di verifica, vengono pianificate e attuate le necessarie azioni correttive e di miglioramento. Le soluzioni che dimostrano efficacia vengono consolidate e integrate nella pratica organizzativa, favorendo la diffusione delle buone pratiche, la standardizzazione dei processi e l'avvio di nuovi cicli di miglioramento continuo.

L'applicazione sistematica del ciclo PDCA garantisce un approccio strutturato e orientato ai risultati nella gestione del cambiamento, contribuendo al miglioramento continuo della qualità dei processi, dell'efficienza organizzativa e degli esiti assistenziali, in un'ottica di sostenibilità, appropriatezza e valorizzazione delle competenze professionali

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

L'iniziativa si rivolge a un'ampia pluralità di stakeholder coinvolti nei processi di cura, assistenza e governo clinico. Tra i beneficiari diretti rientrano i pazienti ricoverati, con particolare riferimento alle persone in condizione di fragilità psicologica, ai pazienti affetti da patologie oncologiche o cronico-degenerative e agli utenti che accedono ai servizi di emergenza-urgenza, per i quali si prevede un miglioramento della qualità della presa in carico e dell'esperienza assistenziale.

L'ambito dei benefici si estende inoltre alle Direzioni Sanitarie, ai Risk Manager, alle Direzioni Strategiche e, più in generale, alle organizzazioni sanitarie, che potranno avvalersi di modelli organizzativi e gestionali orientati al miglioramento continuo della qualità delle cure, della sicurezza del paziente e dell'efficacia dei processi assistenziali.

Tra i destinatari indiretti si annoverano anche i familiari e i caregiver, il cui coinvolgimento rappresenta un elemento essenziale per garantire la continuità assistenziale e il supporto al paziente lungo l'intero percorso di cura.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Sono altresì destinatari indiretti dell'intervento i professionisti sanitari coinvolti nei percorsi di cura, tra cui medici, infermieri, psicologi, psichiatri e coordinatori, in quanto attori fondamentali nell'erogazione di un'assistenza efficace, sicura e centrata sulla persona.

In una prospettiva più ampia, i benefici attesi sono destinati a produrre effetti positivi sull'intero sistema sanitario, favorendo lo sviluppo di pratiche assistenziali integrate, una maggiore appropriatezza delle cure, il contenimento del rischio clinico e il rafforzamento dell'approccio centrato sui bisogni della persona assistita.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, DELLE SUE FASI E TEMPISTICHE

Lo sviluppo del progetto segue la seguente struttura:

Fase 1 - Analisi del fenomeno e del quadro teorico

Il suicidio rappresenta un evento tragico e complesso che, in ambito sanitario, assume una rilevanza particolare anche in termini di *sicurezza delle cure*. Non si configura infatti soltanto come esito di fragilità individuali o condizioni psico-sociali, ma anche come possibile evento avverso prevenibile all'interno dei percorsi assistenziali. In questo senso, la prevenzione del rischio suicidario diventa parte integrante della responsabilità degli operatori sanitari e delle organizzazioni, chiamate a garantire ambienti sicuri, adeguata valutazione clinica del rischio e continuità assistenziale.

Considerare il suicidio come problema di sicurezza delle cure implica un cambio di prospettiva: da evento esclusivamente clinico a indicatore di qualità del sistema sanitario. Ciò richiede l'adozione di strategie strutturate, quali protocolli di valutazione del rischio, formazione del personale, comunicazione efficace tra professionisti e implementazione di misure preventive nei contesti di cura. In quest'ottica, la gestione del rischio suicidario diventa elemento essenziale per tutelare la salute e la dignità della persona assistita.

1.1 Il fenomeno suicidario nel contesto sanitario

Il suicidio rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica a livello globale e nazionale, con un impatto significativo anche nei contesti di cura. Secondo le principali stime epidemiologiche, costituisce una delle principali cause di morte evitabile, con un'incidenza maggiore nelle fasce adulte e anziane, ma in crescita anche tra i giovani. Nei servizi sanitari, il fenomeno assume particolare criticità poiché può coinvolgere pazienti già presi in carico, configurandosi talvolta come evento sentinella e indicatore di vulnerabilità nei percorsi assistenziali.

Dal punto di vista epidemiologico, il rischio suicidario non è distribuito uniformemente nella popolazione, ma risulta associato a specifiche condizioni cliniche e socio-demografiche. Tra i fattori più rilevanti vi sono i disturbi psichiatrici (in particolare depressione, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze), le patologie croniche invalidanti, il dolore persistente e le condizioni di fragilità sociale quali isolamento, perdita del lavoro o lutto. Anche precedenti tentativi di suicidio rappresentano il più importante fattore predittivo di comportamento suicidario.

Nel contesto sanitario, ulteriori elementi di rischio includono momenti di transizione assistenziale (ricovero, dimissione, passaggio tra servizi), carenze nella continuità delle cure, inadeguata valutazione del rischio e scarsa integrazione tra professionisti. La presenza di ambienti non adeguatamente sicuri o la mancata individuazione precoce dei segnali di allarme possono contribuire al verificarsi dell'evento.

In sintesi, il fenomeno suicidario richiede una lettura integrata che tenga conto sia delle caratteristiche individuali sia dei fattori organizzativi e assistenziali, al fine di orientare efficacemente strategie di prevenzione e sicurezza delle cure.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

1.2 Il suicidio come evento sentinella

Nel sistema sanitario italiano, il *suicidio o tentato suicidio di paziente in carico ai servizi sanitari* è definito dal Ministero della Salute come evento sentinella, ovvero un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che segnala un possibile malfunzionamento del sistema assistenziale e richiede un'analisi approfondita per prevenire il suo ripetersi.

Secondo la definizione ministeriale, gli eventi sentinella sono episodi che comportano morte o grave danno al paziente e che assumono un forte valore "segnalatore" di criticità organizzative, cliniche o comunicative all'interno delle strutture sanitarie. Il suicidio rientra in questa categoria quando avviene durante la presa in carico (ricovero, accesso ai servizi, follow-up territoriale), evidenziando potenziali lacune nella valutazione del rischio, nella sorveglianza o nella continuità delle cure.

In ottica di *patient safety*, il suicidio non è interpretato esclusivamente come esito di una condizione individuale, ma come evento che può riflettere fattori di rischio sistemici, tra cui:

- inadeguata identificazione del rischio suicidario,
- carenze nella comunicazione tra operatori,
- discontinuità assistenziale nei momenti critici (es. dimissione),
- insufficiente sicurezza degli ambienti di cura.

Il suo impatto sulla sicurezza delle cure è rilevante, poiché richiama la necessità di adottare strategie strutturate di prevenzione del rischio, migliorare i processi organizzativi e promuovere una cultura della sicurezza basata sull'analisi degli errori e sull'apprendimento. In questo senso, la segnalazione e l'approfondimento degli eventi sentinella rappresentano strumenti fondamentali per rafforzare la qualità dell'assistenza e la tutela dei pazienti più vulnerabili.

1.3 La sicurezza delle cure nella prevenzione del suicidio: la Raccomandazione ministeriale n° 4

Un riferimento fondamentale nel contesto italiano per la prevenzione del suicidio in ambito sanitario è rappresentato dalla **Raccomandazione Ministeriale n. 4** ("Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale"), che segna un passaggio chiave verso un approccio organizzativo alla sicurezza delle cure.

Essa riconosce il suicidio come evento potenzialmente prevenibile e sottolinea la necessità di adottare strategie sistemiche e strutturate, orientate non solo alla gestione clinica del singolo paziente, ma anche al miglioramento dei processi assistenziali e organizzativi.

Principi fondamentali

La Raccomandazione si fonda su alcuni principi cardine:

- **Centralità della valutazione del rischio suicidario**, da effettuare in modo sistematico e continuo lungo tutto il percorso di cura;
- **Approccio multidisciplinare**, che coinvolga diversi professionisti sanitari nella gestione del paziente;
- **Continuità assistenziale**, soprattutto nei momenti critici come il ricovero, il trasferimento o la dimissione;
- **Cultura della sicurezza**, basata sulla segnalazione degli eventi, sull'analisi delle criticità e sull'apprendimento organizzativo.

Aree principali di intervento

La Raccomandazione individua alcune aree prioritarie su cui intervenire:

1. **Valutazione e monitoraggio del rischio**
 - Identificazione precoce dei pazienti a rischio;
 - Rivalutazione periodica, in particolare nei momenti di cambiamento clinico o assistenziale.
2. **Organizzazione e processi assistenziali**
 - Definizione di protocolli e procedure condivise;
 - Miglioramento della comunicazione tra operatori e tra servizi;
 - Pianificazione della presa in carico e del follow-up.
3. **Sicurezza degli ambienti di cura**

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

- Riduzione dei fattori ambientali che possono facilitare comportamenti autolesivi;
- Adeguamento strutturale dei reparti, in particolare quelli a maggiore rischio.
- 4. **Formazione del personale**
 - Sviluppo di competenze specifiche per riconoscere e gestire il rischio suicidario;
 - Sensibilizzazione alla cultura della prevenzione.
- 5. **Coinvolgimento della rete assistenziale**
 - Integrazione tra ospedale e territorio;
 - Coinvolgimento della famiglia e dei caregiver, ove appropriato.

Ruolo nella prevenzione del suicidio

La Raccomandazione n. 4 rappresenta un passaggio fondamentale perché sposta l'attenzione da una visione esclusivamente clinica a una prospettiva organizzativa e di sistema, riconoscendo che la prevenzione del suicidio è parte integrante della sicurezza delle cure.

In questa ottica, il rischio suicidario viene gestito attraverso interventi coordinati che mirano a:

- ridurre le vulnerabilità del sistema assistenziale,
- garantire ambienti sicuri,
- migliorare la qualità e la continuità della presa in carico.

Ne deriva che la prevenzione del suicidio non è soltanto responsabilità del singolo operatore, ma responsabilità condivisa dell'intera organizzazione sanitaria, orientata a proteggere i pazienti più fragili e a migliorare complessivamente gli standard di sicurezza.

Fase 2 Analisi delle strategie organizzative e delle buone pratiche

2.1 Valutazione del rischio e prevenzione

La prevenzione del comportamento suicidario rappresenta una delle sfide più complesse per i sistemi sanitari contemporanei, configurandosi, all'interno del Clinical Risk Management, come la gestione di un potenziale evento sentinella di estrema gravità. In linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'approccio a questo fenomeno, deve superare i confini della sola pratica clinica per integrarsi in modelli organizzativi complessi, capaci di garantire sicurezza, qualità e continuità delle cure. In quest'ottica, la prevenzione non può essere relegata ad un singolo momento assistenziale, ma deve configurarsi come un processo continuo che accompagna il paziente dall'ammissione in struttura fino alla dimissione e ad un eventuale successivo passaggio di consegne ai servizi territoriali. Il fulcro di questa strategia risiede nella valutazione del rischio, un'attività intrinsecamente dinamica che risente delle variazioni del quadro clinico, degli eventi di vita, della risposta ai trattamenti e delle modifiche del contesto di cura. La letteratura scientifica concorda sull'inesistenza di un singolo fattore predittivo assoluto in grado di anticipare con certezza il comportamento autolesivo. Di conseguenza, l'analisi del rischio deve integrare in modo olistico diverse variabili: cliniche, anamnestiche, psicologiche e sociali; tutto questo evitando l'affidamento esclusivo a scale di valutazione standardizzate, in quanto queste, pur costituendo un valido supporto, non possono surrogare il giudizio professionale dell'operatore.

Dal profilo del paziente emerge infatti il bilanciamento tra fattori di rischio, tra i quali spiccano i pregressi tentativi di suicidio, le comorbidità psichiatriche maggiori come la depressione o la schizofrenia, l'abuso di sostanze e la presenza di patologie cronico-invalidanti, e fattori protettivi quali la stabilità della rete socio-familiare, l'aderenza terapeutica e la capacità di attivare strategie funzionali di coping. Dal punto di vista strettamente organizzativo, la standardizzazione delle procedure tramite l'adozione di protocolli aziendali condivisi, rappresenta uno degli strumenti più efficaci del risk management, poiché riduce la variabilità interindividuale e ottimizza la comunicazione tra i professionisti. Tale monitoraggio richiede una pianificazione di rivalutazioni sistematiche in corrispondenza di specifici nodi critici del percorso assistenziale, come i trasferimenti di reparto, le variazioni della terapia farmacologica o la comunicazione

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

di diagnosi infauste. Una criticità importante è rappresentata dalla fase immediatamente successiva alla dimissione, un momento di documentata vulnerabilità in cui il rischio di suicidio può subire un incremento significativo. Ciò richiede in alcuni casi una rigorosa programmazione della continuità delle cure attraverso un raccordo tempestivo e formalizzato con i servizi territoriali. Questa complessità gestionale, come già esplicitato, esclude logiche d'intervento monoprofessionali e impone un approccio multidisciplinare, fondato su una comunicazione efficace e su passaggi di informazioni strutturati tra medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali e tutte le figure specialistiche interessate. In questa cornice si inserisce l'adozione del ***Safety Planning, uno strumento di pianificazione condivisa con il paziente, che definisce strategie pratiche per il riconoscimento precoce dei segnali di crisi e per la limitazione dell'accesso a mezzi letali***

2.2 Organizzazione, procedure e sicurezza ambientale

La traslazione delle evidenze cliniche in interventi organizzativi coerenti costituisce il fulcro delle politiche aziendali di gestione del rischio, determinando l'efficacia reale di qualsiasi percorso di screening iniziale. Nell'ottica del Clinical Risk Management, la prevenzione del suicidio non si esaurisce nella gestione terapeutica del singolo caso, ma si configura come un processo macro-organizzativo trasversale. La declinazione operativa di questo principio richiede lo sviluppo di modelli assistenziali governati da protocolli standardizzati, finalizzati a uniformare le condotte degli operatori e a comprimere la variabilità clinica ingiustificata. Tali procedure devono codificare in modo stringente i livelli di osservazione, la gestione delle acuzie, i flussi documentali e i canali di comunicazione interprofessionale, riducendo l'incidenza di errori sistemici derivanti da asimmetrie informative o interpretazioni disomogenee. In questo contesto, come anticipato nel paragrafo precedente, i momenti di transizione assistenziale, quali l'accettazione, il trasferimento intra-ospedaliero, i passaggi di consegne al cambio turno e la dimissione, rappresentano i nodi a più alto rischio, richiedendo l'adozione di strumenti di comunicazione strutturati per garantire la continuità della presa in carico. Parallelamente alle procedure, la sicurezza dei luoghi di cura rappresenta una leva di mitigazione strutturale imprescindibile. La letteratura internazionale individua nella restrizione dell'accesso ai mezzi letali (sponde, cuscini, elementi di contenzione) una delle strategie a più alto impatto preventivo nei contesti di degenza. Dal punto di vista logistico, ciò impone l'applicazione sistematica del ligature risk assessment, inteso come valutazione standardizzata e periodica degli elementi strutturali suscettibili di essere utilizzati come punti di ancoraggio. L'abbattimento di tali vulnerabilità ambientali si realizza attraverso l'implementazione di soluzioni su serramenti, infissi e componenti idrosanitari, l'impiego di vetrate di sicurezza e la selezione di arredi privi di punti di appiglio, affiancati da una rigida regolamentazione dello stoccaggio e della somministrazione di farmaci e presidi potenzialmente pericolosi. L'obiettivo di tali interventi risiede nel bilanciamento tra il mantenimento di un ambiente terapeutico, orientato al rispetto della dignità della persona, e la minimizzazione del rischio clinico intrinseco alla struttura.

La modulazione della vigilanza assistenziale costituisce un ulteriore pilastro del sistema di sicurezza e deve essere calibrata sul livello di rischio rilevato, prevedendo un aggiornamento tempestivo al variare delle condizioni cliniche. Il consolidamento di questi standard non può prescindere da programmi di formazione continua del personale, focalizzati non solo sulla diagnostica clinica, ma anche sull'applicazione dei protocolli aziendali, sulla gestione delle crisi e sull'utilizzo dei sistemi di incident reporting. Un'organizzazione resiliente presuppone infatti la transizione verso un'unica cultura, all'interno della quale l'evento avverso o il near miss non vengono interpretati come un fallimento individuale, bensì come il prodotto di un'interazione multifattoriale tra determinanti umane, procedurali e ambientali. L'attivazione di audit clinici, il monitoraggio costante degli indicatori di processo e la revisione sistematica delle procedure rappresentano, in ultima analisi, gli strumenti metodologici necessari per validare l'efficacia delle contromisure adottate, traducendo la cultura della sicurezza in un modello di miglioramento continuo della qualità assistenziale.

2.3 Modello organizzativo di un IRCCS ad alta complessità: il caso Ospedale San Raffaele

Un esempio di applicazione operativa dei principi del Clinical Risk Management è rappresentato dalla procedura aziendale adottata dall'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano per la prevenzione del suicidio in ospedale, che traduce le raccomandazioni ministeriali e internazionali in un percorso assistenziale strutturato. Il modello organizzativo adottato dall'IRCCS Ospedale San Raffaele per la prevenzione del rischio suicidario rappresenta un esempio di integrazione tra valutazione clinica, gestione del rischio e sicurezza delle cure. La procedura aziendale considera il suicidio un evento sentinella e ne affronta la prevenzione attraverso un approccio sistemico, esteso a tutte le unità operative ospedaliere, comprese le aree non psichiatriche, nella consapevolezza che il rischio può manifestarsi in qualsiasi contesto assistenziale. L'organizzazione prevede un percorso strutturato che si sviluppa lungo l'intero iter di cura. **La valutazione del rischio inizia fin dalla presa in carico del paziente mediante anamnesi medica e infermieristica, integrate, quando necessario, da strumenti di screening validati, quali il questionario Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)**, formato da 4 o 5 semplici domande da porre al paziente, il cui risultato definirà se sono o meno necessari interventi per il rischio suicidario.

In presenza di elementi di rischio, viene attivato un processo di approfondimento clinico che coinvolge

IRCCS Ospedale San Raffaele	ASQ Ask Suicide-Screening Questions (rif. IOG 220)	Etichetta paziente	
 Strumento di screening per il rischio di suicidio NIMH TOOLKIT - Italian Ask Suicide-Screening Questions			
Domande da porre al/paziente			
1. Nelle ultime settimane, hai desiderato di essere morto/a? In the past few weeks, have you wished you were dead?			
		☐ Sì Yes	☐ No No
2. Nelle ultime settimane, hai avuto la sensazione che sarebbe stato meglio per te o la tua famiglia se fossi morto/a? In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead?			
		☐ Sì Yes	☐ No No
3. Nell'ultima settimana, hai pensato di ucciderti? In the past week, have you been having thoughts about killing yourself?			
		☐ Sì Yes	☐ No No
4. Hai mai tentato di ucciderti? Have you ever tried to kill yourself?			
		☐ Sì Yes	☐ No No
Se sì, come? If yes, how?			
Quando? When?			
Se il/la paziente risponde "Sì" a una o più delle domande precedenti, porre la seguente domanda sull'acuità:			
5. Stai pensando di ucciderti in questo momento? Are you having thoughts of killing yourself right now?			
		☐ Sì Yes	☐ No No
Se sì, descrivi cosa stai pensando: If yes, please describe			
Passi successivi			
- Se il/la paziente risponde "No" a tutte le domande (dalla 1 alla 4), lo screening è da considerarsi completato (non serve somministrare la domanda 5). Non è necessario alcun intervento. (*Nota: il giudizio clinico ha sempre la precedenza sull'esito negativo dello screening.) - Se il/la paziente risponde "Sì" a una o più delle domande dalla 1 alla 4, o si rifiuta di rispondere, lo screening viene considerato positivo. Porre la domanda 5 per valutare l'acuità. ☐ "Sì" alla domanda 5 = screening positivo acuto (identificato un rischio imminente). - Il/la paziente necessita immediatamente di una valutazione completa della salute mentale e della sicurezza. Il/la paziente non può allontanarsi finché non sia stato valutato lo stato di sicurezza. - Non parlare di vita il/la paziente. Allontanare dalla stanza tutti gli oggetti pericolosi. Avvisare il medico o il personale sanitario responsabile della cura del/della paziente. ☐ "No" alla domanda 5 = screening positivo non acuto (identificato un rischio potenziale). - Il/la paziente necessita di una breve valutazione del rischio di suicidio e della sicurezza per determinare se sia necessaria una valutazione completa della salute mentale. Il/la paziente non può allontanarsi finché non sia stato valutato lo stato di sicurezza. - Avvisare il medico o il personale sanitario responsabile della cura del/della paziente.			
Risorse da fornire a tutti i pazienti			
- Telefono Amico: tel. 199 284 284 - Telefono Azzurro: tel. 19696			
asQ Suicide Risk Screening Toolkit			
			
Data/ora	Firma e timbro del medico		
☐ Attivata consulenza psichiatrica			
DSAN 2320/0			
Sistema Sanitario Regione Lombardia			

tempestivamente lo specialista psichiatra e conduce alla definizione di un piano personalizzato di

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

mitigazione del rischio. Uno degli elementi qualificanti del modello è la chiara definizione delle responsabilità professionali. Medici, infermieri, psichiatri e coordinatori infermieristici operano secondo competenze complementari all'interno di un percorso multidisciplinare, nel quale la comunicazione tra i professionisti rappresenta un requisito essenziale per garantire la continuità assistenziale. Ogni variazione delle condizioni cliniche, determina una rivalutazione del rischio e l'eventuale rimodulazione del piano assistenziale, assicurando un monitoraggio dinamico durante tutto il ricovero. Particolare attenzione viene riservata anche alla sicurezza ambientale. **La procedura distingue gli interventi da adottare nelle aree psichiatriche, progettate secondo criteri strutturali specifici per la prevenzione delle condotte autolesive, da quelli previsti nei reparti non psichiatrici, nei quali la riduzione del rischio viene perseguita attraverso misure organizzative personalizzate, quali la bonifica dell'ambiente di degenza, la rimozione dei mezzi potenzialmente lesivi, l'assegnazione della stanza più idonea e la modulazione dei livelli di osservazione infermieristica.**

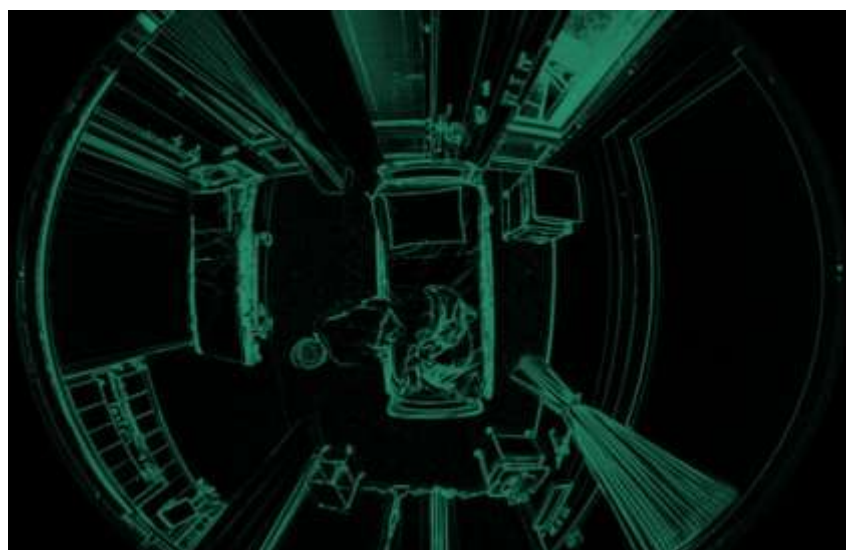
Il modello organizzativo attribuisce inoltre un ruolo centrale alla documentazione clinica e alla tracciabilità delle decisioni assistenziali. Le attività di screening, le rivalutazioni, i livelli di sorveglianza e gli interventi di mitigazione vengono registrati sistematicamente nella cartella clinica, favorendo la condivisione delle informazioni tra tutti i professionisti coinvolti e garantendo la continuità del percorso di cura anche durante trasferimenti e cambi di turno. Coerentemente con i principi del Clinical Risk Management, la procedura disciplina anche la gestione dell'evento suicidario, prevedendo l'immediata attivazione della catena organizzativa di emergenza, la segnalazione come evento sentinella, l'avvio delle analisi finalizzate all'apprendimento organizzativo e il supporto psicologico agli operatori coinvolti, riconosciuti come possibili second victims. Il modello si completa con un programma di formazione continua rivolto al personale sanitario, finalizzato a rafforzare le competenze nella valutazione del rischio, nella comunicazione con il paziente e nell'applicazione uniforme delle procedure aziendali. Nel complesso, il modello organizzativo dell'IRCCS Ospedale San Raffaele evidenzia ancora una volta, come la prevenzione del suicidio in ospedale non possa essere ricondotta esclusivamente alla competenza del singolo professionista, ma richieda un sistema organizzativo integrato, fondato sulla standardizzazione dei processi, sulla collaborazione multidisciplinare, sulla sicurezza ambientale e sul monitoraggio continuo del rischio, in linea con i principi del governo clinico e della patient safety.

Fase del processo	Contenuti operativi	Attori coinvolti	Output/Obiettivo
Accesso / ingresso paziente	Ricovero da PS, reparti o invio specialistico	Personale PS, Medici di reparto	Presa in carico del paziente
Screening iniziale del rischio	Anamnesi medica e infermieristica, utilizzo ASQ, rilevazione fattori di rischio	Medico, Infermiere	Identificazione precoce del rischio suicidario
Valutazione clinica multidisciplinare	Valutazione approfondita, consulenza psichiatrica, classificazione rischio (acuto/non acuto)	Medico, Psichiatra	Definizione livello di rischio
Piano di mitigazione del rischio	Definizione piano assistenziale, sorveglianza (intermittente/continua), bonifica ambientale, coinvolgimento caregiver	Équipe multidisciplinare	Riduzione rischio di atti autolesivi
Implementazione del piano	Attuazione misure di sicurezza e assistenza personalizzata	Medici, Infermieri, Coordinatori	Applicazione operativa del piano

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Monitoraggio continuo	Rivalutazione dinamica del rischio, passaggi di consegne strutturati, documentazione in cartella clinica	Infermieri, Medici	Aggiornamento continuo del livello di rischio
Gestione evento critico	Tentativo di suicidio o suicidio, attivazione emergenza, segnalazione evento sentinella	Tutta l'équipe, Direzione sanitaria	Gestione dell'evento e sicurezza immediata
Analisi dell'evento	Incident Reporting, Root Cause Analysis (RCA), analisi fattori organizzativi	Risk management, Direzione sanitaria	Identificazione cause e criticità sistemiche
Miglioramento continuo	Ciclo PDCA, audit clinici, revisione protocolli, indicatori di qualità	Direzione sanitaria, Risk management	Miglioramento del sistema organizzativo
Supporto organizzativo	Formazione del personale, cultura blame-free, supporto psicologico operatori (second victim)	Direzione, Servizi psicologici	Benessere operatori e resilienza del sistema

In risposta ad alcuni eventi avversi come proprio il tentato suicidio, il servizio di protezione e prevenzione insieme all'ufficio di risk management e le direzioni dell'Ospedale San Raffaele, stanno valutando l'applicabilità della Safety Room, anche denominata stanza di deescalation/sicurezza, ovvero una camera di degenza in alcuni reparti, con un'organizzazione ed una struttura finalizzata a garantire, una gestione assistenziale più sicura ed appropriata dei pazienti con stato di alterazione psicologico, attraverso un ambiente progettato per ridurre i rischi ambientali e consentire un monitoraggio più adeguato. Nella safety room, oltre alle indicazioni già indicate precedentemente, è prevista l'installazione di un sistema di videosorveglianza. Quest'ultima consiste nell'utilizzo di sensori ottici applicati nelle camere di degenza, che tramite l'utilizzo dell'intelligenza artificiale, monitora costantemente i pazienti e avverte il personale di eventi sentinella e avversi, dalle cadute ai tentati suicidi. Questo nel rispetto della privacy del paziente poiché le immagini vengono proiettate ad infrarossi.



2.4 Monitoraggio degli eventi e miglioramento continuo

La prevenzione del comportamento suicidario nei contesti sanitari non si esaurisce nella fase di screening o nell'applicazione statica delle procedure di vigilanza, ma richiede l'implementazione di un sistema integrato di monitoraggio dei processi assistenziali e di sorveglianza attiva degli eventi avversi. Nel Clinical Risk Management, l'attività di monitoraggio si configura come un dispositivo strategico finalizzato a validare l'efficacia delle misure di sicurezza, intercettare le derive procedurali e governare le azioni di miglioramento continuo. In questa logica, la rilevazione sistematica non deve limitarsi agli eventi sentinella con esito infausto, ma deve estendersi capillarmente ai tentativi di suicidio e ai near miss. L'analisi dei quasi-eventi assume una rilevanza metodologica cruciale, in quanto consente di mappare le vulnerabilità latenti del sistema prima che queste si traducano in un danno effettivo per il paziente, offrendo una base informativa oggettiva per la riprogettazione dei percorsi di cura. Lo strumento cardine per l'intercettazione di tali dinamiche è ***l'Incident Reporting***, un flusso informativo alimentato direttamente dagli operatori in prima linea. Affinché il sistema esprima il proprio potenziale di apprendimento organizzativo, in cui è prioritaria la transizione verso una ***blame-free culture***, ovvero un clima organizzativo non punitivo in cui la segnalazione sia percepita come un atto di tutela e non come un fattore di rischio sanzionatorio o medico-legale. Qualora si verifichi un evento avverso maggiore, l'approccio reattivo dell'organizzazione deve strutturarsi attraverso metodologie di analisi profonda, tra le quali ***la Root Cause Analysis (RCA)*** rappresenta lo standard di riferimento. La conduzione della RCA, rigorosamente multidisciplinare, mira a superare l'attribuzione della responsabilità individuale per focalizzarsi sui fattori contribuenti e sulle cause radice di natura organizzativa, strutturale, tecnologica e comunicativa. Il valore aggiunto di tale indagine viene ulteriormente amplificato dall'integrazione, ove possibile, delle testimonianze dei familiari, la cui prospettiva consente di ricostruire snodi del percorso assistenziale altrimenti non intercettabili tramite la sola revisione della documentazione clinica. L'output analitico derivante dall'Incident Reporting e dalle RCA deve essere sistematicamente tradotto in azioni correttive concrete, governate attraverso il modello metodologico del ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA) (World Health Organization, 2021). Questa lente operativa consente di pianificare le modifiche strutturali o procedurali (Plan), implementarle sperimentalmente (Do), verificarne l'impatto nel tempo (Check) e standardizzarle a livello aziendale (Act). La misurazione oggettiva di questo ciclo si basa su un cruscotto di indicatori di processo e di esito predefiniti, quali il tasso di incidenza dei gesti autolesivi in costanza di ricovero, la tempestività e la frequenza delle rivalutazioni dinamiche del rischio, il grado di aderenza ai protocolli anti-ligatura e la quota di personale sottoposta a retraining specifico. In ambito specifico della prevenzione del suicidio in ospedale, questi strumenti risultano particolarmente rilevanti per la gestione degli eventi sentinella e dei tentativi di suicidio non fatali. Quest'ultimo aspetto, integrato con simulazioni e audit clinici, agisce come catalizzatore per l'interiorizzazione delle competenze di risk management nella pratica clinica quotidiana. Un'efficace politica di gestione del rischio non può, infine, prescindere dal riconoscimento dell'impatto emotivo e professionale che il suicidio di un paziente esercita sull'équipe curante, fenomeno ampiamente codificato in letteratura sotto il costrutto di second victim. La sofferenza psicologica e il senso di impotenza che colpiscono i professionisti sanitari coinvolti in un evento sentinella richiedono l'attivazione tempestiva di protocolli strutturati di debriefing clinico e di supporto psicologico istituzionale. Proteggere l'integrità emotiva degli operatori non risponde soltanto a un imperativo etico, ma costituisce un prerequisito organizzativo per prevenire il burnout, preservare la coesione del gruppo di lavoro e garantire la tenuta complessiva dei livelli di sicurezza delle cure. In ultima analisi, il monitoraggio degli eventi si eleva da mero adempimento burocratico a funzione fondamentale di

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

governo clinico, qualificando la resilienza del sistema sanitario e rendendo le strategie preventive sostenibili ed efficaci nel lungo periodo.

Fase 3 – Analisi dei profili di “responsabilità” delle strutture sanitarie e dei professionisti.

§. 3.1 Riforma sanitaria: tra colpa, punibilità, risarcimento. Breve analisi di sintesi del sistema normativo italiano.

a) I profili di responsabilità (civile -penale) Struttura/operatori professionali.

Nel perseguire l'intento di ampliare il contenuto del diritto costituzionale alla salute, l'art. 1 della legge n. 24/2017 (cd. Gelli-Bianco), stabilisce che:

1. la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute (comma 1) ¹;
2. la sicurezza delle cure si realizza anche attraverso l'attività di prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie (comma 2) ².

Grazie all'introduzione del concetto di prevenzione, come parte del diritto alla salute, **le attività di risk management sono entrate a far parte dell'obbligazione, che la struttura sanitaria ha, nei confronti del paziente.**

Dal 01.04.2017, con l'entrata in vigore della l. n. 24/2017, in base ad una attenta lettura della novella legislativa, emerge chiaramente la volontà di rompere con il passato e di ridisegnare – in parte – i principi che negli ultimi anni avevano regolamentato la disciplina della colpa professionale medica senza soluzione di continuità.

E di vero, mentre l'art. 7, al comma 1³, consacra, una volta di più, la regola, oramai ultra trentennale, proveniente dalla giurisprudenza, sia di merito che di legittimità, secondo cui la natura della **responsabilità** della struttura sanitaria rispetto al paziente – così come quella del sanitario che stipula con il paziente un contratto di prestazione d'opera – non può che definirsi **contrattuale**, il terzo comma⁴ sancisce, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, che presta la propria opera professionale all'interno di una struttura organizzata, senza la conclusione di alcun contratto con il paziente, l'applicazione dei principi della **responsabilità** derivante da fatto illecito, di cui all'art. 2043 c.c.

Da tale nuova previsione normativa discende, pertanto, un deciso cambio di rotta voluto dal Legislatore, volto ad accentrare l'attenzione sulla struttura sanitaria, valorizzando ancora di più il rapporto tra quest'ultima e l'utente, puntando a ridimensionare il ruolo e le responsabilità del singolo operatore che agisce all'interno di un ente dotato di personalità giuridica e, perciò, titolare di funzioni e poteri sufficienti ad evitare o quanto meno prevenire la verificazione di eventi lesivi a carico dei pazienti⁵.

Pertanto, nel giudizio di risarcimento del danno conseguente ad attività medica, l'attore danneggiato, che intende agire nei confronti della struttura sanitaria, ha l'onere di provare l'esistenza

¹ E continua: “ed è perseguito nell'interesse dell'individuo e della collettività”. L'art. 32 Cost. non menziona espressamente la “sicurezza delle cure” come parte essenziale del diritto alla salute. La norma primaria in commento, pertanto, dilata il contenuto del precetto costituzionale e può allora essere inquadrato come “norma interposta”, concorrendo la “sicurezza delle cure” ad integrare la previsione dell'art. 32 Cost. nonostante il suo rango di legge ordinaria: MICHELE FILIPPELLI (a cura di), *La responsabilità sanitaria*, Admaiora, 2020, p. 27 e ss.

² Ovvero sia: “l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative”.

³ “La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorchè non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose”.

⁴ “L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'art. 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di una obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'art. 5 della presente legge e dell'art. 590-sexies c.p., introdotto dall'art. 6 della presente legge”.

⁵ V. MICHELE FILIPPELLI (a cura di), cit., pp. 73-74.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

del contratto⁶ (o il cd. contatto sociale) e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, restando a carico della struttura sanitaria la dimostrazione che tale inadempimento non si sia verificato ovvero che esso non sia stato causa del danno e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto ed imprevedibile. La prova dell'obbligato, quindi, (la struttura sanitaria) sarà che la prestazione sia stata eseguita in modo **diligente** e che gli esiti peggiorativi siano stati determinati da un **evento imprevisto e imprevedibile**⁷.

In virtù di tale obbligazione contrattuale sorgono tutta una serie di adempimenti posti a carico della struttura sanitaria, che identificano la fattispecie contrattuale in quella a prestazioni corrispettive come quella dell'apprestamento di **tutti gli adempimenti** imposti da protocolli medico-scientifici e dalle leggi di riferimento in vista del buon esito del trattamento sanitario rispetto inoltre alle emergenze sopravvenute⁸.

Infatti, a un maggiore **onere di diligenza**, segue necessariamente una maggiore rigidità nell'apprezzamento della **prova liberatoria**, consistente nella prova di aver utilizzato **tutte le misure idonee** ad evitare il danno⁹.

In definitiva, per quanto attiene alla responsabilità della Struttura sanitaria, nulla è mutato con l'entrata in vigore della cd. Gelli-Bianco, anche relativamente a quell'orientamento giurisprudenziale secondo il quale è irrilevante che la struttura sanitaria sia pubblica, convenzionata o privata in quanto sono equivalenti gli obblighi normativi che incombono sulle predette nei confronti del paziente fruitore dei servizi¹⁰.

L'art. 7, comma 3, della l. 24/2017 segna, come anticipato, una vera e propria svolta rispetto al passato, realizzando quell'intento già manifestato, ma forse troppo timidamente, dalla cd. Legge Balduzzi di tenere nettamente distinti i profili di responsabilità a seconda che si agisca nei confronti della struttura sanitaria o del medico dipendente e/o convenzionato.

⁶ Il **cd. "contratto di ospedalità"** non segue più la disciplina del contratto di prestazione d'opera intellettuale. Attraverso tale contratto la struttura si impegna ad erogare al paziente – utente non solo di cure mediche già previste dall'art. 2 l. 132/68, ma anche servizi che comprendono attività diagnostiche, terapeutiche, prestazioni assimilabili a quelle di un rapporto di albergo, assistenza medico-infermieristica ed attività organizzative, dovendo garantire la sicurezza e il buon funzionamento delle attrezzature e degli strumenti utilizzati per le cure, in particolare, la custodia e la protezione degli assistiti parzialmente o totalmente privi della capacità di autotutela, servizi tutti finalizzati alla protezione della salute del paziente: V. MICHELE FILIPPELLI (a cura di), cit., p. 77.

⁷ *Ivi.*, pag. 75. Quindi, quando risulti accertata una condotta **negligente** che depone per la responsabilità della struttura sanitaria, spetterà a quest'ultima, in applicazione del principio di "vicinanza della prova", dimostrare che il risultato "anomalo" o "anormale", rispetto al concordato esito dell'intervento/atto sanitario, sia dipeso da un evento **imprevedibile** e non superabile con l'ordinaria diligenza: *ibidem*. Sul riparto dell'onere probatorio *ex plurimis*: Cass. 10055/2022, Cass. 27606/2019, Cass. 14335/2019, cass. 26700/2018, Cass. 18392/2017: per cui il creditore deve fornire la prova del suo credito, ovvero, nel caso di contratto per prestazioni sanitarie o di ospedalità, sia la prova del contratto con cui la struttura sanitaria o il medico si sia impegnato a fornirgli la suddetta prestazione, sia la prova dell'esistenza del **nesso causale** tra l'esecuzione della prestazione sanitaria ed il danno, e il debitore deve dimostrare l'**esatto adempimento** - e perciò la imputabilità dell'evento negativo seguito ad una circostanza imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza.

⁸ Nello specifico, qualsiasi struttura sanitaria nel momento in cui accetta il ricovero di un paziente stipula un contratto dal quale discendono, ai sensi dell'art. 1374 c.c., due obblighi: il primo di apprestare al paziente le **cure** richieste; il secondo è quello di assicurare la **protezione** delle persone di menomata o mancante autotutela, per le quali questa protezione costituisce parte essenziale della cura: così Cass. civ. Sez. III, 22.10.2014, n. 22331.

⁹ Non è ritenuta sufficiente la dimostrazione della assenza di violazioni alle regole di condotta imposte dalla legge, ma è necessaria anche la dimostrazione in positivo di aver adottato tutte le misure che possono essere suggerite da criteri di diligenza, perizia e soprattutto prudenza (in relazione alle conoscenze medico-scientifiche raggiunte in un determinato momento storico): v. sentenza n. 581/2008 SS. UU Civili; Cass. civ. Sez. III, 18.09.2014, n. 19658.

¹⁰ Cass. civ. n. 25.02.2005, n. 4058.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Mediante tale previsione in realtà si è andati oltre il tradizionale concetto - di elaborazione giurisprudenziale - di << contatto sociale >>, su cui si sono poggiati negli ultimi trent'anni tutti i Giudici che si sono trovati ad affrontare il tema dell'azione di risarcimento del danno intentata dal paziente - o dai suoi prossimi congiunti, in caso di decesso - nei confronti del singolo operatore sanitario.

L'*intentio legis* è sicuramente quella di attenuare e, quanto più possibile, ridurre l'ambito di responsabilità del singolo dipendente, accentuando così il *focus* di attenzione sulla **struttura medica e sui medici liberi professionisti**, presi come soggetti "qualificati" in grado di poter garantire una efficienza organizzativa maggiore, un controllo del rischio, derivante dallo svolgimento di tale delicata attività, più pregnante e, di conseguenza, un abbattimento degli eventi avversi, teso a far sì che vengano rispettati in maniera ancora più significativa quegli **obblighi di sicurezza** da parte del **soggetto imprenditoriale**, chiamato a erogare le cure¹¹.

In termini pratici più immediati per il paziente, che intende agire nei confronti del medico dipendente della struttura sanitaria o del medico convenzionato, si realizza una vera e propria inversione dell'onere della prova che viene a gravare esclusivamente sul paziente, che dovrà dimostrare la sussistenza del **nesso eziologico** rilevante tra l'evento dannoso lamentato e la condotta del sanitario, nonché **la colpa** del debitore nella verifica dell'evento.

In secondo luogo, decorrerà un diverso termine di prescrizione, soggiacendo l'azione da intentarsi nei confronti del "medico dipendente da struttura sanitaria" al termine quinquennale, in luogo di quello più lungo decennale dei giudizi intentati nei confronti delle Strutture e dei medici, con i quali si è sottoscritto il contratto d'opera professionale.

*

Per quanto concerne il profilo della responsabilità penale, la specifica connotazione colposa della responsabilità del sanitario, specie in riferimento ad eventi lesivi e mortali dallo stesso cagionati per imprudenza, imperizia e negligenza è da sempre al centro di un tumultuoso percorso evolutivo.

A differenza di similari ambiti disciplinari inerenti la responsabilità per colpa, nell'attività medica si è sempre avvertita l'esigenza di contenere la responsabilità del sanitario entro i limiti di una colpa di diverso rilievo, gradazione e forma rispetto agli altri contesti.

L'in sé della professione sanitaria, difatti, porta a ritenere meritevole di considerazione l'ipotesi di un regime di responsabilità differenziato in tale ambito, in ragione del peculiare temperamento tra le contrapposte esigenze dei soggetti coinvolti in tale ambito.

In generale, quindi, il soggetto esercente la professione sanitaria incorrerà in colpa per negligenza, imprudenza o imperizia in caso di violazione di una regola precauzionale, passibile di tipizzazione mediante leggi, regolamenti, ordini o discipline e parametrata *all'homo iusdem professionis et conditionis*.

La l. 24/2017 interviene all'interno di quel "tumultuoso percorso evolutivo", cui si faceva riferimento *supra*¹²:

¹¹ V. MICHELE FILIPPELLI (a cura di), cit., p. 79.

¹² Proprio dal richiamo espresso all'art. 2236 c.c.: "*Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave [1176, 2104]*" muoveva, dapprima, l'art. 3 del d.l. 158/2012, che introduceva per la prima volta nella valutazione della condotta del medico anche l'osservanza delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale; oltre che, in sede di conversione, l'art. 3 della l. 189/2012 che, modificando il testo del suo corrispondente articolo nel d.l., ha istituito un collegamento diretto tra la colpa lieve dell'esercente la professione sanitaria che «nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica» e l'esclusione della sua punibilità in sede penale. Peraltro, il nodo in cui il legislatore del 2012 tiene avvinte **colpa lieve e linee guida (o buone pratiche di condotta)**, quando afferma che l'esercente la professione sanitaria, che si attiene a queste ultime, non risponde, in sede penale, per gli atti posti in essere con colpa lieve, ha aperto la strada al quesito circa la possibile convivenza, in un'unica condotta del medico, di colpa e rispetto delle linee guida o buone pratiche: l'espressione "*in culpa sine culpa*", da alcuna dottrina coniata a questo

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

- inserendo all'art. 590-sexies comma 2 c.p. una nuova fattispecie penale¹³, nella specie una cd. causa di non punibilità;
- restringendo l'ambito di applicabilità di tale esenzione di responsabilità alle sole ipotesi di **colpa per imperizia**;
- eliminando qualsivoglia riferimento alla "gradazione della colpa";
- tipizzando – per la prima volta- le linee – guida rilevanti per legge, dettandone una puntuale disciplina in tema di funzioni, contenuti e soggetti legittimati alla relativa elaborazione.

Che il riferimento all'**imperizia** venga scritto nero su bianco all'interno della norma sulla colpa medica, del resto, non deve sorprendere: all'imperizia la colpa del medico si intendeva circoscritta per lo più, già sotto il vigore della L. Balduzzi, dalla giurisprudenza maggioritaria, sulla scorta dell'argomento secondo cui le linee guida conterrebbero prevalentemente regole di perizia, in ciò seguendo la lettura tradizionale dell'art. 2236 c.c. (che, anche dietro le quinte, rimane il parametro più significativo su cui valutare la colpa del medico).

La difficoltà data dal misurare il **grado della colpa** al fine di inferirne la possibilità, o l'esclusione, di un esonero dalla responsabilità penale viene così sostituita dall'altrettanto arduo sforzo – non sconosciuto agli interpreti già in relazione all'art. 3 della L. Balduzzi, che la giurisprudenza intendeva riferirsi "elettivamente" (o talvolta finanche "esclusivamente") alla colpa (lieve) per imperizia – consistente nel distinguere tra **colpa per imperizia** e *colpa per imprudenza* in un contesto, qual è quello sanitario, di particolare fluidità tra tali qualifiche della colpa.

Se, invero, com'è noto, *l'imperizia* segnala la difformità da regole tecniche proprie di un sapere specialistico, il che sposta parte della difficoltà classificatoria sulla definizione di **leges artis**, mentre *l'imprudenza* consiste nella trasgressione di una regola di condotta, da cui discende l'obbligo di non compiere una determinata azione o di compierla con modalità diverse, in ambito sanitario è facile che una tipologia scivoli nell'altra, in quanto non è raro che una medesima condotta del medico si lasci leggere da un lato come l'ignoranza o l'errata applicazione di norme tecniche e, dall'altro, come la messa in atto di comportamenti privi delle cautele necessarie¹⁴

L'interprete è ora gravato dal compito, non facile, di individuare una situazione in cui il medico sia risultato imperito pur avendo rispettato le linee guida "*adeguate alle specificità del caso concreto*": di talché, sgomberato il campo dalla eventualità di un errore di strategia, rimane la possibilità di errori di adattamento, di carattere tecnico, nella messa in pratica dei suggerimenti e delle raccomandazioni contenuti nelle linee guida; errori che, benché in teoria anche gravi (atteso che nella formulazione dell'art. 6 della riforma del 2017 non compare più il riferimento alla lievità della colpa) tuttavia difficilmente, nella realtà dei fatti, abbracciano situazioni connotate da particolare serietà e disvalore, anche considerando il fatto che ora, con l'istituzionalizzazione delle **linee guida** (ad opera dell'art. 5

proposito, suggerisce invero l'idea di una contraddizione in termini posta in essere dall'art. 3 della L. Balduzzi (P. PIRAS, *In culpa sine culpa*. Commento all'art. 3 l. co. l. 8 novembre 2012 n. 189, in *Dir. pen. cont.*, 26 novembre 2012, 2 ss.).

¹³ Ai sensi del quale: "**Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario**. 1. Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. 2. Qualora l'evento si sia verificato **a causa di imperizia**, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto".

¹⁴ DANIELA FREDA, *Riforma sanitaria: colpa, punibilità, risarcimento*, <https://ius.lefebvrejuffre.it/dettaglio/15058265/riforma-sanitaria-colpa-punibilita-risarcimento/>

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

della riforma Gelli), queste ultime sempre più si avvicinano a **regole cautelari scritte**, approssimandosi, perciò, la loro violazione ad una **condotta colposa specifica**¹⁵.

Le Sezioni Unite della Cassazione penale con la pronuncia del 22 febbraio 2018, n. 8770¹⁶ - di fatto - riscrivono il 2° comma dell'art. 590-sexies c.p., decretando la non punibilità, in sede penale, del medico che, dopo avere scelto correttamente le linee guida o le buone pratiche da seguire - suggerite per la patologia da questi trattata oltre che adeguate alle particolarità del caso concreto - abbia provocato la morte o le lesioni del proprio paziente per un errore nell'esecuzione dei suggerimenti in esse contenuti, sempreché tale **errore** sia stato commesso **per colpa lieve da imperizia**, in ciò considerando il rischio e le speciali difficoltà insite nell'atto medico, secondo le indicazioni provenienti dall'art. 2236 c.c. - dalle Sez. Unite espressamente riportato a galla¹⁷.

Secondo le SS. UU. la causa di non punibilità involgerebbe le ipotesi di imperizia non grave, in cui l'evento lesivo si sia verificato nonostante l'osservazione di linee-guida contenenti raccomandazioni adeguate alle specificità del caso concreto¹⁸.

In altri termini, il Supremo consesso evoca, ancora una volta, la graduabilità della colpa, dal momento che l'attività del medico può presentare connotati di elevata difficoltà per una serie imprevedibile di fattori, legata alla contingenza e mutevolezza del quadro clinico da fronteggiare e delle risorse disponibili.

b) la cartella clinica e il suo ruolo fondamentale

Nel giudizio di responsabilità sanitaria la cartella clinica costituisce un documento pressoché indefettibile, ai fini di una completa ricostruzione della degenza e, conseguentemente, di una corretta valutazione dell'operato dei professionisti coinvolti nel trattamento.

D'altro canto, risulterebbe alquanto riduttivo guardare al documento come ad una mera ricognizione del ricovero, atteso che la cartella clinica viene formata non ex post, ma già nel corso della degenza, restituendo un flusso continuamente aggiornato di informazioni che consentono ai professionisti coinvolti nel trattamento di individuare, di volta in volta, le più idonee misure da intraprendere nell'interesse del paziente.

Date tali premesse, potrà, dunque, apparire sorprendente come - a tutt'oggi - il legislatore non sia giammai intervenuto per definire compiutamente il contenuto del documento, nonché per declinare più specifiche regole di compilazione e di conservazione dello stesso.

¹⁵ M. GORGONI, *Colpa lieve per osservanza delle linee guida e delle pratiche accreditate dalla comunità scientifica e risarcimento del danno*, in *Resp. civ. prev.*, 2015, 187 s.

¹⁶ "L'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali [...]: b) se l'evento si è verificato per **colpa (anche <<lieve>>)** da imperizia: 1) nell'ipotesi di **errore rimproverabile nell'esecuzione dell'atto medico** quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o, in mancanza, dalle buone pratiche clinico-assistenziali; 2) nell'ipotesi di **errore rimproverabile nella individuazione e nella scelta di linee-guida o di buone pratiche** che non risultino adeguate alla specificità del caso concreto, fermo restando l'obbligo del medico di **disapplicarle** quando la **specificità** del caso renda necessario lo scostamento da esse, se l'evento si è verificato per **colpa (soltanto <<grave>>)** da imperizia nell'ipotesi di **errore rimproverabile nell'esecuzione**, quando il medico, in detta fase, abbia comunque scelto e rispettato le linee-guida o, in mancanza, le buone pratiche che risultano adeguate e adattate al caso concreto, tenuto conto altresì del grado di rischio da gestire e delle specifiche difficoltà dell'atto medico": SS. UU. Cass. pen. 22 febbraio 2018, n. 8770.

¹⁷ Così, DANIELA FREDA, *Riforma sanitaria: colpa, punibilità, risarcimento*, cit.

¹⁸ Sulla base di questa impalcatura teorica, le Sezioni unite hanno, quindi, ritenuto che la normativa prevista dalla Legge Balduzzi sia più favorevole e continui, quindi, a trovare applicazione ai sensi dell'art. 2 c.p. nei casi di comportamenti connotati da negligenza o imprudenza con configurazione di colpa lieve, nonché quando la condotta imperita, determinata da colpa lieve, abbia riguardato il momento selettivo delle linee guida o su quello dell'appropriatezza delle linee guida scelte rispetto al caso concreto. Per ciò che riguarda, invece, una condotta colposa (rientrante nella colpa lieve) per imperizia nella fase esecutiva dell'atto medico, attuativa delle prescrizioni delle linee guida, le due norme si equivalgono portando in entrambi i casi ad un esito assolutorio.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Lo "statuto" della cartella clinica è andato via via definendosi grazie all'irrinunciabile contributo della giurisprudenza che, chiamata di volta in volta a pronunciarsi sulla responsabilità civile e penale del professionista sanitario, ha col tempo enucleato una serie di principi che governano la produzione del documento, nonché il suo impiego all'interno del processo¹⁹.

Altro contenuto tipico della cartella clinica è la dichiarazione con cui il paziente manifesta il consenso al trattamento sanitario²⁰.

In tale prospettiva viene, appunto, in rilievo l'art. 26 codice deontologico secondo cui il medico:

- *"redige la cartella clinica con completezza e chiarezza, motivando e sottoscrivendo eventuali correzioni"* (comma 1);
- *"registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione"* (comma 2).

Il **principio di contestualità** della compilazione della cartella risponde all'esigenza che i professionisti coinvolti dispongano sempre di un quadro clinico aggiornato.

L'assoluta rilevanza di tale ultimo principio (quadro clinico aggiornato) è, altresì, confermata dalla giurisprudenza penale che più volte ha avuto modo di chiarire come:

- *"la cartella clinica adempia alla funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti e, attesa tale funzione, i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi"*;
- *"tutte le successive modifiche, aggiunte, alterazioni e cancellazioni integrino **falsità materiale in atto pubblico**, ancorché il documento sia ancora nella materiale disponibilità del compilatore in attesa della trasmissione alla direzione sanitaria per la definitiva custodia"* (Cass. pen. 11 luglio 2005 n. 35167)²¹.

Solo la cartella clinica redatta presso una struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata assume il valore dell'atto pubblico (con conseguente irrogazione, per l'ipotesi di falso, delle sanzioni previste dagli art. 476 e s. c.p.): nondimeno, il principio espresso dalla Corte (financo con riguardo ad annotazioni postume, che siano rispondenti al vero) dimostra quanto il rispetto del **principio della contestualità** costituisca condizione imprescindibile, affinché la cartella possa assolvere alla funzione di orientare i professionisti sanitari già nel corso della degenza e, dunque, contribuire alla realizzazione della **sicurezza delle cure** che, non casualmente, viene eletta a obiettivo programmatico dall'art. 1 della L. 24/2017 (c.d. Legge Gelli)²².

¹⁹ Quella che, ancora oggi, può essere ritenuta l'unica definizione normativa della cartella clinica è contenuta nell'art. 24 c. 1 DM 5 agosto 1977, in cui si dispone che: *"in ogni casa di cura privata è prescritta, per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica, da cui risultino le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi"*. Per quanto la disposizione faccia espresso riferimento alle case di cura private, le informazioni contemplate dalla norma costituiscono di fatto il contenuto tipico della cartella clinica e, pertanto, la definizione di cui sopra può essere estesa senza alcuna riserva anche al documento redatto all'interno di una struttura sanitaria pubblica: v. GIUSEPPE CHIARITTI, <https://ius.lefebvregriffure.it/dettaglio/10833315/cartella-clinica-compilazione-conservazione-e-valore-probatorio-nel-giudizio-di-responsabilita-sanitaria>

²⁰ L'art. 1 c. 4 L. 219/2017 dispone che il consenso informato: *"è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare"* ed *"è inserito nella cartella clinica"*.

²¹ *"È del tutto irrilevante il fatto che il soggetto agisca per ristabilire la verità effettuale, in quanto la cartella clinica acquista carattere definitivo in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla sfera di disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata, trattandosi di atto avente funzione di diario della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, la cui annotazione deve avvenire contestualmente al loro verificarsi"*: Cass. pen. 22 ottobre 2018 n. 55385.

²² In tal prospettiva dovremmo, peraltro, considerare come l'art. 47-bis c. 1 DL 5/2012 (convertito con L. 35/2012) abbia "avviato" il processo di digitalizzazione della cartella clinica, prevedendo che: *"nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, nei piani di sanità nazionali e regionali si privilegia la gestione elettronica delle pratiche cliniche, attraverso l'utilizzo della cartella clinica elettronica"*. Ebbene, con specifico

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Ebbene, in giurisprudenza costituisce affermazione diffusa quella secondo cui: *"le omissioni imputabili al medico nella redazione della cartella clinica rilevano come figura sintomatica di inesatto adempimento, per difetto di diligenza, in relazione alla previsione generale contenuta nell'art. 1176 c. 2 c.c." (ex multis Cass. 26 gennaio 2010 n. 1538) e, in effetti, si è già avuto modo di anticipare come **l'indisponibilità della cartella (vuoi perché incompleta, vuoi perché smarrita) possa recare con sé delle rilevantissime ricadute processuali nel giudizio di responsabilità sanitaria**. E ciò – si badi – non solo ai danni della struttura e/o dei medici convenuti (che in difetto del documento potrebbero ritrovarsi impossibilitati a provare di aver correttamente curato il paziente) ma, paradossalmente, per il medesimo danneggiato (che in difetto di cartella clinica non sarebbe neppure in grado di poter valutare preventivamente l'operato dei sanitari ed eventualmente individuare loro eventuali negligenze)²³.*

È, dunque, in questi termini che la cartella clinica assurge a *"pietra angolare del giudizio di responsabilità"*²⁴.

Nella giurisprudenza della Suprema Corte costituisce affermazione ricorrente quella secondo cui l'eventuale **incompletezza della cartella clinica** è circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di **un valido legame causale** tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente, quando tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico e il professionista abbia comunque posto in essere una condotta astrattamente idonea a provocare la lesione (*ex multis* Cass. 18 febbraio 2021 n. 4424)²⁵.

All'interno della cartella clinica dev'essere inserita la dichiarazione di consenso resa dal paziente, quale indefettibile presupposto per la liceità del trattamento sanitario e, ancora, la mera sottoscrizione di un modulo non è sufficiente ad integrare tale condizione, se non accompagnata da un'informativa adeguata ed esaustiva circa la natura della cura prospettata, dei relativi rischi e delle possibilità di successo.

In definitiva, diremmo che la mancata acquisizione del consenso (e, quindi, il suo mancato inserimento nella cartella clinica) possa determinare conseguenze ancor più gravi rispetto a quelle derivanti dalla mera incompletezza del documento, atteso che struttura e/o medico convenuti si ritroverebbero esposti al rischio di dover risarcire il paziente anche nel caso in cui non vi sia evidenza di alcuna condotta/omissione idonea a procurare un danno biologico e, ancora, nel caso in cui il paziente non abbia subito alcuna effettiva compromissione del bene salute, fermo restando – com'è ovvio – l'onere per il paziente di provare che, ove adeguatamente informato, avrebbe comunque rifiutato il trattamento (cfr. Cass. 11 novembre 2019 n. 28985)²⁶.

Pertanto, la gestione accurata e puntuale della cartella clinica da parte di tutti i soggetti "tenuti" alla sua redazione è una garanzia.

riguardo alle strutture sanitarie pubbliche, l'art. 7 c. 3 DPR 128/1969 dispone che: *"il primario è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale"*. Con riguardo, invece, alle strutture private, l'art. 24 DM 5 agosto 1977 dispone più che: *"le cartelle cliniche [devono essere] firmate dal medico curante, dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria"*. In dottrina è affermazione diffusa quella secondo cui le cartelle cliniche redatte presso una struttura privata abbiano invece: *"il valore di semplice scrittura privata, rimessa dunque al libero apprezzamento del giudice anche per quanto riguarda i dati oggettivi"* (così, OCCORSIO V., *Cartella clinica e responsabilità medica*, Milano, 2011, pag. 60).

²³ v. GIUSEPPE CHIARITTI, cit.

²⁴ OCCORSIO V., cit., pag. 1.

²⁵ La Cassazione ha comunque chiarito che la struttura e/o il medico possano essere chiamati a rispondere anche ove sussistano concrete possibilità che l'evento lesivo sia intervenuto per altre ipotetiche cause patologiche, diverse da quelle diagnosticate ed inadeguatamente trattate, *"che non sia stato tuttavia possibile accertare neppure dopo il decesso in ragione della difettosa tenuta della cartella clinica o della mancanza di adeguati riscontri diagnostici"* (Cass. 13 settembre 2000 n. 12103).

²⁶ v. GIUSEPPE CHIARITTI, cit.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

§. 3.2. Analisi della giurisprudenza di legittimità (civile/penale) e di merito sui casi di suicidio in "strutture" lato sensu ospedaliere.

In primis, prima di affrontare la redazione di questo §, è opportuno svolgere una premessa metodologica.

Il tema, oggetto del presente elaborato, come precisato nei capitoli che precedono, è oggetto sin dal 2008 di una Raccomandazione Ministeriale – la n. 4²⁷.

E l'art. 5 l. 2017 n. 24, 2017 dispone che: «*gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida [...]».*

Si è provato, quindi, ad effettuare una ricerca sugli << esiti giurisprudenziali >> dell'evento suicidio o tentato suicidio all'interno delle strutture lato sensu ospedaliere.

La natura sintetica di questo progetto non può che portare ad una trattazione limitata ai minimi termini delle innumerevoli tematiche sottese.

a) giurisprudenza civile sul rischio suicidario.

Analizzeremo tre sentenze della Suprema Corte e due sentenze di merito.

➤ In **Cassazione civile sez. III, 21/02/2025**, n. 4644²⁸ viene ribadito un principio emerso nitidamente solo recentemente e proprio sul caso dell'evento suicidario in Struttura lato sensu sanitaria.

Per quanto concerne il profilo dell'azione e legittimazione: in relazione alla richiesta di risarcimento del danno patito "iure proprio", per perdita del rapporto parentale, dagli stretti congiunti di un paziente affetto da problemi psichici, l'iniziativa autolesionistica del malato, risoltasi in un atto suicidario portato a compimento a causa dell'omessa vigilanza da parte della struttura sanitaria presso la quale era ricoverato, **non** è riconducibile alla previsione dell'**art. 1218 c.c.**, poiché il rapporto contrattuale è intercorso solo tra la menzionata struttura ed il paziente; ne consegue che l'ambito risarcitorio è necessariamente di natura extracontrattuale, poiché gli stretti congiunti non rientrano nella specie dei "terzi protetti dal contratto", se non quando sono portatori di un interesse strettamente connesso a quello già regolato nella programmazione negoziale intercorsa tra il nosocomio ed il paziente.

La fattispecie è relativa ad un suicidio verificatosi, a causa dell'omessa vigilanza, in una struttura riabilitativa per disabili psichici, convenzionata con la ASL.

La Corte precisa: "*questa Corte ha chiarito che il rapporto contrattuale tra il paziente e la struttura sanitaria o il medico non produce, di regola, **effetti protettivi in favore dei terzi**, perché, fatta eccezione per il circoscritto campo delle prestazioni sanitarie afferenti alla procreazione, trova applicazione il principio generale di cui all'art. 1372, secondo comma, cod. civ., con la conseguenza che l'autonoma pretesa risarcitoria vantata dai congiunti del paziente per i danni ad essi derivati dall'inadempimento dell'obbligazione sanitaria, rilevante nei loro confronti come illecito aquiliano, si colloca nell'ambito della responsabilità extracontrattuale: così Cass., 7/04/2022, n. 11320: così anche così Cass., 7/04/2022, n. 11320*"²⁹.

²⁷ Raccomandazione n. 4, marzo 2008. Più recente un più specifico protocollo della Società Italiana di Psichiatria (Prevenzione del suicidio nei Centri di Salute Mentale, Pronto Soccorso e SPDC, 2013).

²⁸ V. Cass. civ. sez. III, 21/02/2025, n. 4644, *Giustizia Civile Massimario* 2025, Rigetta, CORTE D'APPELLO REGGIO CALABRIA, 08/03/2021. Conforme Cass. civ. sez. III, 8/07/2020, n. 14258; Cass. civ. sez. VI, 26/07/2021, n. 21404.

²⁹ E continua: "*si tratta di un indirizzo che negli anni si è sedimentato riconoscendo, in particolare, l'effetto protettivo del terzo, per la peculiarità della fattispecie, **esclusivamente per il contratto stipulato dalla gestante con la struttura sanitaria**, rispetto al quale sono interessi protetti dal negozio non solo quelli della parte contraente, ma anche quelli del nascituro e del padre (a partire rispettivamente da Cass. 22/11/1993, n. 11503 e Cass. 10/05/2002, n. 6735, e poi anche con Cass. 11/05/2009, n. 10741)".*

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

La sentenza della Corte d'Appello di Catanzaro impugnata aveva qualificato la domanda a titolo aquiliano e, quindi, onerato gli attori della prova rispetto al fatto illecito del rapporto di causa e della colpa.

Per quanto concerne la responsabilità della struttura sanitaria la struttura è tenuta ad **obblighi** di cura, assistenza e vigilanza, ma tali obblighi devono essere valutati in concreto in relazione alle condizioni del paziente

Non esiste un **obbligo generalizzato di vigilanza** continua per ogni paziente psichiatrico, trattandosi di struttura per pazienti con ridotto, ma non azzerato grado di autonomia, non comprimibile se non ledendo i diritti di libertà e dignità costituzionalmente riconosciuti ai singoli, mentre anche l'obbligo di raccolta dei dati anamnestici, prescritto dalla convenzione con l'Azienda, non poteva di per sé giustificare, in assenza di allegazione e prova di specifiche risultanze concernenti l'assistito, l'affermazione di sussistenza di indici tali da doversi formulare un giudizio prognostico di gesti autolesionistici.

Per quanto concerne la responsabilità dei sanitari la responsabilità dipende dalla prevedibilità del rischio suicidario e dalla prova della violazione degli obblighi di vigilanza

Occorre dimostrare la concreta patologia del paziente e gli elementi che rendevano prevedibile il gesto autolesivo³⁰.

➤ **Cassazione civile sez. III, 8/07/2020, n. 14258**³¹ è la sentenza apripista dell'indirizzo sopra esposto in ordine alle tipologie di azioni esperibili e la legittimazione in ordine all'evento suicidario. Non esistono, infatti, precedenti specifici nella giurisprudenza di legittimità relativamente alla questione decisa con la sentenza in commento, relativa alla richiesta risarcitoria, già respinta nei primi due gradi del giudizio, formulata *'iure proprio'* da tre fratelli nei confronti della struttura ospedaliera, in cui era ricoverato il loro genitore, che si suicidò gettandosi da una finestra³².

La tesi sostenuta dai figli dell'uomo è che vi fosse una **omissione di vigilanza o terapia** da parte del **personale infermieristico** dell'ospedale, in considerazione del fatto che a partire dal 1981 il genitore era stato seguito dalla struttura psichiatrica di tale ospedale, subendo una cinquantina di ricoveri ospedalieri, anche in regime di T.S.O., oltre a due ricoveri in una comunità protetta. Dato tale quadro clinico, ben noto alla struttura ospedaliera, i fratelli hanno sostenuto la responsabilità dell'ospedale per **omissione delle misure idonee** a scongiurare l'evento suicidario.

Dei tre motivi di ricorso vale la pena sottolineare i primi due, ovvero:

- i germani F. avevano esperito **azione contrattuale** nei confronti della struttura ospedaliera presso la quale il loro congiunto era stato ricoverato - sebbene per difficoltà respiratorie - al momento del decesso (e presso il quale, in passato e in ripetute occasioni, fu trattata anche la patologia mentale

³⁰ "Non era stata provata la concreta e specifica tipologia patologica della vittima **non essendovi agli atti** in tal senso **documentazione medica e non essendo noto il contenuto del previsto fascicolo personale**, sicché l'assenza del personale nel giorno e momento del ricostruito suicidio, quale stabilita dal calendario delle attività riabilitative, poteva incidere, in tesi, sulla verifica del nesso di causa ma non della colpa": *ivi*.

³¹Cass. civ. sez. III, 8/07/2020, n. 14258, *Giustizia Civile Massimario* 2020, Righetta, CORTE D'APPELLO MILANO, 30/05/201: "In tema di richiesta di risarcimento danni avanzata dagli stretti congiunti di un paziente con problemi psichici ricoverato presso una struttura sanitaria, qualora essi facciano valere il danno patito *'iure proprio'* da perdita del rapporto parentale, in particolare nel caso in cui l'iniziativa autolesionistica del malato si risolva in un atto suicidario portato a compimento a causa dell'omessa vigilanza, deve escludersi che l'azione esercitata sia riconducibile alla previsione dell'art. 1218 c.c., poiché il rapporto contrattuale è intercorso solo tra la menzionata struttura ed il ricoverato; ne consegue che l'ambito risarcitorio nel quale la domanda deve essere inquadrata è necessariamente di natura extracontrattuale, atteso che questi ultimi non possono essere nella specie qualificati *"terzi protetti dal contratto"*. Conformi: Cass. civ., Sez. III, ord., 15 settembre 2020 n. 19188. V. anche Cass. civ. sez. III, 16/05/2014, n. 10832; Cass. civ. sez. III, 22/10/2014, n. 22331; Cass. civ. sez. III, 26/05/2020, n. 9714.

³² RENATO SAVOIA, *Si suicida mentre è ricoverato in ospedale: la richiesta risarcitoria dei congiunti per la perdita del rapporto parentale ha natura extracontrattuale*, *Diritto & Giustizia*, fasc. 132, pag. 0004.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

dalla quale egli risultava affetto), sul presupposto di essere "**terzi protetti dal contratto**", intervenuto tra il nosocomio ed il paziente;

- la lamentela sul mancato esperimento nei giudizi di merito delle richieste prove testimoniali e della c.t.u.

Il contratto con effetti protettivi a favore di terzo è una eccezione.

La Cassazione respingeva il ricorso, **dando atto, però, della complessità della questione e dell'inesistenza di precedenti specifici sulle condizioni per il risarcimento del danno "iure proprio" fatto valere dai congiunti di un paziente, anche affetto da disturbi psichici, deceduto in ragione di atto suicidario**, e per questo compensando integralmente le spese di lite.

Il primo motivo relativo all'applicabilità, nel caso in esame, della figura del contratto con effetti protettivi a favore di terzo, evidentemente richiesta dai ricorrenti e già esclusa da entrambi i giudici di merito.

La Cassazione ha ricordato che la configurabilità di un rapporto contrattuale è stata riconosciuta a livello giurisprudenziale per quel che concerne il rapporto tra paziente e struttura, e, pertanto, (a partire dalla nota sentenza n. 589/1999) per i danni dei quali chiedi il ristoro lo stesso paziente che lamenta la **mancata adeguata vigilanza** sulla sua persona ed, in particolare, l'**omesso impedimento** di atti autolesivi³³.

La Terza Sezione ha colto, altresì, l'occasione per ricordare, invece, qual è l'ipotesi in cui la figura del contratto con efficacia protettiva verso terzi trova il suo naturale luogo di emersione, ovvero nel caso del rapporto tra la puerpera e la struttura sanitaria/professionista, che ne segua la gestazione o il parto. In tale caso, infatti, ricadrà nella responsabilità contrattuale qualsiasi possibile danno riscontrato sul feto ovvero neonato.

Al di fuori, però, di tale, peculiare, ambito secondo la Cassazione la «*figura del contratto con efficacia protettiva verso il terzo, nel campo della **responsabilità da malpractice sanitaria**, non ha ragion d'essere, dovendo, dunque, **le pretese risarcitorie azionate ' iure proprio' dai congiunti del paziente, unica parte della relazione contrattuale, essere fatte valere ai sensi dell'art. 2043 c.c.***»³⁴.

➤ **Cass. civ. Sez. III, 22.10.2014, n. 22331:**

Nel 2004 il fratello, anche in rappresentanza del paziente, conviene in giudizio la Casa di cura presso la quale il Sig. X era ricoverato per disturbi mentali.

Infatti il Sig. X si era allontanato dalla suddetta clinica e, **nel tentativo di suicidarsi**, veniva investito da un treno, subendo l'amputazione della mano destra.

A dire degli attori, la responsabilità dell'occorso andava ascritta alla convenuta **per aver negligenemente sorvegliato il paziente**.

Sia il Primo che il secondo grado di giudizio rigettano la domanda attorea

³³ In un caso analogo, seppur non identico, ovvero quello della domanda risarcitoria proposta in via contrattuale dalla figlia di una donna affetta dal morbo di Alzheimer, ricoverata presso una residenza per anziani ed ivi deceduta a seguito di caduta da una finestra della stanza di degenza, anche in tal caso la Cassazione aveva escluso la riconducibilità dell'azione risarcitoria alla previsione di cui all'art. 1218 c.c., motivando che il rapporto contrattuale era «*intercorso tra la stessa casa di riposo e la ricoverata, non certo tra la prima e la figlia della seconda*» (così la sentenza n. 6914 del 2012 non massimata).

³⁴ Per quanto concerne, poi, la questione del mancato esperimento delle prove orali e c.t.u., la Terza Sezione ha ritenuto che, contrariamente a quanto sostenuto dai ricorrenti, il rigetto della domanda risarcitoria non sia stata conseguenza della reiezione delle rispettive istanze istruttorie, dal momento che la Corte territoriale aveva formulato, sulla base delle risultanze già presenti agli atti di causa, una propria autonoma valutazione, non censurabile in sede di legittimità, in quanto attinente al merito della controversia, in ordine all'assenza di responsabilità della struttura ospedaliera. Infatti, i Giudici di secondo grado hanno ritenuto che il ricovero fosse avvenuto per problematiche di natura respiratoria, mentre il paziente era stato vigile, seppur non collaborante, e che **le annotazioni sulla cartella clinica** denotassero che lo stesso **al momento non presentava alcun particolare segno acuto della cronica e grave malattia psichica**.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

La Suprema Corte accoglie i motivi di ricorso, rinviando ad altra la causa alla Corte d'Appello di Salerno in diversa composizione.

La Corte ravvisa il vizio di motivazione per quanto concerne il profilo del nesso causale e della colpa.

Ove un paziente ricoverato per disturbi mentali tenti il suicidio, riportando lesioni personali, la struttura sanitaria - che l'aveva in cura - risponde di tali lesioni, a prescindere dal carattere volontario od obbligatorio del trattamento sanitario al quale era sottoposto.

L'estensione ed il contenuto **dell'obbligo di vigilanza**, infatti, variano in funzione delle circostanze del caso concreto e si intensificano con **l'accrescersi del rischio**, che il degente possa causare danni, o patirne.

Tuttavia, **l'obbligo di vigilanza e protezione** del paziente, in quanto scaturente dall'accettazione del paziente, riguarda tutti i pazienti e prescinde dalla capacità di intendere e di volere di questi, né esige che il paziente sia sottoposto ad un trattamento sanitario obbligatorio.

Infatti, da un lato, anche una persona perfettamente capace di intendere e di volere può aver bisogno di vigilanza e protezione per evitare che si faccia del male (come nel caso di degente non autosufficiente); dall'altro lato, un malato di mente non può ritenersi *tout court* pericoloso per sé o per gli altri.

Da un altro punto di vista, sottolinea la Corte, non è pensabile che l'obbligo di vigilanza e protezione del malato sia dovuto solo al fine di prevenire alcuni rischi e non altri: così da ritenere, ad esempio, che esso vada adempiuto rispetto ai malati di mente al solo fine di evitare il suicidio e rispetto ai malati di corpo al solo fine di evitare cadute, e via dicendo.

*"L'obbligo di vigilanza gravante sulla struttura è un **"obbligo di protezione"** che scaturisce naturalmente dal contratto col paziente e va adempiuto ad ogni modo, al fine di prevenire tutti i rischi potenzialmente incombenti sul degente, alla sola condizione che rientrano nello spettro della **prevedibilità**".* E qui la Corte pone una reprimenda al Secondo Giudice, laddove tace in ordine a *"quali fossero le condizioni di vigilanza all'interno del reparto dove il Sig. X era degente"* accogliendo, in parte, i motivi di ricorso.

➤ **Corte appello Reggio Calabria sez. I, 8/03/2021, n. 131**³⁵.

La Cooperativa Rinascita propone appello avverso la sentenza n. 462/2010 del Tribunale di Reggio Calabria, con cui la Cooperativa è stata condannata, in solido con l'ASL n. 11 di Reggio Calabria, al pagamento in favore di Mo. Do., della somma di E 108.795,47 e in favore di Mo. An., della somma di E 196.944,00, oltre agli interessi legali, per perdita del rapporto parentale, causato dal suicidio di Mo. Gi., mentre questi si trovava ricoverato presso la Cooperativa Rinascita, struttura riabilitativa per disabili psichici.

Secondo il primo giudice, può ritenersi che le informazioni in possesso dell'ASL e della Cooperativa fossero idonee a fondare, secondo i parametri di competenza e diligenza professionale, il giudizio prognostico sulla possibilità/probabilità di atti anticonservativi da parte del Mo..

In tale prospettiva assume rilevanza l'onere di raccolta dei dati anamnestici prescritto dall'art. 10 della convenzione tra l'USL e la Cooperativa.

Il giudice aveva, poi, sostenuto che l'ASL e la Cooperativa Rinascita non avevano dato **prova** circa **l'adozione di ogni opportuna cautela** per impedire il verificarsi dell'evento ed, in particolare, per impedire che l'accesso al balcone fosse stato correttamente ostacolato, in modo da realizzare un'efficace prevenzione dei tentativi di suicidio da parte del paziente.

Il giudice di prime cure aveva in primo luogo qualificato la domanda come azione di natura contrattuale, richiamando la giurisprudenza sul contratto di ricovero della partoriente, qualificato come contratto con effetti protettivi nei confronti del terzo.

³⁵ C. app. Reggio Calabria, sez. I, 8/03/2021, n. 131, *Redazione Giuffrè* 2021.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Sulla natura della responsabilità la Corte d'Appello è chiara: *"con recente pronunciamento la S.C. (Cass. civ., sez. III, 8/7/2020, n. 14258) ha chiarito che: << In caso di suicidio del paziente, avvenuto mentre questi era ricoverato in una struttura ospedaliera, la domanda risarcitoria degli stretti congiunti per la menomazione del rapporto parentale ha natura extracontrattuale, senza che sia possibile richiamare la figura dei "terzi protetti dal contratto" posto che non è dato riscontrare gli indici normativi o di carattere costituzionale valevoli nel sottosistema dei danni da nascita indesiderata>>. Questa Corte non ravvisa motivi per discostarsi da tale orientamento, sorretto sulla base di approfondite considerazioni. Dunque l'azione proposta dagli attori, odierni appellati, deve configurarsi quale azione di natura extracontrattuale, avendo la responsabilità della struttura sanitaria e della Cooperativa, natura extracontrattuale"*³⁶.

In ragione della **natura extracontrattuale** della responsabilità, incombe sul danneggiato l'onere della **prova della colpa e del nesso di causalità** tra il comportamento del (o comunque imputabile al) danneggiante e l'evento lesivo.

Nell'atto di citazione introduttivo di primo grado, gli attori deducono che il Mo. necessitava di assenza continua a causa del proprio stato di salute.

Questa deduzione non è supportata da adeguata prova.

Non vi è documentazione medica comprovante tale condizione

La colpa per omessa o inadeguata vigilanza della struttura sanitaria e della Cooperativa può configurarsi in presenza di elementi indicativi - conosciuti o conoscibili con diligenza - di un **concreto pericolo** di atti autolesivi da parte del deceduto; ossia in presenza di elementi che rendevano **prevedibile** il comportamento autolesionistico o che comunque rendevano reale un concreto rischio di gesti autolesivi.

A motivo del carattere extracontrattuale della responsabilità, l'onere di tale prova incombeva sugli attori.

Tale prova non è stata offerta. Ancor prima non è stata data adeguata allegazione sul punto.

Va in primo luogo escluso che una qualunque patologia psichiatrica sia di per sé una condizione che rende prevedibile un concreto rischio di un evento suicidario.

In secondo luogo, non è condivisibile l'argomentazione sviluppata dal giudice di primo grado, secondo cui può ritenersi che le informazioni in possesso dell'ASL e della Cooperativa fossero idonee a fondare il giudizio prognostico sulla possibilità/probabilità di atti anticonservativi da parte del Mo.

Anche questa pronuncia ritiene equo compensare interamente tra le parti le spese processuali di entrambi i gradi del giudizio, per la stessa ragione addotta dalla S.C. nella pronuncia n. 14258/2020, che ha compensato le spese del giudizio di legittimità: *<< in ragione della complessità della questione trattata e dell'inesistenza, nella giurisprudenza di questa Corte, di precedenti specifici, sulle condizioni per il risarcimento del danno "iure proprio" fatto valere dai congiunti di un paziente, anche affetto da disturbi psichici, deceduto in ragione di atto suicidario >>*³⁷.

➤ **Corte appello Torino, 28/11/2007**³⁸:

Con atto di citazione notificato il 12.7.2004 C. R. evocava in giudizio dinanzi al Tribunale di Torino la Casa di Cura Villa di Salute s.p.a., prospettandone la responsabilità per le gravissime conseguenze del gesto anticonservativo da lei attuato il 29.9.2001, mentre si trovava ricoverata nella struttura di proprietà e gestita dalla convenuta in Trofarello, e chiedendo conseguentemente il risarcimento dei danni (di natura biologica, morale e patrimoniale) tutti da essa patiti, quantificati nella somma complessiva di euro 927.606,00.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ *Ivi*.

³⁸ C. app. Torino, 28/11/2007, *Giur. merito* 2008, 12, 3142; *Giur. merito* 2008, 5, 1332.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

L'attrice sosteneva che nulla era stato predisposto né attuato dalla Casa di Cura per impedirle di realizzare l'impulso di tentare il suicidio, nonostante che le sue conclamate condizioni di squilibrio mentale imponessero attenzioni e sorveglianza.

Con sentenza n. 6742/06 dell'11-20.10.2006 il Tribunale di Torino, respingeva la domanda attorea e, conseguentemente, anche la richiesta di manleva avanzata dalla convenuta verso la terza chiamata, compensando le spese processuali e facendo gravare le spese di c.t.u. sulla parte attrice

Al § 3 la Corte presta la propria attenzione ai << *principi generali in tema di responsabilità della struttura di ricovero psichiatrica per il suicidio del degente* >> tra cui si sottolinea:

- il responsabile di un trattamento terapeutico in regime di ricovero, gestito con carattere di autonomia e con organizzazione dei mezzi necessari, è tenuto a conservare in vita il paziente, predisponendo le **misure organizzative e preventive** conformi al parametro della **diligenza professionale** al fine di poterlo curare efficacemente contro la malattia mentale da cui è affetto (il che in dottrina è stato sintetizzato con l'efficace formula riassuntiva "**qualsiasi terapia è inefficace nei confronti di un malato morto**");

- **ineliminabile è un certo grado di rischio**. E', quindi, condivisibile che **la violazione dei doveri** potrà essere ravvisata allorché all'episodio suicidario si accompagni una **grave trascuratezza** (per negligenza, imprudenza o imperizia) verso le necessità dell'utente; conseguentemente, sarà di volta in volta necessario verificare se l'erogatore della prestazione abbia **adeguatamente** allestito **le misure preventive proporzionate** rispetto alla probabilità di produzione dell'atto anticonservativo (secondo un pronostico formulato *ex ante*).

"Secondo la Corte l'attenzione deve concentrarsi essenzialmente su due aspetti:

- **le informazioni in possesso della struttura terapeutica** rilevanti per fondare, secondo i parametri di **competenza e diligenza professionale**, il **giudizio prognostico** sulla **possibilità/probabilità** di atti anticonservativi;

- *gli strumenti del suicidio (o del suo tentativo), rispetto ai quali la struttura terapeutica deve esercitare una **diligente attività di prevenzione**, anche commisurata alle caratteristiche soggettive dei pazienti, volta, per quanto possibile, alla "bonifica" preventiva dell'ambiente dai fattori di rischio, tenendo anche conto delle esigenze di cura, che può anche esigere l'eliminazione di ingerenze mortificanti per il ripristino della fiducia dei pazienti"*³⁹.

In tema di responsabilità medica **il principio dell'affidamento**, e cioè il principio secondo il quale ciascuno può contare sull'adempimento, da parte degli altri, dei doveri su essi incombenti, non può essere invocato da chi per primo abbia violato una norma di condotta; ne consegue che il medico il quale abbia affidato ad un inesperto assistente sociale un malato grave di mente, nel caso di suicidio del malato non può invocare quale causa eccezionale, idonea ad escludere del nesso causale, il deficit di sorveglianza del malato da parte dell'assistente sociale.⁴⁰

Secondo la Corte gli elementi, raccolti e compendati nel precedente § sulla ricostruzione della vicenda storica per cui è causa, sono sufficienti a configurare la responsabilità contrattuale della Casa di Cura:

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ "Risponde di omicidio colposo il medico curante, e direttore di casa di cura psichiatrica, che abbia cagionato il suicidio di una paziente, ricoverata volontariamente presso la struttura sanitaria per sindrome depressivo psicotica, **consentendo che la stessa uscisse dalla clinica accompagnata da una assistente volontaria non qualificata, e omettendo di fornire all'accompagnatrice medesima informazioni sui pregressi tentativi di suicidio della paziente**. Nel caso di specie la S.C. ha chiarito che è irrilevante, ad escludere la responsabilità dello psichiatra, il fatto che la l. n. 180 del 1978 non consenta al medico di impedire l'uscita dalla clinica di paziente non sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio. Posto che la coercizione del malato può ammettersi solo in caso di t.s.o., sussiste comunque l'addebito per le **modalità di affidamento della paziente** all'assistente volontaria, non qualificata né adeguatamente informata": Cass. pen., sez. IV, 6 novembre 2003, n. 10430 Cass. pen. 2004, 2854; Foro it. 2004, II, 566.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

- è accertata la stipulazione del rapporto contrattuale, direttamente con la signora C. R.;
 - la giurisprudenza circa la natura del contratto di ricovero non dubita della natura mista del negozio e della sussistenza di un obbligo accessorio di protezione del paziente;
 - la responsabilità della casa di cura (o dell'ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale, e può conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonché, ai sensi dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico - professionale svolta direttamente dal sanitario;
 - è incontestato il rischio di suicidio, collegato alla forma di patologia presentata dall'attrice, e in ogni caso la Casa di Cura era stata debitamente informata di un precedente tentativo anticonservativo, **di cui vi è traccia documentale nella stessa anamnesi di ingresso contenuta nella cartella clinica**
 - la struttura edilizia della Palazzina non era adeguata alla prevenzione diligente ed accurata dei tentativi di suicidio da parte dei suoi ospiti;
 - fatto colposo del terzo: ritiene la Corte che: *"la Casa di Cura non avesse organizzato in modo prudente e conforme al parametro della **diligenza professionale** la struttura della Palazzina al fine di ospitare pazienti che come C. R. fossero connotati da una concreta inclinazione a propositi suicidi"*⁴¹;
 - la problematica del consenso: *"Il dovere di diligenza professionale si spinge infatti al **rifiuto delle proposte di esecuzione della prestazione non corrette formulate dal paziente**, che va energicamente ed autorevolmente consigliato nella manifestazione del proprio consenso al trattamento terapeutico, senza che le sue preferenze (del resto del tutto ragionevolmente prevedibili, essendo evidente la maggior appetibilità di una struttura di ricovero più familiare rispetto alla dimensione para-carceraria di un reparto chiuso e protetto) possano rappresentare una sorta di esimente per l'operatore professionale"*⁴².
- "Quel che è certo, secondo la Corte, che la soluzione del "male minore", ossia il ricovero nella struttura inadeguata e meno attrezzata per le esigenze di tutela della salute del paziente contro i profili atti anticonservativi, poteva essere legittimamente attuata solo dopo aver fornito alla paziente e ai suoi familiari tutte le informazioni del caso, in particolare segnalando loro il maggior coefficiente di rischio a ciò correlato. Il che non risulta sia stato fatto [...]"*⁴³.

Dopo una minuziosa disamina sulla tipologia di danno risarcibile, in accoglimento dell'appello interposto da C. R. e in totale riforma della sentenza n.6742/06, emessa l'11-20.10.2006 dal Tribunale di Torino, la Corte di Torino *"dichiara tenuta e condanna"*, tra l'altro, *"la Casa di Cura Villa di Salute s.p.a. in persona del legale rappresentante"*.

b) giurisprudenza penale sul rischio suicidario.

Qui analizzeremo tre sentenze della Corte di Cassazione penale.

➤ In **Cassazione penale sez. IV, 13/12/2016, n. 9390**⁴⁴ si analizza un orientamento oramai consolidato⁴⁵, **ovvero sia - nell'ambito della "colpa generica" - la valutazione della regola cautelare violata deve svolgersi necessariamente ex ante.**

*"L'individuazione della **regola cautelare non scritta** eventualmente violata non deve essere frutto di una elaborazione creativa, fondata su una valutazione ricavata "ex post" ad evento avvenuto e in maniera del tutto astratta e svincolata dal **caso concreto**, ma deve discendere da un **processo***

⁴¹ C. app. Torino, 28/11/2007, Giur. merito 2008, cit.

⁴² E continua: *"La Corte non ritiene necessario pronunciarsi in questa sede sull'interrogativo se i preposti alla Casa di Cura dovessero senz'altro rifiutare il ricovero a fronte dell'ostinazione della paziente e dei suoi familiari ad essere sistemata nella struttura tecnicamente attrezzata alla bisogna, secondo le caratteristiche del caso e le indicazioni provenienti dalla storia clinica rapportate alle esigenze di prevenzione di atti anticonservativi (il che peraltro avrebbe potuto sfociare in una successiva imposizione di ricovero coatto per t.s.o.), o piuttosto, mossi dall'esigenza di garantire comunque alla paziente le cure necessarie, accedere alle sue richieste (come una sorta di male minore)"*: ivi.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Cass. pen. sez. IV, 13/12/2016, n. 9390, Cassazione Penale 2017, 7-08, 2832.

⁴⁵ In senso conforme, si veda, Sez. IV, 11 febbraio 2016, n. 7783, in C.E.D. Cass., n. 266356 e Sez. IV, 23 maggio 2013, n. 36400, ivi, n. 257112.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

ricognitivo che individui i tratti tipici dell'evento, per poi procedere formulando l'interrogativo se questo fosse **prevedibile**⁴⁶ ed **evitabile** ex ante, con il rispetto della regola cautelare in oggetto, alla luce delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle massime di esperienza⁴⁷.

Il fatto: riguarda il suicidio di una paziente ricoverata in una residenza sanitaria assistenziale. L'imputazione attiene all'evento mortale avvenuto all'interno della residenza sanitaria assistenziale in cui la paziente era ricoverata in quanto affetta da demenza vascolare con umore depresso (depressione maggiore): la donna, dopo aver raggiunto la **finestra del bagno** - comunicante con la stanza ove era alloggiata - si lanciava nel vuoto, procurandosi lesioni mortali; e ciò era accaduto nonostante avesse manifestato, pochi minuti prima del gesto fatale, la chiara volontà di suicidarsi mediante defenestramento.

La Corte di appello di Campobasso, su impugnazione del Pubblico Ministero, in riforma della sentenza assolutoria pronunciata dal Tribunale di Isernia, dichiarava la "**coordinatrice di struttura**" e il **responsabile sanitario della struttura** colpevoli del delitto di omicidio colposo, condannandoli alla pena di giustizia e al risarcimento dei danni in favore delle parti civili.

L'addebito colposo mosso è quello di avere **omesso di predisporre una rigorosa vigilanza nei confronti della donna** (dal momento in cui costoro appresero del suo primo tentativo di suicidio per bocca di un visitatore della struttura) fino a quando la stessa si sottrasse agevolmente alla blanda sorveglianza su di lei esercitata dalla operatrice geriatrica e dall'infermiere; il tutto nel breve lasso di tempo intercorso tra le 10.45 e le 11.15-11.30 di quel giorno.

Adita la Suprema Corte, la medesima ritiene fondati i ricorsi formulati da entrambi gli imputati⁴⁸, ritenendo viziato il ragionamento seguito dalla Corte territoriale per affermare la colpevolezza degli odierni ricorrenti, sotto il profilo della ritenuta configurabilità di una condotta colposa ad essi ascrivibile⁴⁹.

La Suprema Corte in maniera molto semplice ricorda che: "*la colpa si identifica con la trasgressione della condotta di una o più norme cautelari, siano esse scritte in una disposizione di legge, di regolamento, in ordini o discipline (secondo l'elencazione dell'art. 43 c.p., **cd. colpa specifica**); siano esse corrispondenti ad una regola cautelare non scritta, che viene rinvenuta dal giudice sulla scorta dei parametri della **prevedibilità** e della **evitabilità** dell'evento pregiudizievole (cd. **colpa generica**)*"⁵⁰.

E ancora: "*Il giudice è invece chiamato ad individuare i tratti tipici caratterizzanti l'evento, per poi procedere formulando l'interrogativo **se tale evento era prevedibile ed evitabile ex ante, alla luce delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle massime di esperienza** (da intendersi come generalizzazioni empiriche indipendenti dal caso concreto, fondate su ripetute esperienze ma autonome da quello, tratte con procedimento induttivo dall'esperienza comune, conformemente ad orientamenti*

⁴⁶ In punto di prevedibilità dell'evento, la Corte rileva che deve essere accertata *ex ante* con riferimento *all'homo ejusdem professionis et condicionis*, giacché non si può addebitare all'agente di non aver previsto un evento che non poteva prevedere, in base alle conoscenze che aveva o che avrebbe dovuto avere. Il criterio di prevedibilità vale a specificare il contenuto **dell'obbligo di diligenza**, che sarebbe in sé astratto.

⁴⁷ Cass. pen. sez. IV, 13/12/2016, n. 9390, *Cassazione Penale* 2017, 7-08, 2832. In senso conforme, si veda, Sez. IV, 11 febbraio 2016, n. 7783, cit.

⁴⁸ Al di là della contravvenzione del principio incarnato dalla sentenza (Sez. U, n. 27620 del 28/04/2016, Dasgupta, Rv. 267487), in tema di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale in caso di ribaltamento in appello di sentenza assolutoria, pur derivante dallo svolgimento di un giudizio abbreviato, già di per sé sufficiente a determinare l'annullamento della sentenza di appello.

⁴⁹ "*L'unico profilo di colpa che il giudice di appello ritiene di imputare ai ricorrenti è << quello afferente la omessa predisposizione di una rigorosa vigilanza nei confronti della donna, dal momento in cui tanto il D.T. che la Di.Pi., appresero del suo primo tentativo di suicidio per bocca del L.*" (pag. 5) >>>": Cass. pen. sez. IV, 13/12/2016, n. 9390, cit.

⁵⁰ *Ivi*.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

diffusi nella cultura e nel contesto spazio-temporale in cui matura la decisione, cfr. Sez. 6, n. 1775 del 09/10/2012 - dep. 2013, Ruoppolo, Rv. 254196)⁵¹.

Nel caso in disamina la Corte di appello non ha fatto buon governo dei suddetti principi di diritto in ordine alla identificazione della regola cautelare non scritta che, in ipotesi, sarebbe stata nel caso violata, in ciò rinvenendo la colpa generica dei ricorrenti nella causazione dell'evento lesivo⁵².

*"Si tratta, appunto, di una valutazione ricavata ex post ad evento avvenuto, quindi in maniera del tutto astratta e svincolata dal caso concreto, laddove risultava invece appurato che il medico e la coordinatrice si trovarono a dover fronteggiare **una situazione improvvisa ed imprevista**, visto che **dagli atti prodotti al fascicolo**, come rilevato nella sentenza di primo grado, **non risulta che i responsabili della (OMISSIS) fossero mai stati notiziati in alcun modo dei pregressi tentativi di suicidio della povera D.P., nè risulta che nel contratto di degenza fossero previste prestazioni specifiche in ordine alle condizioni psico-patologiche della paziente**"⁵³.*

*"Conseguentemente la difficile situazione, nell'immediatezza, fu affrontata nell'unico modo possibile, date le circostanze: impartendo la direttiva ai due soli operatori presenti in quel momento nella struttura di tenere sotto controllo la donna, e nel contempo cercando di contattare al più presto il reparto psichiatria dell'ospedale di Isernia per il successivo ricovero [...] non si vede, allora, in quale altro modo gli imputati avrebbero dovuto comportarsi, avendo **affidato il momentaneo controllo della donna al personale in quel momento disponibile [...]** informandolo della delicatezza e serietà della situazione, per il tempo strettamente necessario"⁵⁴.*

Nessun rimprovero poteva, quindi, essere mosso al comportamento tenuto dagli odierni imputati nell'immediatezza del fatto, atteso che la direttiva rivolta ai dipendenti di struttura di tenere sotto controllo la paziente, ove rispettata, sarebbe stata sufficiente a scongiurare l'evento mortale.

Esito: annulla senza rinvio la sentenza impugnata perchè il fatto non costituisce reato.

➤ in **Cassazione penale sez. IV, 14/06/2016, n. 33609**⁵⁵ si affronta il tema della **posizione di garanzia**⁵⁶ e della **adeguatezza delle misure di protezione adottate**.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² Il rimprovero mosso al responsabile sanitario della struttura (ed, indirettamente, anche alla coordinatrice di struttura) è quello di **non avere imposto al personale** di "sorvegliare costantemente e senza soluzione alcuna di continuità ogni gesto della donna": *ivi*, (pag. 7). Il ragionamento del giudice è viziato in quanto muove a ritroso dalla situazione così come si è verificata (suicidio mediante defenestramento della paziente), chiedendosi cosa avrebbe impedito il suo accadimento e **dandosi una risposta ovvia ex post** (sorveglianza costante e continua della donna).

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ "Rendendoli edotti del fatto che la paziente poco prima era stata vista sporgersi pericolosamente dalla finestra. dopodiché il medico aveva cercato di mettersi in contatto telefonico con l'ospedale per il successivo ricovero psichiatrico della D.P.. **Era la stessa Corte territoriale a riconoscere che per la sorveglianza della paziente non era necessario personale dotato di particolari "competenze specialistiche"**, dal momento che si trattava soltanto di osservare e controllare con continuità la medesima": *ivi*.

⁵⁵ Cass. pen. sez. IV, 14/06/2016, n. 33609, Guida al diritto 2016, 40, 81.

⁵⁶ "Con riferimento ai trattamenti medico-chirurgici, per attribuire al sanitario una **posizione di garanzia**, vale a dire quella funzione di garante della vita e della salute del paziente che lo rende responsabile delle condotte che abbiano cagionato una lesione di questi beni, è sufficiente che si sia instaurato un rapporto sul piano terapeutico tra paziente e sanitario", v. Sez. IV, 4 giugno 2008, n. 35307, Izzo, in Guida dir., 2008, n. 43, p. 89; Sez. IV, 12 gennaio 2007, n. 10795, Pozzi, *ivi*, 2008, n. 17, p. 89; in questa rivista, 2008, p. 4622 con ampia nota di BARALDO, *Gli obblighi dello psichiatra, una disputa attuale: tra cura del malato e difesa sociale*; Sez. IV, 12 gennaio 2005, n. 13241, Lattanzi, in Guida dir., 2005, n. 41, p. 89; Sez. IV, 6 novembre 2003, n. 10430, Guida, in questa rivista, 2004, p. 2854, e relativa nota di ZANCHETTI, *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio del paziente in una recente pronuncia della Cassazione*. In tema di responsabilità professionale del sanitario, nella ricostruzione del **nesso eziologico** tra la condotta omissiva del sanitario e l'evento lesivo, il giudice dovrà partire **dalle leggi scientifiche di copertura e in primo luogo da quelle statistiche, che, quando esistano, costituiscono il punto di partenza dell'indagine giudiziaria**, v. Sez. IV, 14 dicembre 2006, n. 4177, Guarnieri, in questa rivista, 2008, p.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Fatto: in Primo e Secondo Grado al medico psichiatra in servizio presso un reparto di neuropsichiatria di una Casa di Cura era stato addebitato il reato di omicidio colposo in danno di una paziente, suicidatasi per precipitazione dall'alto all'interno della struttura ove era ricoverata, per non avere adottato adeguate misure di protezione - secondo le linee guida più riconosciute, oltre a tutti gli interventi di tipo farmacologico, anche una stretta sorveglianza, intesa come assistenza ventiquattro ore su ventiquattro - sì da avere consentito che la paziente, con diagnosi di disturbo bipolare in fase depressiva - caratterizzata da depressione del tono dell'umore con ideazione negativa a sfondo suicidiario- si potesse allontanare dalla stanza in cui era ricoverata, raggiungendo l'impalcatura allestita all'esterno della struttura ospedaliera da cui, poi, si era lasciata cadere nel vuoto.

A supporto dell'addebito colposo emergevano dalla cartella clinica, sia nella parte relativa all'anamnesi che in quella riservata all'esame psichico, la presenza di idee di suicidio e due precedenti tentativi di suicidio, già messi in atto nel tempo⁵⁷.

La Corte individuava gli estremi della posizione di garanzia⁵⁸ ricoperta dal medico psichiatra. E, stante la riscontrata condizione di **soggetto ad alto rischio** nella paziente, secondo le **linee-guida** più riconosciute nel settore specifico psichiatrico, si rendeva assolutamente necessario procedere, **oltre a tutti gli interventi di tipo farmacologico, a una stretta sorveglianza, intesa come assistenza della paziente ventiquattr'ore su ventiquattro**.

Misura che non veniva in nessun caso e in nessun momento adottata nei confronti della paziente, che risultava pienamente libera di muoversi per tutto l'edificio senza alcuna sorveglianza.

Proprio le:

- ✓ condizioni della paziente evidenziatesi nell'imminenza del fatto;
- ✓ notizie anamnestiche legate alle precedenti esperienze di tentativo di suicidio, unite alla diagnosi di accettazione;

rendevano con evidenza **largamente prevedibile**, e **altamente intenso** sul piano **obiettivo**, il **rischio di un rinnovato tentativo di suicidio della donna**, che viceversa l'imputato ebbe a trascurare e, dunque, a gestire con manifesta superficialità e scoperta **negligenza**.

La Suprema Corte così motiva: "*con motivazione immune da vizi d'indole logica o giuridica, la Corte territoriale ha quindi tratto la conclusione che, laddove l'imputato avesse assicurato una stretta e continua sorveglianza della paziente, l'evento lesivo oggetto di giudizio non si sarebbe verificato con certezza, secondo una valutazione prognostica ex ante condotta in coerenza al principio dell'elevata probabilità logica e credibilità razionale*".

Esito: Annulla senza rinvio la sentenza impugnata perchè il reato è estinto per prescrizione. Rigetta il ricorso agli effetti civili.

1866, con nota di BRUSCO, *Applicazioni concrete del criterio della probabilità logica nell'accertamento della causalità*; Sez. un., 10 luglio 2002, n. 30328, Franzese, *ivi*, 2002, p. 3643. Contra v. Sez. IV, 5 maggio 1987, Bondioli, in *Foro it.*, 1988, II, c. 107, con nota di FIANDACA, *Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra*. Nello stesso senso della massima in esame si esprime la dottrina maggioritaria, v. FIANDACA-MUSCO, *Diritto penale, parte generale*, Zanichelli, 2007, p. 550; MANTOVANI, *Diritto penale*, Cedam, 2007, p. 342; MARRA, *Un caso di responsabilità penale dello psichiatra per l'omicidio commesso dal suo paziente*, in questa rivista, 2008, p. 2609

⁵⁷ Il consulente del pubblico ministero aveva fedelmente registrato la circostanza costituita da due precedenti tentativi di suicidio già messi in atto nel tempo dalla paziente, coerentemente definita come paziente *major et grand repeaters* in una fase terminale. L'accusa, quindi, aveva sottolineato il carattere di **soggetto ad alto rischio della paziente** per la quale, secondo le linee-guida più riconosciute nel settore specifico psichiatrico, si rendeva **assolutamente necessario** procedere, oltre a tutti gli interventi di tipo farmacologico, a una stretta sorveglianza, intesa come assistenza della paziente ventiquattr'ore su ventiquattro.

⁵⁸ "Il medico psichiatra deve ritenersi titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente (anche là dove quest'ultimo non sia sottoposto a ricovero coatto), con la conseguenza che lo stesso, quando sussista il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidiarie, è tenuto ad apprestare specifiche cautele": Sez. 4, Sentenza n. 48292 del 27/11/2008, Rv. 242390.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

➤ **Cassazione penale sez. IV, 27/11/2008, n. 48292⁵⁹(Rigetta, App. Torino, 16 gennaio 2008)** sempre relativa alla "posizione di garanzia" e alla prevedibilità dell'evento suicidario.

Fatto: Un paziente affetto da disturbo depressivo maggiore - ricoveratosi volontariamente presso un Ospedale Pubblico - con divieto di uscita senza autorizzazione, si allontanava dal reparto dichiarando all'infermiera di volersi recare a prendere un caffè al distributore automatico, situato al piano superiore, ed ivi giunto suicidava gettandosi nel vuoto da una finestra

Il **primario** e i **medici del reparto di psichiatria** venivano dichiarati colpevoli dalla Corte d'Appello di Torino - con sentenza di riforma di quella assolutoria di Primo grado - per avere cagionato con colpa la morte (reato di cui all'art. 589 c.p.) per non avere previsto, con disposizioni al personale infermieristico, la sorveglianza del paziente benchè il medesimo avesse dichiarato di provare improvvisi impulsi autolesivi e, precedentemente, avesse posto in essere un tentativo di defenestramento (episodio discusso tra tutti i medici del reparto ai quali i pazienti erano unitariamente affidati).

La difesa dei medici in Cassazione appunta, tra l'altro, la propria attenzione sulla mancata considerazione difensiva secondo cui il suicidio: *"non è l'effetto di una condotta attiva altrui che il paziente subisce, ma è il frutto di un comportamento autonomo del paziente medesimo, il risultato di una decisione immediata o della manifestazione di un intento che il paziente cerca di occultare e che, come tale, a meno che non sia concretamente prevedibile, rappresenta causa autonoma sopravvenuta a norma dell'art. 41 c.p., comma 2, essendo stati trattati in maniera compiuta i profili di imprevedibilità del suicidio e l'inesistenza di errori inescusabili dai consulenti tecnici della difesa medesima"*.

La Suprema Corte ritiene corretta ed immune da vizi logici di motivazione l'impugnata sentenza in quanto la *"condanna presuppone che nel caso concreto sussistano tutti gli estremi, oggettivi e soggettivi, della fattispecie, in particolare la **titolarità della posizione di garanzia** in capo ai medici, la **prevedibilità in concreto** dell'evento-morte (suicidio) non impedito ed il **rapporto di causalità** tra la condotta colposa addebitata e l'evento. Come si è visto, la sentenza impugnata affronta tutti questi temi e ritiene dovuto ed esigibile un regime di vigilanza, sebbene il B. fosse in ricovero volontario (v. supra 1.3 e 1.4), afferma la prevedibilità del suicidio (v. 1.5) e la sua **evitabilità attraverso il comportamento alternativo lecito** (richiamandosi alla sentenza di primo grado: v. 1.2 e 1.3) e spiega perchè il fatto colposo sia da attribuirsi congiuntamente agli imputati (v. 1.6)"⁶⁰.*

Il medico psichiatra è titolare di una posizione di garanzia⁶¹ nei confronti del paziente, anche se questi non sia sottoposto a ricovero coatto, ed ha, pertanto, l'obbligo - quando sussista il concreto rischio di condotte autolesive, anche suicidarie - di apprestare specifiche cautele.

Era, quindi, da **escludere**, pertanto, secondo la Corte, che il suicidio fosse **imprevedibile**.

Esito: rigetta i ricorsi e condanna i ricorrenti in solido al pagamento delle spese processuali, oltre alla rifusione in solido delle spese sostenute dalla parte civile.

§ 3.3. Considerazioni conclusive

Ebbene, alla luce di tutto quanto esposto, la prevenzione del suicidio in ospedale richiede un approccio integrato nel quale gli aspetti clinici, organizzativi e gestionali operino in modo sinergico.

In tale contesto, la **Direzione Sanitaria** è chiamata a svolgere un ruolo di indirizzo, coordinamento e verifica, promuovendo un modello organizzativo orientato alla *patient safety*.

⁵⁹ Cass. pen. sez. IV, 27/11/2008, n. 48292, Cass. pen. 2010, 4, 1462 (nota di: PIRAS, SALE).

⁶⁰ *Ibidem*.

⁶¹ Con riferimento alla posizione di garanzia del medico, la Corte rimarca che deriva *ipso facto* dalla relazione terapeutica col paziente. Tale relazione può instaurarsi per contratto, oppure sulla scorta della normativa pubblicistica di tutela della salute nel caso di ricovero in ospedale o in strutture protette. In questi specifici casi il medico ha l'**obbligo giuridico di impedire** qualsivoglia evento dannoso.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

La prima considerazione riguarda l'importanza di diffondere tra tutti gli operatori sanitari coinvolti **la "cultura" della << documentazione >> di tutti i "momenti assistenziali rilevanti", che determinano modifiche della condizione del paziente o della valutazione del rischio.**

✓ Centralità della documentazione nel governo clinico

La << cartella clinica >> costituisce uno degli strumenti fondamentali del sistema di governo clinico, assicurando continuità assistenziale, tracciabilità delle decisioni, monitoraggio del rischio e disponibilità delle informazioni necessarie per *audit* clinici, analisi degli eventi e miglioramento continuo.

La "tracciabilità" delle cure, delle valutazioni multidisciplinari, delle rivalutazioni del rischio e dei passaggi di consegne, rappresenta, quindi, un presidio organizzativo di sicurezza sia per il paziente sia per l'Azienda Sanitaria.

In tale prospettiva compete alla Direzione sanitaria, in raccordo con il Risk Management, definire procedure condivise, attribuire responsabilità chiare, monitorarne l'applicazione e promuovere una cultura della sicurezza orientata alla prevenzione degli eventi avversi.

Particolarmente significativo – secondo il modesto parere di chi scrive – appare in questo senso la "procedura operativa" adottata dalla Azienda Sanitaria Locale VCO , OMEGNA (VB), ove relativamente all'adozione "di questa procedura" - alle pagg. 4-5 - vengono specificate - in una tabella - nel rispetto delle relative competenze **la "matrice" delle responsabilità**⁶².

✓ **Sotto il profilo della responsabilità giuridica**, l'evento suicidario verificatosi in ambito *latu sensu* ospedaliero impone una distinta valutazione dei profili civilistici e penalistici.

Quanto alla **responsabilità civile** della struttura sanitaria, i congiunti della vittima possono agire nei confronti dell'Azienda secondo i principi della responsabilità extracontrattuale, con le conseguenze, che ne derivano, in ordine all'onere della prova e ai termini di prescrizione. Non risulta, infatti, configurabile, in tale ambito, l'istituto del << contratto a favore del terzo >>.

Diversamente, la **responsabilità penale** mantiene carattere strettamente personale, ai sensi dell'art. 27 Costituzione.

L'eventuale accertamento di responsabilità a carico dei singoli professionisti sanitari richiede, pertanto, una rigorosa verifica della sussistenza di tutti gli elementi costitutivi del reato, oggettivo e soggettivo, nonché del nesso di causalità, nel rispetto della regola di giudizio dell'<< oltre ogni ragionevole dubbio >>, prevista dall'art. 533, comma 1, c.p.p.

Ne consegue che l'adozione di **modelli organizzativi efficaci**, di **procedure condivise** e di una **puntuale documentazione clinico-assistenziale** non assume rilievo soltanto ai fini della qualità e sicurezza delle cure, ma rappresenta anche un essenziale strumento di prevenzione del contenzioso e di tutela sia dei pazienti sia dei professionisti e dell'organizzazione sanitaria nel complesso.

Fase 4 – Elaborazione del modello integrato di prevenzione

Il MOIPS (Modello Organizzativo Integrato per la Prevenzione del Suicidio del Paziente Ricoverato) è concepito come un framework di **Clinical Governance** nel quale le diverse componenti della prevenzione non operano in maniera indipendente, ma costituiscono un sistema integrato e dinamico. Il modello nasce dall'osservazione che strumenti clinici, procedure organizzative, misure ambientali e attività di gestione del rischio sono già disponibili nelle organizzazioni sanitarie, ma risultano spesso applicati in modo frammentato. L'obiettivo del MOIPS è ricondurre tali elementi all'interno di un'unica architettura organizzativa, capace di trasformare la valutazione del rischio suicidario in un processo assistenziale strutturato, monitorabile e orientato al miglioramento continuo.

⁶²ASL VCO, *Procedura-Operativa-Prevenzione-Suicidio-in-Ospedale*:

<https://www.aslvco.it/wp-content/uploads/2021/03/PO-27-OUP-04-Procedura-Operativa-Prevenzione-Suicidio-in-Ospedale-rev2013.pdf>

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

L'architettura del modello si sviluppa attraverso **sei dimensioni strettamente interconnesse**. La loro successione non è casuale, ma riflette il percorso logico con cui un'organizzazione sanitaria affronta il rischio suicidario: dalla sua identificazione clinica fino alla verifica dell'efficacia del sistema.

1. Dimensione clinica

Rappresenta il punto di partenza del modello. Attraverso lo screening, la valutazione specialistica, la rivalutazione periodica e la definizione del piano assistenziale personalizzato, consente di identificare il livello di rischio suicidario e costituisce la base informativa su cui si sviluppano tutte le successive decisioni organizzative.

2. Dimensione organizzativa

Trasforma la valutazione clinica in azioni operative. Definisce ruoli, responsabilità, procedure, livelli di sorveglianza, modalità di coordinamento e continuità assistenziale, garantendo che le decisioni cliniche vengano applicate in modo uniforme e tempestivo.

3. Dimensione ambientale

Adegua l'ambiente di cura al livello di rischio individuato. Comprende la valutazione della sicurezza degli spazi, la riduzione dei fattori di rischio ambientale, l'eliminazione dei *ligature points* e l'adozione di misure strutturali idonee a prevenire comportamenti autolesivi.

4. Dimensione relazionale

Garantisce la circolazione delle informazioni e la continuità del percorso assistenziale attraverso una comunicazione efficace tra professionisti, il coinvolgimento del paziente e dei caregiver e la qualità dei passaggi di consegne, riducendo il rischio che informazioni rilevanti vengano perse.

5. Dimensione del Clinical Risk Management

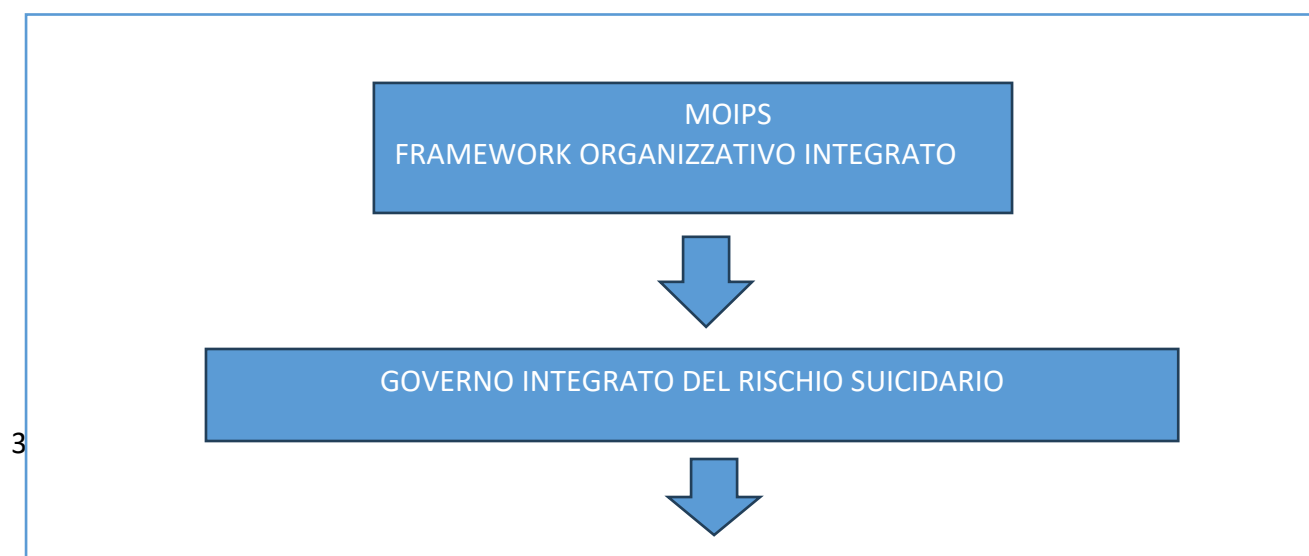
Verifica il funzionamento dell'intero sistema mediante strumenti di monitoraggio quali Incident Reporting, audit clinici e organizzativi, Root Cause Analysis e indicatori di processo e di esito. Le informazioni raccolte alimentano il ciclo di miglioramento continuo secondo la logica del **Plan-Do-Check-Act (PDCA)**.

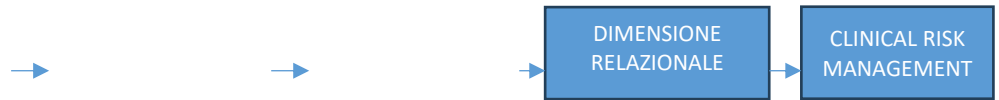
6. Dimensione giuridico-professionale

È la dimensione trasversale dell'intero framework. Accompagna tutte le fasi del percorso assicurando la conformità normativa, la tracciabilità delle decisioni, la corretta documentazione, la definizione delle responsabilità professionali e l'accountability organizzativa, rafforzando la sicurezza delle cure e la tutela sia del paziente sia dei professionisti.

L'integrazione di queste sei dimensioni rappresenta l'elemento distintivo del MOIPS. Il modello supera infatti un approccio settoriale alla prevenzione del suicidio, proponendo una visione sistemica nella quale ogni decisione clinica genera conseguenze organizzative, ambientali e relazionali che vengono costantemente monitorate dal Clinical Risk Management, all'interno di un quadro di responsabilità professionale e di Clinical Governance. In questa prospettiva, la prevenzione del suicidio non è affidata al singolo professionista, ma diventa il risultato del funzionamento coordinato dell'intera organizzazione sanitaria.

4.1. L'architettura del MOIPS





4.1.2 Il MOIPS come framework organizzativo integrato

L'analisi delle sei dimensioni (la dimensione clinica, organizzativa, ambientale, relazionale, clinical risk management e giuridico professionale) evidenzia come il valore del MOIPS non risieda nei singoli elementi che lo compongono, bensì nella loro integrazione all'interno di un unico sistema di Clinical Governance. Ciascuna dimensione svolge infatti una funzione specifica, ma è la continua interazione tra componenti cliniche, organizzative, ambientali, relazionali, di Clinical Risk Management e giuridico-professionali a consentire un'efficace governance del rischio suicidario.

Il framework proposto supera pertanto una visione settoriale della prevenzione, riconoscendo che la sicurezza del paziente non può essere garantita dall'applicazione isolata di procedure o strumenti, ma richiede un'organizzazione capace di coordinare competenze, responsabilità, processi decisionali e sistemi di monitoraggio in un'ottica di miglioramento continuo.

In questa prospettiva il MOIPS si configura come una proposta di framework organizzativo orientato a supportare le organizzazioni sanitarie nella progettazione di sistemi integrati di prevenzione del suicidio del paziente ricoverato. Il modello non intende sostituire le raccomandazioni ministeriali o le linee guida esistenti, bensì offrire una chiave di lettura unitaria che ne favorisca l'integrazione operativa all'interno dei processi di Clinical Governance.

L'applicazione del framework presuppone un approccio dinamico, nel quale le informazioni derivanti dalla valutazione clinica alimentano le decisioni organizzative, orientano le misure di sicurezza ambientale, favoriscono la comunicazione tra i professionisti e vengono costantemente monitorate attraverso gli strumenti del Clinical Risk Management, nel rispetto dei principi di responsabilità professionale e sicurezza delle cure.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Il MOIPS rappresenta quindi una proposta metodologica fondata sull'integrazione, nella quale ogni dimensione contribuisce al funzionamento dell'intero sistema e nessuna può essere considerata efficace se isolata dalle altre.

Analisi dei fattori critici di successo (Critical Success Factors)

Fattore critico	Possibile rischio	Strategia di mitigazione
Leadership della Direzione	Scarso coinvolgimento	Sponsorship della Direzione Strategica
Formazione	Bassa adesione del personale	Piano formativo obbligatorio
Comunicazione	Applicazione disomogenea	Riunioni multidisciplinari e feedback periodici
Monitoraggio	Mancato utilizzo degli indicatori	Dashboard direzionale e riesame periodico
Cambiamento organizzativo	Resistenza al cambiamento	Coinvolgimento precoce dei professionisti

4.2 Criticità e prospettive di miglioramento

L'adozione di un framework organizzativo integrato quale il MOIPS rappresenta un'opportunità per rafforzare la prevenzione del suicidio del paziente ricoverato; tuttavia, la sua applicazione richiede che le organizzazioni sanitarie affrontino alcune criticità di natura clinica, organizzativa e culturale.

Sul piano clinico, la principale difficoltà riguarda la natura dinamica del rischio suicidario. La sua evoluzione nel tempo rende necessario un processo continuo di rivalutazione e una costante integrazione tra osservazione clinica, giudizio professionale e strumenti di valutazione, evitando approcci standardizzati o esclusivamente basati su scale di rischio.

Dal punto di vista organizzativo, l'efficacia del framework dipende dalla capacità dell'organizzazione di garantire processi condivisi, continuità assistenziale e una comunicazione efficace tra i diversi professionisti coinvolti. Le principali criticità riguardano infatti la frammentazione delle informazioni, i passaggi di consegne e il coordinamento tra i servizi, aspetti che possono compromettere la tempestiva individuazione delle situazioni di maggiore vulnerabilità.

Un ulteriore elemento riguarda il supporto agli operatori coinvolti nella gestione di eventi suicidari o tentativi di suicidio. In tali circostanze, il fenomeno delle *second victims* evidenzia la necessità di predisporre interventi di sostegno psicologico, momenti di debriefing e percorsi di apprendimento organizzativo, trasformando l'esperienza dell'evento in un'opportunità di miglioramento e di rafforzamento della resilienza organizzativa.

In questa prospettiva, il MOIPS non si propone come un modello definitivo, ma come una proposta di framework organizzativo suscettibile di ulteriori sviluppi e validazioni. Future applicazioni potranno riguardare, la sperimentazione del framework in differenti contesti ospedalieri e la valutazione del suo impatto sui processi di Clinical Governance e sulla sicurezza delle cure.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Il valore della proposta non risiede nell'introduzione di nuovi strumenti di prevenzione, ma nella capacità di integrare competenze, processi e responsabilità all'interno di un sistema organizzativo orientato al governo del rischio suicidario e al miglioramento continuo della sicurezza delle cure.

Cronoprogramma:

Periodo	Attività	Output
1 Mese	Costituzione del team multidisciplinare composto da: • Direzione Sanitaria e Strategica • Risk Manager • Psichiatra • Psicologo • Coordinatori Infermieristici • Medici di reparto • Responsabile Qualità • RSPP • Medico Legale	Redazione del piano aziendale del rischio suicidario
2 Mese	Valutazione iniziale dei rischi Analisi: • Delle unità operative a maggior rischio • Degli eventi avversi pregressi • Delle caratteristiche strutturali degli ambienti	Mappa Aziendale del rischio suicidario

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Periodo	Attività	Output
3 mesi	Elaborazione della procedura operativa: Elaborazione della procedura: 1. Guida al colloquio con il paziente a rischio di ideazione suicidaria 2. Ask Suicide-Screening Questions o altro strumento 3. Piano di mitigazione del rischio suicidario 4. Guida alla valutazione dei rischi ambientali 5. Flow chart valutazione e gestione del rischio suicidario 6. Registrazione osservazione intermittente, spoglio della persona, spoglio ambientale	Procedure e istruzioni operative aziendali
3 mesi	Formazione del personale	Competenza personale nella gestione dei pazienti con rischio suicidario
2 mesi	Implementazione del programma	Avvio del programma
5 mesi	Monitoraggio e valutazione: • Adesione alle procedure • Numero di eventi avversi	Riduzione near miss, eventi avversi ed eventi sentinella

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri



Periodo	Attività	Output
1 mese	Costituzione del team multidisciplinare: Direzione Sanitaria e Strategica, Risk Manager, Psichiatra, Psicologo, Coordinatori Infermieristici, Medici di reparto, Responsabile Qualità, RSPP, Medico Legale.	Redazione del piano aziendale del rischio suicidario
2 mesi	Valutazione iniziale dei rischi — analisi delle unità operative a maggior rischio, degli eventi avversi pregressi, delle caratteristiche strutturali degli ambienti.	Mappa aziendale del rischio suicidario
3 mesi	Elaborazione della procedura operativa: guida al colloquio con il paziente a rischio, Ask Suicide-Screening Questions, piano di mitigazione del rischio, guida alla valutazione dei rischi ambientali, flow chart di valutazione e gestione, registrazione dell'osservazione intermittente e dello spoglio.	Procedure e istruzioni operative aziendali
3 mesi	Formazione del personale.	Competenza del personale nella gestione dei pazienti con rischio suicidario
2 mesi	Implementazione del programma.	Avvio del programma
5 mesi	Monitoraggio e valutazione: adesione alle procedure, numero di eventi avversi.	Riduzione near miss, eventi avversi ed eventi sentinella

COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

L'implementazione del MOIPS è stata progettata privilegiando l'ottimizzazione delle risorse già presenti all'interno dell'organizzazione sanitaria. Il modello, infatti, si basa prevalentemente sulla revisione e sull'integrazione di processi esistenti, limitando la necessità di investimenti strutturali significativi.

I principali costi di implementazione sono riconducibili alle seguenti aree:

Formazione del personale

La formazione rappresenta la principale voce di investimento del progetto e comprende la progettazione dei contenuti, l'erogazione di corsi teorico-pratici, attività di simulazione, aggiornamenti periodici e sensibilizzazione degli operatori sanitari coinvolti nella gestione del rischio suicidario.

Revisione documentale

L'implementazione richiede l'aggiornamento della documentazione aziendale, con particolare riferimento a procedure, istruzioni operative, protocolli assistenziali, strumenti di valutazione del rischio, checklist, audit e sistemi di monitoraggio.

Attività organizzative

Rientrano in questa categoria le attività di coordinamento del gruppo multidisciplinare, le riunioni periodiche di progetto, gli audit clinici e organizzativi, le attività di monitoraggio degli indicatori e le Root Cause Analysis degli eventi significativi.

Adeguamento degli ambienti di cura

Qualora dall'analisi del rischio emergano criticità strutturali, potranno rendersi necessari interventi di adeguamento degli ambienti assistenziali finalizzati alla riduzione dei fattori di rischio ambientale, secondo una pianificazione definita in base alle priorità individuate.

Sistemi informativi

Laddove possibile, il progetto prevede l'integrazione del MOIPS con i sistemi informativi aziendali già in uso, favorendo la raccolta dei dati, il monitoraggio degli indicatori e la tracciabilità delle attività senza la necessità di sviluppare nuove piattaforme dedicate.

Analisi della sostenibilità

Il MOIPS è stato progettato come modello organizzativo sostenibile, in quanto privilegia la valorizzazione delle competenze professionali e delle risorse già disponibili all'interno dell'organizzazione.

La maggior parte delle attività previste può essere integrata nei processi aziendali esistenti, limitando l'impatto economico e favorendo la progressiva diffusione del modello attraverso il miglioramento continuo.

L'investimento iniziale richiesto è compensato dai benefici attesi in termini di incremento della sicurezza delle cure, riduzione della variabilità organizzativa, miglioramento dell'appropriatezza assistenziale, contenimento del rischio clinico e potenziale riduzione dei costi correlati agli eventi avversi e al contenzioso medico-legale.

CONTRIBUTO PERSONALE

I contributi di ciascun autore al progetto si è sviluppato attraverso una partecipazione attiva e continuativa in tutte le fasi del lavoro: dalla definizione dell'idea progettuale alla revisione della letteratura, dalla progettazione del modello organizzativo alla stesura del manoscritto, fino alla revisione critica dei contenuti e all'individuazione degli strumenti più idonei al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Ogni componente del gruppo ha messo a disposizione le proprie competenze professionali, integrando conoscenze cliniche, organizzative, giuridiche e di risk management secondo un approccio multidisciplinare orientato alla patient safety, alla gestione del rischio clinico e al miglioramento continuo della qualità delle cure.

Veronica Amorini, Avvocata esperta in diritto penale, ha contribuito all'analisi del quadro normativo e dei profili di responsabilità professionale e organizzativa connessi alla prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero, approfondendo gli aspetti medico-legali, le implicazioni giuridiche degli eventi sentinella e la corretta integrazione tra tutela del paziente, responsabilità della struttura sanitaria e obblighi degli operatori. Ha inoltre svolto un ruolo di coordinamento metodologico, favorendo il confronto interdisciplinare e la coerenza scientifica e giuridica del progetto.

Stefania Fazzone, referente della Direzione Sanitaria dell'Ospedale San Raffaele, ha curato la progettazione del modello organizzativo integrato di prevenzione del suicidio, contribuendo all'analisi dei processi aziendali, all'integrazione dei principi di clinical risk management, patient safety e governance clinica, nonché alla definizione delle strategie organizzative, degli strumenti di monitoraggio e delle proposte di miglioramento continuo, con particolare attenzione all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e delle migliori evidenze disponibili.

Nadia Pennacchio, Coordinatore Infermieristico d'Area della Direzione delle Professioni Sanitarie, ha contribuito alla definizione degli aspetti assistenziali e organizzativi del percorso di prevenzione, promuovendo e valorizzando il ruolo delle professioni sanitarie all'interno della presa in carico multidisciplinare. Ha inoltre supportato lo sviluppo della continuità assistenziale e l'organizzazione dei processi di sorveglianza, comunicazione e gestione del rischio clinico, favorendo l'integrazione tra i diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura.

Cristina Varacalli, Coordinatore infermieristico del Reparto di Psichiatria per Acuti dell'Ospedale San Raffaele, ha contribuito alla definizione degli aspetti clinico-assistenziali e organizzativi del modello di prevenzione del suicidio, mettendo a disposizione la propria esperienza nella gestione dei pazienti ad elevato rischio suicidario. Ha collaborato all'individuazione delle misure di sicurezza ambientale, dei percorsi di osservazione e sorveglianza, delle modalità di gestione delle situazioni ad alto rischio e delle strategie di presa in carico multidisciplinare, contribuendo inoltre alla definizione delle procedure operative e delle attività formative rivolte agli operatori sanitari.

RISULTATI ATTESI

Il progetto presentato propone un modello innovativo per la gestione del rischio clinico; tale approccio

ambisce a rendere i processi clinici più sicuri, a migliorare le performance professionali e a rafforzare il sistema organizzativo. Di seguito, si sviluppano in dettaglio i risultati attesi, articolandoli su vari livelli: individuale, formativo, organizzativo e sistemico.

- Miglioramento delle competenze trasversali: relazionali, comunicative e organizzative
- Maggiore consapevolezza del proprio ruolo professionale all'interno dell'équipe e della rete organizzativa

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

- Applicazione concreta di strumenti operativi appresi durante la formazione
- Riduzione degli eventi avversi e dei contenziosi medico-legali
- Incremento della standardizzazione delle procedure e della sicurezza clinica

L'efficacia del MOIPS dipende dalla capacità dell'organizzazione di verificare nel tempo l'applicazione delle misure previste, valutarne gli effetti e promuovere un processo strutturato di miglioramento continuo.

Il monitoraggio rappresenta pertanto una componente essenziale del modello e consente di trasformare i dati raccolti durante l'attività assistenziale in strumenti di governo clinico e organizzativo, favorendo l'identificazione precoce delle criticità e la programmazione di azioni correttive e preventive.

Il sistema di monitoraggio è coordinato dalla Direzione Sanitaria, in collaborazione con il Clinical Risk Manager, la Direzione delle Professioni Sanitarie, l'Area Qualità e i responsabili delle Unità Operative coinvolte.

Le attività di monitoraggio comprendono:

- verifica dell'applicazione delle procedure aziendali;
- analisi dell'adesione ai percorsi assistenziali;
- monitoraggio degli eventi avversi, dei near miss e degli eventi sentinella;
- audit clinici e organizzativi periodici;
- Root Cause Analysis (RCA) degli eventi significativi;
- verifica dell'efficacia delle azioni correttive adottate;
- aggiornamento periodico del Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Suicidario.

L'intero processo è orientato ai principi della *Just Culture*, favorendo l'apprendimento organizzativo e la diffusione delle *lessons learned*, con l'obiettivo di rafforzare progressivamente la cultura della sicurezza e la resilienza dell'organizzazione.

Indicatori di monitoraggio

Per valutare l'efficacia del progetto vengono individuati indicatori di processo, di esito e di miglioramento, monitorati con cadenza periodica dalla Direzione Sanitaria e dal Clinical Risk Manager.

Indicatore	Standard
Pazienti sottoposti a screening del rischio suicidario	≥95%
Rivalutazioni del rischio effettuate secondo procedura	≥90%
Attivazione della consulenza specialistica nei casi previsti	≥95%
Personale formato sul MOIPS	≥90%
Audit programmati eseguiti	100%
Valutazioni ambientali effettuate	100%

Indicatore	Obiettivo
Riduzione dei tentativi di suicidio	↓ rispetto al baseline
Riduzione degli eventi sentinella correlati al suicidio	Tendenza alla riduzione
Riduzione dei near miss ricorrenti	↓ progressiva
Miglioramento dell'aderenza alle procedure	↑ progressiva
Riduzione delle non conformità rilevate negli audit	↓ progressiva

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Indicatore	Finalità
Tempo medio di attivazione della consulenza psichiatrica	Valutare la tempestività della presa in carico
Completezza della documentazione clinica	Migliorare la tracciabilità
Numero di RCA concluse	Valutare la capacità di apprendimento
Azioni di miglioramento completate	Verificare l'efficacia del sistema

In una prospettiva conclusiva, il principale punto di forza del MOIPS risiede nella capacità di integrare, all'interno di un unico framework organizzativo, la prevenzione primaria, l'identificazione precoce delle situazioni di rischio, la risposta multiprofessionale, l'accountability organizzativa e i processi di apprendimento derivanti dall'analisi degli eventi. Tali caratteristiche conferiscono al modello un'elevata trasferibilità e ne favoriscono l'applicabilità in differenti contesti assistenziali, in coerenza con i principi della Clinical Governance, della Patient Safety e del miglioramento continuo della qualità delle cure. In questa prospettiva, il MOIPS può rappresentare non solo uno strumento di supporto per le organizzazioni sanitarie, ma anche un possibile riferimento metodologico per la definizione di standard organizzativi e di buone pratiche nella prevenzione del suicidio del paziente ricoverato.

CONCLUSIONI

La prevenzione del suicidio del paziente ricoverato costituisce una delle sfide più complesse per i sistemi sanitari contemporanei. La rarità dell'evento non ne riduce la rilevanza: al contrario, le conseguenze cliniche, etiche, organizzative, giuridiche e reputazionali che ne derivano impongono alle organizzazioni sanitarie di sviluppare modelli di governo capaci di affrontarne la complessità in modo strutturato e multidisciplinare.

Il presente lavoro ha preso avvio dall'analisi della letteratura scientifica, del quadro normativo, delle raccomandazioni ministeriali e della giurisprudenza, evidenziando come le conoscenze oggi disponibili siano ampie e consolidate, ma frequentemente applicate in modo non pienamente integrato nei processi organizzativi. Da questa considerazione nasce la proposta del MOIPS, concepito non come un nuovo strumento operativo, bensì come un modello organizzativo capace di mettere in relazione competenze, processi e responsabilità all'interno di una logica unitaria di Clinical Governance.

L'elemento distintivo del framework risiede nella capacità di ricondurre le diverse componenti della prevenzione del rischio suicidario a un'unica visione sistemica, nella quale la valutazione clinica, l'organizzazione dei percorsi assistenziali, la sicurezza degli ambienti, la comunicazione interdisciplinare, il Clinical Risk Management e gli aspetti giuridico-professionali operano in modo coordinato. In questa prospettiva, la prevenzione del suicidio diventa un indicatore della maturità organizzativa e della capacità dell'istituzione di trasformare la sicurezza delle cure in un valore condiviso.

Il contributo del presente elaborato assume pertanto una valenza prevalentemente organizzativa. Più che proporre nuove modalità di valutazione clinica del rischio, esso offre una metodologia per integrare le migliori evidenze disponibili all'interno dei processi decisionali e gestionali delle organizzazioni sanitarie, favorendo una governance più efficace del rischio suicidario e, più in generale, degli eventi sentinella.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Naturalmente, il modello necessita di ulteriori sviluppi. La sperimentazione in differenti realtà ospedaliere, la definizione di indicatori per la valutazione della sua efficacia e il confronto con altri modelli organizzativi rappresentano passaggi fondamentali per verificarne l'applicabilità e il potenziale impatto sulla sicurezza delle cure. Analogamente, l'approccio metodologico proposto potrebbe trovare applicazione anche nella gestione di altri rischi clinico-assistenziali caratterizzati da elevata complessità organizzativa.

In conclusione, il MOIPS propone un cambio di prospettiva: il suicidio del paziente ricoverato non viene affrontato esclusivamente come un evento da prevenire, ma come un fenomeno attraverso il quale misurare la capacità dell'organizzazione di integrare conoscenze, responsabilità, processi e cultura della sicurezza. È proprio questa integrazione, più che l'introduzione di nuovi strumenti, a rappresentare il principale contributo del presente lavoro e il presupposto per costruire organizzazioni sanitarie sempre più sicure, resilienti e orientate al miglioramento continuo.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Ministero della Salute. (2008). Raccomandazione n. 4 per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale. Roma: Ministero della Salute.

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. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 64 del 17 marzo 2017.

Ministero della Salute. Dipartimento della Qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012)

Ministero della Salute. *Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella – Luglio 2024*. Roma: Ministero della Salute; 2024

Italia. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81. *Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. 30 aprile 2008; Serie Generale n. 101, Suppl. Ordinario n. 108

Giurisprudenza Italiana civile e penale e contributi dottrinari

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Making Healthcare Safer IV: A Continuous Updating of Patient Safety Harms and Practices.* Rockville, MD: AHRQ; 2024/2025.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - *Suicide Prevention* Edwin Boudreaux, PhD; Bryan Gale, MA; Sarah Mossburg, PhD | March 25, 2025
<https://psnet.ahrq.gov/perspective/suicide-prevention>

ASL VCO Procedura Operativa Prevenzione Suicidio in Ospedale. Disponibile su:
<https://www.aslvco.it/wp-content/uploads/2021/03/PO-27-OUP-04-Procedura-Operativa-Prevenzione-Suicidio-in-Ospedale-rev2013.pdf>

ASQ Toolkit. National Institute of Mental Health. Disponibile su:
<https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials>

Barnard, L. M., Spark, T. L., Leavitt, C., Leary, J., Lehmkuhl, L. J., Johnston, N., & Wallace, E. A. (2023). Leveraging community context, data, and resources to inform suicide prevention strategies. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 51(1), 83–92.
<https://doi.org/10.1017/jme.2023.43>

Casacchia, M. (2013). *Protocollo minimo di riferimento sul suicidio.* Roma.

Chiaritti, G. Cartella clinica: compilazione, conservazione e valore probatorio nel giudizio di responsabilità sanitaria. Disponibile su: <https://ius.lefebvreigiuffre.it/dettaglio/10833315/cartella-clinica-compilazione-conservazione-e-valore-probatorio-nel-giudizio-di-responsabilita-sanitaria>

Dekker S. *Restorative Just Culture: From Disciplinary Action to Meaningful Accountability.* 4th ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2025

Educational Nursing Interventions for Enhancing Nurses' Performance toward Suicidal Risk Screening among Patients Admitted to Emergency Department. [Completare con autore/i, anno e dati editoriali].

Fakhari, A., Doshmangir, L., Farahbakhsh, M., Shalchi, B., Shafiee-Kandjani, A. R., Alikhah, F., Eslami, Z., Esmaeili, E. D., & Azizi, H. (2022). Developing inpatient suicide prevention strategies in medical settings: Integrating literature review with expert testimony. *Asian Journal of Psychiatry*, 78, 103266. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103266>

Ferlatte, O., Gareau, E., Lee, K., Wassef, K., Oliffe, J. L., Kia, H., & Dumville, B. (2026). Key components and barriers in web-based suicide prevention gatekeeper training: Systematic narrative review. *Journal of Medical Internet Research*, 28, e81572. <https://doi.org/10.2196/81572>

Filippelli, M. (a cura di). (2020). *La responsabilità sanitaria.* Admaiora.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Frenda, D. *Riforma sanitaria: colpa, punibilità, risarcimento*. Disponibile su: <https://ius.lefebvrejuffre.it/dettaglio/15058265/riforma-sanitaria-colpa-punibilita-risarcimento>

Gonda, X., Dore, P., Serafini, G., & Pompili, M. (2023). How to save a life: From neurobiological underpinnings to pharmacotherapies in the prevention of suicide. *Pharmacology & Therapeutics*, 244, 108390.

Gorgoni, M. (2015). Colpa lieve per osservanza delle linee guida e delle pratiche accreditate dalla comunità scientifica e risarcimento del danno. *Responsabilità Civile e Previdenza*, 187 ss.

Haylor, H., Sparkes, T., Armitage, G., Double, K., & Edwards, L. (2025). Suicide investigations in adult community mental health services: Mitigation of the fear of blame as a barrier to organisational learning. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(5), e70136. <https://doi.org/10.1111/inm.70136>

Horowitz, L. M., et al. Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Patients. [Completare con anno e dati editoriali].

Isaacs, A. N., Le Brun, C., & Swaminathan, V. (2025). The design and implementation of an innovative indicated suicide prevention service in Melbourne. *Injury Epidemiology*, 12(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40621-025-00567-z>

Jollant, F., Roussot, A., Corruble, E., Chauvet-Gelinier, J. C., Falissard, B., Mikaeloff, Y., & Quantin, C. (2021). Hospitalization for self-harm during the early months of the COVID-19 pandemic in France: A nationwide retrospective observational cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 6, 100102. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100102>

Kuehn, K. S., Aguilar, L. S., Foster, K. T., Moore, R. C., & Depp, C. A. (2026). A methodological proof-of-concept of a data-driven, personalized, blended digital health intervention for suicidal thoughts and behaviors: A case series. *Internet Interventions*, 43, 100917. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2026.100917>

Lindstrom, A. C., & Earle, M. (2021). Improving suicidal ideation screening and suicide prevention strategies on adult nonbehavioral health units. *Journal for Nurse Practitioners*. <https://doi.org/10.1891/JDNP-D-20-00049>

Melhem, N., Moutier, C. Y., & Brent, D. A. (2023). Implementing evidence-based suicide prevention strategies for greatest impact. *Focus*, 21(2), 117–128. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220078>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence* (NICE Guideline NG225).

Occorsio, V. (2011). *Cartella clinica e responsabilità medica*. Milano, p. 60.

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Piras, P. (2012). In culpa sine culpa. Commento all'art. 3, comma 1, Legge 8 novembre 2012, n. 189. *Diritto Penale Contemporaneo*, 26 novembre 2012, 2 ss.

Rivart, P., Bojanić, L., Turnbull, P., Appleby, L., Kapur, N., & Hunt, I. M. (2024). Suicide in mental health patients in the UK between 2005 and 2021: Study of methods and clinical characteristics to inform prevention. *BJPsych Open*, 10(6), e228. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.822>

Robins, J. E., Morley, K. I., Hayes, R. D., Ross, K. R., Pritchard, M., Curtis, V., & Kalk, N. J. (2021). Alcohol dependence and heavy episodic drinking are associated with different levels of risk of death or repeat emergency service attendance after a suicide attempt. *Drug and Alcohol Dependence*, 224, 108725. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108725>

Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care.* 2009;18(5):325-330.doi:10.1136/qshc.2009.032870 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19812092/>

Spottswood, M., Lim, C. T., Davydow, D., & Huang, H. (2022). Improving suicide prevention in primary care for differing levels of behavioral health integration: A review. *Frontiers in Medicine*, 9, 892205. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.892205>

The Joint Commission. *Detecting and Treating Suicide Ideation in All Settings.* Sentinel Event Alert. **2016;56:1–7.** Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission

The Joint Commission. *National Patient Safety Goal for Suicide Prevention (NPSG 15.01.01).* Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission

The Joint Commission. *National Patient Safety Goals – Hospital Program. Ultima versione disponibile.*

Turecki G. et al. – *Suicide and Suicide Risk* (Nature Reviews Disease Primers, 2019) <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0121-0>

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care.* World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates.* World Health Organization.

Zarska, A., Barnicot, K., Lavelle, M., Dorey, T., & McCabe, R. (2023). A systematic review of training interventions for emergency department providers and psychosocial interventions delivered by emergency department providers for patients who self-harm. *Archives of Suicide Research*, 27(3), 829–850. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2071660>

La prevenzione del suicidio in ospedale: aspetti clinici, organizzativi e giuridici nei contesti ospedalieri

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - *Suicide Prevention* Edwin Boudreaux, PhD; Bryan Gale, MA; Sarah Mossburg, PhD | March 25, 2025
<https://psnet.ahrq.gov/perspective/suicide-prevention>

IRCCS Ospedale San Raffaele. *IOG 220 – Istruzione Operativa per la prevenzione del suicidio in ospedale*

ASL VCO. *Documentazione organizzativa relativa alla prevenzione del suicidio e alla gestione del rischio suicidario (analisi del caso studio).*