



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Prevenzione del suicidio dopo la dimissione da una clinica

Raccomandazioni per i professionisti della salute

Agosto 2019



Documento elaborato nel quadro del Piano d'azione
prevenzione del suicidio

Publicato in collaborazione con la Conferenza svizzera delle direttrici e
dei direttori cantonali della sanità (CDS) nonché con altri organi decisionali,
società specializzate e organizzazioni mantello aventi un ruolo essenziale
nella dimissione dalla clinica

La presente pubblicazione è stata elaborata nel quadro del Piano d'azione prevenzione del suicidio (www.ufsp.admin.ch/prevenzionedel-suicidio). L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha lanciato e accompagnato il processo di elaborazione delle raccomandazioni.

Il processo di elaborazione si è svolto secondo le seguenti premesse:

- le raccomandazioni sono elaborate dagli attori rilevanti e in modo interprofessionale;
- ci si basa sui lavori preparatori già svolti;
- le raccomandazioni corrispondono allo stato attuale delle conoscenze;
- devono essere coinvolti i pazienti e i loro familiari.

Organizzazioni partecipanti:

- Associazione dei direttori delle cliniche e dei servizi psichiatrici della Svizzera ASDCP
- Associazione svizzera dei primari in psichiatria ASPP
- Conferenza dei Direttori delle cure degli istituti psichiatrici in Svizzera VPPS
- Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità CDS
- Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi FSP
- Fondazione Svizzera Pro Mente Sana PMS
- Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz NAP
- Società svizzera di psichiatria e psicoterapia infantile e dell'adolescenza SSPPIA
- Società svizzera di psichiatria e psicoterapia SSPP
- Swiss Mental Healthcare SMHC, associazione delle cliniche e dei servizi psichiatrici in Svizzera
- Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Disclaimer

L'elaborazione delle raccomandazioni nasce da una collaborazione tra le organizzazioni coinvolte, le quali mirano ad aiutare i propri membri ad assicurare la dovuta qualità.

Le raccomandazioni si basano sulle attuali conoscenze scientifiche nonché su metodi dimostratisi efficaci nella prassi. In singoli casi possono raggiungere lo scopo anche altre tipologie o metodi di trattamento.

L'adozione o meno delle presenti raccomandazioni da parte dei professionisti non comporta per loro alcuna esenzione dalla responsabilità o, al contrario, assunzione di responsabilità.

Indice

Sintesi _____	4
Situazione iniziale _____	5
Obiettivo _____	6
Quadro di applicazione _____	7
Le sette raccomandazioni _____	8
Implementazione _____	10
Sigla editoriale _____	11

Sintesi

Le presenti raccomandazioni sono rivolte ai professionisti della salute che assistono e curano persone con tendenze suicide durante un ricovero psichiatrico.¹ Esse si concentrano sulla fase di transizione dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali.

Il presente documento è stato elaborato in collaborazione con gli attori rilevanti. L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha lanciato e accompagnato il processo di elaborazione nel quadro dell'attuazione del Piano d'azione prevenzione del suicidio.

Al momento della transizione dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali, i professionisti coinvolti devono porsi almeno le seguenti domande in funzione della valutazione clinica della suicidalità:



In occasione della dimissione, il rischio di suicidio è stato valutato esaurientemente, ovvero tenendo conto di tutti i fattori e di tutte le informazioni rilevanti, ivi compresi la situazione psicosociale del paziente e lo stadio di evoluzione? → RACCOMANDAZIONE 1, PAGINA 8



È stato garantito un follow-up ambulatoriale post-ricovero tempestivo? La valutazione del rischio di suicidio è stata comunicata per tempo a coloro che si occupano del follow-up? → RACCOMANDAZIONE 3, PAGINA 8



C'è stato uno scambio di informazioni sufficiente tra i professionisti, i pazienti, i familiari o le persone di fiducia in merito alla transizione e al follow-up (ad esempio tavola rotonda)? → RACCOMANDAZIONI 2 E 4, PAGINA 8



Prima di essere dimesso, il paziente ha fatto conoscenza con il professionista che si occuperà del follow-up qualora quest'ultimo non gli fosse già noto? → RACCOMANDAZIONI 3 E 4, PAGINA 8



Prima della dimissione o poco dopo, è stata organizzata una visita accompagnata a domicilio? Si è discusso dei fattori di rischio (ad esempio possesso di armi) e dei fattori di stress (ad esempio indebitamento o mobbing)? Sono previste misure per ridurre tali rischi? → RACCOMANDAZIONE 5, PAGINA 8



Prima della dimissione, sono state discusse eventuali misure per prevenire crisi suicidarie una volta che il paziente è stato dimesso (ad esempio un piano di sicurezza individuale o la possibilità di riprendere contatto)? → RACCOMANDAZIONE 6, PAGINA 9



Sono state discusse le possibilità di una terapia speciale per i pazienti che hanno tentato il suicidio? → RACCOMANDAZIONE 6, PAGINA 9



I professionisti coinvolti nella prevenzione del suicidio sono aggiornati? Le condizioni lavorative permettono loro di mettere adeguatamente in pratica le conoscenze specialistiche di cui dispongono? → RACCOMANDAZIONE 7, PAGINA 9

Situazione iniziale

Su mandato delle Camere federali, la Confederazione e i Cantoni, insieme alla fondazione Promozione Salute Svizzera e a diversi altri attori del settore sanitario e di altri ambiti sociali, hanno elaborato il Piano d'azione prevenzione del suicidio (2016).² Scopo del piano d'azione è ridurre il numero di atti suicidari durante le crisi da stress – spesso passeggiere – o in caso di malattie psichiche. Esso si concentra sui suicidi non assistiti.

Il Piano d'azione prevenzione del suicidio comprende 10 obiettivi e 19 misure chiave. Spesso, per l'attuazione delle misure chiave, ci si può basare su ciò che è già stato realizzato.³

Nel quadro dell'attuazione del piano d'azione, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha lanciato, insieme alla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), un progetto per la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio durante e dopo un ricovero psichiatrico.⁴ Esso si inserisce nell'obiettivo 5 del piano d'azione: «Le persone con tendenze suicide e quelle con tentativi di suicidio alle spalle sono assistite e curate conformemente ai bisogni, senza tempi d'attesa e in modo specifico».

Come indicato nel Piano d'azione prevenzione del suicidio, l'attuazione delle misure proposte dal Consiglio federale nel suo rapporto «Il futuro della psichiatria» (2016)⁵ è essenziale ai fini del raggiungimento dell'obiettivo. Le misure in breve sono:

- **migliorare le basi statistiche per la pianificazione e l'ulteriore sviluppo di tutte le strutture dell'offerta;**
- **migliorare il coordinamento delle offerte e l'ulteriore sviluppo della qualità dell'offerta;**
- **finanziare a lungo termine le strutture intermedie;**
- **sostenere la qualificazione degli specialisti in psichiatria.**

A completamento di tali misure generali di assistenza psichiatrica, occorre tener conto dei bisogni di cura specifici delle persone a rischio di suicidio o che hanno tentato il suicidio (misura 5.1 del piano d'azione). In tal senso è necessario garantire interventi di prevenzione secondaria efficaci per impedire ricadute dopo un tentato suicidio o dopo la dimissione dalla clinica psichiatrica (misura 5.2 del piano d'azione).

Il progetto per la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio durante e dopo un ricovero psichiatrico è composto da diversi progetti settoriali e le presenti raccomandazioni ne rappresentano il nucleo centrale. Esse si concentrano sulla fase di transizione dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali, un aspetto che i partecipanti al progetto hanno considerato prioritario ai fini della prevenzione del suicidio durante una degenza. Recentemente, come dimostrato da un sondaggio effettuato nel 2018 tra i membri di Swiss Mental Healthcare, molte cliniche psichiatriche hanno infatti elaborato piani e linee guida sul tema della suicidalità.⁶ Ora si tratta di osservarne gli effetti sul numero di suicidi durante e dopo una degenza.

Ogni anno in Svizzera si registrano circa 1000 suicidi, di cui poco più del 5 per cento avviene durante un ricovero psichiatrico.⁷ Non esistono invece dati sui suicidi commessi dopo un ricovero psichiatrico. Mancano anche dati medici nazionali sui tentativi di suicidio, ma esistono studi specifici al riguardo.⁸ Il Piano d'azione prevenzione del suicidio mira a ottimizzare la disponibilità di dati su suicidi e tentativi di suicidio.⁹ Secondo alcune stime, ogni anno almeno 10 000 persone ricevono assistenza medica dopo un tentativo di suicidio, molte delle quali in un pronto soccorso per casi somatici acuti. Per prevenire un suicidio è fondamentale identificare tali persone e assisterle adeguatamente. Anche se le presenti raccomandazioni non sono state elaborate per i casi somatici acuti, sono comunque parzialmente applicabili anche a tale ambito.

Obiettivo

L'obiettivo generale delle raccomandazioni è la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio dopo una degenza, con particolare riguardo alla transizione dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali. Alla base vi è la prevenzione del suicidio durante il ricovero psichiatrico.

Con le raccomandazioni si intende contribuire a fare in modo che i pazienti vivano tale passaggio come parte di un percorso terapeutico integrato e riprendano la vita quotidiana «in tutta sicurezza». Ciò vale sia per i bambini che per gli adolescenti e gli adulti.

Gli obiettivi primari della prevenzione del suicidio durante la transizione dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali sono i seguenti:

Garantire relazioni solide e durevoli tra i professionisti e i pazienti

Evitare, se possibile, rotture e interruzioni delle relazioni solide instaurate con i pazienti. In tal senso è fondamentale l'accuratezza nel passaggio delle responsabilità terapeutiche ai professionisti dell'assistenza ambulatoriale.

Assicurare un'assistenza e un trattamento continuativi

A seconda del quadro clinico, dopo il ricovero occorre organizzare una continuazione dell'assistenza e del trattamento di elevata qualità da parte di personale medico, psicologico, infermieristico o sociale.

Permettere al paziente di riprendere la vita quotidiana in tutta sicurezza

Il ritorno a casa va preparato con cura. La reintegrazione nella vita quotidiana deve sostenere e favorire il processo terapeutico. I fattori di stress al rientro a casa vanno discussi per tempo.

Per raggiungere tali obiettivi, è necessario che i fornitori di prestazioni del settore sanitario stazionario e ambulatoriale lavorino in sinergia. I compiti, le responsabilità e le competenze dei professionisti che assistono e curano il paziente durante la transizione dal trattamento psichiatrico stazionario a quello ambulatoriale devono essere definiti congiuntamente e rispettati.

Le raccomandazioni si rivolgono in primo luogo:

- **agli organi direttivi e ai dirigenti delle cliniche psichiatriche nonché ai rispettivi collaboratori;**
- **ai professionisti che assistono e curano il paziente dopo un ricovero psichiatrico.**

In secondo luogo, si rivolgono alle istituzioni responsabili della formazione, agli assicuratori malattie e infortuni nonché ai decisori in materia di politica della sanità presso la Confederazione e i Cantoni.

Quadro di applicazione

Le presenti raccomandazioni sono state elaborate da professionisti delegati dalle organizzazioni interessate. Esse poggiano sulle conoscenze degli esperti e sulla buona prassi in Svizzera. Sono compatibili con la letteratura specialistica nonché con le direttive nazionali e internazionali.

Alcune raccomandazioni fanno parte di una generale buona prassi terapeutica, ma vanno a particolare vantaggio delle persone a rischio di suicidio. Altre sono invece esplicitamente rivolte a quest'ultima categoria di pazienti. Le raccomandazioni, sia individuali che combinate, vanno attuate adattandole alla situazione.

Le raccomandazioni sono subordinate alle seguenti premesse terapeutiche:

Premesse terapeutiche

- i professionisti pianificano insieme ai pazienti, ai familiari o alle persone di fiducia, se ve ne sono;
- i pazienti hanno appreso a conoscere bene se stessi e il proprio vissuto;
- i pazienti devono essere messi in grado, nei limiti del possibile, di affrontare la responsabilità individuale.

Le sette raccomandazioni

1 Valutare il rischio di suicidio durante la transizione dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali e garantire la relativa gestione del rischio.

La valutazione del rischio di suicidio è un compito permanente durante la degenza e diventa particolarmente importante in caso di transizione dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali (per dimissione o vacanza). Le procedure e le responsabilità interne variano da clinica a clinica. Per la valutazione e la gestione del rischio vanno prese in considerazione tutte le informazioni e tutti i fattori rilevanti, ivi compresi la situazione psicosociale del paziente nel quotidiano e il suo stadio di sviluppo.

2 Coinvolgere familiari o persone di fiducia durante la transizione dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali.

Vanno coinvolti i familiari o le persone di fiducia definiti dai pazienti e, in caso di minori, occorre tener conto in particolare della responsabilità dell'affidatario. Qualora il paziente non dovesse acconsentire al coinvolgimento dei familiari, questi ultimi devono essere informati sulle offerte più consone (p. es., nella Svizzera tedesca, i consultori per i familiari della rete NAP). Un aspetto centrale della prevenzione del suicidio è la formazione e la consulenza dei familiari, garantendo loro al contempo varie possibilità di sostegno.

3 Prima della dimissione, impegnarsi a organizzare tempestivamente un follow-up ambulatoriale.

Il follow-up ambulatoriale può avvenire presso diverse strutture: psichiatri e psicoterapeuti, psicologi indipendenti (per tutte le fasce di età), ambulatori, cliniche diurne, medici di famiglia e pediatri, cure psichiatriche specializzate ambulatoriali. In ogni caso occorre fissare per tempo, prima che il paziente venga dimesso, un appuntamento con un professionista responsabile del follow-up o dell'assistenza (entro una settimana dalla dimissione). Per rassicurare il paziente, è consigliabile che lo stesso incontri il professionista almeno una volta prima di essere dimesso (ad esempio in occasione di una conferenza di transizione, si veda il punto successivo). È necessario fornire per tempo al professionista responsabile del follow-up un rapporto informativo di dimissione (anche breve) o contattarlo telefonicamente menzionando la valutazione del rischio di suicidio. Se non è possibile fissare alcun appuntamento con un professionista per il follow-up durante la prima settimana dalla dimissione, occorre offrire la possibilità di un controllo ambulatoriale in clinica.

4 Prima della dimissione, effettuare una conferenza di transizione (tavola rotonda).

In una conferenza di transizione (tavola rotonda) prima della dimissione il paziente, i familiari o la persona di fiducia e i professionisti delle strutture stazionarie e ambulatoriali si accordano su come procedere, ad esempio mediante una riunione, una conferenza telefonica o una visita comune.

5 Programmare un servizio di sostegno alla transizione.

Una visita accompagnata nell'ambiente di vita privato prima o poco dopo la dimissione permette di sostenere il paziente e i suoi familiari nel processo di transizione dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali. Gli accompagnatori possono essere preferibilmente le persone di riferimento durante la degenza in clinica o durante il follow-up ambulatoriale. Questo intervento serve ad affrontare le difficoltà del paziente a gestire la quotidianità, ma anche a tematizzare, e possibilmente ridurre al minimo, le possibilità di suicidio (p. es. con medicinali o armi).

6

Al più tardi prima della dimissione, discutere l'eventualità di future crisi suicidarie ed elaborare misure preventive.

Al fine di prevenire future crisi suicidarie esistono diversi strumenti combinabili, di cui occorre discutere congiuntamente in un'ottica di decisioni condivise (shared decision making) e pianificazione anticipata delle cure (advance care planning):

- Terapia breve/consultazione speciale per pazienti che hanno tentato il suicidio, incentrata sull'analisi delle circostanze che hanno portato al tentativo di suicidio e sull'elaborazione di misure preventive (ad esempio tramite l'Attempted Suicide Short Intervention Program [ASSIP]).
- Piano di sicurezza con strategie concrete e personalizzate, applicabili sia a lungo termine sia in caso di rischio acuto di suicidio.
- Tessera d'emergenza in cui figurano le coordinate dei servizi di assistenza a bassa soglia, come le hot line e i numeri di emergenza medica disponibili 24 ore su 24, 7 giorni su 7, ma anche un elenco di contatti tratti dalla rete dei professionisti e dei privati che assistono il paziente. In formato carta di credito, la tessera può essere conservata nel portafoglio. È utile anche per i familiari.
- Possibilità di riprendere contatto: ad esempio dopo un determinato lasso di tempo l'ospedale può inviare una lettera semi standardizzata o un messaggio elettronico per informarsi sullo stato di salute del paziente e ricordare l'esistenza dei servizi di assistenza. Queste offerte di contatto sono indicate in linea di principio per tutti i pazienti dimessi, ma sono particolarmente utili per coloro che hanno interrotto il trattamento o lasciato l'ospedale contro il parere dei medici e vengono anche impiegate nel quadro di processi terapeutici definiti.
- Direttive del paziente psichiatriche a titolo preventivo in caso di crisi suicidarie acute o incapacità di discernimento.¹⁰ Durante il colloquio è possibile affrontare eventuali paure rispetto a un futuro ricovero senza consenso e informare riguardo alle basi legali applicabili.
- Accordo per il trattamento in cui tutte le parti coinvolte pianificano in anticipo una futura terapia.¹¹

7

Garantire che i professionisti della salute dei settori ambulatoriale e stazionario siano «aggiornati» sulla prevenzione del suicidio e creare le condizioni lavorative necessarie affinché la prevenzione del suicidio possa essere «vissuta».

Esistono diversi modi per trasmettere e mettere in pratica le conoscenze sulla prevenzione del suicidio:

- implementare la prevenzione del suicidio nei curricula e nei piani di formazione, perfezionamento e aggiornamento nonché nel catalogo degli obiettivi didattici dei professionisti della salute, attribuendole grande importanza;
- includere misure formative specifiche dedicate alle diverse categorie professionali, aventi un indirizzo multiprofessionale e organizzate secondo un approccio triadico (ovvero con il coinvolgimento del paziente e dei familiari);
- mediante circoli della qualità misti o rapporti sul suicidio che promuovono lo scambio interprofessionale e regionale;
- creare risorse per nominare una persona responsabile della prevenzione del suicidio che, per esempio, organizzi corsi di perfezionamento e aggiornamento, elabori linee guida e le tenga aggiornate e fornisca supervisione.

Per esempi concreti di attuazione delle raccomandazioni e numerosi altri esempi pratici di prevenzione del suicidio in Svizzera, consultare il seguente link: www.bag.admin.ch/prevenzionedel-suicidio-esempi

Implementazione

Le raccomandazioni non sono legalmente vincolanti per i destinatari. Gli attori e i professionisti che accompagnano le persone a rischio di suicidio nel passaggio dai trattamenti psichiatrici stazionari a quelli ambulatoriali sono invitati ad attuarle impegnandosi nel quadro delle proprie possibilità strategiche e operative.

Alcune raccomandazioni sono attuabili con facilità, altre richiedono un grande impegno da parte degli attori.¹² In Svizzera esistono attualmente esempi pratici di tutte le raccomandazioni (cfr. www.bag.admin.ch/prevenzionedelsuicidio-esempi).

- 1 Le principali categorie professionali interessate sono gli psichiatri e gli psicoterapeuti psicologi (di tutte le fasce di età) nonché i medici di base, i pediatri e gli infermieri. Inoltre è considerato essenziale anche lo scambio con altri professionisti della salute o in campo sociale. Anche i pazienti e gli ex pazienti che hanno seguito una formazione specifica possono svolgere un ruolo importante.
- 2 www.ufsp.admin.ch/prevenzionedelsuicidio
- 3 www.bag.admin.ch/prevenzionedelsuicidio-esempi
- 4 www.ufsp.admin.ch/prevenzionedelsuicidio > Prevenzione del suicidio nell'ambito dell'assistenza psichiatrica
- 5 www.bag.admin.ch/futuro-psichiatria
- 6 www.ufsp.admin.ch/prevenzionedelsuicidio > Prevenzione del suicidio nell'ambito dell'assistenza psichiatrica
- 7 Secondo la statistica medica ospedaliera (dati aggiuntivi per la psichiatria), tra il 2011 e il 2017 sono state registrate annualmente tra le 43 e le 74 «dimissioni» in seguito a un suicidio (valutazioni dell'Obsan, non pubblicate e non esautive).
- 8 Cfr. Ostertag et al., The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm, 2019, su incarico dell'UFSP, si veda anche www.ufsp.admin.ch/prevenzionedelsuicidio > Dati relativi ai suicidi e ai tentativi di suicidio in Svizzera
- 9 www.ufsp.admin.ch/prevenzionedelsuicidio > Dati relativi ai suicidi e ai tentativi di suicidio in Svizzera
- 10 Occorre valutare caso per caso se le direttive del paziente psichiatriche possano o debbano essere registrate nella cartella informatizzata del paziente.
- 11 Si vedano ad esempio le raccomandazioni terapeutiche della SSPP per i pazienti con tendenze suicide «croniche» (versione marzo 2018, in tedesco o francese). Occorre valutare caso per caso se l'accordo per il trattamento possa o debba essere registrato nella cartella informatizzata del paziente.
- 12 Esiste un rapporto redatto su incarico dell'UFSP dallo studio socialdesign concernente il finanziamento delle raccomandazioni e le relative sfide (Fringer/Rufin 2019, consultabile in tedesco e in francese su www.ufsp.admin.ch/prevenzionedelsuicidio > Prevenzione del suicidio nell'ambito dell'assistenza psichiatrica).

Sigla editoriale

EDITORE

Ufficio federale della sanità pubblica e gruppo di progetto Prevenzione del suicidio dopo la dimissione da una clinica

CONTATTO

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Casella postale
3003 Berna
gesundheitspolitik@bag.admin.ch
www.ufsp.admin.ch/prevenzionedel-suicidio

MESE DI PUBBLICAZIONE

Agosto 2019

INDIRIZZO PER ORDINAZIONI

UFCL, Vendita pubblicazioni federali,
3003 Berna
www.bundespublikationen.ch
Numero di ordinazione: 316.761.i

VERSIONI LINGUISTICHE

La presente pubblicazione è disponibile in tedesco, francese e italiano.

VERSIONE DIGITALE

Tutte le versioni linguistiche di questa pubblicazione sono disponibili in formato PDF all'indirizzo www.ufsp.admin.ch/prevenzionedel-suicidio > Prevenzione del suicidio nell'ambito dell'assistenza psichiatrica.

QUADRO STRATEGICO

Il presente documento è stato elaborato nel quadro del Piano d'azione prevenzione del suicidio: www.ufsp.admin.ch/prevenzionedel-suicidio

RIPRODUZIONE

Citazioni e riproduzioni autorizzate con la menzione della fonte. Gli elementi grafici della presente pubblicazione sono ottenibili presso l'UFSP.

REALIZZAZIONE GRAFICA E IMPAGINAZIONE

moxi ltd., Bienne

FONTI ILLUSTRATIVE

Foto della pagina di copertina: Kim Culetto

ORGANIZZAZIONE DEL GRUPPO DI PROGETTO

Direzione di progetto: Esther Walter (Ufficio federale della sanità pubblica, UFSP)
Accompagnamento progetto fino a ottobre 2018: Alphons Schnyder (Meta-Cultura)
Accompagnamento progetto da gennaio 2019 (aspetti finanziari): Ursula Fringer (socialdesign sa)

Delegati dalle organizzazioni partecipanti:

PER CONTO DEL COMITATO CONSULTIVO SPECIALE:

- ASDCP: Peter Schwegler (membro del comitato direttivo), direttore dell'organizzazione Luzerner Psychiatrie (con la collaborazione di Julius Kurmann, primario dei servizi stazionari presso Luzerner Psychiatrie)
- ASPP: Paul Hoff (presidente fino a fine 2018), vicedirettore della clinica di psichiatria, psicoterapia e psicosomatica (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) presso l'ospedale psichiatrico universitario di Zurigo (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich)
- CDS: Kathrin Huber (vicesegretaria generale)
- FSP: Yvik Adler (copresidente), psicologa indipendente
- NAP: Thomas Lampert (vicepresidente), coordinatore della prevenzione e della collaborazione con i familiari, St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
- PMS: Liliana Paolazzi (responsabile del servizio di consulenza)
- SMHC: Hanspeter Conrad (presidente), direttore del centro Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- SSPP: Fulvia Rota (membro del comitato direttivo), psichiatra indipendente
- SSPPA: Alain Di Gallo (copresidente), direttore della clinica per bambini e adolescenti (Klinik für Kinder und Jugendliche) della rete di cliniche psichiatriche di Basilea (Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel)
- VPPS: Harald Müller (presidente fino a fine 2017), direttore delle cure del Sanatorium Kilchberg

PER CONTO DEL GRUPPO DI LAVORO INCARICATO DELL'ELABORAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI:

- ASMPP: Alexander Minzer (presidente), con la collaborazione di Rebecca Ott e Dirk Büchter
- ASPP: Georges Klein, direttore dei servizi sanitari, Hôpital du Valais di Malévoz (Canton Vallese); Rafael Traber, direttore sanitario, Organizzazione sociopsichiatrica cantonale OSC (Ticino)
- FSP: Anja Gysin-Maillart, responsabile consultazioni con i pazienti che hanno tentato il suicidio (ASSIP), Universitäre Psychiatrische Dienste Bern; Gregor Harbauer, capo psicologo, clinica privata Privatlinik Hohenegg
- NAP: Sibylle Glauser (presidente), consulenza ai familiari, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
- PMS: Diomira Sloksnath-, collaboratrice pari di Pro Mente Sana e del Sanatorium Kilchberg
- SSPP: Fulvia Rota, psichiatra indipendente
- SSPPA: Stephan Kupferschmid, primario del centro Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- VPPS: Elena Seidel, direttrice delle cure, Psychiatrie Baselland (Liestal)

PER LA DISCUSSIONE DEGLI ASPETTI FINANZIARI DELLE RACCOMANDAZIONI:

- ASDCP: Thomas Nuspel, direttore dei servizi e delle aziende, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
- CDS: Kathrin Huber (vicesegretaria generale)
- mfe: Eva Kaiser- (membro del comitato direttivo), Ärztezentrum Oberhasli (Meiringen)
- SMHC: Daniela Gamper, caporeparto dei trattamenti speciali e ambulatoriali, psichiatria per adulti del centro Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- SSPP: Fulvia Rota (membro del comitato direttivo), psichiatra indipendente
- UFSP: Salome von Greyerz (responsabile della divisione Strategie della sanità, vicedirettrice dell'unità di direzione Politica della sanità)

