

ALLEGATO 1

SCHEMA PER SCREENING

integra e modifica esclusivamente le corrispondenti parti di:

- Determinazione 24 settembre 2015, n. G11442 "*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*"
- DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "*Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio"*

DATI SOCIO ANAGRAFICI

COGNOME

NOME.....

Data iniziocarcerazione.....

Data ingresso in questolstituto.....

Età

Sesso.....

Se straniero, riesce a comunicare SI NO

Se NO parla e comprende lalingua

.....

Stato Civile: celibe/nubile coniugato/a convivente separato/a vedovo/a

Figli/e SI NO

Se SI: numero..... e specificare per ognunoetà.....

Residenza Domicilio (solo se diverso dalla residenza).....

Dichiara di essere Senza fissa dimora SI NO

Percorso scolastico:analfabeta anni di studio n. Titolo di studio conseguito.....

SCHEDA PER SCREENING

(RISCHIO DISTURBO PSICHICO, RISCHIO DISTURBO USO DI SOSTANZE, RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO)

NOMINATIVO

(indicare presenza/assenza criteri)

A. Anamnesi

A1. Precedenti trattamenti (documentati o riferiti)		Si /No /NR	Doc /Rif	<i>Se SI indicare quali, dove, quando</i>
Precedenti trattamenti	per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali)			
	farmacologici e/o psicosociali presso servizi ambulatoriali/residenziali per le dipendenze			
Precedenti diagnosi	di disturbomentale			
	di abuso/dipendenza da sostanze			
Precedenti ricoveri in acuzie	in SPDC			
	in Pronto Soccorso e/o ricoveri per intossicazione acuta da sostanze (compreso overdose)			

A2. Anamnesi patologica prossima / remota	Si/No/NR	<i>Se SI indicare quando e come</i>
Dichiara (o risulta da documentazione/notizie) di aver tentato il suicidio in precedenza		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) disperato o particolarmente angosciato/impaurito		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente depresso		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente attivato		
Dichiara di aver pensieri ritenuti da tutti gli altri come "strani"		
Dichiara di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno		
Dichiara di non avere alcuna rete familiare / sociale di sostegno		
Ammette di avere pensieri riguardanti il suicidio e ammette il suicidio come possibile soluzione ai problemi		
Dichiara Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti		
Dichiara Episodi di intossicazione da alcol ("ubriacature") o di bingedrinking ("abbuffata")		
Dichiara Comportamento additivo problematico senza sostanza (ad es. giocod'azzardopatologico)		
Dichiara Lesioni del setto nasale (necrosi / perforazione)		
Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l'incarcerazione		

B. Esame obiettivopsico-fisico

	Si / No /NR	Se SI, specificare entità
Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte		
Lesioni da agopuntura, fino a esiti cicatriziali di ascessi e/o flebiti		
Miosi o midriasi		
Rinorrea e piloerezione		
Iperemia congiuntivale		
Linfadenomegalia e/o Epatosplenomegalia		
Prurito e/o Lesioni da grattamento		
Tremore e/o Sudorazione associata a Nausea, Vomito		
Microzoopsie		
Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)		
Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi		
Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero		
Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale		
Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso Contagioso		
Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche		
Ideazione paranoide		
Attacchi di panico		
Sindrome amotivazionale (cosiddetta)		
Rallentamento psicomotorio		

C. MINI

Durante il mese scorso ha:	si	no
1. mai pensato che sarebbe stato meglio essere morto o desiderato di esserlo?		
2. voluto farsi del male?		
3. pensato al suicidio?		
4. pensato a come suicidarsi?		
5. messo in atto un tentativo di suicidio?		
Nel corso della sua vita:		
6. ha mai messo in atto un tentativo di suicidio?		

Livello di gravità
dell'ideazione suicidaria

- 1 o 2 o 6 = SI: Basso
 3 o (2 + 6) = SI: Medio
 4 o 5 o (3 + 6) = SI: Elevato

D.ACCERTAMENTI DI LABORATORIOTOSSICOLOGICI
(solo per invio al Servizio per le Dipendenze)

Esame su matrice urinaria delle principali sostanze, analizzabili con metodiche qualitative		Specifiche
	<i>tempi di rilevabilità nelle urine delle sostanze</i>	
Amfetamine	2-3 giorni	
MDMA	2-4 giorni (in funzione della percentuale di sostanza attiva)	
Oppiacei (Eroina, Morfina)	1-5 giorni	
Metadone (in regime di mantenimento)	7-9 giorni	
Cocaina	da 2 a 3 giorni; dosi elevate 1 settimana	
Cannabinoidi	da 2 a 4 giorni (singolo uso); 3-4 settimane (usoripetuto)	
Ketamina	2-4 giorni	
PCP	8 giorni	
GHB	12 ore	
Benzodiazepine	da 12 ore a 7 giorni (di più se abituale)	

Altro

Ulteriori elementi emersi dal colloquio clinico e dalla valutazione
Ulteriori elementi forniti dal Personale Penitenziario, forze dell'Ordine, ecc.

VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO

INDICAZIONI PER CARTELLA INFORMATIZZATA: In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Tali dati devono soltanto comparire a video, riprendendo gli item sottoelencati, SOLO SE sono stati rilevati con esito "positivo" nello screening generale

INDICAZIONI PER CARTELLA CARTACEA: (In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o

La valutazione del rischio autolesivo e/o suicidario è atto clinico complessivo. Vengono di seguito riportati Item correlati con tale rischio. Solo la valutazione congiunta dei vari item supporta il clinico nel segnalare l'eventuale rischio e/o a assumere altre decisioni

- Primacarcerazione
- Età (giovaneetà)
- Se straniero, non comprende la lingua
- Statocivile
- Figli, ed età degli stessi
- Senza fissadimora
- Analfabeta, ovvero titolo di studio
- Precedenti trattamenti per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali)
- Precedenti diagnosi di disturbo mentale
- Precedenti diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze
- Precedenti ricoveri in acuzie in SPDC
- Dichiarare (o risulta da documentazione/notizie) di aver tentato il suicidio in precedenza
- Dichiarare di sentirsi (o essersi sentito) disperato o particolarmente angosciato/impaurito
- Dichiarare di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente depresso
- Dichiarare di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno
- Dichiarare di non avere alcuna rete familiare / sociale di sostegno
- Ammette di avere pensieri riguardanti il suicidio e ammette il suicidio come possibile soluzione ai problemi
- Dichiarare l'uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti
- Dichiarare Episodi di intossicazione da alcol ("ubriacature") o di binge drinking ("abbuffata")
- Dichiarare Comportamento additivo problematico senza sostanza (ad es. gioco d'azzardo patologico)
- Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l'incarcerazione
- Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi
- Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero
- Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale
- Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso
- Livello di gravità della MINI (basso, medio, elevato)

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO (da compilare)

SEGNALAZIONE PER RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO			
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Se sì, indicare il livello di rischio	
		<input type="checkbox"/> Basso	<input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto
Richiesta attivazione di Misure di:			
<input type="checkbox"/> Grande Sorveglianza	<input type="checkbox"/> Grandissima Sorveglianza	<input type="checkbox"/> Sorveglianza a Vista	

IL MEDICO

Cognome Nome _____ Data _____
Firma (o altra modalità di sottoscrizione) _____

VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE

INDICAZIONI PER CARTELLA INFORMATIZZATA: In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Tali dati devono soltanto comparire a video, riprendendo gli item sottoelencati, SOLO SE sono stati rilevati con esito "positivo" nello screening generale

INDICAZIONI PER CARTELLA CARTACEA: (In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Va utilizzata dal clinico SOLO come promemoria degli item correlati con lo specifico rischio. La presenza/assenza di essi non determina automaticamente la presenza/assenza di rischio)

La valutazione del rischio di disturbo mentale è atto clinico complessivo. Vengono di seguito riportati Item correlati con tale rischio. Solo la valutazione congiunta dei vari item supporta il clinico nel segnalare l'eventuale rischio e/o a assumere altre decisioni

- Precedenti trattamenti per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/oresidenziali)
- Precedenti diagnosi di disturbo mentale
- Precedenti ricoveri in acuzie in SPDC
- Dichiaro di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente depresso
- Dichiaro di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente attivato
- Dichiaro di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno
- Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l'incarcerazione
- Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi
- Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero
- Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale
- Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche
- Ideazione paranoide
- Attacchi di panico
- Sindrome amotivazionale (cosiddetta)
- Rallentamento psicomotorio

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE (da compilare)

SEGNALAZIONE PER RISCHIO DISTURBO MENTALE

NO

SI

Per approfondimento
diagnostico:

Urgente

Ordinario

IL MEDICO

Cognome Nome

Data

Firma (o altra modalità di sottoscrizione)

VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE

INDICAZIONI PER CARTELLA INFORMATIZZATA: In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Tali dati devono soltanto comparire a video, riprendendo gli item sottoelencati, SOLO SE sono stati rilevati con esito "positivo" nello screening generale

INDICAZIONI PER CARTELLA CARTACEA: (In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o

La valutazione del rischio da disturbo da uso di sostanze è atto clinico complessivo. Vengono di seguito riportati Item correlati con tale rischio. Solo la valutazione congiunta dei vari item supporta il clinico nel segnalare l'eventuale rischio e/o a assumere altre decisioni

- Precedenti trattamenti farmacologici e/o psicosociali presso servizi ambulatoriali/residenziali per ledipendenze
- Precedenti diagnosi di abuso/dipendenza dasostanze
- Precedenti ricoveri in Pronto Soccorso e/o ricoveri per intossicazione acuta da sostanze (compreso overdose)
- Dichiaro di essere insonne o di avere gravi disturbi delsonno
- Dichiaro Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci nonprescritti
- Dichiaro Episodi di intossicazione da alcol ("ubriacature") o di bingedrinking("abbuffata")
- Dichiaro Lesioni del setto nasale (necrosi / perforazione)
- Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte
- Lesioni da agopuntura, fino a esiti cicatriziali di ascessi e/oflebiti
- Miosi omidriasi
- Rinorrea epiloerezione
- Iperemia congiuntivale
- Linfadenomegalia e/o Epatosplenomegalia
- Prurito e/o Lesioni da grattamento
- Tremore e/o Sudorazione associata a Nausea, Vomito
- Microzoopsie
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi
- Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso
- Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche
- Ideazione paranoide
- Attacchi di panico
- Sindrome amotivazionale (cosiddetta)
- Rallentamento psicomotorio
- Positività metaboliti urinari

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE (da compilare)

SEGNALAZIONE PER RISCHIO DISTURBO DA USO DI SOSTANZE	
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Effettuato prelievo campione biologico per analisi metaboliti urinari <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

IL MEDICO	
Cognome Nome	Data
Firma (o altra modalità di sottoscrizione)	

ULTERIORE ADOZIONE MISURE IMMEDIATE per urgenza/emergenza

- Terapiafarmacologica(specificare
- Richiesta Misure di sorveglianza (per altre motivazioni diverse da rischio autolesivo/suicidario (specificare
- Richiesta intervento118
- Richiesta diTSO
- Altro(specificare....)

IL MEDICO

CognomeNome

Data

Firma (o altra modalità di sottoscrizione)

ALLEGATO 2

SCHEDA DI ACCOGLIENZA

SCHEDA di ACCOGLIENZA

NOMINATIVO

Data e Luogo nascita.....

Data inizio carcerazione..... Data ingresso in quest'Istituto.....

Posizione detentiva

- Proveniente dalla libertà
- Trasferito da altro Istituto (.....)
- Precedenti detenzioni

Composizione familiare ed eventuali patologie psichiche nel genitizio

Dichiara di aver subito maltrattamenti nella sua infanzia: no si

Risorse economiche

- Scarse o assenti
- Sufficienti nel breve periodo
- Adeguate

Colloquio e visita psicologica/psichiatrica		Note e specifiche
Accesso al colloquio	<input type="checkbox"/> Collaborante <input type="checkbox"/> Passivo Opp <input type="checkbox"/> positivo	
Vigile	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Lucido	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Orientamento nei parametri	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Umore	<input type="checkbox"/> in Asse/nei limiti <input type="checkbox"/> Depresso <input type="checkbox"/> Disforico <input type="checkbox"/> Eccitato	
Ansia	<input type="checkbox"/> Assente L <input type="checkbox"/> lieve Mod <input type="checkbox"/> erata <input type="checkbox"/> Elevata	
Alterazioni senso-percezione	<input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Presenti	
Appetito	<input type="checkbox"/> Conservato <input type="checkbox"/> Alterato	

Alterazioni forma/contenuto del pensiero	<input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Presenti	
Ritmosonno-veglia	<input type="checkbox"/> Conservato <input type="checkbox"/> Alterato	
Progettualità futura	<input type="checkbox"/> Preservata <input type="checkbox"/> Incongrua/alterata	

Questionario sul Benessere Generale (GHQ-12)

<i>Nelle ultime 2 settimane si è sentito:</i>	<i>Più del solito</i>	<i>Come al solito</i>	<i>Meno del solito</i>	<i>Molto meno del solito</i>
1. in grado di concentrarsi su ciò che stava facendo	0	1	2	3
2. di aver perso molto sonno tanto da preoccuparsi	3	2	1	0
3. di essere produttivo nella maggior parte delle attività	0	1	2	3
4. in grado di prendere decisioni nella maggior parte dei casi	0	1	2	3
5. costantemente sotto pressione/stressato	3	2	1	0
6. di non essere in grado di superare le difficoltà	3	2	1	0
7. in grado di ritagliarsi del tempo per sé	0	1	2	3
8. in grado di risolvere i suoi problemi	0	1	2	3
9. infelice o particolarmente depresso	3	2	1	0
10. come se avesse perso la fiducia in se stesso	3	2	1	0
11. come se avesse minore stima di sé	0	1	2	3
12. con uno stato nel complesso felice o sereno	0	1	2	3

Punteggio da 0 a 14: assenza di rischio - **Punteggio da 15 a 36:** presenza di rischio

CONCLUSIONI

- non necessario, al momento, approfondimento diagnostico e presa in carico
- necessario l'avvio del percorso di valutazione diagnostica
- necessario l'avvio di un trattamento in urgenza e di un approfondimento diagnostico

DATA.....Firma Sanitario.....

ALLEGATO 3

**REGISTRO DI
SEGNALAZIONE RISCHIO
DISTURBO PSICHICO
RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO**

REGISTRO DI SEGNALAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO (*Medicina di Base, Continuità Assistenziale, Medicina Specialistica*)

AL DSM

NOTE PER LA COMPILAZIONE DEL REGISTRO SEGNALAZIONI

La scheda, compilata in modo leggibile (possibilmente in stampatello) da parte del personale sanitario dell'Istituto penitenziario, contiene:

- **Generalità** del detenuto segnalato: cognome, nome, luogo e data di nascita
- **Detenzione:** data ingresso in carcere e provenienza:
 - libertà,
 - altro Istituto; in questo caso indicare l'Istituto di provenienza. Tale indicazione è necessaria per reperire tempestivamente informazioni da eventuali CSM diprovenienza
- **Segnalazione** che comprende:
 - motivazione per: A) Rischio autolesivo / suicidario; B) Valutazione di psicopatologica riscontrata dal clinico; c) Sintomatologia dichiarata dal soggetto
 - la data di segnalazione (che può non coincidere con la data di ingresso in Istituto)
 - il nominativo del segnalante.
- **Presenza visione:** Il personale sanitario del DSM (primo turno successivo alla data di segnalazione) prende visione della segnalazione e avvia il processo di accoglienza e/ovalutazione.

La segnalazione avviene di norma in coincidenza con l'ingresso in carcere del detenuto, a seguito della visita medica per i "nuovi giunti",

Può essere effettuata anche in epoca successiva, sia a seguito di richiesta del detenuto, che per l'insorgenza nel tempo di problematiche psicopatologiche.

**La scheda di screening comprensiva della valutazione clinica che ha determinato la segnalazione
deve essere inserita nella cartella sanitaria del detenuto e consultabile dal sanitario del DSM**

