

CONVEGNO

La salute dei detenuti in Toscana a 10 anni dalla riforma

Firenze 16 Maggio 2018

**Il piano di prevenzione del rischio suicidario in carcere,
un lavoro congiunto tra giustizia e sanità**

Azienda USL Toscana Nordovest
Dr. Valerio Cellesi
Specialista in Tossicologia Medica
Responsabile
Presidio Sanitario Carcere di Volterra

- Nel mondo viene commesso un tentativo di suicidio circa ogni 3 secondi ed un suicidio completato ogni minuto;
- Il tasso medio di suicidio nella popolazione mondiale è di 1,6 ogni 10.000 persone;
- E' una delle 10 principali cause di morte nel mondo;
- Gruppi ad altro rischio:
 - Giovani maschi dai 15 ai 49 anni. Tra 15 e 24 aa è la terza causa di morte dopo incidenti e tumori. Tra 25 e 44 anni è la quarta causa di morte (*compaiono le malattie cardiovascolari*).
 - La mortalità per suicidio cresce con l'aumentare dell'età. Nelle donne c'è un aumento costante e nei maschi c'è un picco dopo i 65 aa;
 - Persone con malattie mentali ed abuso di alcol o sostanze;
 - Persone che hanno già effettuato un tentativo;
 - I detenuti – la detenzione in sé è un evento stressante anche per detenuti non affetti da patologie psichiatrica; (WHO e IASP , 2007)

In carcere ci si toglie la vita più che nella società libera?

- la media dei suicidi per 10.000 detenuti nei Paesi dell'Europa Occidentale è risultata pari a quattordici casi contro i due per 10.000 abitanti. Il dato medio italiano si collocherebbe, secondo lo studio citato, intorno ai dieci casi. (Pompili M., Ferrara C. et. Al. 2006)
- I detenuti in attesa di giudizio ed i detenuti condannati hanno, rispetto alla popolazione generale, tassi di suicidio rispettivamente, del 7,5 e 6 volte maggiore (Jenkins R et al, 2005).
- In carcere si uccidono per lo più giovani uomini. In confronto alla popolazione libera compresa tra i 18 e 34 anni, i detenuti della stessa fascia di età hanno un tasso di suicidio 50 volte superiore. (Manconi L. e Boraschi A., 2006).

IL Comitato Nazionale per la Bioetica riconosce che la popolazione detenuta non rappresenta lo specchio della società esterna in quanto si caratterizza per una maggiore vulnerabilità bio-psico-sociale. La popolazione detenuta è formata da soggetti più giovani, più poveri, meno integrati in termini sociali, economici, culturali e con tassi maggiori di patologie fisiche e psichiche (Comitato Nazion. Bioetica, *Il suicidio in carcere 2010*)

Ma chi sono in pratica oggi i detenuti?

Si è venuta a creare la così detta “*detenzione sociale*” evocata da Margara che avrebbe, nel tempo, sostituito quella penale, portando in carcere frange di popolazione marginale ed ingestibile nella società libera a causa degli scarsi investimenti nelle politiche sociali. (Buffa 2012)

In carcere ci sono più suicidi tra gli stranieri o tra gli italiani?

I tentativi di suicidio ed i suicidi sono, sia fra gli uomini che fra le donne, più numerosi fra gli italiani (Buffa, 2008);

Trend in crescita dal 2006 l'incidenza dei suicidio tra il personale di polizia penitenziaria nelle carceri italiane (Elaborazione Ristretti Orizzonti su dati Min. Giustizia, 2010).

E la struttura carcere quanto c'entra?

La situazione è nettamente cambiata rispetto al passato, oggi vi è un maggior individualismo e l'aumento della solitudine e questo ha reso il sistema ancor più fragile rispetto al rischio di suicidio. Questo gesto era precedentemente ritenuto estraneo alla sub cultura carceraria e censurabile dal gruppo dei pari, oggi invece è diventato una modalità reattiva possibile e culturalmente tollerata.

L'architettura penitenziaria ha inciso, trasformando i luoghi di detenzione, restringendoli, cercando una detenzione più "cellulare" ed isolata rispetto a quella precedente, caratterizzata da una maggiore socialità, anche se promiscua e, per tale motivo, non sempre adeguata. *(Buffa 2012)*

Circolare DAP n. 323/5683 del 30. 12. 1987 (Circolare Amato)
“Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati”

C'è un primo tentativo di individuare dei detenuti da considerare **a rischio** e delle soluzioni utili per metterli in condizione di non cagionarsi del male.

Furono costituiti i **Servizi Nuovi Giunti** che dovevano valutare i detenuti in ingresso ritenendo questo momento tra i più significativi dal punto di vista traumatico. Si trattava di un servizio psicologico affiancato alla visita medica di primo ingresso, finalizzato a captare eventuali debolezze o vulnerabilità.

impostazione fortemente improntata ad un approccio clinico.
Fortemente valorizzate le VARIABILI INDIVIDUALI - ENDOGENE

Circolare DAP n° 3524/5974 del 12. 05. 2000
Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario
Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri

Si cerca di “*eliminare, o quanto meno ridurre nella misura massima possibile, le condizioni di disagio, di trascuratezza, d’insensibilità, di difficile vivibilità*”.

Si cerca di ridurre l’inattività, la noia, la solitudine, la spersonalizzazione e l’isolamento.

Maggiore umanizzazione nei rapporti con i detenuti, vengono resi più facili i contatti con la famiglia e gli affetti esterni al fine di attenuare quanto più possibile la frattura con il mondo esterno.

Vengono abolite **le sezioni nuovi giunti** che si erano rilevate controproducenti

Fortemente valorizzate le VARIABILI ESOGENE o DI CONTESTO

Quindi vero e concreto ***coinvolgimento ambientale.***

Circolare DAP n° 177644 del 26 aprile 2010
Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni auto aggressivi

“contenere il disagio esistenziale dei soggetti privati della libertà personale ed a prevenire il compimento di atti auto aggressivi”.

Si inizia ad uscire da una concezione del rischio quale condizione individuale per entrare in un ambito di natura **situazionale**.

In pratica tutti i detenuti vengono considerati come persone a rischio (OMS) per il solo fatto di vivere una condizione di privazione della libertà

Approccio GENERALISTA

APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE MULTIFATTORIALITA'

Fattori di rischio

Predisponenti

INDIVIDUALI

Riguardano gli aspetti biologici e la storia personale di ogni soggetto

AMBIENTALI

Riguardano il contesto sociale che può causare instabilità, ansia

Precipitanti

Situazioni di crisi che accrescono lo stato di ansia e insicurezza

Linee guida condivise dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per la Toscana e l'Umbria con la Regione Toscana e approvate con deliberazione di Giunta Regionale 3 ottobre 2011, n. 842.



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 03-10-2011 (punto N 21)

Delibera *N 842 del 03-10-2011*

Proponente

DANIELA SCARAMUCCIA
DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

Dirigente Responsabile BARBARA TRAMBUSTI

Estensore MARIA RITA CACIOLLI

Oggetto

La prevenzione del suicidio in carcere: linee di indirizzo.

Il presente documento costituisce lo strumento condiviso tra la Regione Toscana ed il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), contenente le linee d'indirizzo unificate del Ministero della Giustizia e del Sistema Sanitario e la cornice entro la quale dovranno essere stipulati appositi **Protocolli d'Intesa Territoriali** tra le Direzioni delle Aziende USL competenti territorialmente e le Direzioni degli Istituti penitenziari insistenti nel medesimo territorio,

1. **CC SOLLICCIANO** sottoscritto il 19.05.2015
2. **CC LIVORNO, CR GORGONA, CR PORTO AZZURRO** in vigore dal 2011
3. **CC PISTOIA** sottoscritto il 10.12.2014
4. **CR MASSA** sottoscritto l'11 marzo 2013
5. **CC LUCCA** sottoscritto il 31.10.2012
6. **CC PISA** nuovo protocollo sottoscritto il 3/04/2017, che sostituisce il precedente sottoscritto il 4/07/2014
7. **CC PRATO** sottoscritto il 19.12.2014
8. **CR SAN GIMIGNANO** sottoscritto il 4. 04.2013
9. **CC SIENA** sottoscritto il 5.04.2013
10. **CR VOLTERRA** sottoscritto il 22.03.2013
11. **CC GROSSETO** sottoscritto l'1.07.2013
12. **CC GOZZINI** sottoscritto il 25.07.2014
13. **CC AREZZO** sottoscritto il 25.06.2014
14. **CC MASSA MARITTIMA** sottoscritto l'1.07.2013

Partendo dall'evidenza che la condizione di detenzione, costituisce di per sé un fattore di maggior rischio relativo al suicidio, è ribadito il principio che la privazione della libertà personale non deve portare alla perdita di altri diritti, tra cui quello alla salute e che il trattamento penitenziario deve sempre assicurare il rispetto della dignità umana, senza discriminazioni di nazionalità, razza, sesso, condizioni economiche e sociali, opinioni politiche e religiose.

Quello che superficialmente può apparire un mero elenco di condizioni di disagio e di criticità, costituisce invece il frutto della condivisione istituzionale del sistema sanitario e di quello penitenziario sulle cause scatenanti gli atti di suicidio in carcere. Il riconoscimento reciproco delle ragioni e degli elementi motivazionali che favoriscono tali gesti rappresenta la base per affrontare il problema e si tratta di uno dei risultati della reale collaborazione di due mondi profondamente diversi che la Regione Toscana si è impegnata a coordinare nel percorso di dialogo ed integrazione finalizzato a garantire la salute dei cittadini detenuti, quale diritto fondamentale da tutelare alla pari delle persone in stato di libertà.

“.....serve, prima di tutto, un diverso modo di accogliere chi viene recluso e la presenza di un gruppo multidisciplinare e professionalmente qualificato, in grado di individuare con competenza i bisogni in ingresso e, in secondo luogo – ma non meno importante – attuare le migliori modalità di osservazione e di intervento rispetto alle problematiche emergenti durante la carcerazione con la definizione....”

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti"

Rep. n. 81/K U del 27 luglio 2017

LA CONFERENZA UNIFICATA

Il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali

CONVENGONO QUANTO SEGUE

1. di adottare il "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" Allegato sub A, parte integrante del presente atto;
2. che dall'applicazione del presente Piano non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Indice

Premessa

Titolo I

Inquadramento generale

- § 1. L'architettura organizzativa del Piano Nazionale di Prevenzione
- § 2. Le azioni
- § 2.1. Costituzione della rete
- § 2.2. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione – Considerazioni generali

Titolo II

Gli elementi essenziali dei Piani di Prevenzione

- § 3. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione – Elementi essenziali
- § 3.1. La declinazione operativa delle azioni
- § 3.2. La rilevazione del rischio
- § 3.3. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti
- § 3.4. Lavoro integrato e multidisciplinare
- § 3.5. La gestione dei casi a rischio
- § 3.6. Protocolli operativi per affrontare le urgenze
- § 3.7. Allocazione e sostegno

Titolo III

Monitoraggio, valutazione e debriefing

- § 4. La valutazione dei Piani e delle attività
- § 4.1. Il monitoraggio
- § 4.2. L'attività post – facto
- § 4.3. Il debriefing
- § 4.4. La raccolta e la diffusione delle buone prassi

Titolo IV

Formazione

- § 5. La formazione degli operatori.



REGIONE TOSCANA

UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 24-04-2018 (punto N 31)

Delibera

N 451

del 24-04-2018

Proponente

STEFANIA SACCARDI

DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI

Estensore ARCANGELO ALFANO

Oggetto

Prevenzione del suicidio nel sistema penitenziario per adulti della Toscana e linee di indirizzo per i Piani locali. Recepimento accordo tra Governo, Regioni, Province autonome ed Enti locali.

Il Piano Nazionale prevede un modello organizzativo articolato su tre livelli: nazionale, regionale, locale, ove gli operatori delle Amministrazioni della Giustizia e della Salute sono costantemente presenti e rappresentati.

Il presente Piano regionale ha lo scopo di fornire indirizzi ai livelli locali al fine di consentire la redazione dei Piani locali o l'aggiornamento di quelli esistenti, con la più ampia condivisione e concretezza tra le parti interessate.

e individua le seguenti direttrici di intervento:

- piena condivisione degli interventi da parte delle Amministrazioni Sanitarie e dell'Amministrazione della Giustizia, coerente con l'evidenza che i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali le predette Amministrazioni concorrono in tutte le fasi degli interventi per le rispettive competenze;

6. di impegnare le Aziende USL a redigere, concordemente con l'Amministrazione Penitenziaria e avvalendosi dei propri Referenti per la Salute in carcere, entro tre mesi dall'approvazione del presente atto, il Piano Locale per la prevenzione delle condotte suicidarie in ogni Istituto penitenziario per adulti ubicato sul territorio di propria competenza, promuovendo il contributo con tutti gli organismi pubblici e privati locali che riterranno opportuno con riferimento alle azioni di prevenzione;

➤ *Area dell'attenzione e del sostegno tecnico - clinico*

Vi afferiscono tutte quelle figure clinico – professionali che operano quotidianamente e che possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e di cura nel corso di visite, colloqui, distribuzione di terapie. Tale ambito si compone di medici, infermieri, psicologi, altri specialisti che possono, in questi casi, dare corso ad un primo sostegno e alla segnalazione del caso.

➤ *Area dell'attenzione e del sostegno tecnico*

In questo caso ci si riferisce specificatamente alla figura del funzionario giuridico pedagogico che, seppur non dotato di competenza clinica, nell'ambito delle sue incombenze può incontrare situazioni personali di fragilità e difficoltà, comunicarla e dare corso ad un primo sostegno.

➤ *Area dell'attenzione atecnica*

È la parte numericamente più consistente della rete. Se tutte le altre figure citate possono venire in contatto con situazioni di rischio nel corso delle loro attività professionali (colloqui, visite, ecc.) quelle che compongono quest'area svolgono un

presidio, o comunque hanno una presenza, costante nei settori detentivi e possono, quindi, agire un'attenzione diffusa e capillare. Ci si riferisce al personale di polizia penitenziaria e agli stessi compagni di detenzione. Un'ulteriore rete, sicuramente non di minore importanza, è rappresentata dai volontari penitenziari che possono intercettare casi di fragilità e interfacciarsi sia con i sanitari che con gli operatori penitenziari per segnalare le situazioni di vulnerabilità sociale. Trattandosi di figure non dotate di competenze specifiche, ad essi non potranno essere assegnati compiti tecnici e, nel caso dei detenuti, il loro impegno non potrà, in nessun modo, essere considerato sostitutivo dell'attività istituzionale e ancor di più potenzialmente costitutivo di potenziali responsabilità. Nondimeno, è da ritenersi essenziale la possibilità di sviluppare nel personale, nei volontari e nei detenuti una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni.

➤ *Area della decisione*

E' costituita dal Direttore dell'Istituto ma anche da chi, nel particolare momento della decisione, in assenza delle figure apicali, svolge le funzioni di governo quali, ad esempio, il Comandante del reparto o gli addetti alla c.d. Sorveglianza Generale. A queste figure spettano le decisioni operative in ragione degli elementi di conoscenza che, nell'immediatezza dei fatti, la rete di attenzione gli sottopone.

Fattori di rischio

- Dati anagrafici (età giovane o avanzata: minore di 45; maggiore di 65 anni);
- Presenza/assenza di componenti del nucleo familiare specificandone il grado di parentela;
- Esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è o meno alla prima esperienza di detenzione, specificando le eventuali precedenti esperienze; tipo e caratteristiche del reato; stato giuridico; fine pena; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto);
- Dati salienti di natura giuridica (es. udienze, benefici, comunicazioni dei servizi relative al rapporto con i figli minori, ecc.);
- Abitudini (tabacco, alcolici, droghe ecc.);
- Informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, o altre patologie);
- Fattori di rischio (**Ambientali**: alloggio singolo piuttosto che condiviso da più persone, ecc.; **Comportamentali**: aggressività eterodiretta, autodiretta, ecc.; **Psicologici**: insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro, ecc.; **Situazionali**: rifiuto di partecipare ad attività, di usufruire di ore d'aria, tutto ciò che evidenzia una tendenza all'isolamento; **Specifici**: pensieri suicidari, piani suicidari, ecc.);
- Eventi vitali stressanti (rilevazione di quegli aspetti che possono rappresentare fonte di stress e che possono riferirsi, seppur in maniera differente, tanto alla vita precedente all'ingresso nella struttura quanto alla vita all'interno della struttura stessa);
- Eventi critici (comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.).

Fattori protettivi

- Buon supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.

L'Amministrazione Penitenziaria e l'Amministrazione della Salute si impegnano vicendevolmente a trasferire le informazioni su indicate al fine di gestire in modo appropriato il soggetto detenuto. Tutte le informazioni così acquisite diverranno patrimonio comune dell'Amministrazione Penitenziaria e dell'Amministrazione della Salute e dovranno essere riportate nel documento formale predisposto per ciascun detenuto. Tale strumento, una volta aperto all'ingresso, dovrà diventare un 'diario personale' costantemente aggiornato.

Nel descrivere le aree operative da prendere in considerazione nell'elaborazione di un piano di prevenzione, è stata introdotta la questione dell'attenzione quale fattore vincente, sia in termini tecnici che atecnici. A livello locale, nel corso della detenzione possono emergere avvenimenti, circostanze, percezioni che aumentano lo stress. Nella biografia dei suicidi, nelle settimane e nei mesi precedenti ricorrono molti di tali fattori. La quotidianità porta molti operatori penitenziari a presidiare luoghi ed accadimenti che possono essere, se non predittivi, quantomeno significativi rispetto ad eventi stressogeni potenzialmente pericolosi.

SITUAZIONI POTENZIALMENTE STRESSANTI

Ingresso

Colloqui

Corrispondenza

Processi

Notifiche

Colloqui Avvocati

Colloqui Magistrati

Patologie

Vita in Sezione

In tutti questi casi è necessario che il personale operante sia messo nelle condizioni di riferire ai referenti dello staff multidisciplinare, con procedure strutturate, le proprie impressioni in modo che si possano effettuare colloqui di approfondimento ed interventi integrati.

Una considerazione particolare merita la gestione dei detenuti a seguito dell'adozione dei provvedimenti di trasferimento che devono essere limitati ai soli casi strettamente necessari.

Il programma operativo previsto per i **“nuovi giunti”** deve essere esteso anche ai detenuti trasferiti. Infatti, anche se tali detenuti non possono essere tecnicamente definiti **“nuovi giunti”**, sono tuttavia sottoposti per il solo fatto del trasferimento, indipendentemente dai motivi, ad uno stress che può essere anche non indifferente. Il detenuto trasferito si ritrova, infatti, in brevissimo tempo a vivere da un ambiente a lui noto ad uno sconosciuto dal punto di vista delle strutture, delle regole, delle persone con le quali interloquire, siano essi altri detenuti o il personale penitenziario. Tale nuovo *status* crea, a livello anche inconscio, un sentimento di disagio nei confronti del nuovo e, quindi, si potrebbe porre come fattore di rischio.

Tra le situazioni potenzialmente stressanti si può annoverare la **dimissione dall'istituto**.

In caso siano evidenziati rilevanti aspetti di rischio, è fondamentale procedere attraverso **riunioni di equipe multidisciplinare** composte da Personale di area Penitenziaria e del Presidio Sanitario, da replicarsi con scadenze prefissate ed il cui obiettivo è di individuare le cause dei suddetti aspetti e le misure più idonee per porvi rimedio e prevenire pericolosi acting-out.

La **presa in carico** della persona dovrà essere congiunta e coordinata da parte del personale sanitario e penitenziario.

La richiesta di convocazione della riunione di cui sopra, deve essere avanzata necessariamente ad horas da chiunque evidenzi un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto.

La richiesta va inoltrata ai referenti individuati nel Piano Locale.

La riunione di equipe multidisciplinare dovrà svolgersi nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 72 ore dalla rilevazione della situazione di rischio per il detenuto. In ogni caso, in questo lasso di tempo, dovranno essere previste azioni volte all'approfondimento della situazione ed eventuali azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato dal sanitario.

9. La gestione dei casi a rischio

L'individuazione del rischio deve comportare l'attivazione di un processo gestionale del caso, a livello locale, che tenga conto essenzialmente dei seguenti aspetti:

- alloggiamento
- monitoraggio/osservazione delle condizioni della persona
- disponibilità di oggetti potenzialmente pericolosi
- interventi sanitari
- interventi di supporto istituzionali
- interventi di supporto da parte di compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà

La prevenzione delle condotte suicidarie necessita, altresì, di protocolli operativi per la gestione dell'urgenza.

il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere opportunamente addestrato su temi quali il “primo soccorso”, le tecniche di rianimazione cardio-polmonare ed altro, mediante attività formative regolari e nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività.

Dovranno essere previste “**prove in bianco**”, realizzando esercitazioni per la verifica delle procedure che sono state definite per ogni situazione di emergenza.

Sulla specifica materia dell'isolamento della persona detenuta, le linee di indirizzo dell'O.M.S. affermano che esiste una forte associazione tra scelte suicidarie e collocazione del detenuto in isolamento.

Va quindi **contrastata la tendenza ad isolare le persone a rischio.**

Appare opportuno “...evitare ogni forma di isolamento del soggetto a rischio, individuando, per quanto possibile, compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà...”²¹.

Allegato 3)
Sad Persons Scale

MODELLO

Presidio Sanitario Carcere di _____
SAD PERSONS SCALE:

Caratteristica	Si/No	Considerazioni
SESSO MASCHILE		
ETA' AVANZATA O GIOVANE (< di 45 e > di 65 anni)		
DEPRESSIONE		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra
PRECEDENTI TENTATIVI		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra
DIPENDENZA DA ALCOL e/o STUPEFACENTI		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra
PERDITA DEL RAGIONAMENTO RAZIONALE		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra
MANCANZA DI SUPPORTO SOCIALE		
PRESENZA DI SPECIFICO PROGETTO DI SUICIDIO		segnalare comunque allo Spec. Psichiatra
MANCANZA DI PARTNER (supporto familiare)		

Se il punteggio è tra 0 e 5, ma tra le domande positive ci sono una o più delle seguenti:

- DEPRESSIONE
- TENTATIVI PRECEDENTI
- USO DI ALCOOLICI
- PERDITA DEL RAGIONAMENTO RAZIONALE
- PRESENZA DI UNO SPECIFICO PROGETTO DI SUICIDIO

programmare comunque la visita psichiatrica.

VALUTAZIONE DEL TEST

Score	0 - 5	Nessun Comportamento
Score	6 - 7	Programmare visita psichiatrica
Score	8 - 9	Attivare sorveglianza a livello adeguato + visita psichiatrica Urgente
Score	10	Attivare Sorveglianza speciale/Ricovero SPDC

Data _____

Il Medico

**Allegato 2)
Suicide Assessment Scale – SAS**

SUICIDE ASSESSMENT SCALE — SAS

Per fare una buona frittata occorre rompere le uova, in questo caso i gusci erano già parecchio incrinati.....

Un grazie di cuore a:

Dr. Arcangelo ALFANO e il suo staff – Regione Toscana - il “Cuoco”

Dr. Antonio FULLONE Provveditore Reg. Toscana

Dr.ssa Angela VENEZIA PRAP Toscana

Referenti Area Sanità Penitenziaria delle 3 ASL toscane

Dr.ssa Caterina SILVESTRI ARS Toscana

Dr.ssa Laura BELLONI ed il suo Staff

Centro Riferimento Regionale Criticità Relazionali