

**Protocollo d'Intesa Territoriale tra la Direzione dell'Azienda USL 5 di Pisa e la
Direzione della Casa di Reclusione di Volterra**

o o o o o o o

Procedura operativa per l'individuazione e la gestione del detenuto a rischio di suicidio presso la Casa di Reclusione Volterra conformemente a quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali di cui alla delibera n. 842 del 03.10.2011

Il rischio suicidario e l'autolesionismo rappresentano purtroppo delle realtà molto diffuse all'interno degli istituti penitenziari.

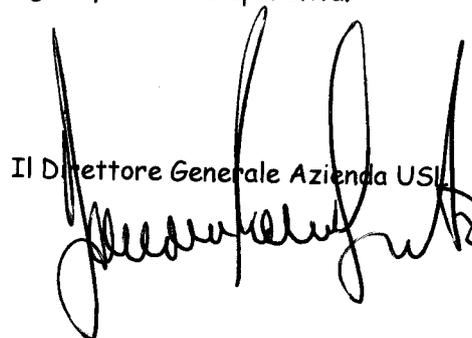
Se il suicidio non riguarda necessariamente solo i portatori di sofferenza psichica, è pur vero che la popolazione detenuta è posta in condizione di inevitabile stress e la sofferenza psichica, più o meno grave, è da ritenersi largamente diffusa.

La carcerazione - e comunque l'avvio di un procedimento penale - di per sé costituisce un fattore stressante acuto, destinato talora, quando la persona non riesce ad adattarsi allo status di indagato e recluso, a diventare cronico.

Queste considerazioni ci inducono a ritenere che serva prima di tutto un diverso modo di accogliere chi viene recluso, una accoglienza multidisciplinare e professionalmente qualificata, in grado di individuare con competenza i bisogni in ingresso ed in grado di coinvolgere in una progettualità condivisa tutte le componenti del carcere, sanitarie e trattamentali.

In tal senso e in applicazione della DGRT n°842/1 i sottoscritti Dr.ssa Maria Grazia Giampiccolo in qualità di Direttore della Casa di Reclusione di Volterra e Dr. Rocco Donato Damone, in qualità di Direttore Generale Azienda USL 5 di Pisa .approvano e siglano l'allegata procedura operativa.


Il Direttore dell' Istituto


Il Direttore Generale Azienda USL

Volterra li 22.03.2013



Protocollo d'Intesa Territoriale tra la Direzione dell'Azienda USL 5 di Pisa e la Direzione della Casa di Reclusione di Volterra

o o o o o o o

Procedura operativa per l'individuazione e la gestione del detenuto a rischio di suicidio presso la Casa di Reclusione Volterra conformemente a quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali di cui alla delibera n. 842 del 03.10.2011

Per poter compiutamente realizzare un'opera di prevenzione è necessario potenziare la sensibilità e le competenze specifiche di tutti gli operatori con l'aggiornamento e l'addestramento ricercando le migliori sinergie nel rispetto delle singole competenze; è fondamentale, inoltre, migliorare l'ambiente carcerario, sia relativamente ad aspetti strutturali - per garantire condizioni di vita migliori - che nei rapporti tra detenuti, e tra detenuti ed operatori.

Promuovere ogni attività rivolta al miglioramento della vita di relazione e di azione in carcere è l'unico modo per allontanare il detenuto dal rivolgere a sé o ad altri - attraverso comportamenti anticonservativi o aggressivi auto ed eterodiretti - la propria incapacità di accettare la privazione della libertà.

Sottolineato con forza quanto sopra, è comunque necessario prevedere modalità e procedure adeguate ad identificare precocemente i casi a maggior rischio di suicidio, per operare il massimo degli sforzi possibili per prevenire il passaggio all'atto.

INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO NEL DETENUTO NUOVO GIUNTO O RISTRETTO

- Il medico che per primo viene in contatto con il detenuto nuovo giunto, effettua la visita nel più breve tempo possibile, riempie il test SAD PERSONS SCALE.
- Il medico, quando gli venga segnalato da parte dell' Area sicurezza o trattamentale, (Mod. G), un detenuto con manifestazioni esteriori ed esternazioni di grave disagio, riempie il test SAD PERSONS SCALE (Mod. B)

TEST SAD PERSONS SCALE

Caratteristica	Si/No	Considerazioni
SESSO MASCHILE		
ETA AVANZATA O GIOVANE		
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)		
MALATTIE FISICHE (gravemente invalidanti croniche)		

VALUTAZIONE DEL TEST

Punteggio	0-4	Nessun Comportamento
Punteggio	5-7	Programmare la visita psichiatrica
Punteggio	8-9	Allertare grande sorveglianza
Punteggio	10	Sorveglianza a vista

Se il punteggio è tra 0 e 4, ma tra le domande positive ci sono una o più delle seguenti:

- DEPRESSIONE
- TENTATIVI PRECEDENTI
- DIPENDENZA DA ALCOLICI e/o STUPEFACENTI
- PERDITA DEL RAGIONAMENTO RAZIONALE
- PRESENZA DI UNO SPECIFICO PROGETTO DI SUICIDIO

programmare comunque la visita psichiatrica.

Se il test risulta uguale o superiore a 8 il detenuto va inserito nel programma di GRANDE SORVEGLIANZA.

il MEDICO:

- 1) Propone al Direttore l'attivazione della GRANDE SORVEGLIANZA, modello B1
- 2) Segnala al Direttore il caso per l'attivazione del gruppo di intervento obbligatorio di sostegno (IOS) attraverso il modello B.
- 3) Chiede la visita psichiatrica

Il Direttore convoca, nel più breve tempo possibile, dalla segnalazione, lo IOS.

COMPITI DELLO IOS

Il Gruppo Multidisciplinare per l'intervento obbligatorio di sostegno - IOS-, nel più breve tempo possibile, valuta il caso e adotta gli interventi adeguati, compilando il modello C. e decide le successive valutazioni e/o proposta di revoca della Grande sorveglianza

È necessaria l'attenzione ed il sollecito passaggio di informazioni tra il personale operante all'interno dell'Istituto Penitenziario, utilizzando preferibilmente la posta elettronica e/o materiale cartaceo.

1. Area trattamentale-educativa, composta da Educatore del carcere, Psicologo ex art. 80 O.P., Assistente sociale Uepe Pisa,

2. Area sicurezza, composta da Comandante di reparto e Personale di Polizia Penitenziaria

3. Presidio Sanitario AUSL, composta da Responsabile di Presidio, Medici di Presidio, Infermieri, e/o Psichiatra, Operatori del Ser.T (Assistente Sociale, Educatore, Psicologo) al bisogno.

Lo IOS si ritiene valido con la presenza di almeno un operatore di due aree diverse
Per Esempio:

- 1 operatore area sanitaria + 1 operatore area trattamentale
- 1 operatore area sanitaria + 1 operatore area sicurezza
- 1 operatore area trattamentale + 1 operatore area sicurezza

COMPITI DELLE TRE COMPONENTI

1. COMPITI AREA TRATTAMENTALE

Si occupa del trattamento rieducativo individuale o di gruppo coordinando e attivando le azioni e gli interventi socio assistenziali del personale che si occupa della rieducazione: educatore, psicologo ex art. 80 O.P., assistente sociale UEPE Pisa, assistenti volontari ex art. 78 O.P.

L'area, entro il più breve tempo possibile, procede al colloquio di primo ingresso della persona nuova giunta per informare e sostenere la stessa nella prima fase della detenzione.

Partecipano al gruppo IOS

2. COMPITI AREA SICUREZZA

L'Ufficio Matricola e/o la Sorveglianza segnalano all'area sanitaria e trattamentale se un detenuto:

- Sia stato informato di una condanna grave
- Venga accusato di crimini gravi o particolarmente efferati
- Abbia subito lutti
- Abbia subito gravi perdite sociali/economiche
- Ritenga di essere vittima di un "Errore giudiziario"
- Rifiuti la richiesta di trasferimento
- Ritenga che un proprio diritto venga negato
- Si trovi in isolamento giudiziario
- Si trovi in stato di Grande Sorveglianza Custodiale

Inoltre, il personale di Polizia penitenziaria, in servizio h 24, avvisa il personale della USL e trattamentale - educativo di manifestazioni esteriori ed esternazioni di grave disagio quali (Mod G):

- Pianto
- Rifiuto dei colloqui
- Rifiuto ad uscire di cella
- Anoressia fino al rifiuto del cibo
- Alludere o parlare direttamente di propositi di suicidio

Il personale di polizia penitenziaria partecipa al gruppo IOS e si organizza per applicare gli interventi di tutela e incolumità del detenuto individuati dal gruppo IOS

3. COMPITI PRESIDIO SANITARIO AZIENDA USL

• Compiti del Medico

Il Medico che per primo viene in contatto con il detenuto nuovo giunto, lo visita nel più breve tempo possibile e riempie il test SAD PERSONS SCALE.

Il medico, quando gli venga segnalato da parte dell' Area sicurezza o tratta mentale (Mod. G), un detenuto con manifestazioni esteriori ed esternazioni di grave disagio riempie il test SAD PERSONS SCALE (Mod. B)

- **Compiti dello Psichiatra**

A seguito di segnalazione da parte del medico di detenuto a rischio, per SAD PERSONS SCALE superiore a punteggio 4, lo psichiatra somministrano la SAS SUICIDE SCALE (la intervista semi-strutturata ripetuta può favorire un confronto diagnostico terapeutico) e

- Può partecipare al gruppo IOS portando le valutazioni con i rispettivi modelli C e D
- Può attivare la GRANDE SORVEGLIANZA (Mod. B1)
- Effettua la presa in carico del detenuto

COMPITI DEL DIRETTORE D'ISTITUTO E DEL RESPONSABILE DEL PRESIDIO SANITARIO

In coerenza con quanto prevede il punto d dell'accordo applicativo dell'articolo 7 del DPCM 1 aprile 2008 (rep. 102 conferenza unificata 20-11-2008), il protocollo sottoscritto prevede che il coordinamento di tutte le azioni descritte sia affidato al Direttore dell'Istituto che agirà d'intesa con il Responsabile del Presidio Sanitario Aziendale.

GESTIONE DEL DETENUTO A RISCHIO SUICIDARIO

Individuato il detenuto problematico o a rischio si possono attivare le seguenti misure:

1. **Grande sorveglianza**: Durante il giro/terapia della mattina l'infermiere di turno si informa sullo stato di salute e registra le notizie in cartella, il medico valuterà se effettuare una visita, verrà visitato dallo Psichiatra, l'area sicurezza porrà particolare attenzione al detenuto durante la notte ed il giorno.

Inoltre l'area trattamentale-educativa monitorerà il detenuto a seconda delle esigenze attivando, tra l'altro, i diversi operatori dell'area stessa per quanto di rispettiva competenza.

2. **Sorveglianza a vista**: il detenuto, ubicato in camera detentiva singola ed un'unità di Polizia penitenziaria è preposta all'osservazione del detenuto stesso.

Laddove non sia possibile procedere alla adeguata sorveglianza e presa in carico sanitaria è necessario programmare e ricorre alle strutture di ricovero esterno SPDC o al trasferimento nei reparti Penitenziari di osservazione psichiatrica di Sollicciano o Livorno

La presa in carico del detenuto da parte dello Specialista Psichiatra

La gestione da parte dello psichiatra dei soggetti con problematiche di rischio suicidario si basa, indicativamente e previa valutazione dei singoli aspetti personologici e contestuali, sui seguenti punti:

- Stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica.
- Indicare per ognuna delle persone considerate a rischio le misure di sorveglianza ed i controlli, attuabili dal personale penitenziario e sanitario, più adeguate alle condizioni di rischio della persona.
- Supportare attraverso la diagnosi e le relazioni il Responsabile del Presidio Sanitario per individuare il luogo più adatto alla cura all'interno del carcere di assegnazione, o di altro Istituto penitenziario della regione che presenti condizioni compatibili con l'obiettivo della garanzia della salute del detenuto.
- Sviluppare un piano di trattamento sanitario specifico e promuoverne l'aderenza (Mod. D).
- Rivalutare costantemente il rischio di suicidio e l'efficacia ed adeguatezza delle misure di sorveglianza, sanitarie e trattamentali adottate nei confronti del detenuto.
- Rapportarsi con gli operatori del gruppo IOS per definire gli interventi di sostegno obbligatorio.

Gestione di urgenze e emergenze psichiatriche

Le urgenze e le emergenze cliniche di interesse psicopatologico vengono gestite dal medico del Presidio sanitario del carcere, eccezione fatta se occorrono durante di presenza in carcere dello specialista psichiatra .

- Se l'intervento è differibile il medico fa richiesta di visita (urgenza differibile entro le 72 ore) allo specialista psichiatra presente in struttura o in caso di sua assenza, al servizio psichiatrico territoriale di competenza.
- Se l'intervento è urgente il medico, l'infermiere o altro personale attiva il 118.

RACCOMANDAZIONI FINALI

- La presente procedura entra a far parte del Percorso Assistenziale del paziente Detenuto della ASL 5 di Pisa, dell'Area Trattamentale-educativa e dell'Area sicurezza della Casa di Reclusione di Volterra.
- Saranno organizzati specifici momenti di condivisione con tutti gli interessati per mantenere un livello di conoscenza e formazione relativamente allo specifico ambito.

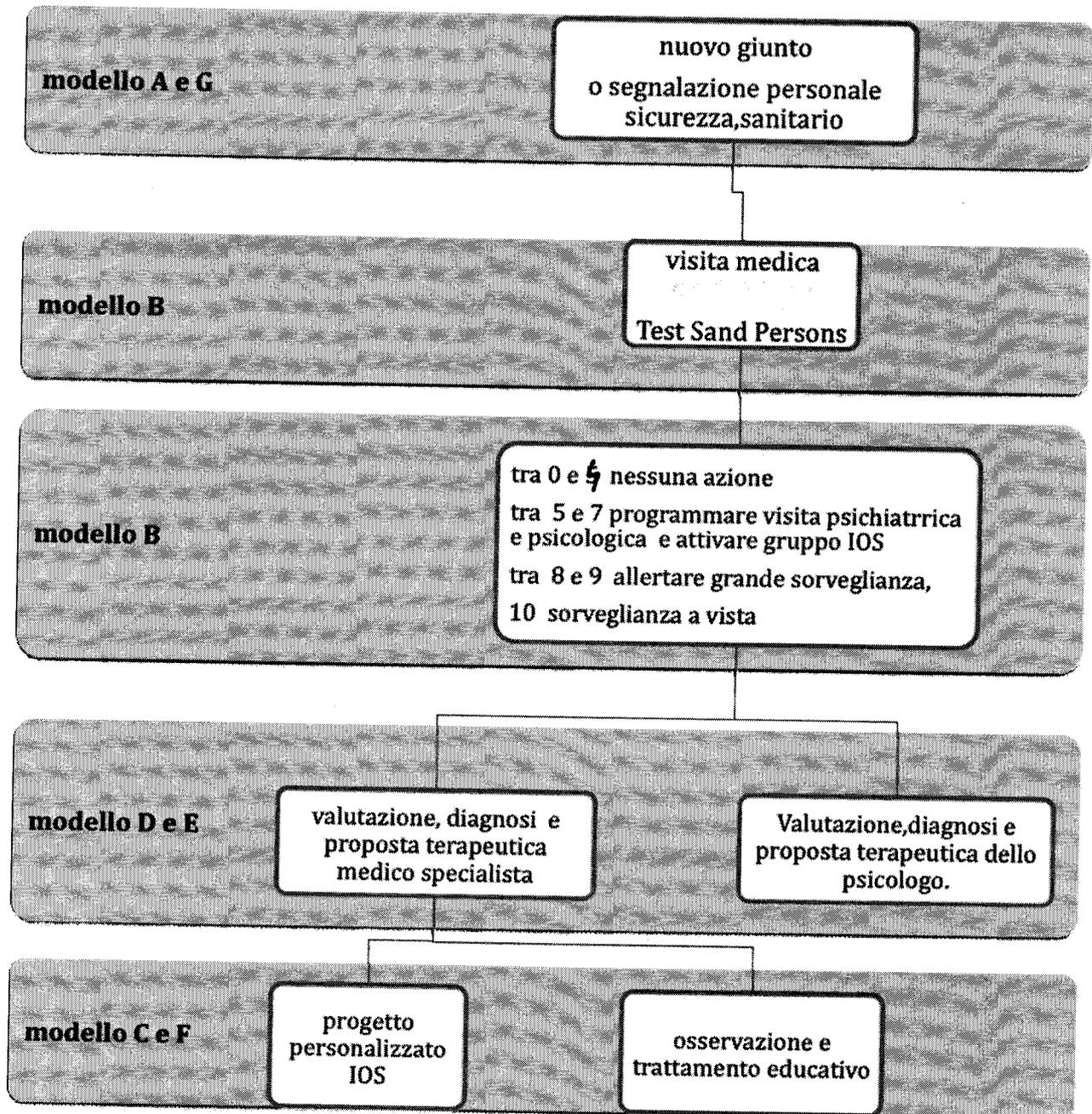
Massima collaborazione tra tutto il personale appartenente alle varie aree e garantire la presa in carico dei soggetti a rischio per la continuità assistenziale e specialistica tra interno e esterno con particolare riferimento a DSM e SERT, anche in previsione del ritorno in libertà della persona stessa.

Il Direttore della Casa di Reclusione di Volterra
Dr.ssa Maria Grazia Giampiccolo

Il Direttore Generale Azienda USL 5 di Pisa
Dr. Riccardo Donatoni



Procedura operativa per l'individuazione e la gestione del detenuto a rischio di suicidio presso la Casa di Reclusione Volterra conformemente a quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali di cui alla delibera n. 842 del 03.10.2011



Legenda:

Modello A

L'ingresso di un detenuto deve essere comunicato nell'immediatezza dalla Area sicurezza-Ufficio matricola al Presidio Sanitario USL, all'area Educativa e Sicurezza per le iniziative di rispettiva competenza.

Modello B

Durante la visita medica di ingresso del detenuto, finalizzata alla acquisizione dei primi dati sanitari e tra questi anche i primi accertamenti sulle condizioni psicologiche del nuovo entrato, deve essere somministrato il test Sad Persons Scale.

Il Medico in presenza di manifestazioni esteriori di grave disagio del nuovo giunto, visto anche il punteggio del Test, può attivare lo IOS, segnalare al Direttore la necessità di grande sorveglianza. Il Direttore procederà, entro il più breve tempo possibile, alla convocazione del gruppo multidisciplinare IOS per gli interventi obbligatori di sostegno.

Modello C

Il gruppo multidisciplinare IOS adotta di concerto con il Direttore, in modo organizzato, le situazioni di emergenza pianificando un trattamento personalizzato che va a incidere nella sfera psicologica e comportamentale: l'assegnazione del piantone, cambio di cella o sezione, prosecuzione-grande sorveglianza, inserimento lavorativo, partecipazione ad attività ricreative, contatti con i familiari ecc.

Modello D

Valutazione, diagnosi e proposta terapeutica del medico psichiatra

Modello E

Valutazione, diagnosi e proposta terapeutica dello psicologo.

Modello F

Osservazione e trattamento rieducativo dell'educatore con proposte e interventi socio-assistenziali.

Modello G

L'area sicurezza segnala al Direttore all'Area Educativa ed al Presidio Sanitario della USL la presenza di sopraggiunte criticità, manifestazione di comportamenti aggressivi o particolari episodi critici durante la vita detentiva.

Modello H

Osservazione del Funzionario giuridico Pedagogico.

SUICIDE ASSESSMENT SCALE — SAS

Item	Sintomi	Item	Sintomi
1. <i>TRISTEZZA E ABBATTIMENTO</i>	Umore depresso; giù di corda; si sente miserabile	11. <i>IMPULSIVITÀ</i>	Azioni impulsive, azioni senza pianificazione o senza considerare le conseguenze; ha spinte irresistibili; agisce sotto l'impulso del momento
2. <i>OSTILITÀ</i>	Ostile; arrabbiato; bellicoso; in antagonismo; pronto all'ira; facilmente irritabile	12. <i>BASSA AUTOSTIMA</i>	Bassa autostima; sentimenti di indegnità e d'inferiorità; si sente un fallito
3. <i>ANERGIA</i>	Mancanza di energia; stancabilità; stanchezza; spossatezza; logorato affaticato; senso di debolezza	13. <i>PERDITA DI SPERANZA</i>	Si sente senza speranza, disperato; aspetto abbattuto; pessimista; sente che verrà il peggio; pensieri nichilistici
4. <i>IPERSENSITIVITÀ</i>	Sensibile alle critiche; facilmente ferito; si sente facilmente rifiutato; si offende facilmente; permaloso; mette tutto sul sospettoso; diffidente piano personale;	14. <i>PERDITA DEI SENTIMENTI</i>	Depersonalizzazione; mancanza di sentimenti; incapace di provare emozioni (non mancanza di empatia)
5. <i>RITIRO AFFETTIVO</i>	Mancanza di contatto emotivo; isolamento sociale; ritiro; isolamento; diffidenza	15. <i>SCARSA TOLLERANZA ALLE FRUSTRAZIONI</i>	Facilmente frustrato o irritato; prontamente scoraggiato
6. <i>PERDITA DI RISORSE</i>	Incapace di risolvere i problemi con efficacia; mancanza di flessibilità nell'affrontare i problemi; vede poche scelte e alternative	16. <i>IDEE DI SUICIDIO</i>	Assillato da idee di suicidio; pensa alla possibilità di essere morto; pensa alle reazioni degli altri al suicidio; ha difficoltà a pensare a qualcosa che non sia il suicidio
7. <i>SENSAZIONE DI PERDITA DEL</i>	Si sente senza controllo su di sé o sul	17. <i>PROPOSITI DI</i>	Il suicidio è una soluzione ai problemi; il

<i>CONTROLLO</i>	proprio destino; si sente in balia degli eventi esterni; sensazione di mancanza di influenza sull'ambiente	<i>SUICIDIO</i>	suicidio è la sola alternativa ai problemi; vuole sollevare gli altri dai problemi; ricongiungimento con qualcuno che è morto (in contrapposizione ai tentativi fatti per attrarre l'attenzione o a fini manipolativi)
<i>8. TENSIONE</i>	Fisicamente teso; nervoso; a disagio; incapace di rilassarsi; eccitato (escludere i sintomi autonomi)	<i>18. DESIDERIO DI MORIRE</i>	Forte desiderio di morire; sente di non meritare di vivere; sente che la vita non vale la pena di essere vissuta
<i>9. ANSIA</i>	Preoccupato; preoccupazione eccessiva per il presente o per il futuro; paura; terrore; disagio (escludere i sintomi autonomi)	<i>19. MANCANZA DI RAGIONI PER VIVERE</i>	Sente che non c'è una ragione per vivere; sente che non interessa a nessuno; sente che la vita non ha scopo
<i>10. PREOCCUPAZIONI SOMATICHE</i>	Preoccupazione per la salute fisica; preoccupazione per sintomi fisici (compreso dolori e sofferenze; insonnia; sintomi gastrointestinali e cardiovascolari); preoccupazioni generalizzate o allucinazioni somatiche	<i>20. ATTI SUICIDARI</i>	Concretamente progetta metodi per suicidarsi; ha preparato degli scritti o ha informato qualcuno; necessita di stretto controllo per prevenire tentativi

La SAS è composta da 20 item, valutati su di una scala a 5 punti, che possono essere raggruppati in 5 cluster.

- ideazione e comportamento suicidario (item da 16 a 20);
- affettività/umore (item 1, 2, 9, 12 e 13);
- condizioni somatiche (item 3, 8 e 10);
- reattività emotiva (item 4, 5 e 14);
- controllo e adattamento (item 6, 7, 11 e 15).

La scala, la cui somministrazione prevede un'intervista clinica semistrutturata, ha dimostrato di essere valida, affidabile e sensibile al cambiamento.

Il cut off per rischio suicidario della SUICIDE ASSESSMENT SCALE SAS è 50

Casa di Reclusione di Volterra

UFFICIO MATRICOLA

Matricola _____ nome _____ cognome _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente In _____ via _____

Cittadinanza:

- Italiana Straniero Comunità Europea _____
- Extracomunitario con perm. sogg. _____
- Extracomunitario irregolare _____

Posizione giuridica _____ reato _____

data ingresso _____ fine pena _____

indicare se il reato è manifestazione di violenza e/o pericolosità sì no

Eventuali provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (divieto incontro, isolamento giudiziario e modalità esecutive:

Nuovo giunto da:

- libertà prima esperienza detentiva
- assegnato da altro istituto reingresso dopo lungo periodo

Dati fascicolari _____

Data _____

Il compilatore

Presidio Sanitario di CR Volterra

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Il _____ Nazionalità: _____

Residente a _____

Giunto il _____ da LIBERTA' ; da ALTRO CARCERE _____

Posizione Giuridica: imputato, definitivo, appellante, ricorrente; Fine Pena il _____

Prima carcerazione: (SI) (NO); Reato contro la persona ; contro il patrimonio ; altro

Precedenti atteggiamenti o comportamenti a rischio: (SI) (NO) (non conosciuti)

Titolo di studio: _____ Occupazione: _____

SAD PERSONS SCALE:

Caratteristica	Si/No	Considerazioni
SESSO MASCHILE		
ETA AVANZATA O GIOVANE		
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)		
MALATTIE FISICHE (gravemente invalidanti croniche)		

Tra 0 e 4, nessun comportamento ;

Tra 8 e 9, allertare grande sorveglianza;

Tra 0 e 4, 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

Tra 5 e 7, programmare la visita psichiatrica

Se il punteggio è 10 sorveglianza a vista

programmare comunque la visita psichiatrica.

Se il test risulta superiore a 8 il detenuto va inserito nel programma di grande sorveglianza.

Il Medico

Data _____

Casa di Reclusione di Volterra

**GRUPPO MULTIDISCIPLINARE I.O.S.
per l'Intervento Obbligatorio di Sostegno**

Detenuto: _____ nato a _____ il _____

Il Gruppo Multidisciplinare IOS considerate le condizioni ed i bisogni del soggetto a rischio adotta il seguente intervento:

piantone

ammissione al lavoro

cambio cella

partecipazione attività sportive

trasferimento

partecipazione attività scolastiche

altro _____

La successiva valutazione collegiale del caso avverrà in data _____

Data _____

Direttore _____

Medico _____

Polizia Penitenziaria _____

Psichiatra _____

Educatore _____

Casa di Reclusione di Volterra

Detenutonato ail

Valutazione del Medico Psichiatra:

Diagnosi :

Proposta terapeutica:

Data.....

Firma

Casa di Reclusione di Volterra

Detenutonato ail

Valutazione dello Psicologo:

Psico Diagnosi :

Proposta terapeutica:

Data.....

Firma

Casa di Reclusione di Volterra

UFFICIO COORDINATORE SORVEGLIANZA GENERALE

DETENUTO : nome _____ cognome _____

Misure custodiali particolari _____

Incompatibilità dichiarata _____

Ubicazione sezione _____ stanza n° _____

Sorveglianza custodiale sanitaria a vista

Comportamento intramurario:

- socializzazione con altri detenuti **si** **no**
- comportamenti aggressivi **si** **no**
- particolari notizie di eventi familiari

- comportamenti con altri operatori **positivo** **negativo**
- comportamenti con polizia penitenziaria **positivo** **negativo**
- relazioni disciplinari **si** **no**

eventuali annotazioni

Il compilatore

Data _____

- Direttore
- Area trattamentale
- Presidio Sanitario USL

