

LINEE INDIRIZZO REGIONALI PER LA SALUTE MENTALE IN CARCERE

(Documento allegato alla Deliberazione della Giunta regionale n. 1447 del 10/12/2018 quale parte integrante e sostanziale)

PREMESSA

Il DPCM 01.04.2008, che sancisce *“il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria”*, prevede tra le sue disposizioni quella di implementare la possibilità di accesso agli interventi, rivolti alla cura e alla prevenzione, per la popolazione detenuta e renderli analoghi a quelli assicurati alla popolazione generale.

In linea con ciò, la Regione Umbria ha a suo tempo richiamato il fatto che *“gli Istituti penitenziari sono Presidi Territoriali Distrettuali. Il Distretto Sanitario risulta l’articolazione organizzativa della ASL garante dell’equità di cura, della piena parità di trattamento e della presa in carico dell’utente nei suoi bisogni sanitari e socio-sanitari”*¹.

Questi principi risultano particolarmente rilevanti per l’ambito relativo alla tutela della salute mentale in carcere, dal momento che la presenza dei disturbi psichiatrici all’interno degli II. PP. rende la questione degna di grande attenzione sotto il punto di vista della salute del detenuto, ma anche di quello estremamente delicato e complesso del rapporto tra autore di reato con problemi psichiatrici ed esecuzione della pena e della misura di sicurezza.

Effettuando un rapido riscontro quantitativo in tal senso, le patologie psichiatriche, secondo i risultati dello studio *“La salute dei detenuti in Italia”*², negli IIPP dell’Umbria hanno una prevalenza del 47,1% rispetto al totale delle diagnosi dei grandi gruppi di malattie riscontrate tra i detenuti ivi ristretti (dato che pone la Regione Umbria, tra le regioni partecipanti allo studio, dietro solamente alla Liguria che lamenta una prevalenza del 54,8%). Prevalenza che tra l’altro si esprime, entrando maggiormente nel dettaglio, all’interno di uno spettro diagnostico piuttosto ampio e multiforme (che va dai Disturbi mentali da dipendenza da sostanze ai Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento, dai Disturbi affettivi psicotici ai Disturbi della personalità e del comportamento, solo per citare le diagnosi più rappresentate³), con le conseguenti complessità connesse alla cura ed al trattamento dei corrispondenti bisogni.

La Regione Umbria si inserisce in un tale scenario con la forte caratterizzazione di una attività dei servizi territoriali sui temi del disagio psichico e della malattia mentale attuata attraverso un approccio di comunità.

Nello specifico, il compito precipuo del Centro Salute Mentale (CSM) è quello di un percorso di cura all’interno di una Psichiatria di collegamento che possa configurare un modello omogeneo all’interno della realtà regionale concernente i circuiti penitenziari, pur contemplando la diversificazione esistente per tipologia detentiva degli utenti e tipologia strutturale degli Istituti (numero complessivo di detenuti, presenza o meno di circuiti di alta sicurezza, caratteristiche del turnover carcerario).

¹ “Linee di indirizzo regionali per la salute in carcere”, pag.3, in allegato alla DGR 1964 del 23/12/2009.

² Agenzia Regionale di Sanità della Toscana: *“La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico”*, aprile 2015., pag. 75 e ss.

³ Op. cit., pag. 104.

In questa prospettiva, l'IP viene previsto all'interno di una territorialità di competenza del CSM, alla stessa stregua di Istituti Ospedalieri e di Residenze Sanitarie variamente assistite, per i quali vengono individuate e dedicate figure professionali (dirigenti medici, dirigenti psicologi e operatori) in grado di svolgere per il Dipartimento Salute Mentale (DSM) interventi che vanno dalla consulenza a favore delle figure sanitarie che hanno la Responsabilità clinica dell'Istituto Penitenziario, ad una valutazione più assidua e frequente di pazienti con problematiche più complesse, fino al soddisfacimento di problematiche di emergenza, anche attraverso il ricorso al ricovero piantonato con misura di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) presso il SPDC.

Si tratta di un intervento che nel rispondere a bisogni complessi come sopra accennato, necessita di porsi non con modalità puntiformi (cioè finalizzate alla gestione e limitazione del comportamento disturbante) o peggio meramente emergenziali, bensì attraverso pianificazioni e prassi complesse e flessibili nello stesso tempo, volte a non scotomizzare il soggetto ristretto dalla sua storia personale, anche sotto il profilo della gestione della sua salute mentale e degli interventi che in precedenza gli sono stati erogati, nella prospettiva di un reinserimento sociale e personale successivo alla carcerazione, connotato da gradualità ed integrazione.

Per tali motivi appare assolutamente opportuno che il medico psichiatra operante all'interno dell'IP, ed ove del caso anche gli psicologi afferenti all'area sanitaria nell'ambito della salute mentale, siano organicamente inseriti all'interno del DSM.

Va dato inoltre atto del fatto che su questo impegnativo scenario si inseriscono ulteriori elementi normativi, primi tra tutti la Legge n. 9 del 17.2.2012 e la successiva n. 81 del 30.5.2014, che dispone la chiusura degli OPG con passaggio di fatto delle competenze di assistenza, cura e riabilitazione degli internati al SSN, nonché i più attuali orientamenti giurisprudenziali sul fronte del trattamento e della riabilitazione per i soggetti portatori di disagio mentale e patologia psichiatrica nell'ambito dell'esecuzione penale.

Questo comporta ulteriori ripercussioni anche sotto il profilo strutturale ed organizzativo, tanto che diviene essenziale iniziare a considerare in modo sinergico e sistematico risposte differenti quali i Reparti di Osservazione Psichiatrica intramurari, le Articolazioni Salute Mentale intramurarie⁴, le REMS, nonché le Strutture comunitarie protette in grado di ospitare tali tipologie di pazienti.

In tale scenario le competenze del Dipartimento di Salute Mentale divengono un ineludibile elemento di garanzia, non solo per quello che concerne l'integrazione funzionale con i presidi che le Aziende Sanitarie territoriali hanno istituito all'interno degli Istituti Penitenziari, ma anche con la rete delle strutture sopra enucleate. Tutto ciò in direzione di una integrazione col territorio che garantisca percorsi di cura adeguati all'interno di procedure condivise (non ultime, quelle con la magistratura giudicante, requirente, di sorveglianza, preferibilmente attraverso protocolli) e di una messa a sistema dei diversi momenti e fasi relativi alla presa in carico ed al trattamento del soggetto autore di reato con problematiche di salute mentale.

Sempre in quest'ottica va inserita la necessità del coordinamento con l'area sanitaria intramuraria deputata al trattamento delle dipendenze. Stabilire delle prassi sanitarie efficaci e condivise sul piano del trattamento del detenuto in condizione di comorbidità per problematiche psichiche e di dipendenza (problematiche queste che, anche nel mondo carcerario, risultano non solo in contatto tra loro ma frequentemente interconnesse, tra l'altro con effetti in quest'ultimo caso fortemente amplificati), significa garantire migliori condizioni di salute ad un numero ormai considerevole di detenuti⁵.

⁴ V. a tal proposito accordo in Conferenza unificata Rif. n. 95/CU del 13/10/2011

⁵ Il già citato studio della ARS della Toscana: "La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico", riscontra come all'interno del campione esaminato "il 50% delle diagnosi relative ai disturbi

È complessivamente in questa prospettiva che intendono orientarsi le presenti linee di indirizzo per la salute mentale, le quali vengono sviluppate in attuazione di quanto previsto nella DGR n. 137 del 15 febbraio 2016 recante: "Recepimento Accordo in conferenza Unificata del 22 gennaio 2015 (rep. Atti n. 3/CU, pubblicato in Gazzetta ufficiale serie generale n. 64 del 18 marzo 2015) avente per oggetto "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti Penitenziari per adulti: Implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali". Approvazione "linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute negli IP dell'Umbria". Aggiornamento linee di indirizzo regionali di cui alla DGR 1964/2009. Disposizioni per le Aziende sanitarie regionali".

Tale attuazione viene orientata dall'attività svolta da un gruppo di lavoro che ha analizzato i protocolli e le prassi esistenti negli Istituti Penitenziari dell'Umbria relativamente a presa in carico e trattamento del detenuto nell'ambito degli interventi in salute mentale, nella prospettiva della individuazione delle risposte più corrette ed efficaci

MODALITÀ DI VALUTAZIONE ALL' INGRESSO

1. L'approccio al detenuto all'ingresso (proveniente da libertà, o trasferito da altro Istituto, o rientrato da differente misura coercitiva della libertà personale) è di carattere multidisciplinare ed è mirato alla individuazione tempestiva dei bisogni sociali e di salute.
2. L'accoglienza viene effettuata, all'atto dell'ingresso, dal personale di Polizia Penitenziaria e dal medico di assistenza primaria, definendo una prima diagnosi ed una prima analisi della situazione di colui che viene accolto e conseguentemente individuando i primi interventi di tipo terapeutico, specialistico, logistico e di custodia.
3. Il medico di assistenza primaria, in particolare, predispone in questa prima fase quanto sia necessario a tutela della salute del detenuto nuovo giunto globalmente intesa, verificando e comunicando ai competenti operatori penitenziari criticità in ordine allo stato di salute fisico e psichico del detenuto, nonché predisponendo interventi a tutela del disagio psichico e del rischio suicidario. Ove il detenuto dichiarasse altresì di essere tossicodipendente, vanno prelevate le urine per la ricerca delle sostanze.
4. Per tutti i nuovi giunti segnalati dal medico che ha effettuato la visita d'ingresso, si predispone la visita psichiatrica nei casi ove si riscontri un particolare disagio psichico o un momentaneo scompenso psichico. Dopo ciò, sarà lo specialista psichiatra a predisporre, in accordo con il medico di assistenza primaria che ha in carico il detenuto, un programma di visite secondo la vigente procedura per le consulenze psichiatriche.
5. Particolare attenzione va riservata al soggetto trasferito da altro istituto, con anamnesi e/o presenza nel diario clinico di diagnosi di patologia e/o terapia psichiatrica, che deve essere segnalato dal Dirigente Medico della struttura al medico psichiatra per la presa in carico.
6. Il medico di assistenza primaria tiene inoltre conto del fatto che il detenuto dichiara o meno di essere già conosciuto presso i DSM, mentre nei casi dubbi è opportuna una interlocuzione con il DSM competente per residenza ante-ingresso. In entrambi i casi, la interlocuzione viene effettuata dalla direzione sanitaria dell'Istituto.

psichici sono attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti". Risulta inoltre a questo proposito essere un riferimento importante anche quanto emerge da una ricerca condotta proprio presso l'istituto penitenziario di Perugia. Piselli M., Elisei S., Murgia n., Quartesan R., Abram K.M. (2009): "Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy", *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 101-107

7. Rientra comunque nella discrezionalità della direzione sanitaria dell'Istituto Penitenziario, anche in accordo con la direzione del DSM di competenza ove insiste l'Istituto Penitenziario stesso, sottoporre entro un termine temporale definito qualunque detenuto nuovo giunto ad un approfondimento psicologico e diagnostico da parte di uno psicologo della ASL. Gli esiti di tale approfondimento, comprensivi della valutazione della tipologia e gravità di disagio psichico e del livello di rischio riscontrato, saranno quindi comunicati al Responsabile Sanitario dell'Istituto Penitenziario, che si adopererà per condividerlo, nel minor tempo possibile, con la direzione dell'Istituto Penitenziario al fine della presa in carico globale del detenuto.

RICHIESTE DI VISITA PSICHIATRICA

1. Le richieste di visita psichiatrica sono compilate dal medico di riferimento del paziente o dal medico di assistenza primaria che effettua la visita di ingresso o si trova a valutare un soggetto con componenti momentanee di scompensamento psichico.
2. Le richieste di visita psichiatrica sono compilate, quindi, dai Dirigenti Medici appartenenti alla struttura con il modello "richiesta esami", specificando il quesito diagnostico e l'eventuale urgenza (urgenza, o urgenza differita, o visita ordinaria).
3. Il personale sanitario raccoglie le richieste e le sottopone all'attenzione degli specialisti psichiatri depositandole nel fascicolo denominato "visite psichiatriche" presente presso l'infermeria, distinguendo tra visite urgenti e/o ordinarie.
4. Anche i detenuti possono presentare richiesta di visita psichiatrica. Queste richieste sono raccolte dal personale sanitario e poste all'attenzione dei medici psichiatri che valutano l'effettuazione della visita o l'invio ad altro collega.
5. E' fatto divieto, per motivi di sicurezza, indicare ai detenuti il nominativo degli specialisti da parte dei componenti dell'equipe curante e del personale dell'amministrazione della giustizia.
6. Segnalazioni di particolari comportamenti degli ospiti, tali da richiedere una consulenza psichiatrica, possono pervenire dal personale infermieristico, che opera all'interno dell'Istituto. Tale segnalazione deve essere valutata dal medico di riferimento e/o di continuità assistenziale, che decide di attivare la consulenza psichiatrica, secondo le modalità sopra descritte (urgenza - urgenza differita- visita ordinaria).

SEGNALAZIONI DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO (DIREZIONE ISTITUTO, POLIZIA PENITENZIARIA, FUNZIONARI GIURIDICO PEDAGOGICI)

1. La segnalazione pervenuta da personale non sanitario, verbale o scritta, di particolari comportamenti tali da richiedere un possibile intervento da parte dello specialista psichiatra per un ospite dell'Istituto, deve essere valutata dal medico di riferimento e/o di continuità assistenziale che decide di attivare la consulenza psichiatrica secondo le modalità sopra descritte.
2. Le richieste di accertamenti psichiatrici provenienti dalla Magistratura di Sorveglianza devono pervenire al Responsabile Sanitario dell'Istituto che attiverà il percorso diagnostico e terapeutico di carattere psichiatrico.

TIPOLOGIA DELLE RICHIESTE DI VISITA

1. La richiesta urgente di visita corrisponde alla necessità di interventi non dilazionabili da espletarsi nel più breve tempo possibile in rapporto ad un rischio attuale di peggioramento o di danno. La richiesta deve essere esplicitata e motivata dal medico di assistenza primaria e/o di continuità assistenziale.
2. La richiesta di visita con urgenza differita rappresenta una condizione acuta che richiede un intervento specialistico di consulenza con una diagnosi dalla quale deriva l'indicazione di un trattamento differibile. La prestazione può essere differibile di qualche giorno, ma comunque erogata in tempi brevi. La richiesta deve essere esplicitata e motivata dal medico di assistenza primaria.
3. La richiesta ordinaria di visita rappresenta una condizione di salute che richiede un monitoraggio dal quale deriva l'indicazione di una prestazione che può essere erogata in tempi relativamente brevi. La richiesta deve essere esplicitata e motivata dal medico di assistenza primaria.

PRESA IN CARICO TEMPORANEA

1. Per situazioni di grave disagio psichico e/o patologia mentale documentata, lo specialista psichiatra può prevedere una presa in carico temporanea del paziente detenuto.
2. Tale azione prevede una serie di consulenze diagnostico-terapeutiche programmate che portino ad una stabilizzazione delle condizioni psichiche del soggetto e/o ad un suo invio presso un centro specialistico (Osservazione Psichiatrica, Articolazione Salute Mentale) e/o alla proposta di un percorso di misure alternative alla detenzione, con opportuna segnalazione alla Magistratura di Sorveglianza, tramite il coinvolgimento del Responsabile Sanitario dell'Istituto.
3. In alcune situazioni di particolare gravità/cronicità la presa in carico, mancando altre alternative alla reclusione, può durare tutto il periodo della permanenza in Istituto.
4. Poiché la situazione di presa in carico temporanea investe casi di particolare gravità, deve essere sempre garantito, da parte dello specialista, il coinvolgimento diretto del medico di assistenza primaria, in particolare per l'effettuazione di esami clinici strumentali, monitoraggio dell'assunzione della terapia farmacologica, monitoraggio su eventuali effetti avversi della stessa.

GESTIONE DELLE EMERGENZE

1. Le emergenze cliniche e psicopatologiche vengono gestite in generale dal medico di assistenza primaria.
2. Nel caso di richieste in emergenza (es.: tentativo di suicidio, scompenso psichico), il Dirigente Medico, dopo attenta valutazione e in base alla gravità può contattare:
 - a. lo specialista che ha effettuato l'ultima visita per un consulto, anche telefonico;
 - b. il CSM (Centro Salute Mentale) territoriale.Nel secondo caso il dirigente medico deve informare il Responsabile Sanitario dell'Istituto dell'avvenuta segnalazione.
3. Se viene rilevata una condizione la cui gravità clinico psicopatologica non consente la gestione in Istituto, si dovrà procedere ad un ricovero presso il centro di osservazione psichiatrica regionale oppure, in casi di particolare urgenza, presso i reparti di Pronto

Soccorso degli ospedali della regione, tramite attivazione del Servizio sanitario di Urgenza ed Emergenza (118).

COLLEGAMENTO COI CSM

1. È necessario garantire il collegamento tra i Servizi Sanitari dell'Istituto Penitenziario ed i Servizi Territoriali per la Salute Mentale (CSM), sia per una consulenza urgente all'interno dell'Istituto, sia per la continuità terapeutica, sia per eventuali misure alternative alla detenzione e per l'elaborazione di progetti per il fine pena.

COLLABORAZIONE CON L'AREA DELLE DIPENDENZE

1. Nel caso in cui un detenuto, già in carico ai servizi sanitari dell'IP per quanto riguarda gli aspetti relativi alla salute mentale, presenti un problema attinente all'area delle dipendenze, si attiva una presa in carico integrata coi servizi intramurari di riferimento, sul versante del trattamento clinico, e in particolare farmacologico.

CONSULENZA PSICOLOGICA

1. Rientra nella discrezionalità della direzione sanitaria del carcere, anche in accordo con la direzione del DSM di competenza ove insiste l'Istituto Penitenziario, attivare forme di consulenza psicologica sul soggetto detenuto, che possono essere comprensive di presa in carico e / o di valutazione psicologica.
2. La presa in carico per un trattamento psicologico è particolarmente indicata in presenza di segni di sofferenza e disagio psicologici e, allo stesso tempo, di motivazione espressa da parte del soggetto ad intraprendere un percorso di sostegno/esplorazione psicologica.
3. L'attivazione dell'intervento può essere anche motivata dalla necessità di ampliare la conoscenza del soggetto a scopo diagnostico / valutativo all'interno di un percorso terapeutico.
4. Lo psicologo lavora in una logica di intervento di rete, avendo cura di collaborare, laddove necessario, con il personale sanitario e non.
5. L'attivazione dell'intervento psicologico avviene con richiesta scritta, indicante la motivazione, compilata da:
 - l'utente interessato
 - il medico di assistenza primaria
 - il medico psichiatra, all'interno di un percorso diagnostico-terapeutico
6. Segnalazioni di particolari comportamenti degli ospiti possono pervenire anche dal restante personale, sanitario e non, che opera all'interno dell'istituto. Lo psicologo, in questo caso, effettua un confronto con il personale di assistenza che ha in carico l'utente e insieme valutano l'eventuale attivazione dell'intervento.
7. Anche la Magistratura di Sorveglianza può fare richiesta di accertamento psicologico. Queste richieste sono indirizzate al Responsabile Sanitario dell'istituto il quale, dopo valutazione, le inoltra allo psicologo.

RICHIESTE DI OSSERVAZIONE PSICHIATRICA

1. Il periodo di Osservazione Psichiatrica in Istituto rappresenta una condizione di osservazione del soggetto ai fini diagnostico-terapeutici, su proposta del Responsabile Sanitario al Direttore dell'Istituto Penitenziario, ed è disposto dall'Autorità Giudiziaria per i motivi previsti dall'art.112 del DPR 230/2000. L'Osservazione Psichiatrica ha durata non superiore ai 30 giorni.
2. Nel caso che non vi siano posti disponibili e l'Autorità Giudiziaria competente disponga di effettuare il periodo di osservazione psichiatrica all'interno dell'Istituto, il Responsabile Sanitario dell'Istituto Penitenziario concorda con gli specialisti un programma di consulenze psichiatriche, al termine del quale deve essere redatta una relazione sanitaria di sintesi, effettuata da parte dell'equipe multidisciplinare costituita dal medico di assistenza primaria, dal medico psichiatra ed eventualmente dallo psicologo, da inviare all'Autorità Giudiziaria che ha ordinato l'osservazione ed al Provveditorato regionale per gli atti di competenza.
3. In caso di situazioni diagnostiche e terapeutiche che richiedano un periodo di osservazione psichiatrica in Istituto con annesso reparto di Osservazione ex art. 112 o articolazione della Salute Mentale, la richiesta dello specialista psichiatra va concordata con il Responsabile Sanitario dell'Istituto Penitenziario, che ne fa invio, tramite la Direzione dell'Istituto, al competente PRAP.

REFERTAZIONI CONSULENZE

1. La refertazione delle visite psichiatriche va effettuata nel diario clinico. Se il soggetto rifiuta la consulenza, va trascritto il rifiuto nel diario clinico. Se l'esito della visita contiene richieste di esami ematochimici/visite specialistiche/ variazioni terapeutiche vanno poste all'attenzione del personale infermieristico e del medico di riferimento.
2. Laddove il referto deve essere posto all'attenzione della direzione dell'Istituto per provvedimenti di sorveglianza, deve essere inviato dalla Direzione Sanitaria dell'Istituto alla Direzione dell'Istituto e per conoscenza all'Ufficio Comando dello stesso.

ARCHIVIAZIONE DEI REFERTI E SEGNALAZIONE DELLE CONSULENZE EFFETTUATE

1. I referti visti dal medico richiedente sono inseriti nel Diario Clinico dell'utente.
2. In attesa di utilizzare una cartella clinica informatizzata ogni specialista psichiatra ha un registro dove vengono trascritti i nominativi dei soggetti visitati e la data.

DIMISSIONI

1. Laddove si evidenzino particolari situazioni sanitarie, il medico di assistenza primaria, avvertito entro i tre mesi precedenti alla dimissione, predisponde una lettera di dimissioni da consegnare al medico curante del detenuto stesso con le indicazioni delle esigenze di cura in modo che queste possano essere ricomprese nel piano di sostegno al detenuto in dimissione. Laddove se ne ravveda la necessità, copia della lettera di dimissione può essere consegnata al coordinatore dell'area trattamentale.
2. Per quei detenuti che al momento della dimissione non possano contare su un valido sostegno da parte dei familiari e che abbiano particolari esigenze sanitarie, sarà cura dei sanitari, degli assistenti sociali e dei funzionari giuridico pedagogici, collaborare attraverso incontri concordati per definire il piano di azione di ciascun operatore, in modo che contribuisca alla programmazione di una dimissione protetta con la definizione delle

esigenze di cura e la ricerca - laddove necessario, in collaborazione con gli enti esterni - di adeguate strutture di accoglienza.

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

1. I componenti dell'area sanitaria ed i componenti dell'area trattamentale collaborano in riferimento alla specifica tematica del disagio psichico e/o della patologia mentale del detenuto.
2. Tale collaborazione avviene anche in modalità strutturata, attraverso gruppi o equipe multidisciplinari, come previsto nei protocolli interistituzionali attivati e vigenti negli Istituti Penitenziari della regione.
3. Ai fini di una sempre più rapida e adeguata presa in carico dei detenuti con disagio psichico e/o patologia mentale, le modalità operative e le integrazioni delle equipe multidisciplinari tengono conto delle prassi di lavoro più efficaci riscontrate negli Istituti Penitenziari della regione.

ARTICOLAZIONE PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

1. L'Articolazione per la tutela della salute mentale in carcere, di cui all'accordo in CU 13.10.2011 con oggetto "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008", è finalizzata alla presa in carico, dal punto di vista sanitario e penitenziario, delle persone in stato di detenzione cui viene diagnosticata una patologia psichica e/o psichiatrica.
2. L'Articolazione accoglie esclusivamente detenuti che necessitano - su indicazione del personale sanitario - di assistenza e cura della salute mentale, per il tempo strettamente necessario, mentre non ospita detenuti per motivi altri, quali sanzioni disciplinari, comportamenti anomali, gesti dimostrativi o disagi non di natura mentale.
3. Nella Articolazione vengono svolte, nei confronti dei detenuti, attività di osservazione, di diagnosi e cura, di tipo socio-sanitario, con l'obiettivo della loro dimissione e successivo rientro al reparto ordinario o all'Istituto di provenienza, ed anche con l'obiettivo di evitare l'invio in REMS dei detenuti, in caso di infermità psichica sopravvenuta nel corso della detenzione.
4. L'Articolazione per la tutela della salute mentale non coincide col reparto di Osservazione Psichiatrica intramurario, e può essere attivata in un Istituto differente rispetto a quello che ospita quest'ultimo reparto.
5. La Regione riconosce l'Articolazione per la tutela della salute mentale tra gli elementi di programmazione nell'ambito della salute in carcere.