

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4127

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MARIO PEPE, BERTOLINI, BONDI, FRATTA PASINI, LAINATI, PARODI, PERLINI, SANTORI, SANTULLI, STERPA, VERDINI, ALFREDO VITO

Modifiche alla legge 9 ottobre 1970, n. 740, recante l'ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'amministrazione penitenziaria

Presentata il 1° luglio 2003

ONOREVOLI COLLEGHI! — Sempre più spesso nelle carceri si verificano decessi e suicidi le cui cause devono essere rinvenute anche nella cosiddetta « malasanità » penitenziaria.

Nonostante l'elevato livello di preparazione e di abnegazione dei medici penitenziari, il sistema sanitario carcerario non è più in grado di garantire azioni di prevenzione e di cura appropriate e tempestive per le malattie che, con sempre maggiore frequenza, si diffondono tra la popolazione carceraria. Questa drammatica situazione è determinata principalmente dal sovraffollamento, dalle pessime condizioni igienico-sanitarie degli istituti di pena, dalla carenza di risorse econo-

miche e strutturali e dalla inadeguatezza dell'apparato normativo che disciplina la materia della medicina penitenziaria.

I dati relativi alla salute in carcere diventano ogni giorno sempre più tragici: su una popolazione carceraria di 58.000 detenuti che convivono in condizioni di promiscuità in ambienti spesso malsani, vi sono circa: 20.000 tossicodipendenti, 6.500 sieropositivi, 600 affetti da AIDS conclamato e 9.000 disturbati mentali. A ciò si aggiungano gli alcool dipendenti, i malati di tubercolosi, di epatiti e di altre malattie infettive e parassitarie di facile contagio. A fronte di questi dati si registrano 350 medici penitenziari incaricati, 1.400 medici del servizio di guardia, 1.200 medici

specialisti, 1.200 infermieri, 12 ospedali penitenziari e 5 ospedali psichiatrici giudiziari.

Nel 1999, con il decreto legislativo n. 230, si è proceduto al riordino della medicina penitenziaria con l'obiettivo di garantire ai detenuti un livello di tutela della salute pari a quello dei cittadini liberi, disponendo il passaggio delle competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale e quindi alle regioni e alle aziende sanitarie locali (ASL). In particolare sono state oggetto di trasferimento le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai tossicodipendenti detenuti. Per le restanti attività sarebbe dovuta partire una fase sperimentazione con la quale trasmettere al Servizio sanitario nazionale tutte le altre competenze sanitarie fino ad allora attribuite al Ministero della giustizia. La sperimentazione, che sarebbe dovuta terminare il 30 giugno 2002, non è stata mai avviata. Furono individuate prima la Toscana, il Lazio e la Puglia e successivamente l'Emilia-Romagna, la Campania e il Molise, come le regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle funzioni sanitarie. Il citato decreto legislativo n. 230 del 1999 prevedeva che nel corso della fase sperimentale il rapporto di lavoro del personale coinvolto venisse posto alle dipendenze funzionali del Servizio sanitario nazionale. Al termine della fase sperimentale si sarebbe dovuto provvedere al riordino definitivo del settore della medicina penitenziaria e quindi anche della normativa che regola il rapporto di lavoro dei medici penitenziari. Per quanto la fase sperimentale non sia neanche iniziata è oramai necessario procedere quanto prima al riordino della medicina penitenziaria. L'attuale situazione di stallo normativo crea precarietà e incertezza sul presente e sul futuro del sistema sanitario penitenziario con ricadute estremamente gravi sulla salute dei detenuti e sulle condizioni di lavoro dei medici penitenziari.

Prendendo atto che le recenti modifiche del titolo V della parte seconda della Costituzione hanno definitivamente sanzionato la scelta riformatrice a favore delle regioni in materia di sanità, appare in tutta evidenza quanto sia indispensabile una revisione della legge n. 740 del 1970 sul personale sanitario addetto agli istituti di pena al fine di renderla più funzionale e più aderente ai nuovi compiti del medico penitenziario. Questi oramai risultano amplificati a dismisura in un contesto ambientale sempre più difficile, complesso, denso di responsabilità professionali e rischi di ogni tipo. Non si può più non tenere conto che negli ultimi anni, da un lato, è notevolmente cresciuta nelle carceri la domanda di salute sia in termini di salute che di servizi e, dall'altro, si è evoluta la concezione della salute. Tutto ciò impone al medico penitenziario una rinnovata attenzione ai complessi problemi di prevenzione delle malattie in carcere e di recupero dello stato di benessere psicofisico del paziente-detenuto.

La medicina penitenziaria oramai ha come scopo non solamente la tradizionale lotta contro la malattia ma anche la promozione della salute del detenuto, per cui assistiamo ad un notevole accrescimento degli ambiti di intervento e delle responsabilità pratiche del medico penitenziario, le cui motivazioni ideali aumentano contemporaneamente.

L'apparato normativo che disciplina lo *status* giuridico ed economico dei medici penitenziari dovrebbe tenere conto sia della estrema responsabilità connessa alla delicatezza dei compiti attribuiti sia dell'elevato livello di rischi fisici e biologici ai quali essi sono sottoposti quotidianamente.

Purtroppo, presso le istituzioni la professione di medico penitenziario non gode di quella considerazione che, invece, meriterebbe, per quanto si registri una diffusa condivisione della esigenza che la salute nel carcere diventi un bene primario da tutelare e da garantire.

Il medico penitenziario deve rimanere un libero professionista, poiché si deve salvaguardare compiutamente quell'auto-

nomia professionale che costituisce sempre di più l'unico ed effettivo argine di credibilità verso i detenuti. Non si deve sottovalutare che egli, nel rispetto dell'ordinamento penitenziario, è il medico curante del detenuto. In questa ottica, è prerogativa indispensabile che possa conservare l'indipendenza della sua capacità decisionale e d'azione, così da ottimizzare l'efficacia terapeutica insita nel rapporto fiduciario medico-paziente, rapporto che risulta particolarmente delicato in ambito carcerario. Naturalmente l'autonomia della medicina penitenziaria, ribadita anche dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato, deve sapersi integrare, con un incisivo rapporto di osmosi, con gli enti ospedalieri, le ASL, il territorio.

In una prospettiva di riforma della medicina penitenziaria, il servizio sanitario penitenziario dovrebbe trasformarsi in un servizio alla comunità carceraria capace di rispondere non solo alla singola necessità assistenziale, ma anche di saper programmare e adeguare la propria risposta alle emergenze sanitarie che periodicamente compaiono nelle carceri. In questa ottica, al Ministero della salute deve competere l'indirizzo-guida di programmazione e controllo dei servizi sanitari penitenziari, assicurando comunque l'autonomia. Presso il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, invece, sarebbe necessario istituire un ufficio sanitario centrale, che sappia ed abbia gli strumenti per programmare, gestire e controllare i servizi sanitari penitenziari. Occorrerebbe, in sostanza, un nucleo centrale che costituisca il motore di tutta l'organizzazione secondo criteri di funzionalità, efficienza e trasparenza. All'ufficio sanitario centrale si dovrebbero affiancare, presso ogni provveditorato regionale, dei nuclei periferici con capacità di gestione operativa, controllo dei servizi e promozione degli *standard* organizzativi.

La presente proposta di legge è diretta a porre le basi per un riordino complessivo della medicina penitenziaria attraverso una rivisitazione della legge del 1970 sui medici penitenziari. Solo attraverso una normativa che esalti il ruolo di re-

sponsabilità del medico penitenziario e allo stesso tempo fornisca a questi tutti gli strumenti necessari per svolgere in maniera adeguata le delicate funzioni attribuitegli sarà possibile porre rimedio alla attuale crisi della medicina penitenziaria. Questa può essere risolta solo se si predispongono tutti gli strumenti normativi volti ad assicurare al medico penitenziario un elevato livello di professionalità, che consenta a questo di organizzare ed attuare non solo l'attività assistenziale, ma anche di prevedere la gestione delle risorse in rapporto alle effettive necessità dell'istituto penitenziario.

La proposta di legge all'articolo 1 istituisce le figure di coordinatore sanitario e di dirigente sanitario accanto a quella di medico incaricato al fine di valorizzare il momento del coordinamento operativo tra il personale sanitario.

L'articolo 2 prevede che a tutto il personale sanitario (medici, infermieri e tecnici) che svolge, a qualsiasi titolo, attività nell'ambito degli istituti penitenziari non sono applicabili le incompatibilità e le limitazioni normative ed economiche previste dai contratti e dalle convenzioni che il personale intrattiene con il Servizio sanitario nazionale e con l'università. Inoltre, tutto il personale sanitario ha diritto all'equiparazione dei punteggi previsti negli accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per concorsi nel Servizio sanitario nazionale in caso di chiusura o di soppressione dell'istituto ha diritto al trasferimento in istituti limitrofi.

L'articolo 3 fissa a 500 il numero dei medici incaricati e stabilisce un criterio oggettivo per individuare il numero dei medici incaricati da destinare ad ogni istituto penitenziario. Questo viene determinato in base alla capienza massima tollerabile degli istituti penitenziari in ragione di 1 medico incaricato ogni 100 detenuti e multipli di esso e in base ai carichi di lavoro.

Ai sensi dell'articolo 4, l'ammissione all'incarico ha luogo mediante pubblico concorso per titoli. Con disposizione transitoria si prevede che a tutti coloro che, alla data di entrata in vigore della legge,

ricoprono l'incarico di medico incaricato provvisorio possono chiedere di assumere la qualifica definitivamente nell'istituto dove operano (articolo 18).

L'articolo 5 ridisegna la composizione della commissione giudicatrice del concorso, mentre l'articolo 6 eleva il coefficiente di valutazione dei titoli relativi all'attività prestata nell'interesse dell'amministrazione penitenziaria.

È inoltre innalzata la soglia minima di presenza oraria settimanale del medico incaricato, il quale è tenuto a svolgere il servizio assicurando in ogni caso la sua presenza giornaliera nei centri clinici dell'amministrazione penitenziaria per 24 ore settimanali e per 18 ore, con eventuale *plus* orario, negli altri istituti.

Al fine di assicurare un adeguato livello di preparazione si prevede, inoltre, che il Ministero della salute, di concerto con il Ministero della giustizia, organizzi corsi di aggiornamento e di specializzazione in medicina penitenziaria. Al Ministero della giustizia è stata poi affidata la facoltà di iscrivere i medici incaricati e medici di guardia a scuole di specializzazione secondo le esigenze. Per quanto riguarda l'attività di medicina preventiva, questa è resa operativa dal dipartimento della ASL di competenza, che a sua volta per motivi

logistici può avvalersi dell'opera del responsabile dell'area sanitaria, tramite apposita convenzione libero-professionale.

Con la modifica dell'articolo 36 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, si stabilisce (articolo 11 della proposta di legge) che il medico incaricato può chiedere di cessare dall'incarico compiuti i settanta anni di età. In caso contrario l'età pensionabile rimane fissata a 65 anni.

Come si è già più volte sottolineato, l'accresciuta responsabilità dei medici penitenziari deve essere accompagnata da adeguati riconoscimenti professionali ed economici. Pertanto, l'articolo 12 modifica il compenso mensile a decorrere dal 1° gennaio 2004, stabilendo che al medico incaricato spetta un compenso mensile lordo onnicomprensivo (stipendio + indennità di servizio penitenziario, di medico del Corpo di polizia penitenziaria) di 2.000 euro. Ai medici incaricati i quali svolgono l'incarico negli istituti o nei servizi penitenziari situati nelle isole (Favignana, Gorgona e Porto Azzurro) spetta un'indennità di sede disagiata pari a 200 euro.

Sono inoltre modificate le discipline relative al servizio di guardia medica, ai servizi specialistici e al servizio di guardia infermieristica.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. L'articolo 1 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

« ART. 1. — (*Qualifica*). — 1. I medici chirurghi, non appartenenti al personale civile di ruolo dell'Amministrazione penitenziaria, i quali prestano la loro opera presso gli istituti o i servizi dell'Amministrazione stessa sono qualificati medici incaricati.

2. Negli istituti con capienza massima tollerabile fino a duecento detenuti provvisti di servizio integrativo di assistenza sanitaria e di servizio specialistico, il medico incaricato con maggiore anzianità di servizio e in possesso dei prescritti titoli professionali, è qualificato coordinatore sanitario.

3. Negli istituti sede di ospedale penitenziario e negli istituti con capienza massima tollerabile superiore a duecento detenuti, il medico incaricato con maggiore anzianità di servizio e in possesso di più titoli professionali è qualificato dirigente sanitario ».

ART. 2.

1. L'articolo 2 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

« ART. 2. — (*Rapporto di incarico*). — 1. Le prestazioni professionali rese in conseguenza del conferimento dell'incarico sono disciplinate dalle norme della presente legge.

2. Ai medici incaricati non sono applicabili le norme relative alla incompatibilità e al cumulo di impieghi né le norme concernenti gli impiegati civili dello Stato.

3. Ai medici, agli infermieri e ai tecnici che svolgono, a qualsiasi titolo, attività nell'ambito degli istituti penitenziari non

sono applicabili, altresì, le incompatibilità e le limitazioni normative ed economiche previste dai contratti e dalle convenzioni che il personale intrattiene con il Servizio sanitario nazionale e con le università.

4. Il personale sanitario di cui al comma 3 ha diritto all'equiparazione dei punteggi previsti negli accordi collettivi nazionali per la medicina generale e per concorsi nel Servizio sanitario nazionale e in caso di chiusura o di soppressione dell'istituto penitenziario ha diritto al trasferimento in istituti limitrofi.

5. Il personale sanitario di cui al comma 3 ha diritto alla tutela legale da parte dell'Amministrazione penitenziaria ».

ART. 3.

1. L'articolo 3 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

« ART. 3. — (*Numero dei medici incaricati*). — 1. Il numero dei medici incaricati è fissato in cinquecento unità.

2. Il numero dei medici incaricati è determinato in base alla capienza massima tollerabile degli istituti penitenziari in ragione di un medico incaricato ogni cento detenuti e multipli di tale cifra e in base ai carichi di lavoro, in particolare relativi ai servizi previsti nei centri diagnostici e terapeutici e negli ospedali psichiatrici giudiziari.

3. Il numero dei medici e la relativa ripartizione dei posti presso i singoli istituti o servizi penitenziari possono essere modificati con decreto del Ministro della giustizia di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

4. È istituito l'incarico di medico del provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria in considerazione dei titoli e dei servizi con il riconoscimento del plus-orario.

5. Nel caso di dimissioni del medico incaricato per raggiunti limiti di età, o volontarie o per esoneri, i medici già con rapporto di lavoro con l'Amministrazione penitenziaria possono chiedere di essere

ammessi all'incarico in base alle valutazioni effettuate ai sensi dell'articolo 10.

6. Eventuali trasferimenti possono avvenire solo a richiesta dell'interessato ».

ART. 4.

1. L'articolo 4 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

« ART. 4. — (*Sistemi di ammissione*). — 1. L'ammissione all'incarico ha luogo mediante pubblico concorso per titoli, bandito di volta in volta per ricoprire i posti vacanti in ogni singolo istituto o servizio ».

ART. 5.

1. L'articolo 9 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

« ART. 9. — (*Commissione giudicatrice*). — 1. La commissione giudicatrice del concorso è nominata con decreto del provveditore regionale in riferimento al proprio distretto.

2. La commissione giudicatrice è presieduta dal provveditore regionale ed è composta:

a) da un medico chirurgo docente universitario o primario ospedaliero designato dall'Ordine dei medici competente per territorio;

b) dal dirigente responsabile dell'unità operativa sanitaria penitenziaria del provveditorato regionale di competenza che svolge funzioni di segretario;

c) da un medico incaricato dell'Amministrazione penitenziaria addetto al provveditorato regionale.

3. Per ognuno dei componenti la commissione giudicatrice di cui al comma 2 è nominato un sostituto di pari grado ».

ART. 6.

1. Al terzo comma dell'articolo 10 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, le parole:

«dieci punti» sono sostituite dalle seguenti: «venti punti».

ART. 7.

1. L'articolo 14 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

«ART. 14. — (*Doveri*). — 1. Il medico incaricato è tenuto a svolgere il servizio assicurando in ogni caso la sua presenza giornaliera nei centri clinici dell'Amministrazione penitenziaria per ventiquattro ore settimanali e per diciotto ore, con eventuale plus orario, negli altri istituti. Qualora superi per esigenze motivate dal servizio il monte orario settimanale stabilito può usufruire del recupero delle ore effettuate in esubero. È tenuto ad osservare le disposizioni vigenti in materia sanitaria e le regole deontologiche professionali. Il medico incaricato svolge prestazioni medico-legali nei confronti del personale della polizia penitenziaria.

2. Il medico incaricato ha la responsabilità dell'armadio farmaceutico.

3. Il medico incaricato è tenuto altresì alla osservanza dei regolamenti per gli istituti di prevenzione e pena nonché del regolamento interno dell'istituto cui è adde-
detto e deve tenere conto, compatibilmente con le esigenze sanitarie, delle disposizioni impartite dal direttore dell'istituto medesimo ».

ART. 8.

1. L'articolo 17 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

«ART. 17. — (*Riposo settimanale e festivo*). — 1. Il medico incaricato ha diritto a non prestare la propria opera per un giorno la settimana e negli altri giorni riconosciuti festivi, conservando il normale trattamento economico ».

ART. 9.

1. L'articolo 18 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

« ART. 18. — (*Assenze retribuite*). — 1. Il medico incaricato ha diritto a non prestare la propria opera per trenta giorni lavorativi, anche non continuativi l'anno, più la festività del Santo patrono della città in cui ha sede l'istituto.

2. In caso di infermità il medico incaricato può essere autorizzato a non prestare la propria opera per la durata massima di sei mesi. In caso di matrimonio egli può essere autorizzato a non prestare la propria opera per la durata di quindici giorni.

3. Tra le assenze retribuite ai sensi del presente articolo rientrano anche quelle dovute a partecipazione a congressi attinenti le problematiche della sanità penitenziaria e la partecipazione a corsi di educazione continua permanente, obbligatori per il personale sanitario ».

ART. 10.

1. L'articolo 19 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

« ART. 19. — (*Assenze non retribuite*). — 1. Il medico incaricato può essere autorizzato a non prestare la propria opera, con perdita del trattamento economico, nei casi e per la durata di seguito indicati:

a) per infermità che comporta un'assenza di durata superiore a quella prevista dall'articolo 18: durata massima mesi 12;

b) per richiamo alle armi: per la durata del richiamo stesso;

c) per motivi privati o di studio: durata massima mesi 12.

2. I periodi di assenza di cui alle lettere a) e c) del comma 1 non sono computabili ai fini dell'aumento periodico della retribuzione, nonché nella indennità di soppressione di posto, di cui a all'articolo 40 ».

ART. 11.

1. L'articolo 36 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

« ART. 36. — (*Cessazione dall'incarico per limiti di età*). — 1. Il medico incaricato cessa dall'incarico dal primo giorno del mese successivo a quello in cui compie sessantacinque anni di età.

2. Il medico incaricato può chiedere di prorogare a settanta anni il termine di cui al comma 1 ».

ART. 12.

1. L'articolo 38 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

« ART. 38. — (*Compenso mensile*). — 1. Al medico incaricato spetta un compenso mensile lordo onnicomprensivo di 2.000 euro.

2. Ai medici incaricati i quali esercitano l'incarico negli istituti o servizi penitenziari situati a Favignana, a Gorgona e Porto Azzurro spetta un'indennità di sede disagiata pari a 200 euro.

3. Ai coordinatori sanitari spetta un'indennità di dirigenza pari a 150 euro.

4. Ai dirigenti sanitari spetta un'indennità di dirigenza pari a 250 euro.

5. Il compenso di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 è corrisposto per tredici mensilità.

6. Il compenso di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 si riferisce alla posizione iniziale di ciascun medico ed è suscettibile di aumenti periodici costanti in ragione del 2,5 per cento della misura iniziale per ogni biennio di permanenza nell'incarico senza demerito.

7. Il compenso mensile lordo di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 deve essere rideterminato entro il mese di gennaio di ogni triennio con decreto del Ministro della giustizia di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze tenute presenti le indicazioni della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, in relazione al costo della vita

secondo le variazioni degli indici dei prezzi rilevati dall'ISTAT sopravvenuto nell'ultimo triennio e ad eventuali accresciuti compiti e funzioni ».

ART. 13.

1. L'articolo 51 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

« ART. 51. — (*Servizio di guardia medica*). — 1. Per le esigenze di servizio e per garantire alla popolazione detenuta *standard* assistenziali adeguati è istituito il servizio di guardia medica che, oltre a garantire le eventuali urgenze ed emergenze, integra il servizio dei medici incaricati, assumendone le funzioni in assenza del medesimo.

2. Il rapporto di lavoro degli operatori del servizio di guardia medica è di tipo libero-professionale.

3. Per ciascun turno di guardia medica espletato al medico spetta un compenso orario da determinare entro il mese di gennaio di ogni biennio, con decreto del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, tenute presenti le indicazioni della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri. A tale compenso va aggiunto l'importo obbligatorio previdenziale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza medici pari al 12,50 per cento, di cui il 4,50 per cento a carico del medico e il rimanente 8 per cento a carico dell'Amministrazione penitenziaria.

4. Il compenso orario lordo è aumentato del 2,50 per cento per ogni biennio di anzianità di servizio e deve tenere conto di un'indennità per il servizio festivo e notturno.

5. Ai medici di guardia che operano negli istituti o nei servizi penitenziari di Favignana, di Gorgona e di Porto Azzurro spetta un compenso aggiuntivo di 1 euro per ogni ora di servizio effettivo prestato.

6. L'orario mensile non può essere inferiore a 60 e superiore a 192 ore per ogni medico di guardia e può essere ac-

quisito anche svolgendo servizio in più istituti.

7. Presso ogni istituto penitenziario è predisposta una graduatoria per titoli e per servizi al fine del conferimento di incarichi resisi disponibili ».

ART. 14.

1. L'articolo 52 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

« ART. 52. — (*Servizi specialistici*). — 1. Ogni istituto penitenziario deve poter disporre di un adeguato servizio specialistico. Il rapporto degli operatori del servizio specialistico è di tipo libero-professionale.

2. Per l'erogazione delle prestazioni specialistiche, il direttore dell'istituto si avvale dell'opera di medici-chirurghi specialisti i quali devono poter effettuare tali prestazioni nelle condizioni ambientali da loro stessi ritenute necessarie per l'idoneo espletamento dell'incarico a mezzo di adeguate risorse tecnologiche.

3. Al medico specialista spetta, per le sue prestazioni, il compenso minimo previsto dalla tariffa nazionale approvata dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi e odontoiatri.

4. In caso di temporanea impossibilità di garantire la presenza nell'istituto di uno specialista in una determinata branca, l'Amministrazione penitenziaria può autorizzare il medico incaricato a svolgere le prestazioni specialistiche alle stesse condizioni stabilite per gli specialisti esterni.

5. Le prestazioni di tipo psichiatrico, al fine di salvaguardare la continuità assistenziale e terapeutica territoriale integrata, sono erogate dal dipartimento di salute mentale della azienda sanitaria locale competente per territorio ».

ART. 15.

1. L'articolo 53 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, è sostituito dal seguente:

« ART. 53. — (*Servizio di guardia infermieristica*). — 1. Per le esigenze del ser-

vizio di infermieristica il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria può assegnare agli istituti un congruo numero di ore di servizio da assicurare con infermieri libero-professionisti o mediante convenzioni con aziende ospedaliere. Il rapporto è di tipo libero-professionale.

2. L'infermiere presta la opera secondo i turni prestabiliti mensilmente dal responsabile del servizio e nel rispetto del codice deontologico.

3. Per ciascun turno espletato all'infermiere spetta un compenso orario da determinare entro il mese di gennaio di ogni biennio con decreto del Ministro della giustizia di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, considerate anche le indennità festiva e notturna, e tenute presenti le indicazioni della Federazione dei collegi degli infermieri professionali assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia. Il compenso orario lordo è aumentato del 2,50 per cento per ogni biennio di anzianità di servizio.

4. Agli infermieri che operano negli istituti o nei servizi penitenziari di Favignana, di Gorgona e di Porto Azzurro spetta un compenso aggiuntivo di 1 euro per ogni ora di servizio effettivo prestato ».

ART. 16.

1. Gli articoli 39 e 39-bis della legge 9 ottobre 1970, n. 740, sono abrogati.

ART. 17.

1. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero della giustizia, organizza corsi di aggiornamento e di specializzazione in medicina penitenziaria.

2. Il Ministero della giustizia ha la facoltà di iscrivere i medici incaricati e i medici di guardia a scuole di specializzazione in base alle esigenze dell'Amministrazione penitenziaria.

3. L'attività di medicina preventiva è resa operativa dal dipartimento dell'azienda sanitaria locale di competenza, che, a sua volta per motivi logistici, può

avvalersi dell'opera del responsabile dell'area sanitaria, tramite apposita convenzione libero-professionale.

ART. 18.

1. I posti disponibili di medico incaricato dell'Amministrazione penitenziaria non coperti mediante concorso entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono conferiti direttamente dal Ministero della giustizia.

2. Su richiesta dell'interessato, coloro che alla data di entrata in vigore della presente legge operano con la qualifica di medico incaricato provvisorio nell'Amministrazione penitenziaria sono qualificati come medici incaricati definitivi nell'istituto dove operano.

3. Le disposizioni di cui all'articolo 38 della legge 9 ottobre 1970, n. 740, come sostituito dall'articolo 12 della presente legge, si applicano a decorrere dal 1° gennaio 2004.

PAGINA BIANCA

€ 0,26



14PDL0046930