

# SENATO DELLA REPUBBLICA

V LEGISLATURA

(N. 227)

## DISEGNO DI LEGGE

presentato dal **Ministro di Grazia e Giustizia**

(GONELLA)

di concerto col **Ministro del Tesoro**  
e « ad interim » del **Bilancio e della Programmazione Economica**

(COLOMBO)

col **Ministro della Sanità**

(ZELIOLI LANZINI)

e col **Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale**

(BOSCO)

NELLA SEDUTA DELL'8 OTTOBRE 1968

Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria

ONOREVOLI SENATORI.

### I. — PREMESSA

Il dettato costituzionale sull'umanizzazione del trattamento penitenziario e sulla rieducazione del condannato e l'evoluzione degli studi criminologici postulano un arricchimento dell'azione penitenziaria non limitata, cioè, alla semplice custodia, al mantenimento materiale ed all'attuazione del particolare regime disciplinare degli istituti, ma estesa, invece, al coordinato sviluppo di un

complesso di interventi diretti ad individuare le carenze fisio-psichiche dei soggetti nonché all'organizzazione di servizi e di attività adeguati per un efficace trattamento rieducativo.

Nel novero di tali servizi occupa un posto preminente quello sanitario. Ed invero, nell'ambito dei nuovi compiti attribuiti alla Amministrazione penitenziaria, l'assistenza sanitaria assume dimensioni ed aspetti diversi: in primo luogo l'intervento del medico è più ampio e continuo e non limitato all'effettivo insorgere di un infermità in quan-

to anche l'azione del medico s'inserisce nell'attuazione del programma di trattamento rieducativo; in secondo luogo l'osservazione fisio-psichica dei soggetti richiede l'intervento di medici specialisti, quali lo psicologo, lo psichiatra, l'internista, eccetera; in terzo luogo tale osservazione, con una più profonda individuazione delle deficienze sia fisiche che psichiche dei soggetti, impone la disponibilità di istituti speciali nei quali è indiscutibile la necessità di un'efficiente organizzazione di servizi medici per la cura delle accertate minorazioni fisiche o psichiche.

Infine, in relazione alle peculiari esigenze del trattamento, il ricorso alle spedalizzazioni esterne non può non avere carattere eccezionale. La spedalizzazione esterna, infatti, incide negativamente sul corso del trattamento perchè interrompe, proprio nel momento più delicato e più difficile, il rapporto instaurato tra il personale dell'istituto ed il soggetto. Nè sono da trascurare altre conseguenze negative, quali il rilevante onere della spesa, la difficoltà della vigilanza, i problemi della sicurezza in genere per le diverse condizioni ambientali.

Con riferimento a quanto prospettato, la Amministrazione ha in corso di avanzata esecuzione il seguente programma: miglioramento degli impianti e delle attrezzature delle infermerie; istituzione dei centri di osservazione; costituzione, in alcuni istituti, di centri ospedalieri adeguatamente dotati; rinnovamento, sia nelle strutture murarie, sia nei servizi d'indagine e di cura, degli istituti destinati alle varie categorie di minorati fisici e di minorati psichici.

Questo sviluppo dell'organizzazione sanitaria crea urgenti ed indilazionabili problemi per l'Amministrazione che deve provvedere all'attuazione di un'organica assistenza medica generica e specialistica, nonchè alla istituzione di servizi di guardia medica ed infermieristica negli istituti a carattere sanitario e in quelli nei quali sono in funzione centri ospedalieri.

Ed invero attualmente la situazione del personale medico ed infermieristico non corrisponde alle nuove necessità.

Il servizio di assistenza sanitaria generica nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorati ospitati negli istituti di preven-

zione e di pena è, infatti, assicurato mediante le prestazioni di medici aggregati, vincolati all'Amministrazione da un rapporto di mero incarico disciplinato dal regio decreto-legge 30 ottobre 1924, n. 1758.

Le prestazioni specialistiche, invece, sono rese da medici specialisti ai quali viene corrisposto un compenso stabilito sulla base delle vigenti tariffe professionali.

Al servizio di guardia medica si provvede con medici retribuiti a parcella per ogni turno di guardia.

Il servizio infermieristico è curato, infine, da un esiguo numero di appartenenti al Corpo di agenti di custodia e da qualche unità appartenente al personale operaio.

I medici di ruolo (in numero di 26) sono preposti o addetti ai manicomi giudiziari, nei quali, peraltro, prestano la loro opera anche medici aggregati, attesa l'evidente sproporzione tra le necessità di servizio dei manicomi (sei istituti con una presenza media complessiva di circa tremila persone) e l'organico dei medici di ruolo.

L'Amministrazione, inoltre, si avvale, in base ad autorizzazione del Ministero del tesoro accordata semestralmente, dell'opera di altri medici generici (c.d. « giornalieri »; il loro numero è in media di 100), ai quali viene corrisposto un compenso equivalente a quello che loro spetterebbe se fossero medici aggregati.

E, pertanto, indilazionabile l'aggiornamento della disciplina giuridica del rapporto che intercede tra la pubblica Amministrazione e i medici aggregati, dato che tale disciplina, oltre a risalire al 1924, è del tutto inorganica e frammentaria — come palesemente apparirà dalla esposizione che segue — e, pertanto, inadeguata alle attuali nuove esigenze che comportano un più ampio e costante intervento dell'opera sanitaria; è inoltre, indispensabile provvedere alla disciplina giuridica del rapporto intercorrente tra l'Amministrazione e le altre categorie di personale sanitario, mancando, allo stato, una qualsiasi regolamentazione delle prestazioni rese dai medici specialisti e dai medici addetti al servizio di guardia; è, infine, necessario prevedere legislativamente il personale che possa assicurare un idoneo servizio infermieristico.

Solo così sarà possibile eliminare le gravi difficoltà nelle quali si dibatte l'Amministrazione che non è in grado, come si è detto, di poter soddisfare, senza disporre di un maggior numero di medici, le accresciute esigenze dei servizi sanitari degli istituti, nè ha la possibilità di assicurare un adeguato espletamento dei servizi esistenti, in quanto gli attuali medici aggregati, a motivo della estrema precarietà ed incertezza della loro posizione giuridica, della esiguità della retribuzione ad essi spettante, della mancata previsione del riposo settimanale e annuale retribuito, limitano la loro attività al minimo indispensabile.

Dovendosi disciplinare lo stato giuridico dei medici aggregati si ritiene opportuno, per ovvi motivi, prevedere che la nuova disciplina sia estesa anche al rimanente personale sanitario aggregato, e precisamente ai farmacisti e veterinari aggregati (attualmente in numero di 5).

## II. — RIPARTIZIONE DEL DISEGNO DI LEGGE

Per le considerazioni dianzi esposte e rinviando alla riforma dell'ordinamento del personale civile penitenziario, in corso di elaborazione, la risoluzione del problema dell'organico dei medici di ruolo, il disegno di legge predisposto disciplina:

1) lo stato giuridico ed economico dei medici, farmacisti e veterinari aggregati, che vengono nel progetto denominati « incaricati » (Titolo I);

2) il rapporto tra l'Amministrazione ed i medici che forniscono le prestazioni specialistiche e quelli addetti al servizio di guardia (Titolo II);

3) il rapporto tra l'Amministrazione e il personale destinato ad assicurare il servizio infermieristico (Titolo III);

4) l'inquadramento nella nuova posizione giuridica prevista dalle norme di cui al punto 1) dei medici, farmacisti e veterinari aggregati e dei medici farmacisti e veterinari dei quali l'Amministrazione si avvale per autorizzazione del Ministero del tesoro (c.d. giornalieri).

## III. — MEDICI - FARMACISTI E VETERINARI INCARICATI

### 1) - MEDICI INCARICATI (artt. 1 - 42)

#### A) - NATURA GIURIDICA DEL RAPPORTO INTERCORRENTE TRA L'AMMINISTRAZIONE E I MEDICI INCARICATI

Secondo la legislazione vigente « gli appartenenti al personale aggregato vengono investiti delle rispettive attribuzioni in forma di semplice incarico; essi non assumono la qualità di impiegati governativi nè hanno diritto a pensione o ad altri vantaggi, come congedi, aspettative, eccetera » salvo la disposizione di cui all'articolo 5 che prevede per i soli insegnanti il diritto al congedo annuale retribuito (articolo 3 regio decreto-legge 30 ottobre 1924, n. 1758).

Peraltro lo stesso provvedimento legislativo dispone (articolo 6) che al personale aggregato sono applicabili le norme in materia disciplinare previste per gli impiegati civili di ruolo dello Stato, mentre, con successive disposizioni particolari, sono stati a loro favore estesi i miglioramenti economici concessi ai pubblici impiegati.

Ad ogni modo, in base all'affermazione contenuta nel citato articolo 3, secondo cui gli aggregati non sono impiegati governativi, il Consiglio di Stato si è dichiarato carente di giurisdizione sui ricorsi proposti da detti aggregati a tutela dei loro diritti.

Peraltro, escluso che possa riscontrarsi un rapporto di pubblico impiego, rimane da individuare se tra la Pubblica amministrazione e gli aggregati sia da ravvisarsi un rapporto pur sempre di lavoro subordinato, sia pure di impiego privato, ovvero un rapporto di lavoro autonomo.

Il primo tipo di rapporto dovrebbe escludersi, nella considerazione che il decreto n. 1758 del 1924 non opera rinvio alcuno, per quanto non disciplinato nel decreto stesso, alle norme del diritto privato in materia di rapporto di lavoro subordinato.

Si dovrebbe, pertanto, concludere che nella specie trattasi di rapporto di lavoro autonomo, come potrebbe desumersi dalla locuzione, sopra riportata, usata dalla legge secondo cui « gli appartenenti al personale ag-

gregato vengono investiti delle rispettive attribuzioni in forma di semplice incarico ».

Con tale natura, però, contrasta la disposizione di cui all'articolo 6 del citato decreto n. 1758, secondo cui al personale aggregato si applicano le norme in materia disciplinare dettate per gli impiegati civili dello Stato.

Ed infatti la circostanza che la Pubblica amministrazione abbia, nei confronti del personale aggregato, un potere disciplinare, è in netto contrasto con la asserita loro qualità di lavoratori autonomi: l'essere assoggettati ad un potere disciplinare è la manifestazione peculiare dell'assoggettamento ad un potere di subordinazione, caratteristica questa che distingue appunto il lavoro subordinato dal lavoro autonomo. Il committente, nei confronti del lavoratore autonomo, può rifiutare l'opera eseguita, può chiedere un risarcimento del danno per cattiva esecuzione o vizi dell'opera, ma non può certo applicare sanzioni disciplinari, appunto perchè il prestatore d'opera non si trova, durante l'esecuzione dell'opera stessa, in una posizione di subordinazione gerarchica al committente, ma agisce autonomamente.

Allo stato, pertanto, regna molta incertezza sull'esatta configurazione giuridica del rapporto, se cioè esso debba, in primo luogo, considerarsi come rapporto di lavoro subordinato (*locatio operarum*) o piuttosto come rapporto di lavoro autonomo (*locatio operis*).

Nell'ipotesi di *locatio operarum* resta, però, da definire se il rapporto sia di natura pubblicistica o privatistica.

Tale incertezza dà luogo a gravi inconvenienti pratici nella risoluzione di alcuni particolari problemi, quali quelli concernenti il riconoscimento d'infermità come dipendente da causa di servizio, la concessione dell'equo indennizzo eccetera, proprio perchè in base alle vigenti discipline legislative non riesce possibile l'esatta individuazione non solo del genere di rapporto di lavoro (autonomo o subordinato), ma anche della specie di esso.

È evidente, pertanto, la necessità di chiarire legislativamente gli estremi essenziali

del rapporto in questione, attraverso una completa disciplina di tutti i suoi aspetti.

E tale definizione si palesa indispensabile in ordine anche ad altre questioni di grande delicatezza, oltre a quelle accennate.

La prima questione riguarda la responsabilità dell'Amministrazione verso detenuti in caso di condotta colposa del sanitario che nell'esercizio della sua attività professionale, resa in virtù del vincolo che lo lega alla Pubblica amministrazione, cagioni ai detenuti lesioni ovvero la morte. Configurando il rapporto tra la Pubblica amministrazione e il sanitario come rapporto di lavoro autonomo, deve, senza possibilità di dubbio alcuno, escludere la sussistenza di un rapporto di servizio e quindi di un rapporto di immedesimazione organica tra il soggetto che agisce e la Pubblica amministrazione; rapporto invece che, come si vedrà, sempre sussiste se trattasi di lavoro subordinato. In tal caso l'attività del sanitario resta attività del soggetto che la pone in essere e non già dell'Amministrazione, che non potrebbe, quindi, essere chiamata a rispondere dei danni da detta attività cagionati a titolo di responsabilità diretta, bensì — ed anche ciò sarebbe opinabile — a titolo di responsabilità indiretta, *per culpa in eligendo* o *in vigilando*.

Diversa conclusione, invece, dovrebbe adottarsi configurando un rapporto di lavoro subordinato.

Se i sanitari fossero legati alla Pubblica amministrazione da un rapporto di pubblico impiego di diritto comune, è evidente che l'Amministrazione dovrebbe rispondere in via diretta dei danni cagionati dalla loro attività, ferma rimanendo la responsabilità civile personale dell'impiegato, ai sensi dell'articolo 28 della Costituzione; se, al contrario, fossero legati da un rapporto di pubblico impiego di diritto speciale, non potrebbe, nemmeno in tal caso, negarsi la sussistenza di un rapporto di « servizio » e quindi di immedesimazione organica, con conseguente responsabilità diretta della Pubblica amministrazione in ordine ai danni cagionati dai sanitari; invero soltanto una esplicita previsione da parte dell'ordinamento speciale che disciplina tale rap-

porto potrebbe far escludere tale responsabilità (come è per i giudici, cancellieri, ufficiali giudiziari, ai sensi degli articoli 55 e 60 del Codice di procedura civile).

Se i sanitari fossero legati alla Pubblica amministrazione da un rapporto di impiego privato non sembrerebbe potersi escludere, nemmeno in detta ipotesi, tale responsabilità diretta.

È pacifico che l'ordinamento giuridico prevede che anche lo Stato, come altre pubbliche Amministrazioni (per alcune di esse, anzi, tale specie di rapporto di impiego è l'unico previsto: vedi ad esempio le norme relative al personale dei c. d. enti pubblici economici e, da ultimo, la legge 8 dicembre 1962, n. 1643, sull'Ente nazionale per l'energia elettrica) in alcuni casi possono avvalersi, per porre in essere la propria attività, di personale ad essi legato da un rapporto di natura privatistica e non pubblicistica e cioè da un rapporto di impiego privato.

La circostanza che, in tale caso, il rapporto tra la Pubblica amministrazione e il soggetto è regolato dalle norme del diritto privato (con la conseguenza prima fra tutte, che il Consiglio di Stato è carente di giurisdizione in ordine alle controversie aventi per oggetto diritti soggettivi perfetti) non esclude, tuttavia, che il rapporto possa qualificarsi « di servizio », dovendosi tale rapporto ravvisare ogni qualvolta un soggetto — anche una persona giuridica —, a qualsiasi titolo (servizio onorario, servizio obbligatorio, servizio di fatto), ponga legittimamente in essere una attività propria della Pubblica amministrazione (v. Sandulli, Manuale di diritto amministrativo, Napoli 1964, p. 145, 159, 166 ss.). Se così è, sembra ulteriormente che, sussistendo comunque un rapporto di servizio, non possa poi negarsi la sussistenza di un rapporto di immedesimazione organica tra la Pubblica amministrazione ed il soggetto che per essa agisce.

D'altra parte il tipo di rapporto — pubblicistico o privatistico — previsto dall'ordinamento tra l'ente ed il soggetto che lo fa agire, non sembra possa avere influenza in ordine alla diversa questione della riferibilità all'ente stesso dell'attività del soggetto che pone in essere un'attività propria della Pubblica amministrazione (non può

dubitarsi, d'altronde, che l'attività degli impiegati degli enti pubblici economici e, in genere, degli enti pubblici che hanno alle dipendenze soltanto impiegati di diritto privato, sia attività direttamente riferibile all'ente).

Va rilevato, infine, come non possa confondersi il rapporto di immedesimazione organica — relazione *sui generis*, ma non vero e proprio rapporto giuridico (relazione interna tra l'ufficio e la persona ad essa addetta) — con il rapporto di servizio, il quale ultimo consiste in un vero e proprio rapporto giuridico tra due distinti soggetti e cioè Pubblica amministrazione e la persona fisica che si mette al suo servizio per porre in essere una data attività.

Stando così le cose, anche se nella specie si prevedesse un rapporto di impiego privato tra la Pubblica amministrazione e i sanitari in questione, non potrebbe escludersi la responsabilità diretta della Pubblica amministrazione, ferma sempre rimanendo la responsabilità diretta anche del sanitario, ai sensi del citato articolo 28 della Costituzione (ed invero nella locuzione della citata norma costituzionale — « funzionari e dipendenti » — sono da considerarsi compresi tutti coloro che si trovano con la Pubblica amministrazione in un qualsiasi rapporto di servizio).

La natura del rapporto tra sanitari e Pubblica amministrazione ha ancora rilevanza ai fini dell'eventuale estensione in loro favore della limitazione della responsabilità prevista dagli articoli 22 e 23 del vigente statuto degli impiegati civili dello Stato, secondo cui gli impiegati rispondono direttamente del danno ingiusto da essi cagionato nell'esercizio delle attribuzioni loro conferite dalle leggi e regolamenti; e danno ingiusto è soltanto quello derivante da violazione dei diritti dei terzi per dolo o per colpa grave.

La questione non si porrebbe neppure qualora i sanitari dovessero essere considerati lavoratori autonomi; lo stesso dovrebbe dirsi se fossero legati da un rapporto privatistico d'impiego con la Pubblica amministrazione.

Se invece si instaurasse tra la Pubblica amministrazione e i sanitari un rapporto

## LEGISLATURA V — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

di pubblico impiego di diritto speciale, la materia dovrebbe essere regolata da tale particolare ordinamento e, in mancanza di una espressa regolamentazione, dovrebbe esaminarsi se le citate norme dello statuto degli impiegati civili dello Stato possano applicarsi per analogia anche agli impiegati pubblici di diritto speciale.

Altra questione di rilievo, poi, è quella riguardante la responsabilità del sanitario nei confronti dell'Amministrazione (si pensi all'ipotesi dell'Amministrazione che si deve rivalere sul medico in ordine a somme, da essa corrisposte a un detenuto per risarcimento di danni a lui causati nell'espletamento dell'attività sanitaria). Anche per tale questione, ovviamente, dovranno prevedersi soluzioni legislative diverse a seconda della natura del rapporto tra la Pubblica Amministrazione e il sanitario.

Come già accennato, infine, la scelta del tipo di rapporto da instaurare tra la Pubblica Amministrazione e i sanitari assume rilevanza anche ai fini di decidere se e in quale misura sia possibile e opportuno prevedere l'estensione ai sanitari stessi di benefici accordati ai pubblici impiegati.

Dovendo, per le ragioni su esposte stabilire univocamente il tipo di rapporto dei medici incaricati, la previsione di un rapporto di lavoro autonomo è risultata, *prima facie*, inadeguata per l'esatto inquadramento dei vari obblighi di servizio.

Ed invero il medico incaricato è chiamato a prestare la propria opera all'interno di un organismo sociale, quale è un istituto di prevenzione e di pena, necessariamente disciplinato da una serie di norme del tutto particolari, avuto riguardo alla condizione dei soggetti che costituiscono la comunità carceraria. Tali norme, pur non incidendo sul contenuto tecnico delle singole prestazioni mediche, pongono in essere un complesso di doveri tra i quali è preminente la subordinazione del medico al direttore dell'istituto, il che non si concilia con la natura del lavoro autonomo.

Tale subordinazione assume, poi, maggior rilevanza nel caso in cui i medici incaricati prestino la loro opera presso istituti peni-

tenziari a carattere ospedaliero (manicomi giudiziari, sanatori giudiziari, case di reclusione per minorati fisici, eccetera), diretti da medici di ruolo dell'Amministrazione, per effetto dell'obbligo di osservare anche le direttive di carattere tecnico, e non solo le prescrizioni di carattere organizzativo del direttore dell'istituto.

Contrasta, inoltre, con le caratteristiche peculiari del rapporto di lavoro autonomo, la previsione del congedo retribuito, del diritto a percepire la retribuzione (ovviamente per un periodo limitato) anche in caso di infermità dipendente o non dal servizio, della conservazione dell'incarico per un determinato periodo in caso di mancata prestazione dell'opera per infermità, per motivi di famiglia, per matrimonio, eccetera, nonchè del potere disciplinare dell'Amministrazione, previsione quest'ultima indispensabile nell'ambito della particolare organizzazione penitenziaria nella quale la preminenza del sistema gerarchico risponde, tra l'altro, a necessità di sicurezza generale e di ordine pubblico.

Per tutte le considerazioni sopra esposte, si è ritenuto di dover prevedere un rapporto di lavoro subordinato. Escluso, però, il ricorso ad un rapporto di pubblico impiego di diritto comune per l'ovvio motivo che, in tal caso, sarebbe stato sufficiente aumentare l'organico dei medici di ruolo (aumentato, peraltro, che comporterebbe un onere finanziario quanto mai elevato e del tutto sproporzionato alle esigenze di servizio) si sono esaminate le seguenti soluzioni: o prevedere un rapporto di impiego privatistico ovvero un rapporto pubblicistico di impiego, nettamente diverso, però, dal rapporto di pubblico impiego di diritto comune e dai rapporti di pubblico impiego di diritto speciale previsti attualmente dal diritto positivo.

La prima soluzione è stata respinta perchè le norme relative al rapporto di impiego privato, mentre sono idonee a disciplinare le prestazioni di altre categorie professionali (vedi ad esempio, da ultimo la legge 23 giugno 1961, n. 520, per il personale chiamato ad espletare attività specializzate dei servizi del turismo e dello spet-

tacolo, informazioni e proprietà intellettuali; legge 29 settembre 1962, n. 1483, per il personale laureato adibito a ricerche e studi nel campo dell'energia nucleare), non si adattano al particolare rapporto tra l'Amministrazione penitenziaria ed i medici degli istituti per le varie considerazioni già sopra esposte.

Ciò stante, è stata adottata la seconda soluzione che sembra più aderente al particolare servizio dei medici negli istituti penitenziari. A tal fine l'allegato disegno di legge non contiene alcun rinvio alle norme concernenti gli impiegati civili dello Stato, ma detta una completa ed organica disciplina dello stato giuridico dei medici incaricati, nel presupposto che il loro rapporto con l'Amministrazione costituisce rapporto pubblicistico di servizio (d'impiego) di diritto speciale, totalmente differenziato dagli altri rapporti di pubblico impiego. A tale presupposto si ispira la supposizione secondo cui ai medici — definiti più propriamente « incaricati » — non è applicabile alcuna delle norme relative agli impiegati dello Stato, come meglio sarà rilevato più oltre.

#### B) - ORGANI COMPETENTI AD ADOTTARE PROVVEDIMENTI RELATIVI ALLO STATO GIURIDICO DEI SANITARI INCARICATI (art. 54).

Attualmente gli organi competenti ad adottare provvedimenti relativi allo stato giuridico dei sanitari aggregati sono il Ministero, il Procuratore generale presso la Corte di appello nel cui distretto è situato l'istituto cui il sanitario è addetto e il direttore dell'istituto stesso.

Nel disegno allegato è stato precisato, di volta in volta, quando la competenza sia dell'uno o dell'altro organo.

A proposito del Procuratore generale, peraltro, si rileva che tale organo non è stato nominato espressamente, bensì si è usata la locuzione generica « organo periferico dell'Amministrazione »: ciò in quanto trovatisi allo studio una riforma dell'Amministrazione penitenziaria, per quel che concerne gli organi competenti ad emettere i

provvedimenti relativi allo stato giuridico del personale dipendente (impiegati, operai, personale militare, eccetera); in tal modo la diversa competenza periferica che la riforma in corso potrà stabilire non sarà in contrasto con le norme del disegno in esame.

Per la legislazione vigente non vi può essere dubbio che l'organo periferico dell'Amministrazione penitenziaria sia il Procuratore generale (articolo 1 regio decreto 28 giugno 1923, n. 1890); ad ogni modo, al fine di evitare qualsiasi incertezza, nel progetto si è espressamente specificato (articolo 54) che, allo stato, l'organo periferico dell'Amministrazione penitenziaria competente ad adottare provvedimenti, previsti nel progetto stesso, relativi allo stato giuridico dei sanitari incaricati, è il Procuratore generale presso la Corte di appello nel cui territorio è situato l'istituto cui è addetto il sanitario incaricato al quale si riferisce il provvedimento.

#### C) - QUALIFICA E ATTRIBUZIONI (art.1)

I medici in parola sono stati qualificati « incaricati » (art. 1, I comma del progetto) e non più « aggregati », espressione quest'ultima non idonea a definire chiaramente la loro posizione giuridica. L'espressione « incaricati », per la verità, sembrerebbe avere un significato che non si addice al rapporto che si è voluto instaurare. Si afferma, infatti (Zanobini, Dir. Amm. III, 1949, Milano, pag. 206), che l'incaricato è l'impiegato assunto, temporaneamente, in caso di vacanza del posto, in attesa che il medesimo venga ricoperto con il titolare; nel diritto positivo si può citare l'ipotesi dell'insegnante incaricato (legge 19 marzo 1955, n. 160). In dottrina e nel diritto positivo, cioè, si collega la qualifica di incaricato ad una temporaneità e precarietà del rapporto di servizio.

È sembrato tuttavia che la qualifica di « incaricato » sia quella che meglio si adatta allo speciale rapporto di servizio che nel progetto si è voluto instaurare, soprattutto per differenziare il personale in questione — legato anch'esso da rapporti di servizio (se si vuole di impiego) di diritto pubblico

con lo Stato — dal personale impiegatizio (diritto pubblico) appartenente ai comuni ruoli organici.

Un ordinamento dello stato giuridico del personale non può determinare con precisione le attribuzioni del personale stesso, spettando tale precisazione alle norme concernenti l'ordinamento dei servizi. E pertanto il progetto (articolo 1, II comma), per quanto riguarda le attribuzioni degli incaricati, rinvia appunto ai regolamenti concernenti il funzionamento degli istituti di prevenzione e di pena, (e cioè: regolamento per gli istituti di prevenzione e di pena, approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 897; regolamento per le case di rieducazione, approvato con regio decreto 4 aprile 1939, n. 721, modificato con decreti del Presidente della Repubblica 12 agosto 1951, n. 982, e 1° dicembre 1952, n. 4486; regolamento per il Corpo degli agenti di custodia approvato con regio decreto 30 dicembre 1937, n. 2584).

#### D) - NORME DISCIPLINANTI IL RAPPORTO (art. 2).

L'articolo 2 del progetto precisa che le norme disciplinanti il rapporto tra l'Amministrazione e medici incaricati sono esclusivamente quelle del progetto stesso.

Si è voluto inoltre, per ulteriore chiarezza, escludere espressamente l'applicabilità, anche ai sanitari, delle norme relative agli impiegati civili dello Stato

Con le disposizioni dell'articolo 2, in sostanza, si è voluto chiarire senza possibilità alcuna di equivoco che il rapporto *de quo* è disciplinato compiutamente dalle norme del progetto stesso e che deve escludersi in ogni caso l'applicazione, in via analogica, delle norme relative agli impiegati dello Stato.

#### E) - ORGANICO (art. 3)

L'attuale organico dei medici aggregati è di 222 unità (regio decreto 4 aprile 1935, n. 497, che ha sostituito la tabella allegata al regio decreto-legge 30 ottobre 1924, numero 1758).

L'Amministrazione, poi, come più sopra precisato, si avvale dell'opera di altri medici (c.d. "giornalieri"), in numero di 100 circa.

Si è ritenuto, pertanto, indispensabile prevedere un organico di 325 unità, che risulta di poco superiore al numero dei medici dei quali l'Amministrazione, in sostanza, già si avvale attualmente; per cui, sotto questo aspetto, il maggiore onere finanziario è davvero molto modesto.

Nella considerazione che gli istituti penitenziari sono soggetti a trasformazione sia per quel che concerne la loro destinazione (ad esempio: istituzione o soppressione di sezioni per minorati fisici), sia per quanto si riferisce alla loro capienza (a seguito di lavori di ampliamento o adattamento ovvero di abbandono di locali), è indispensabile che l'Amministrazione si trovi in grado di poter adeguare senza eccessive formalità il numero del personale addetto all'istituto alle reali e mutevoli esigenze del servizio. Ed invero, mentre per il comune personale impiegatizio ed operaio tale esigenza può essere soddisfatta facendo ricorso ai trasferimenti da una sede all'altra, il problema risulta invece delicato per quanto riguarda i medici incaricati, i quali non possono essere trasferiti, dato che il concorso di ammissione si riferisce ad un singolo istituto.

Attualmente i medici aggregati, una volta nominati, non possono essere esonerati se non a seguito di procedimento disciplinare ovvero per soppressione dell'istituto, come sarà meglio illustrato a proposito dell'articolo 37. La lacuna legislativa è grave. Si è dato il caso di istituti presso i quali erano stati assegnati a suo tempo, ad esempio, tre medici: venuta successivamente meno la necessità di avvalersi di taluno di essi, per l'intervenuta trasformazione dell'istituto, l'Amministrazione si è trovata nella impossibilità di far luogo all'esonero del medico la cui opera era divenuta oramai superflua.

Pertanto il progetto stabilisce che i 325 medici previsti dall'organico siano ripartiti tra i vari istituti con decreto del Ministro per la grazia e giustizia: il sistema permette di adeguare il numero dei medici addetti ad

ogni singolo istituto alle effettive esigenze di esso. In relazione al nocumento che può derivare al medico che ricopre il posto soppresso, con gli articoli 37 e 40 si è provveduto a disciplinare la posizione di tale medico.

#### F) - AMMISSIONE ALL'INCARICO

(artt. 4 - 13)

a) *Sistema di ammissione (concorso per titoli e nomina a scelta) e requisiti per la ammissione (articoli 4 - 5).*

L'articolo 3 del regio decreto-legge 30 ottobre 1924, n. 1758, dispone che gli appartenenti al personale aggregato vengono investiti delle rispettive funzioni mediante concorso per titoli o a scelta e che alla nomina dei medici chirurghi, tanto per concorso che a scelta, provvede il Ministero della giustizia, sulla relazione e il parere di una Commissione nominata dal Procuratore generale della Corte di appello nella cui circoscrizione ha sede lo stabilimento penale o il riformatorio presso il quale i nominandi dovranno prestare servizio.

L'Amministrazione ha seguito finora la prassi di conferire, in via normale, l'incarico a seguito di concorso; solo eccezionalmente, per coprire posti in sedi disagiate o per le quali il concorso era andato deserto ovvero era nota la difficoltà di reperire un professionista disposto ad espletare in quella determinata sede il servizio sanitario, ha fatto ricorso alla nomina a scelta.

Per quanto riguarda, più in particolare, la nomina mediante concorso, l'Amministrazione, stante la non perspicuità della disposizione sopra riportata (« alla nomina per concorso provvede il Ministero della giustizia, sulla relazione ed il parere di una Commissione... »), ha ritenuto di dover procedere ad un regolare concorso per titoli, ispirandosi alle norme in materia vigenti per gli impiegati civili dello Stato (formazione della graduatoria da parte della Commissione giudicatrice, esame di legittimità dell'operato della Commissione da parte del Ministro e conseguente emanazione del decreto di approvazione della graduatoria e di nomina del vincitore); e tale procedura è stata ritenuta le-

gittima anche dal Consiglio di Stato (Sezione IV, 28 novembre 1955, n. 904).

È apparso opportuno disciplinare la materia in conformità della prassi cui si è sino ad ora attenuta l'Amministrazione. È stato, pertanto, previsto che il conferimento dell'incarico avvenga a seguito di un comune concorso per titoli; soltanto per alcune sedi particolarmente disagiate, indicate nelle tabelle allegate al progetto (tabelle modificabili peraltro con decreto interministeriale), si è prevista la possibilità di affidare l'incarico mediante scelta diretta da parte del Ministero sentito il competente organo periferico: ciò però solo nella ipotesi che il concorso per coprire quel posto sia andato deserto ovvero nessun aspirante ne sia risultato vincitore.

La vigente legislazione non fissa limiti di età per la nomina ad aggregato. Si è creduto, invece, necessario fissare un tale limite (45 anni) al fine di garantire la migliore efficienza e la necessaria continuità del servizio sanitario.

Gli altri requisiti per l'ammissione all'incarico sono quelli comuni ai dipendenti dello Stato.

Un requisito particolare è quello della iscrizione all'Ordine dei medici.

b) *Espletamento del concorso (artt. 6 - 13).*

Allo stato della legislazione, come rilevato, il concorso è bandito con decreto del Ministro e si riferisce ai posti da coprire per ogni singolo istituto; l'espletamento del concorso è, invece, effettuato da parte di commissione giudicatrice costituita presso l'organo periferico dell'Amministrazione.

Tale sistema decentrato ha dato luogo a inconvenienti, per la non uniformità dei criteri che sono stati, alle volte, riscontrati per quanto concerne la determinazione e la valutazione dei titoli posseduti dagli aspiranti (esempio: uno stesso titolo valutato in modo elevato nel concorso che si svolge in una sede e non valutato, invece, o valutato scarsamente nel concorso che si svolge in altra sede).

Peraltro, tale inconveniente dipende dalla circostanza che le norme in vigore non dan-

no indicazione alcuna alle commissioni giudicatrici del concorso circa i titoli valutabili.

Pertanto, fermi rimanendo la previsione che il concorso è indetto con decreto del Ministro e per i posti da coprire per ogni singolo istituto nonchè il sistema decentrato di espletamento del concorso stesso, si sono dettate norme dettagliate, lasciando ovviamente un margine di discrezionalità alla commissione giudicatrice, in merito ai titoli da valutare.

Passando ad una più dettagliata illustrazione del disegno di legge si osserva quanto segue.

L'articolo 6 dispone che il concorso è indetto con decreto del Ministro per il posto o i posti da conferire per ogni singolo istituto e precisa gli altri elementi che devono essere contenuti nel relativo bando; l'articolo 7 indica il contenuto della domanda di ammissione al concorso; l'articolo 8, in conseguenza del sistema decentrato seguito nell'espletamento del concorso, dispone che la esclusione dal concorso, per difetto dei requisiti prescritti, è disposta con decreto motivato dall'organo periferico dell'Amministrazione.

L'articolo 9 indica la composizione della commissione giudicatrice del concorso. Allo stato della legislazione (articolo 3 regio decreto-legge 30 ottobre 1924, n. 1758), detta commissione è nominata dal Procuratore generale presso la Corte di appello competente per territorio ed è composta da un consigliere di appello, che la presiede, dal medico provinciale competente per territorio e dal direttore dell'istituto cui si riferisce il concorso. Si è ritenuto che l'attuale composizione della commissione non sia idonea a garantire la funzionalità della stessa, sia per la presenza di un unico elemento tecnico, sia per la mancata partecipazione di un elemento appartenente alla categoria di personale cui si riferisce il concorso. Pertanto è apparso opportuno lasciare immutata la previsione che la commissione sia nominata dall'organo periferico dell'Amministrazione e che sia presieduta da un magistrato ordinario (egualmente a quanto previsto per i concorsi di accesso alla carriera direttiva del personale statale) avente qualifica di magistrato d'appello, designato dal

Procuratore generale competente per territorio, e che di essa faccia parte il direttore dell'istituto o servizio cui si riferisce il concorso; sono stati poi inseriti un elemento tecnico qualificato e cioè un medico-chirurgo docente universitario o primario ospedaliero, nonchè un medico incaricato addetto ad uno degli istituti situati nella circoscrizione dell'organo periferico; è apparso opportuno, infine, prevedere che della commissione facciano parte un impiegato del ruolo medico dell'Amministrazione della sanità ed un impiegato del ruolo medico dell'Amministrazione penitenziaria.

L'articolo 10 detta le norme relative alla valutazione dei titoli suddivisi in quattro categorie (titoli scolastici e dottrinali; attività comunque prestata nell'interesse dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, in qualità di medico chirurgo, servizio prestato in qualità di medico chirurgo presso altre pubbliche Amministrazioni; pubblicazioni scientifiche); il maggior rilievo è stato dato al titolo concernente l'attività prestata nell'interesse dell'Amministrazione penitenziaria.

L'articolo 11 indica l'ordine delle preferenze, a parità di punteggio complessivo, nella formazione della graduatoria: a tal fine, appunto perchè si tratta di dipendenti statali *sui generis*, ci si è limitati a prendere in considerazione lo stato di coniugato, con riguardo al numero dei figli nonchè l'età; si sono escluse invece le altre situazioni personali (insigniti di medaglie al valor militare, mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti o per fatti di guerra, eccetera) indicate per gli impiegati dello Stato dall'articolo 5 del testo unico 10 gennaio 1957, n. 3.

L'articolo 12 disciplina la formazione della graduatoria, l'esame di legittimità della stessa da parte del Ministro e la dichiarazione dei vincitori.

L'articolo 13, infine, concerne il conferimento dell'incarico disposto con decreto ministeriale.

#### G) - DOVERI ( artt. 14 - 15)

Si è innanzitutto stabilito che il medico incaricato è tenuto a svolgere servizio adeguato alle esigenze dell'istituto presso cui è

addetto e ad osservare le vigenti disposizioni in materia sanitaria e le regole deontologiche professionali (articolo 14, primo comma).

Si è inoltre stabilito (articolo 14, secondo comma) che il detto medico è tenuto alla osservanza dei regolamenti degli istituti di prevenzione e di pena e del regolamento interno dell'istituto presso il quale presta la propria opera. Tale disposizione, per la verità, potrebbe apparire superflua, dato che i citati regolamenti debbono essere ovviamente osservati da tutti coloro, fra i quali è compreso il medico, che comunque partecipano alla vita dell'istituto.

È stato più sopra illustrato che il medico incaricato, chiamato ad operare nell'ambito di un istituto, deve necessariamente sottostare al responsabile del buon ordine e della disciplina dell'istituto stesso, e cioè al direttore: questa necessarietà della sussistenza di un vincolo anche nei confronti del medico ha appunto consigliato, come ampiamente è stato dinanzi illustrato, la opportunità della previsione di un rapporto di lavoro subordinato e non già autonomo.

Riconosciuto ciò in via di principio, è apparsa, però, particolarmente delicata la precisazione della delimitazione del potere gerarchico del direttore sul medico, in quanto questi espleta funzioni di carattere squisitamente tecnico, nel merito delle quali ovviamente il direttore non può entrare.

È apparso opportuno, ai fini di tale delimitazione, prevedere che il medico è tenuto ad osservare le disposizioni impartite dal direttore dell'istituto concernenti la organizzazione del servizio sanitario (articolo 14, secondo comma).

Può verificarsi il caso, peraltro, che il medico incaricato presti la propria opera in istituti penitenziari a carattere ospedaliero e come tali diretti da medici di ruolo dell'Amministrazione: in tale caso si è previsto (articolo 14, terzo comma) che il medico incaricato, pur adottando i provvedimenti di carattere sanitario che crede più opportuni al caso in esame, debba, però, anche osservare le direttive di carattere tecnico impartite dall'autorità dirigente.

È stato sancito (articolo 15) l'obbligo per il medico incaricato di risiedere nella loca-

lità ove è situato l'istituto presso cui è addetto: ciò in vista dell'esigenza ch'egli possa raggiungere l'istituto nel più breve tempo possibile in qualsiasi momento. Peraltro è stata prevista la possibilità di accordare in taluni casi l'autorizzazione a risiedere in località diversa qualora ciò sia compatibile con la detta esigenza; la deroga, però, non è stata ammessa per alcuni istituti situati nelle isole o in sede di disagiata accesso, appunto per la difficoltà di raggiungere la sede in caso di urgente bisogno.

#### H) - DIRITTI (artt. 16 - 19)

Quanto ai diritti dei medici incaricati è stato stabilito anzitutto (articolo 16) che essi devono esercitare le funzioni previste dal provvedimento di incarico, e non essere destinati a mansioni di diversa natura, non essere esonerati per motivi diversi da quelli previsti dalla legge e godere del trattamento economico e previdenziale previsto dalla legge.

È stata, poi, regolata la materia delle assenze: gli interessati da tempo avevano invocato il diritto al riposo settimanale retribuito ed al congedo annuale e straordinario anche essi retribuiti, nonchè alla conservazione del posto in caso di assenza per malattia e per motivi di studio e di famiglia (attualmente la conservazione del posto è garantita soltanto per due mesi, decorsi i quali il medico viene esonerato).

È apparso equo, come già osservato, accordare tali benefici; data la particolare natura del rapporto tra l'Amministrazione e il medico — ben diversa da quella del comune rapporto di pubblico impiego — si è evitato, però, di estendere agli incaricati le disposizioni vigenti per gli impiegati dello Stato. Non si è, pertanto, previsto un congedo ordinario e un congedo straordinario, nè la posizione di aspettativa.

Si è previsto, invece, il diritto al riposo, con conservazione del trattamento economico, nei giorni domenicali e festivi, nonchè il diritto a godere di un periodo di assenza con conservazione del normale trattamento economico e di un periodo di assenza con perdita del trattamento stesso.

Per quanto riguarda l'assenza per infermità, poi, non si è distinto tra infermità dipendente da causa di servizio e infermità non dipendente da tale causa: la particolare natura del rapporto comporta per moltissimi dei medici incaricati una permanenza giornaliera nell'istituto di breve durata e in ogni caso non continuativa ed assidua, come è, invece, per i pubblici impiegati; il medico incaricato, inoltre, svolge la stessa attività nell'istituto anche quale privato professionista, con conseguente notevole difficoltà di accertare se la lamentata infermità sia legata ad un rapporto di causalità diretto ed immediato con l'attività prestata nell'interesse dell'Amministrazione ovvero con quella esercitata quale privato professionista; tali considerazioni non consentono di porre sullo stesso piano la categoria dei medici incaricati e quella dei comuni pubblici dipendenti. È vero che in caso di infortunio durante lo espletamento delle funzioni la dipendenza o meno dal servizio è facilmente accertabile (si pensi alle lesioni cagionate al medico dal detenuto o dall'internato o da altri infortuni patiti all'interno dell'istituto); queste possibili ipotesi, peraltro, anche per la loro rarità, non fanno venir meno le obiezioni sopra esposte che impediscono la parificazione delle due categorie. Per quanto riguarda il trattamento economico durante l'assenza, infine, si ricorda che il pubblico impiegato conserva tale trattamento, oltre che nei giorni di riposo settimanale e festivo, anche per il mese di congedo ordinario, per il primo mese di congedo straordinario e per i primi dodici mesi di aspettativa, mentre per il secondo mese di congedo straordinario le competenze sono ridotte di un quinto.

Per i medici incaricati, tenuto conto delle disposizioni previste per gli impiegati, e comparando la posizione delle due categorie di dipendenti, si è ritenuta equa la conservazione della normale retribuzione solo per i primi due mesi di assenza per infermità.

Illustrando più in particolare la disciplina della materia, si osserva quanto segue.

Il medico incaricato ha diritto a non prestare la propria opera, pur conservando il normale trattamento economico, per un giorno la settimana e può essere autorizzato,

compatibilmente con le esigenze del servizio, a non prestarla negli altri giorni riconosciuti festivi diversi dalla domenica (articolo 17).

Si è prevista (articolo 18), poi, la concessione di un periodo di assenza, con conservazione del normale trattamento economico, di trenta giorni l'anno nonchè, in caso di infermità, di ulteriori due mesi.

È stato infine accordato il diritto a godere di un periodo di assenza con conservazione del posto, ma con perdita del trattamento economico, per infermità, per richiamo alle armi, per motivi privati o di studio e per matrimonio. In particolare la durata massima delle assenze suddette è stata fissata come appresso: per infermità, mesi 10, oltre i 2 mesi per i quali il medico, pur essendo assente, viene egualmente retribuito ai sensi del precedente articolo 18; per motivi privati e per motivi di studio, mesi dodici.

I periodi di assenza per infermità e per motivi privati o di studio non vengono computati ai fini dell'aumento periodico della retribuzione nonchè della indennità per soppressione di posto.

## I) - RESPONSABILITA'

### a) *Responsabilità penale.*

Nessuna particolare osservazione deve farsi per quanto concerne la responsabilità penale del medico incaricato, in ordine allo esercizio della sua attività nell'interesse della Amministrazione.

### b) *Responsabilità civile.*

Il progetto non disciplina espressamente la materia della responsabilità civile del medico incaricato; tale disciplina, però, scaturisce dai principi generali e dalle norme vigenti, che, peraltro, non son quelle relative agli impiegati di diritto comune (articolo 20 e seguenti, testo unico 10 gennaio 1957, n. 3), bensì quelle in materia di contabilità generale, dalle quali in definitiva traggono origine quelle relative agli impiegati dello Stato.

Per quel che concerne la responsabilità civile nei confronti dell'Amministrazione, la

previsione di una disciplina particolare per il personale in questione avrebbe resa necessaria una espressa regolamentazione della materia; ma ciò non è stato ritenuto opportuno, in quanto la delicatezza della materia consiglia di stabilire, in sede diversa da quella della contabilità generale dello Stato, regolamentazioni speciali che si diversifichino, in misura più o meno intensa, da quei criteri e da quelle regole dettate nella sede competente, e che costituiscono oramai i principi basilari del nostro ordinamento.

E pertanto, per quanto riguarda la responsabilità del medico verso l'Amministrazione, pur non essendo applicabili gli articoli 18 e 19 dello statuto degli impiegati dello Stato, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3 — l'estensione, anche in via analogica delle norme relative agli impiegati è stata, infatti, espressamente esclusa — stabilirà l'interprete se al medico incaricato, in base al suo rapporto con l'Amministrazione, così com'è stato configurato nel progetto, possano applicarsi gli articoli 82 e 83 del decreto legislativo 18 novembre 1923, n. 2440, sulla contabilità generale dello Stato, che appunto disciplinano la materia della responsabilità dei pubblici dipendenti e dispongono la loro soggezione alla giurisdizione della Corte dei conti per quanto riguarda il relativo giudizio di responsabilità.

Si ritiene, ad ogni modo, che tali norme debbano essere applicate, dato che nella specie non si tratta di un rapporto privatistico di impiego (nel qual caso sarebbero ovviamente applicabili — anche in materia di responsabilità — le comuni norme del diritto privato), bensì di un rapporto pubblicistico di servizio (che può anche considerarsi di impiego), seppure del tutto particolare e che presenta dei caratteri differenziali rispetto agli altri rapporti pubblicistici di impiego attualmente previsti dall'ordinamento.

Per quanto riguarda, poi, la responsabilità verso i terzi, appare indubbio che il medico debba rispondere direttamente del danno da lui cagionato, ai sensi dell'articolo 28 della Costituzione e secondo la norma di diritto privato (è stato rilevato più sopra che nel-

la locuzione « dipendenti » vanno compresi tutti coloro che prestano la loro opera nell'interesse dell'Amministrazione, legati ad essa da un rapporto di servizio), senza peraltro che possa nei suoi confronti applicarsi la limitazione di responsabilità prevista dagli articoli 22 e 28 del citato statuto degli impiegati civili dello Stato, perchè, come più volte ripetuto, è stata esclusa la applicazione in via analogica agli incaricati delle norme di tale statuto.

c) *Responsabilità dell'Amministrazione per l'attività del medico incaricato.*

Rimane da accennare, da ultimo, alla responsabilità dell'Amministrazione per danni cagionati a terzi dall'attività colposa del medico incaricato. Non si può negare, come già rilevato, che nella specie sussista un rapporto di immedesimazione organica, per cui la attività del medico è attività dell'Amministrazione della quale, pertanto, questa deve rispondere.

Non si è ritenuto, poi, di prevedere una esclusione di tale responsabilità (a simiglianza di quanto già previsto per i giudici e i cancellieri, per gli ufficiali giudiziari e per i conservatori dei registri immobiliari) in quanto non è parso consigliabile derogare ai principi generali in materia di responsabilità (diretta) della Pubblica amministrazione; deroga che nelle accennate ipotesi trova la sua giustificazione nella particolare natura delle prestazioni rese da quei pubblici dipendenti. È vero che anche in questo caso si tratta di attività di particolare delicatezza e, per di più, di carattere squisitamente tecnico (ed è noto che, da parte di alcuni, almeno un tempo, si dubitava della possibilità di riferire alla Pubblica amministrazione anche tale specie di attività), ma d'altra parte devesi osservare che la responsabilità della Pubblica amministrazione non è esclusa per quanto riguarda l'attività dei sanitari ospedalieri, per cui è sembrato opportuno ammetterla anche per l'opera prestata dai sanitari degli istituti penitenziari (è appena il caso di rilevare, peraltro, la differente natura del vincolo che lega alla Pubblica amministrazione, rispettivamente,

il paziente che viene ricoverato in ospedale e il detenuto o internato ristretto negli istituti penitenziari: vincolo contrattuale nel primo caso, vincolo di soggezione nel secondo).

d) *Responsabilità disciplinare* (artt. 20 - 30).

Anche tale materia è stata regolata in modo autonomo e completo sia per quanto riguarda l'aspetto sostanziale che quello processuale.

Le sanzioni che possono essere irrogate al medico sono: il richiamo (consistente in una dichiarazione di biasimo ed inflitto per lievi mancanze); la sospensione dall'incarico (consistente nella privazione dell'incarico ed inflitto per mancanze che non comportino la irrogazione del richiamo ovvero l'esonero dall'incarico); l'esonero dall'incarico (inflitto per atti di notevole gravità specificamente indicati: articoli 20-23).

Il richiamo è inflitto dall'organo periferico competente per territorio, previa formale contestazione dell'addebito all'interessato; avverso il provvedimento è ammesso ricorso (che sembra possa qualificarsi « gerarchico ») al direttore generale il quale decide in via definitiva (questa attribuzione di competenza al direttore generale è apparsa opportuna, sia per rendere più rapido il procedimento, sia per dar vita ad uno snellimento nell'attività dell'Amministrazione centrale; d'altra parte un'analoga attribuzione è già prevista dall'articolo 44 della legge 5 marzo 1961, n. 90, sullo stato giuridico degli operai dello Stato) (articolo 24).

Per quanto riguarda le altre sanzioni, la azione disciplinare è promossa dall'organo periferico in base ai primi accertamenti somari (e della eventuale archiviazione degli atti deve essere data comunicazione all'interessato e al Ministero); espletata la istruttoria tale organo o irroga il richiamo ovvero rimette gli atti al capo del personale civile dell'Amministrazione penitenziaria, per l'ulteriore inoltro alla Commissione centrale per il personale incaricato, in veste di commissione disciplinare.

Pronunciatasi detta commissione, il Ministro dichiara il proscioglimento o infligge la

sanzione proposta dalla commissione, salvo che non ritenga di disporre in modo più favorevole all'incolpato (articolo 25).

Sono state previste e disciplinate minutamente poi anche la riapertura del procedimento disciplinare (articolo 26) e la sospensione cautelare dall'incarico (articoli 27-29); è stato previsto, infine, che i provvedimenti relativi alla irrogazione delle sanzioni disciplinari ovvero alla sospensione cautelare dall'incarico devono essere comunicati al competente Ordine dei medici e che, viceversa, i provvedimenti disciplinari adottati dal Consiglio dell'Ordine dei medici a carico dei medici incaricati devono essere comunicati al Ministero di grazia e giustizia (articolo 30): tale collaborazione tra Pubbliche amministrazioni è stata ritenuta indispensabile, oltre che per ragioni di opportunità, anche per ragioni pratiche (si pensi ad un provvedimento di sospensione dall'esercizio della professione o di radiazione dall'albo professionale, a seguito dei quali necessariamente l'Amministrazione penitenziaria è tenuta, rispettivamente, a sospendere o a esonerare il medico incaricato).

K) - **SOSPENSIONE E CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI INCARICO** (artt. 31-37)

a) *Sospensione di diritto* (articolo 31).

È stata prevista la sospensione di diritto dall'incarico del medico — ch'è ovviamente diversa dalla sospensione cautelare —, con perdita del trattamento economico, nel caso in cui a carico del medico incaricato venga disposta la sospensione dall'esercizio della professione e per la durata di essa. La sospensione è disposta con decreto ministeriale (articolo 31).

b) *Esonero di diritto* (articolo 32).

Il medico incaricato è esonerato di diritto dall'incarico, escluso il procedimento disciplinare, per condanna, passata in giudicato, a pena detentiva per delitti (rimangono fuori dalla previsione, quindi, le contravvenzioni) non colpose, esclusi quelli in materia tributaria, per la quale non sia stata conces-

sa la sospensione condizionale della pena; l'esonero è disposto con decreto ministeriale.

È stata prevista, poi, la riassunzione del medico incaricato, successivamente assolto nel giudizio penale di revisione di cui all'articolo 566, comma secondo, del codice di procedura penale, pur escludendosi qualsiasi corresponsione di assegni per il periodo in cui non ha prestato la sua opera; tale esclusione è giustificata dalla circostanza che trattasi, nella specie, di rapporto di servizio del tutto particolare e diverso da quello di pubblico impiego di diritto comune, rapporto nel quale non si esaurisce tutta l'attività del medico, come accade invece per il pubblico impiegato comune (e di qui la necessità di corrispondergli le competenze arretrate) ma che comporta solo lo svolgimento di una attività marginale, tale che il relativo compenso non costituisce l'unica fonte di guadagno e di sostentamento per il dipendente.

c) *Dimissioni* (articolo 33).

Tra le cause di cessazione del rapporto tra l'Amministrazione e il medico incaricato sono state, ovviamente, previste anche le dimissioni del medico stesso.

d) *Decadenza* (articolo 34).

Il medico incaricato decade dall'incarico per i motivi specificati nel progetto, che d'altra parte corrispondono a quelli previsti per i pubblici impiegati di diritto comune.

Vi è stata aggiunta, peraltro, la radiazione dall'albo professionale, in quanto tale provvedimento costituisce per il medico un impedimento all'esercizio della professione.

e) *Dispensa* (articolo 35).

Colmando una lacuna delle vigenti disposizioni relative al personale aggregato è stata introdotta la dispensa del medico incaricato per motivi di salute, facendo salvo peraltro il diritto dell'interessato a fornire la prova contraria, a dimostrare cioè che egli è in grado di continuare a fare la propria attività.

Non è stata prevista, invece, la dispensa per scarso rendimento: ciò sia per motivi

di opportunità, sia per motivi tecnici, dato che per il medico incaricato non viene redatto il rapporto informativo nè attribuito il giudizio complessivo annuale (la dispensa per scarso rendimento per i pubblici dipendenti, infatti, è collegata alla attribuzione di una qualifica inferiore al « buono » al termine dell'anno nel quale è stato ammesso).

f) *Cessazione dall'incarico per limiti di età* (articolo 36).

Le vigenti disposizioni non prevedono la cessazione dall'incarico per limiti di età. Tale omissione ha dato luogo a notevoli inconvenienti: ed invero si sono verificate ipotesi di sanitari che, per l'avanzatissima età, non erano in grado di garantire l'espletamento del servizio; inoltre, mancando la previsione legislativa della dispensa dal servizio per l'infermità o la cessazione dal servizio per raggiunti limiti di età, e non essendo possibile far luogo all'esonero del medico per motivi disciplinari, in mancanza di elementi che giustificassero la istaurazione del relativo procedimento, si sono dovute provocare le dimissioni dell'interessato.

In qualche ipotesi di resistenza a presentare le dimissioni, l'Amministrazione si è trovata costretta ad esonerare il medico aggregato per impossibilità a continuare lo espletamento del servizio: facendo ricorso, cioè, ad un provvedimento che, seppure pienamente giustificabile sotto l'aspetto pratico, mancava di una base normativa.

La previsione in esame, pertanto, viene a colmare la rilevata lacuna normativa. Si è stimato opportuno fissare il limite di età in 65 anni, analogamente a quanto previsto per il maggior numero delle categorie di personale che prestano servizio alle dipendenze dello Stato.

g) *Cessazione dall'incarico per soppressione di posto* (articolo 37).

Le disposizioni vigenti nulla prevedono per il caso di soppressione di posto. Essendo il concorso bandito in relazione ad un determinato istituto, è ovvio che, soppresso lo istituto, il rapporto tra l'Amministrazione ed il medico è risoluto.

Peraltro, soppressione di posto può aver-  
si anche in altre ipotesi: l'Amministrazione  
che aveva ritenuta necessaria presso un dato  
istituto l'opera di due sanitari, in un secondo  
momento, per fatti successivamente interve-  
nuti — quale il mutamento delle caratteri-  
stiche dell'istituto stesso (ad esempio, sop-  
pressione della sezione per minorati fisici,  
diminuita capienza per abbandono di locali  
non più idonei ad accogliere detenuti o in-  
ternati, eccetera — considera sufficiente la  
presenza di un sanitario soltanto. In circo-  
stanze del genere, stante la lacuna legisla-  
tiva, l'Amministrazione è stata costretta a  
provocare le dimissioni del sanitario e uti-  
lizzare il posto vacante presso altro istituto;  
in caso di rifiuto a presentare le dimissioni,  
però, non vi è stata possibilità di esonerare  
il detto sanitario, giacchè il ricorso al pro-  
cedimento disciplinare sarebbe stato ille-  
gittimo.

Anche questa previsione del progetto, per-  
tanto, viene a colmare una grave lacuna le-  
gislativa.

L) - TRATTAMENTO ECONOMICO,  
PREVIDENZIALE E ASSISTENZIALE  
(articoli 38-42)

a) *Compenso base e indennità integrativa  
speciale* (articoli 38-39).

Attualmente il compenso previsto per i  
medici è il seguente (decreto del Presidente  
della Repubblica 5 giugno 1965, n. 752):

1° gruppo — Lire	473.900	(52 posti)
2° gruppo — »	496.700	(56 » )
3° gruppo — »	518.300	(40 » )
4° gruppo — »	538.700	(37 » )
5° gruppo — »	556.700	(28 » )
6° gruppo — »	579.500	( 4 » )
7° gruppo — »	647.700	( 3 » )
8° gruppo — »	690.900	( 1 » )
9° gruppo — »	731.700	( 1 » )

Come risulta dalla suddetta tabella la me-  
dia del compenso base attualmente goduto  
oscilla sulle lire 500.000 lorde annue.

A tale compenso base va aggiunta la in-  
dennità integrativa speciale, di cui all'arti-  
colo 1 della legge 27 maggio 1959, n. 324,

corrisposta al personale aggregato ai sensi  
del combinato disposto dell'articolo 9 della  
citata legge n. 324 e dell'articolo 4 del de-  
creto del Presidente della Repubblica 4 feb-  
braio 1955, n. 23; la misura della indennità  
è attualmente di lire 216.000 annue lorde  
(lire 18 mila mensili).

La media dei medici aggregati, quindi,  
percepisce attualmente un compenso di cir-  
ca lire 716.000 annue lorde.

Tale misura appare con ogni evidenza  
davvero irrisoria, tenuto conto dell'impegno  
professionale richiesto ai professionisti in  
questione, per cui la necessità di adeguare  
detto compenso risulta quanto mai mani-  
festa.

Si è stimato equo determinare il detto  
compenso base in lire 64.000 mensili, ferma  
rimanendo la indennità integrativa speciale.

In conclusione, l'attuale compenso medio  
di lire 60 mila lorde mensili (lire 42.000 a  
titolo di compenso base e lire 18.000 a ti-  
tolo di indennità integrativa speciale) — cor-  
rispondenti a circa lire 53.000 mensili nette  
— è elevato, per tutti i medici incaricati, a  
lire 82.000 (lire 64.000 a titolo di compenso  
base e lire 18.000 a titolo di indennità inte-  
grativa speciale) — corrispondenti a circa  
lire 74.000 mensili nette.

Il compenso ora indicato è quello com-  
plessivo che percepirà la grande maggioran-  
za dei medici incaricati, dato che la corre-  
sponsione di compensi più elevati, di cui  
sarà detto in appresso, è prevista solo per  
i medici che prestano la loro opera in alcuni  
particolari istituti.

La misura fissata è stata contenuta in li-  
miti che, seppure ancora molto modesti,  
appaiono idonei ad assicurare ai professio-  
nisti, chiamati a garantire il funzionamento  
del delicato servizio sanitario negli istituti,  
un trattamento minimo che risulti decoroso.

Tale compenso si riferisce alla posizione  
iniziale di ciascun medico ed è suscettibile  
di aumenti periodici costanti, in numero il-  
limitato, in ragione del 2,50 per cento della  
misura iniziale, per ogni biennio di perma-  
nenza nell'incarico senza demerito (del bene-  
ficio dell'aumento biennale i medici aggre-  
gati già fruiscono ai sensi dell'articolo 1 del-  
la legge 17 febbraio 1958, n. 111). A proposito

di tale aumento si osserva che esso, come detto, è condizionato alla prestazione dell'opera senza demerito: per la verità il progetto non prevede la redazione di un rapporto informativo e l'attribuzione di un giudizio complessivo annuale, in quanto ciò non è sembrato consono alla figura del medico incaricato, che è un dipendente statale *sui generis*. Peraltro, nella eventualità che il medico presti la propria opera con demerito, il direttore dell'istituto comunicherà la circostanza al Ministero, che, a prescindere dai provvedimenti di natura disciplinare, potrà negare la concessione dell'aumento periodico.

b) *Aggiunta di famiglia; assegno personale di sede, gratificazione a titolo di 13<sup>a</sup> mensilità; indennità di profilassi antitubercolare; trattamento di missione (art. 39).*

Il personale aggregato gode attualmente anche delle seguenti indennità e compensi:

1) quote di aggiunta di famiglia, di cui al decreto legislativo luogotenenziale 21 novembre 1945, n. 722, e successive modificazioni e integrazioni, ai sensi del decreto ministeriale 15 gennaio 1947, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 21 marzo 1947, n. 66, emanato in virtù dell'articolo 13 del citato decreto legislativo n. 722 del 1945;

2) assegno personale di sede, di cui all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 17 agosto 1955, n. 767, e successive modificazioni, ai sensi del combinato disposto dell'articolo 23 del citato decreto n. 767 e dell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 4 febbraio 1955, n. 23;

3) gratificazione a titolo di 13<sup>a</sup> mensilità, di cui al decreto legislativo 25 ottobre 1946, n. 263, ai sensi del decreto ministeriale 6 luglio 1948, emanato in virtù dell'articolo 9 del citato decreto legislativo n. 263 del 1946;

4) indennità di profilassi antitubercolare, di cui alla legge 9 aprile 1953, n. 310, per coloro che prestano la loro opera trovandosi nelle condizioni previste dalla detta legge.

Le accennate competenze sono state ovviamente conservate per i medici incaricati (articolo 39, primo comma).

Il regio decreto 21 giugno 1925, n. 1240, poi, ebbe a riconoscere al personale aggregato il diritto a percepire il trattamento di missione e la misura di tale trattamento fu determinata, per i medici, in lire 50, misura peraltro mai adeguata. L'Amministrazione, pertanto, ha liquidato il trattamento di missione a detti medici nella misura prevista per gli impiegati non di ruolo di 1<sup>a</sup> categoria (personale laureato). Il progetto si è adeguato alla prassi seguita dall'Amministrazione (articolo 39, secondo comma).

Come sopra accennato, si è previsto un compenso più elevato per i medici che prestano la loro opera presso istituti di sedi disagiate o che richiedano un più assiduo servizio rispetto a quei medici, invece, che prestano la loro opera presso istituti situati in piccoli centri e di modesta capienza.

Per i medici che prestano la loro opera nella maggior parte degli istituti il compenso base sopra precisato è apparso adeguato; trattasi degli istituti per detenuti sani, situati in piccoli centri, per accedere ai quali non occorrono di solito lunghi e difficoltosi spostamenti all'interno della città; di modesta o talora addirittura modestissima capienza, nei quali il servizio sanitario può essere assicurato con facilità, senza eccessivo impegno.

Pertanto, solo per i medici che prestano servizio in alcuni istituti di maggiore importanza è previsto un compenso più elevato.

La indicazione di tali istituti è contenuta in apposita tabella allegata al disegno di legge.

Le trasformazioni cui sono soggetti gli istituti rendono necessario che la inclusione di essi in una categoria piuttosto che in un'altra non sia tassativa, bensì possa essere periodicamente riveduta; a tale revisione, però, si deve giungere con procedimento agile e rapido: si è previsto, pertanto, che la tabella in questione possa essere modificata con decreto del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con quello per il tesoro. Tale procedura di adeguamento del

compenso alla situazione di fatto, e cioè all'impegno che al medico si richiede in rapporto alle caratteristiche dell'istituto, è già stata prevista dalla legge 5 marzo 1963, n. 391, che ha appunto istituito una indennità supplementare differenziata a favore dei cappellani degli istituti penitenziari: anche in tal caso, infatti, la facoltà di modificazione delle tabelle, allegata alla legge, contenenti la indicazione degli istituti al cui cappellano spetta una data indennità piuttosto che un'altra, è stata attribuita al Ministro di grazia e giustizia di concerto con quello del tesoro.

Nella considerazione, poi, che dalla modifica della tabella potrebbe derivare un aggravio di spesa è stato previsto che le modifiche in questione debbano avvenire di concerto con il Ministro del tesoro ed entro i limiti dei fondi assegnati nello stato di previsione della spesa per la corresponsione del compenso ai medici incaricati.

Sono state stabilite cinque diverse misure di compensi maggiorati: lire 214.000, 164.000, 109.000, 89.000 e 74.000 (tabella B, quadri 1, 2, 3, 4 e 5).

Il compenso di maggiore importo è stato attribuito ai medici che prestano la loro opera in istituti ubicati in isole o località lontane da ogni centro abitato, i quali, pertanto, si trovano nell'assoluta impossibilità, al contrario dei colleghi che prestano servizio in istituti situati in centri abitati, di esercitare comunque la loro professione privata (si deve tener presente inoltre che per tali medici non è stata ammessa — vedi articolo 15 — la deroga all'obbligo di risiedere nella sede di servizio). La misura prevista è sembrata appena idonea al fine di reperire professionisti disposti a stabilirsi in tali località (Asinara, Gorgona, Pianosa, Capraia, ove attualmente prestano la loro opera complessivamente 6 medici). La Amministrazione, invero, per assicurare il servizio in tali istituti, si trova di fronte a grandi difficoltà ed il più delle volte deve ricorrere all'invio in missione temporanea di personale medico di ruolo, che viene così distolto dai manicomi giudiziari ove presta servizio, ovvero all'opera di giova-

nissimi medici, appena laureati, e quindi mancanti di una qualsiasi esperienza. Nè il compenso percepito dai medici in questione (all'incirca lire 214.000 lorde mensili oltre a lire 18.000 a titolo di indennità integrativa) può apparire sproporzionato rispetto a quello percepito dal personale di ruolo; al riguardo è da considerare che, mentre l'impiegato di ruolo presta servizio in tali sedi solo per qualche anno e può, a richiesta, esser trasferito altrove, il medico incaricato non ha possibilità di ottenere alcun trasferimento, essendo destinato a prestare la sua opera solo e sempre in quella sede disagiata (ove non esistono nemmeno scuole per i propri figli); e allorquando egli, dopo tanti anni di sacrifici, deciderà o sarà costretto a decidere di lasciare l'incarico, si troverà, non più giovane, nelle condizioni di dover iniziare *ex novo* la sua professione privata. È indispensabile, quindi, per superare una volta per tutte gli accennati ostacoli che hanno posto l'Amministrazione in condizioni di grave disagio, assicurare al medico un trattamento che lo induca a recarsi e rimanere in tali località molto poco confortevoli.

Le stesse considerazioni ora svolte valgono per gli istituti indicati nel quadro n. 2 della tabella B (Is Arenas, Isili, Mamone) presso i quali attualmente prestano la loro opera complessivamente 3 medici a cui favore è stato fissato il compenso mensile di lire 164.000: peraltro il disagio meno rilevante di tali sedi, nei confronti di quelle di cui al quadro n. 1 della stessa tabella B, hanno consigliato una più modesta retribuzione.

Nel quadro n. 3, poi, (compenso di lire 109.000) sono inclusi gli istituti (complessivamente 20 istituti, ove attualmente prestano la loro opera 62 medici) a carattere ospedaliero (manicomi giudiziari, sanatori giudiziari, case per minorati fisici) ovvero ubicati in grandi centri abitati o dotati di centri ospedalieri di notevole rilevanza (Milano, Roma, Napoli, Palermo, Bari, Genova) ovvero, infine, ubicati in località pur sempre disagiate, ma in misura inferiore a quelle di cui ai quadri 1 e 2 (Favignana e Porto Azzurro). Il maggiore impegno con-

nesso al servizio prestato dai medici addetti ad istituti a carattere ospedaliero appare ovvio; tale impegno sussiste, poi, anche negli altri istituti compresi nel quadro 3, sia perchè dotati di centri ospedalieri aventi un elevato numero di posti letto (è bene peraltro tenere presente che a tali istituti sono addetti numerosi medici, per cui, in definitiva, l'impegno richiesto a ciascuno di essi può corrispondere grosso modo all'impegno richiesto all'unico medico addetto ad un istituto di media rilevanza), sia perchè il solo accesso nell'istituto richiede, date le grandi distanze da coprire nei grandi centri, un notevole impiego di tempo, tempo che comunque viene sottratto alla libera attività professionale del medico (si pensi che per raggiungere alcuni istituti di Roma si impiega dal centro più di un'ora).

Il compenso di lire 89.000 (quadro n. 4 della tabella B) è stato previsto per medici che prestano la loro opera in istituti (complessivamente in numero di 13, ove attualmente operano 22 medici) aventi una discreta rilevanza per la loro capienza ovvero per essere situati in centri abbastanza grandi (con l'inconveniente, seppur di grado inferiore, già accennato, relativo all'accesso all'istituto).

Il compenso di lire 74.000 (quadro n. 5), infine, è stato attribuito ai medici che prestano la loro opera in istituti di media rilevanza (complessivamente in numero di 25, cui sono addetti 29 medici).

Restano esclusi dal godimento dei compensi più elevati, come accennato, i medici — e sono la maggioranza — che prestano la loro opera presso gli istituti di minore importanza, non aventi caratteristiche tali da renderne necessaria la inclusione nei quadri da 1 a 5.

I compensi sono ridotti congruamente, qualora i medici cui spettano siano titolari della condotta medica della sede ove è situato l'istituto: la disposizione si giustifica per la considerazione che, nella specie, i medici in questione già godono di altro compenso da parte di una pubblica Amministrazione per un servizio reso nella stessa sede.

c) *Medici preposti alla direzione dei servizi sanitari* (articolo 38).

Presso i centri ospedalieri di maggiore rilevanza prestano la loro opera un elevato numero di medici, per cui è apparso indispensabile all'Amministrazione affidare ad uno di essi la direzione del servizio sanitario.

È sembrato necessario, quindi, attribuire un compenso più elevato — fissato nella misura di lire 84.000 mensili — per il maggiore impegno loro richiesto e per le conseguenti maggiori responsabilità rispetto ai loro colleghi.

Gli istituti ove è previsto un dirigente del servizio sanitario sono indicati nella tabella C allegata alla legge, modificabile peraltro, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro.

d) *Indennizzo per soppressione di posto* (articolo 40).

Attualmente, a seguito della soppressione di un istituto, il medico aggregato viene esonerato, alle volte dopo aver prestato molti anni di servizio, senza che gli sia corrisposto compenso alcuno. È apparso opportuno ed equo ovviare a tale ingiustizia: a tale riguardo, però, è da rilevare che si può avere soppressione di posto sia a seguito di soppressione dell'istituto, sia a seguito di soppressione di uno dei posti di medico presso l'istituto (la ripartizione dei medici fra i vari istituti è effettuata con decreto ministeriale, come precisa l'articolo 3).

La soppressione di un istituto o di un posto di medico presso un istituto è determinata da esigenze dell'Amministrazione: tale attività, però, viene indubbiamente a cagionare un danno al professionista che si vede privato dell'incarico e del relativo compenso.

Si è, pertanto, prevista la corresponsione di un indennizzo — appunto perchè trattasi di ristorare un danno cagionato da una attività legittima dell'Amministrazione — la cui misura è stata fissata nell'importo pari all'ammontare del compenso mensile

per ogni anno di effettivo incarico espletato, valutando per un anno intero la frazione di un anno superiore a sei mesi.

e) *Trattamento previdenziale* (articolo 41).

I medici aggregati attualmente sono iscritti alla Cassa per le pensioni ai sanitari (articolo 9 regio decreto-legge 30 ottobre 1924, n. 1758). Si è, pertanto, previsto anche per i medici incaricati tale obbligo. La disposizione è pienamente giustificata: i medici incaricati devono considerarsi dipendenti dello Stato e l'articolo 1, secondo comma, lettera b), della legge del 1939, numero 1035, sull'ordinamento della predetta Cassa, dispone che essa provveda alle pensioni e alle indennità a favore dei medici chirurghi e veterinari dipendenti dello Stato, i quali non abbiano altrimenti diritto a pensione a carico dello Stato.

I medici aggregati, poi, hanno da tempo lamentato che alla cessazione del servizio non spetti loro una indennità di buonuscita. L'aspirazione è apparsa ampiamente giustificata e, pertanto, meritevole di accoglimento: ed invero il diritto al godimento di una indennità di buonuscita è ormai riconosciuto in ogni tipo di impiego sia pubblico che privato, per cui anche nella specie, non trattandosi di rapporto di lavoro autonomo, dovevasi concedere il beneficio. A tale fine si è prescritta la iscrizione dei medici incaricati all'opera nazionale di previdenza per il personale civile e militare dello Stato e per i loro superstiti, incorporata nell'Ente di previdenza ed assistenza per i dipendenti statali, che appunto corrisponde la indennità in questione ai dipendenti statali.

f) *Assicurazione contro gli infortuni* (articolo 42).

Problema delicato è, attualmente, quello della possibilità di riconoscere o meno la dipendenza da causa di servizio delle infermità contratte dai medici aggregati.

Alcuni di essi, infatti, hanno chiesto all'Amministrazione tale riconoscimento ai fini di conseguire l'equo indennizzo — previ-

sto dall'articolo 68 del testo unico 10 gennaio 1957, n. 3, sullo stato giuridico degli impiegati civili dello Stato — per le menomazioni della integrità fisica derivanti da tali infermità; la richiesta avrebbe potuto essere considerata non priva di un certo fondamento, in quanto gli aggregati — pur dovendosi considerare « pubblici impiegati » — potevano pur sempre essere annoverati tra i « dipendenti » dello Stato, ad esso vincolati cioè da un rapporto di lavoro subordinato e quindi di servizio, con conseguente possibilità di ottenere l'applicazione, in via analogica, di talune norme — quali quelle sulla concessione dell'equo indennizzo — dettate espressamente per i pubblici impiegati. L'Amministrazione, invece, ritenendo che gli indicati benefici siano applicabili solo a coloro che sono vincolati allo Stato da un rapporto di pubblico impiego e che i benefici stessi non sono suscettibili di estensione analogica ad altro personale che, comunque, presta la propria opera nell'interesse dello Stato, ha respinto la domanda. Tuttora, però, è pendente il ricorso straordinario al Capo dello Stato proposto dagli interessati avverso il provvedimento dell'Amministrazione.

Si è ritenuto, pertanto, date le controversie insorte, disciplinare espressamente la materia.

È apparso equo venire incontro alle aspettative degli interessati e prevedere la concessione di un compenso per le eventuali menomazioni della integrità fisica subite dai medici incaricati a causa del disimpegno dell'incarico. Allo stato della legislazione, nell'ipotesi di danni sofferti a causa del servizio da loro prestato, i medici aggregati possono ottenere, nelle vie ordinarie, il risarcimento del danno sofferto (è noto infatti che l'Amministrazione risponde a titolo di responsabilità indiretta, per *culpa in vigilando*, dei danni cagionati da detenuti o internati a terzi; ovvero risponde in ogni caso, a titolo di responsabilità diretta, dei danni cagionati per cattiva manutenzione degli edifici, ad esempio crollo di una scala, crollo di un parapetto di finestra, eccetera, quando ciò dipenda da violazione delle norme di comune pruden-

za). Tale ordinario sistema di ristoro del danno, peraltro, non è sembrato confacente alla qualità che hanno i medici, di dipendenti dell'Amministrazione, e non di estranei ad essa, e come tali tenuti quotidianamente a frequentare l'ambiente penitenziario che indubbiamente comporta dei rischi notevoli e anche superiori rispetto a quelli presentati da altri ambienti di lavoro di pubblici dipendenti.

Si è stimato necessario, quindi, come rilevato, prevedere una specifica forma di ristoro del danno subito, che potesse garantire ai medici, tra l'altro, la possibilità di conseguire il risarcimento in modo più rapido di quello consentito dalle ordinarie vie giudiziarie.

Come sopra precisato, nel progetto si è esplicitamente esclusa l'applicabilità a favore dei medici incaricati delle norme relative agli impiegati dello Stato (articolo 2); non è apparso opportuno, pertanto, rendere applicabili agli incaricati le norme disciplinanti la materia del riconoscimento della dipendenza da causa di servizio delle infermità e della concessione dell'equo indennizzo relativo a detti impiegati (articolo 68, testo unico 10 gennaio 1957, n. 3; reg. 5 settembre 1895, n. 603; reg. 3 maggio 1957, n. 686). Ciò anche perchè, specie per la concessione dell'equo indennizzo, è previsto un complesso procedimento cui partecipano, tra l'altro, il Consiglio di amministrazione del Ministero ed un organo estraneo all'Amministrazione, quale è il Comitato per le pensioni privilegiate ordinarie, organi il cui intervento non si è reputato opportuno nei confronti dei medici incaricati, che sono legati allo Stato da un rapporto di subordinazione del tutto particolare.

Peraltro non era possibile assicurare tali medici presso l'Istituto nazionale per le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), dato che non trattasi di personale rientrante tra le categorie previste dall'articolo 1, testo unico 30 giugno 1965, n. 1124, o che, comunque — attraverso una esplicita inclusione legislativa, da prevedersi appunto in questa sede — era opportuno far rientrare tra quelle categorie.

Si è ritenuto, pertanto, prevedere l'assicurazione dei medici in parola contro gli infortuni che possono verificarsi nel corso del disimpegno dell'incarico stesso presso un istituto facente parte del gruppo INA; a tal fine l'Amministrazione stipulerà apposita convenzione con detto istituto ed il premio relativo alla polizza di assicurazione farà carico all'Amministrazione e agli interessati in parti uguali.

Da contatti intercorsi con l'Istituto nazionale delle assicurazioni, e per esso con la società collegata « FIUMETER », (in quanto l'INA non stipula direttamente polizze di tale specie) mediante il versamento di un premio del 6,60 per cento della retribuzione netta corrisposta ad ogni sanitario, più un importo di circa il 18 per cento del premio per tasse, verrebbero gli interessati a percepire la liquidazione di 5 annualità di retribuzione netta in caso di morte e di 6 annualità in caso di invalidità permanente e importi via via minori, a seconda del grado, nel caso di invalidità parziale.

#### g) *Trattamento assistenziale.*

Attualmente il personale sanitario aggregato gode del trattamento di assistenza malattia da parte dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i dipendenti statali (trattamento ad esso esteso con decreto ministeriale 13 maggio 1963, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 227 del 28 agosto 1963, emanato ai sensi dell'articolo 3, lettera e) della legge 19 gennaio 1942, n. 22, istitutiva dell'ENPAS).

Il progetto non fa parola di tale trattamento: ciò al fine di non modificare l'attuale sistema legislativo relativo all'estensione dell'assistenza da parte dell'ENPAS.

Il citato articolo 3, lettera e), della legge n. 22 del 1942 dispone, infatti, che fruiscono dell'assistenza in parola « i personali che prestano opera alle dipendenze dello Stato e comunque retribuita a carico del bilancio statale, non contemplati alle precedenti lettere, o che svolgono opera continuativa nell'interesse dello Stato, che saranno indicati con decreto del Ministro per il lavoro e la

previdenza sociale, di concerto con il Ministro per il tesoro e con gli altri Ministri interessati». Ai sensi di tale disposizione, è stato, pertanto, emanato il decreto ministeriale 13 maggio 1963 dianzi citato.

Allorquando il presente progetto sarà divenuto legge, si provvederà all'emanazione di altro decreto interministeriale che estenda ai medici incaricati il trattamento assistenziale ora previsto per i medici aggregati.

## 2) - FARMACISTI E VETERINARI INCARICATI (artt. 43 - 47)

Quanto rilevato a proposito dei medici incaricati può essere puntualmente ripetuto nei confronti dei farmacisti e veterinari incaricati.

In particolare può osservarsi quanto segue.

L'organico è stato fissato in complessive cinque unità, conservando, cioè, quello attuale (l'Amministrazione, pertanto, a seconda delle esigenze di servizio, provvederà alla nomina di un farmacista o di un veterinario).

Si è prevista la nomina mediante scelta diretta da parte del Ministero, sentito l'organo periferico competente.

Tale sistema è apparso l'unico in grado di garantire la copertura del posto; ed invero, a parte l'esiguità di tali posti, i veterinari sono utilizzati presso le colonie agricole della Sardegna (Asinara, Mamone, Isili, Is Arenas), sedi quanto mai disagiate, per cui i concorsi sono quasi sempre andati deserti.

Nè poteva prevedersi per i professionisti in parola quanto disposto per i medici e cioè che la nomina a scelta avvenga solo dopo che sia andato deserto il concorso per coprire il posto ovvero quando nessun aspirante ne sia risultato vincitore: ed invero, data l'esiguità del numero di farmacisti e veterinari, rispetto a quello dei medici, è apparso indispensabile fare in modo che l'Amministrazione, reperito un professionista disposto a prestare in tali sedi disagiate la propria opera, possa provvedere

alla sua nomina ad « incaricato » con il minimo di formalità.

Per quanto riguarda i doveri, i diritti, la disciplina, la sospensione e cessazione del rapporto e il trattamento economico e l'assicurazione contro le infermità dipendenti da cause di servizio, si applicano le norme stabilite per i medici.

Per quanto riguarda, invece, il trattamento previdenziale, per i veterinari è prevista l'iscrizione alla Cassa per le pensioni ai sanitari, mentre per i farmacisti — come è attualmente, dato che non è prevista l'iscrizione alla suddetta Cassa di alcuna categoria di farmacisti — è stata disposta l'iscrizione all'Istituto nazionale della previdenza sociale, relativamente alle assicurazioni per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti, contro la tubercolosi e contro la disoccupazione.

## 3) - COMMISSIONE CENTRALE PER IL PERSONALE SANITARIO INCARICATO (artt. 48 - 49)

La disciplina dello stato giuridico di ogni personale dipendente dallo Stato rende indispensabile l'intervento, in molte ipotesi, di un organo consultivo e di un organo disciplinare. Per gli impiegati e gli operai dello Stato tali organi sono rappresentati da apposito Consiglio di amministrazione (art. 146, testo unico 10 gennaio 1957, n. 3; art. 49, legge 5 marzo 1961, n. 90) e da apposita commissione di disciplina (art. 148, testo unico 10 gennaio 1957, n. 3; art. 48, legge 5 marzo 1961, n. 90).

Non è apparso opportuno investire il Consiglio di amministrazione degli impiegati delle carriere direttive, di concetto ed esecutive (art. 146, testo unico 10 gennaio 1957, n. 3) anche della competenza, d'altra parte prevista dal progetto in limitatissima ipotesi (art. 34), relativa ai sanitari incaricati; nè è apparso opportuno affidare alla Commissione di disciplina competente per i procedimenti disciplinari nei confronti degli impiegati (art. 148, testo unico 10 gennaio 1957, n. 3) anche i procedimenti riguardanti tali sanitari: ed invero, trattandosi nella specie

di ordinamento del tutto particolare, si è voluto escludere l'intervento di organi previsti dall'ordinamento dei comuni impiegati dello Stato. Ed inoltre, sia il Consiglio di amministrazione che la Commissione di disciplina hanno una composizione tale da assicurare, specialmente per quanto riguarda il secondo organo, la presenza di rappresentanti delle categorie interessate.

È apparso opportuno, pertanto, prevedere l'istituzione di apposita Commissione centrale per il personale sanitario incaricato, con le funzioni proprie del Consiglio di amministrazione (per la verità, ripetesi, nelle sole limitate ipotesi di cui all'art. 34) e di giudice disciplinare.

Della Commissione, la cui presidenza è stata affidata ad un direttore generale del Ministero di grazia e giustizia, sono chiamati a far parte, al fine di garantirne una piena funzionalità, impiegati della carriera direttiva amministrativa e della carriera direttiva tecnico-sanitaria dell'Amministrazione penitenziaria nonché un medico incaricato; poichè la Commissione ha anche veste di giudice disciplinare, è stata prevista la presenza di due — anzichè uno — impiegati della carriera direttiva amministrativa dell'Amministrazione penitenziaria, affinchè la sua composizione risulti di un numero dispari di componenti.

Si è regolato anche l'istituto della ricurazione disciplinare, secondo i comuni principi in materia.

#### 4) - SOSTITUZIONE PROVVISORIA DEL MEDICO, DEL FARMACISTA E DEL VETERINARIO INCARICATI (art. 50).

Le disposizioni vigenti non sono chiare in merito al modo con cui sostituire il medico, il farmacista o il veterinario aggregati assenti dal servizio per malattia, nè al modo di assicurare il servizio sanitario nelle more dell'espletamento del concorso ovvero nella ipotesi di morte o improvvisa dimissione dei sanitari.

L'Amministrazione, avvalendosi della disposizione di cui all'art. 294 del regolamen-

to per gli istituti di prevenzione e di pena, approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 787, secondo cui al servizio medico può provvedersi anche con incarichi temporanei conferiti a « liberi professionisti », ha, nelle ipotesi dianzi accennate, provveduto a garantire la continuità del servizio sanitario mediante affidamento di incarichi in via provvisoria.

Il disegno di legge, in sostanza (art. 50), si attiene a quanto già attualmente avviene. Peraltro distingue due ipotesi: quella in cui durante l'assenza il sanitario titolare è retribuito (artt. 17 e 18) e quella in cui egli non è retribuito (art. 19 eccetera).

In questa ultima ipotesi è stata disposta la sostituzione del sanitario, semprechè non sia possibile assicurare il funzionamento dei servizi con il personale già addetto all'istituto; nella prima ipotesi, invece — e ciò inoltre, per i soli medici e non anche per i veterinari e farmacisti — si è disposto che il sanitario non venga sostituito e che il direttore dell'istituto cui è addetto un solo medico incaricato, quello cioè assente, di volta in volta, ove se ne presenti la necessità, si avvalga dell'opera di un libero professionista.

La disposizione è stata suggerita, come appare palese, da ragioni di carattere economico: nel secondo caso poichè al medico incaricato assente non viene corrisposto alcun compenso, l'Amministrazione, pagando il sostituto, non subirà aggravio di spese; nel primo caso, invece, poichè al medico assente viene egualmente corrisposto il compenso, si è voluto limitare al massimo la possibilità di ricorrere alle prestazioni di altri medici per ridurre il conseguente onere finanziario per l'Amministrazione.

È ovvio che i medici, che sostituiscono temporaneamente il medico incaricato titolare ovvero vengono chiamati dal direttore di volta in volta a prestare la loro opera nell'istituto, non sono vincolati all'Amministrazione da un rapporto di lavoro subordinato: essi sono, invece, al contrario dei medici incaricati, dei liberi professionisti, che in tale qualità e cioè — ripetesi — come lavoratori autonomi, prestano la loro opera. Non sussiste, quindi, alcuna su-

bordinazione gerarchica tra direttore e medico, nè ricorre alcun potere disciplinare nei confronti di quest'ultimo da parte dell'Amministrazione. È ovvio, peraltro, che il medico, venendo ad operare nell'interno dell'istituto, è tenuto all'osservanza delle norme che disciplinano il suo funzionamento, e cioè il regolamento per gli istituti di prevenzione e di pena, il regolamento interno e le prescrizioni del direttore, così come, d'altra parte, è tenuto qualsiasi libero cittadino che venga comunque ammesso all'interno dell'istituto.

Qualora l'opera del medico non appaia soddisfacente, il direttore dell'istituto potrà, quindi, avvalersi di altro professionista, senza fare ricorso a particolari formalità, informandone ovviamente il Ministero.

Per quanto riguarda la retribuzione da corrispondersi al temporaneo sostituto del titolare, si è previsto un compenso giornaliero pari ad un trentesimo di quello mensile di cui all'articolo 38 e delle indennità di cui all'articolo 39; per il medico chiamato di volta in volta, in caso di necessità, è stata, invece, prevista, la corresponsione del compenso minimo stabilito dalla tariffa nazionale.

#### IV. — SERVIZI SANITARI SPECIALI

##### a) Servizio di guardia medica (art. 51).

Come accennato, negli istituti di grande capienza, alcuni dei quali dotati di centri ospedalieri di rilevante entità, vi è la necessità di assicurare la presenza continua di un medico. L'Amministrazione, pertanto, ha istituito un servizio di guardia medica, corrispondendo ai professionisti che lo rendono un compenso a parcella.

Il disegno di legge ha disciplinato anche tale materia.

Gli istituti ove deve istituirsi anche tale servizio sono indicati in apposita tabella allegata al disegno di legge, modificabile, però, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, di concerto — per i riflessi finanziari del provvedimento — con il Ministro per il tesoro.

Si è previsto che il servizio di guardia venga espletato in turni di ventiquattro ore ciascuno e che lo stesso medico non possa essere utilizzato per due turni successivi.

Sarebbe stato auspicabile prevedere un vero e proprio organico di medici addetti al servizio di guardia, legati all'Amministrazione da un vincolo analogo a quello dei medici incaricati, ovvero ampliare l'organico di questi ultimi e assicurare il servizio in questione mediante i medici incaricati stessi.

Tale soluzione del problema, però, avrebbe comportato un onere finanziario notevole, perchè l'assunzione della qualità di dipendente dello Stato — sia pure *sui generis*, come appunto lo sono i sanitari incaricati — comporta oneri riflessi (aumento periodico di stipendio, oneri previdenziali ed assistenziali, ecc.) di cospicua rilevanza.

Si è preferito, perciò, prevedere il ricorso all'opera di liberi professionisti, che rimangono tali anche durante l'espletamento delle prestazioni rese a favore dell'Amministrazione, retribuiti unicamente con un compenso prestabilito e senza che, data la qualità di lavoratori autonomi e non subordinati, si debba contemplare per essi anche un trattamento previdenziale e assistenziale, ed in genere si debba tener conto di oneri finanziari riflessi.

Il sistema prescelto, inoltre, assicura maggiore snellezza al servizio, permettendo un rapido affidamento di esso ed un rapido esonero dello stesso.

Ovviamente non vi è stato bisogno, ai fini della precisazione dell'onere finanziario, stabilire un contingente massimo di medici di guardia: ed invero, non ha rilevanza il numero dei professionisti dei quali l'Amministrazione si avvarrà, dato che il compenso è riferito a turni giornalieri di ventiquattro ore ciascuno e che per ogni turno uno solo è il medico che presta la sua opera nell'istituto. La scelta del professionista da adibire al servizio è stata lasciata al direttore dell'istituto.

Con questa posizione di libero professionista non contrasta l'obbligo, previsto dal progetto, di osservare le norme che disciplinano la vita dell'istituto e le prescrizioni,

di mero carattere organizzativo, impartite dal direttore; ed invero, come più volte rilevato, tutti i liberi cittadini ammessi nell'istituto devono attenersi a tali norme e prescrizioni.

Negli istituti penitenziari diretti da medici di ruolo dell'Amministrazione il medico di guardia deve attenersi anche alle direttive di carattere tecnico impartite dal direttore: anche tale disposizione non contrasta con l'affermata mancanza di vincolo gerarchico tra il medico e il direttore, in quanto le « direttive » non sono « ordini » riguardanti il caso singolo, bensì prescrizioni di carattere generale cui attenersi.

Il compenso spettante al medico per ciascun turno di guardia è determinato per ogni biennio con decreto del Ministro per la grazia e giustizia di concerto con il Ministro per la sanità e il Ministro per il tesoro: il concerto con il Ministro per la sanità appare indispensabile, dato che trattasi di determinare il corrispettivo per prestazioni rese da professionisti, il cui compenso è, appunto, in via generale, determinato con decreto del Ministro per la sanità (legge 19 febbraio 1963, n. 244); il concerto con il Ministro per il tesoro è indispensabile, dati i riflessi finanziari del provvedimento.

È stato ritenuto opportuno, poi, sentire anche la Federazione nazionale dell'ordine dei medici, organo competente, ai sensi della citata legge 19 febbraio 1963, n. 244, a predisporre la tariffa nazionale per le prestazioni mediche, da sottoporre all'approvazione del Ministro della sanità.

Data la qualità di libero professionista che conserva il medico di guardia mentre rende le sue prestazioni, nessun altro compenso o indennità nè trattamento previdenziale o assistenziale a lui spetta.

#### b) *Servizi specialistici* (art. 52).

È stato illustrato come il potenziamento dei servizi sanitari negli istituti penitenziari — in specie la costituzione di centri ospedalieri — ha reso necessario il ricorso all'opera

di specialisti, il cui compenso è stabilito sulla base delle vigenti tariffe professionali.

Il disegno di legge ha disciplinato anche tale materia: la scelta del professionista di cui avvalersi è demandata, come è prassi attuale, al direttore dell'istituto, previa autorizzazione del Ministero che investe anche l'opportunità di avvalersi dell'opera di uno specialista.

Lo specialista è tenuto ad effettuare le visite specialistiche e gli interventi della sua specialità nonchè a redigere le certificazioni relative alle prestazioni effettuate: il compenso spettantegli è quello minimo previsto, per le prestazioni rese, dalla tariffa professionale.

Invece, nel caso in cui le prestazioni specialistiche formano oggetto di convenzioni annuali, la misura dei compensi viene stabilita sulla base delle tabelle in vigore per gli enti mutualistici. Il minor importo di tali compensi si giustifica pienamente in considerazione della durata dell'incarico che garantisce al professionista convenzionato un rilevante numero di visite.

È appena il caso di rilevare che lo specialista rende le sue prestazioni in qualità di libero professionista, non vincolato da alcun rapporto gerarchico con il direttore ovvero con altro personale sanitario addetto all'istituto, nè assoggettato a potere disciplinare da parte dell'Amministrazione.

In caso di non soddisfacente rendimento delle prestazioni da parte dello specialista il direttore, previa autorizzazione del Ministero, cesserà di avvalersi della sua opera e ricorrerà all'opera di altro specialista.

#### V. — SERVIZIO INFERMIERISTICO (art. 53)

Il servizio di guardia infermieristico negli istituti dotati di centri ospedalieri è indispensabile per il funzionamento degli stessi.

La mancanza di personale idoneo a svolgere tali mansioni costituisce una delle più

gravi deficienze che presenta attualmente il funzionamento di tali centri ospedalieri.

Circa la soluzione accolta nel disegno di legge, al fine di assicurare il servizio di guardia infermieristico, si può ripetere quanto osservato a proposito dei medici di guardia.

Gli istituti ove deve istituirsi il servizio in questione sono indicati in apposita tabella allegata al disegno di legge: di tale tabella è prevista la modificazione con decreto del Ministro di grazia e giustizia di concerto — per i riflessi finanziari del provvedimento — con il Ministro del tesoro.

La scelta dell'infermiere cui affidare il servizio di guardia è demandata al direttore dell'istituto; tale scelta può cadere sia su infermieri diplomati che su infermieri generici muniti di certificato di abilitazione.

Il turno di guardia è fissato in ventiquattro ore e ad uno stesso infermiere non possono essere affidati due turni successivi.

L'infermiere addetto al servizio di guardia è tenuto all'osservanza delle norme che disciplinano il funzionamento dell'istituto cui è addetto, nonché delle prescrizioni di carattere tecnico impartite dal personale medico. Tra la Pubblica amministrazione e l'infermiere non sorge alcun rapporto di dipendenza; l'infermiere, mentre rende le sue prestazioni, non è soggetto al vincolo gerarchico del direttore dell'istituto nè a potere disciplinare da parte dell'Amministrazione; la sua sottoposizione alle norme e prescrizioni che regolano la vita dell'istituto si spiegano in base alla circostanza che egli presta la propria opera nell'istituto, mentre la sua soggezione agli ordini del personale medico rientra nella natura stessa e tra gli obblighi propri della sua professione.

All'infermiere addetto al servizio di guardia spetta un compenso orario da determinarsi, ogni biennio, con decreto del Ministro per la grazia e giustizia, di concerto con i Ministri per la sanità e per il tesoro.

Per le ragioni sopra specificate — qualità di lavoratori autonomi e non subordinati — non spetta al personale in questione alcun trattamento previdenziale.

#### VI. — ABROGAZIONE DI NORME PRECEDENTI E INQUADRAMENTO GIURIDICO ED ECONOMICO DEL PERSONALE SANITARIO AGGREGATO (artt. 54-57)

##### a) *Abrogazione di norme* (art. 55).

È disposta l'abrogazione delle norme che disciplinano attualmente la materia regolata dal disegno di legge.

##### b) *Inquadramento giuridico* (art. 56).

I medici, farmacisti e veterinari aggregati attualmente in servizio, assunti a seguito di concorso o mediante scelta diretta con la procedura prevista dall'articolo 3 del regio decreto-legge 30 ottobre 1924, numero 1758, i quali alla data di entrata in vigore della legge presteranno la loro opera presso gli istituti di prevenzione e di pena, saranno inquadrati, rispettivamente, nelle categorie dei medici, farmacisti e veterinari incaricati.

È stato ritenuto equo, poi, inquadrare anche i medici nominati in via provvisoria a temporanea copertura dei posti di medici aggregati previsti dalla tabella allegata al regio decreto 4 aprile 1935, n. 497 (medici cosiddetti « provvisori »), purchè, all'atto di entrata in vigore del presente disegno di legge, prestino la loro opera da almeno sei mesi.

L'Amministrazione, infine, come accennato all'inizio della presente relazione, si avvale dell'opera di circa cento medici, che vengono denominati « giornalieri ». È apparso opportuno prevedere l'inquadramento nella categoria dei medici incaricati anche dei predetti « giornalieri ». Ciò sia per esigenze di servizio che per ragioni di equità: ed invero, anzitutto, è consigliabile mantenere in servizio i medici che già prestano la loro opera negli istituti penitenziari e che hanno, pertanto, acquistato una esperienza penitenziaria, piuttosto che immettere negli istituti un così gran numero di elementi nuovi; in secondo luogo non sembra equo non avvalersi più di professionisti che, per lunghi anni, nella grandissima maggioranza, hanno lodevolmente prestato

la loro opera nell'interesse dell'Amministrazione, ricevendo un compenso davvero irrisorio.

L'inquadramento dei medici « provvisori » e « giornalieri » è effettuato con decreto ministeriale, su parere della Commissione centrale per il personale sanitario: tale parere è stato previsto al fine di valutare caso per caso, prima di procedere al loro inquadramento, se i medici in questione abbiano prestato opera lodevole o meno e siano quindi meritevoli di ottenere l'inquadramento.

Al fine di evitare possibili incertezze, si è previsto espressamente, anche se per la verità non ve ne sarebbe stato bisogno, che sono esclusi dall'inquadramento i medici che hanno effettuato soltanto prestazioni specialistiche negli istituti penitenziari.

c) *Inquadramento economico* (art. 57).

Ai medici, ai farmacisti e veterinari « aggregati », all'atto dell'inquadramento nelle categorie dei medici, farmacisti e veterinari incaricati viene ovviamente riconosciuto, agli effetti economici (aumenti periodici di stipendio), tutto il servizio prestato nella precedente qualità di « aggregati ».

Ai medici « provvisori » e « giornalieri », invece, sempre agli effetti economici, viene riconosciuto il servizio reso, anche non in modo continuativo, negli istituti penitenziari fino a un massimo di sei anni.

d) *Sospensione dell'applicazione dell'articolo 36* (art. 58).

Il regio decreto 30 ottobre 1924, n. 1758, non prevede alcun limite di età per la cessazione dall'incarico dei medici aggregati.

L'articolo 36 del disegno di legge ha fissato a 65 anni il limite di età per la cessazione dall'incarico.

L'immediata applicazione di tale norma porrebbe l'Amministrazione in condizioni di serio disagio, in quanto comporterebbe il contemporaneo allontanamento di un considerevolissimo numero di medici (circa 100 unità), che hanno superato il suddetto limite di età. Attesa la materiale impossibilità di provvedere alla loro tempestiva sostituzione dovendosi, all'uopo, attendere lo espletamento dei relativi concorsi, si è reso necessario prevedere la norma transitoria di cui all'articolo 58.

## VII. — ONERE FINANZIARIO

Nell'articolo 59 sono indicati l'ammontare del maggior onere derivante dall'attuazione del presente disegno di legge, valutato in lire 39.025.000 per l'esercizio finanziario 1968 e in lire 156.100.000 per l'esercizio finanziario 1969. Nello stesso articolo sono previsti i mezzi per farvi fronte.

**DISEGNO DI LEGGE**

## TITOLO I

**PERSONALE SANITARIO INCARICATO**

## CAPO I

## MEDICI INCARICATI

SEZIONE 1<sup>a</sup>**Norme generali**

## Art. 1.

*Qualifica*

I medici chirurghi, non appartenenti al personale civile di ruolo dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, i quali prestano la loro opera presso gli istituti o servizi dell'Amministrazione stessa, sono qualificati medici incaricati.

Essi hanno le attribuzioni previste dai regolamenti per gli istituti di prevenzione e di pena.

## Art. 2.

*Rapporto di incarico*

Le prestazioni professionali rese in conseguenza del conferimento dell'incarico sono disciplinate dalle norme della presente legge.

Ai medici incaricati non sono applicabili le norme relative alla incompatibilità e al cumulo di impieghi nè alcuna altra norma concernente gli impiegati civili dello Stato.

## Art. 3.

*Numero dei medici incaricati*

Il numero dei medici incaricati è quello risultante dalla tabella A allegata alla presente legge.

La ripartizione dei posti di medico incaricato presso i singoli istituti o servizi di

prevenzione e di pena è effettuata con decreto del Ministro di grazia e giustizia.

#### SEZIONE 2<sup>a</sup>

#### **Ammissione all'incarico**

##### Art. 4.

##### *Sistemi di ammissione*

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.

Per ricoprire i posti resisi disponibili negli istituti o servizi indicati nella tabella B, quadri 1 e 2, allegata alla presente legge, qualora il concorso sia andato deserto ovvero nessun aspirante ne sia risultato vincitore, l'ammissione all'incarico può essere effettuata mediante scelta diretta fatta dal Ministero di grazia e giustizia, sentito l'organo periferico dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, competente per territorio.

##### Art. 5.

##### *Requisiti per l'ammissione all'incarico*

Per l'ammissione all'incarico è necessario il possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea in medicina e chirurgia e relativa abilitazione professionale;

b) cittadinanza italiana; sono equiparati ai cittadini, gli italiani non appartenenti alla Repubblica;

c) età non superiore ad anni 45. Non si tiene conto delle elevazioni del limite massimo di età previste dalle vigenti disposizioni a favore di particolari categorie di aspiranti; si prescinde dal detto limite massimo di età nei confronti dei medici chirurghi i quali abbiano già prestato lodevolmente la loro opera presso un istituto o servizio dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, per almeno un anno, in

qualità di medico incaricato, di medico incaricato provvisorio o di medico di guardia;

*d)* buona condotta;

*e)* idoneità fisica all'incarico; l'Amministrazione ha facoltà di sottoporre a visita medica di controllo i vincitori del concorso;

*f)* godimento del diritto di elettorato attivo politico;

*g)* non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica Amministrazione o esonerato o dichiarato decaduto dalle funzioni di medico incaricato dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena;

*h)* iscrizione all'Ordine dei medici.

I predetti requisiti debbono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito nel bando di concorso per la presentazione della domanda di ammissione.

Per i medici ammessi all'incarico mediante scelta diretta, i requisiti di cui al presente articolo devono essere posseduti alla data del decreto di conferimento dell'incarico. I documenti attestanti il possesso dei requisiti previsti dalle precedenti lettere *b)*, *d)*, *e)*, *f)*, debbono essere di data non anteriore di tre mesi a quella del decreto predetto.

#### Art. 6.

##### *Bando di concorso*

Il concorso è indetto con decreto del Ministro di grazia e giustizia, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

Il decreto deve indicare:

*a)* l'istituto o servizio cui si riferisce il concorso e il numero dei posti da ricoprire;

*b)* i documenti da esibire;

*c)* i termini per la presentazione della domanda di ammissione e dei documenti previsti dai successivi articoli 11 e 12;

*d)* i titoli valutabili ai sensi del successivo articolo 10;

*e)* ogni altra prescrizione o notizia ritenuta opportuna.

## Art. 7.

*Domanda di ammissione al concorso*

La domanda di ammissione al concorso deve pervenire all'organo periferico dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena competente per territorio, entro il termine perentorio di 30 giorni decorrenti dal giorno successivo a quello della pubblicazione del bando di concorso nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

Nella domanda gli aspiranti debbono dichiarare:

a) le proprie generalità, la data e il luogo di nascita;

b) il possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia e della relativa abilitazione professionale;

c) il possesso della cittadinanza italiana o la qualità di italiani non appartenenti alla Repubblica;

d) il Comune dove sono iscritti nelle liste elettorali ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;

e) le eventuali condanne penali riportate;

f) la loro posizione nei riguardi degli obblighi militari;

g) i servizi prestati alle dipendenze di pubbliche Amministrazioni e le cause di cessazione da tali servizi;

h) i servizi prestati in qualità di medici aggregati o di medici incaricati dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena e le cause della eventuale cessazione dall'incarico;

i) l'Ordine dei medici cui sono iscritti.

La firma in calce alla domanda deve essere autenticata da un notaio o dal segretario comunale del luogo di residenza.

Per i dipendenti statali è sufficiente il visto del capo dell'ufficio presso cui prestano servizio; per i medici incaricati e per quelli che espletano a titolo provvisorio tali mansioni, è sufficiente il visto del direttore dell'istituto o servizio di prevenzione e di pena al quale sono addetti.

L'Amministrazione provvede d'ufficio ad accertare il requisito della buona condotta nonchè le cause di risoluzione dei precedenti rapporti di servizio o di cessazione dall'incarico.

Alla domanda gli aspiranti debbono allegare tutti i titoli di cui sono in possesso e che possono formare oggetto di valutazione ai sensi del successivo articolo 10.

#### Art. 8.

##### *Esclusione dal concorso*

L'esclusione dal concorso è disposta soltanto per difetto dei requisiti prescritti e con decreto motivato dell'organo periferico dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, competente per territorio.

#### Art. 9.

##### *Commissione giudicatrice*

La Commissione giudicatrice del concorso è nominata con decreto dell'organo periferico dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, competente per territorio.

È presieduta da un magistrato ordinario con qualifica non inferiore a magistrato di appello, designato dal Procuratore generale presso la Corte di appello, competente per territorio, ed è composta:

1) da un medico-chirurgo docente universitario o primario ospedaliero designato dal competente Ordine dei medici;

2) dal direttore dell'istituto o servizio cui si riferisce il concorso;

3) da un impiegato del ruolo tecnico-sanitario della carriera direttiva dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena;

4) da un impiegato del ruolo medico della carriera direttiva dell'Amministrazione della sanità, designato dal Ministro della sanità;

5) da un medico incaricato dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, addetto ad un istituto situato nella

circoscrizione territoriale dell'organo periferico.

Le funzioni di segretario sono disimpegnate da un impiegato della carriera direttiva del ruolo amministrativo dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, in servizio presso l'organo periferico dell'Amministrazione ovvero un istituto o servizio situato nell'ambito della circoscrizione territoriale dell'organo stesso.

#### Art. 10.

##### *Valutazione dei titoli*

Per la valutazione dei titoli sono stabiliti quattro diversi coefficienti:

il primo in base ai titoli scolastici e dottrinali;

il secondo in base alla attività comunque prestata nell'interesse dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, in qualità di medico chirurgo;

il terzo in base al servizio prestato in qualità di medico chirurgo presso altre pubbliche Amministrazioni;

il quarto in base alle pubblicazioni scientifiche.

Per il primo coefficiente sono disponibili sette punti. La Commissione, ai fini della valutazione dei titoli scolastici e dottrinari, tiene conto: del voto riportato nel conseguimento del diploma di laurea, dei corsi di perfezionamento seguiti da esami, delle specializzazioni, delle libere docenze in discipline aventi tutte attinenza o comunque riferimento all'attività sanitaria che l'aspirante è tenuto a svolgere presso l'istituto cui si riferisce il concorso.

Per il secondo coefficiente sono disponibili quindici punti e per il terzo cinque punti. La Commissione, ai fini della valutazione dei relativi titoli, tiene conto della durata, della continuità e della qualità del servizio prestato.

Per il quarto coefficiente sono disponibili tre punti. La Commissione, ai fini della valutazione delle pubblicazioni, tiene particolare conto di quelle aventi attinenza alla at-

tività professionale del medico penitenziario.

Art. 11.

*Preferenze*

Nella formazione della graduatoria di merito, a parità di punteggio complessivo, sono preferiti:

- a) i coniugati, con riguardo al numero dei figli;
- b) i più anziani di età.

Art. 12.

*Graduatoria del concorso  
e presentazione dei documenti*

Espletati l'esame dei titoli e la loro valutazione, l'organo periferico dell'Amministrazione, ove ne ricorra il caso e a richiesta della Commissione, invita gli aspiranti classificati a parità di merito ad esibire, a pena di decadenza, nel termine stabilito dal bando di concorso, i documenti attestanti il possesso dei titoli di preferenza di cui al precedente articolo 11.

La Commissione forma la graduatoria di merito con l'indicazione del punteggio conseguito da ciascun candidato.

Il Ministro, riconosciuta la regolarità del procedimento, approva, con decreto, la graduatoria e dichiara i vincitori del concorso, sotto condizione dell'accertamento del possesso dei requisiti per l'ammissione all'incarico previsti dal precedente articolo 5.

A tal fine i concorrenti, utilmente collocati in graduatoria, sono invitati dall'Amministrazione a presentare, a pena di decadenza, nel termine e con le modalità stabilite nel bando di concorso, i documenti necessari per dimostrare il possesso dei requisiti indicati nel precedente articolo 5.

Art. 13.

*Conferimento dell'incarico*

L'incarico è conferito con decreto del Ministro di grazia e giustizia.

Il medico al quale è stato conferito l'incarico decade qualora, senza giustificato motivo, non prenda possesso dell'incarico stesso entro il termine prefissogli.

L'incarico decorre, a tutti gli effetti, dalla data di presa di possesso.

### SEZIONE 3<sup>a</sup>

#### **Doveri - Diritti**

##### Art. 14.

###### *Doveri*

Il medico incaricato è tenuto a svolgere servizio adeguato alle esigenze dell'istituto presso cui è addetto e ad osservare le vigenti disposizioni in materia sanitaria e le regole deontologiche professionali.

Egli è tenuto, altresì, alla osservanza dei regolamenti per gli istituti di prevenzione e di pena e del regolamento interno dell'istituto cui è addetto, nonché delle disposizioni impartite dal direttore dell'istituto o servizio concernenti la organizzazione del servizio sanitario.

Il medico incaricato addetto agli istituti diretti da medici di ruolo è tenuto ad osservare anche le direttive tecniche impartite dal direttore.

Il medico incaricato addetto agli istituti presso i quali il servizio sanitario è diretto da un medico dirigente è tenuto ad osservare le direttive tecniche da questi impartite.

##### Art. 15.

###### *Residenza*

Il medico incaricato deve risiedere nella sede ove è situato l'istituto o servizio cui è addetto. Tuttavia può essere autorizzato dal Ministero, per particolari motivi, sentito il direttore dell'istituto o servizio stessi, a risiedere altrove, quando ciò sia conciliabile col pieno e regolare adempimento di ogni altro suo dovere. Detta autorizzazione non può essere concessa ai medici addetti

agli istituti o servizi indicati nella allegata tabella B, quadri 1 e 2.

Art. 16.

*Diritto all'esercizio dell'incarico;  
trattamento economico*

Il medico incaricato ha diritto all'esercizio delle funzioni previste dal provvedimento di incarico e non può essere destinato a mansioni di diversa natura.

Non può essere privato dell'incarico per motivi diversi da quelli indicati nella presente legge.

Ha diritto al trattamento economico e previdenziale di cui ai successivi articoli 38 e seguenti.

Art. 17.

*Riposo nei giorni festivi*

Il medico incaricato ha diritto a non prestare la propria opera per un giorno la settimana; può essere autorizzato dal direttore dell'istituto o servizio, compatibilmente con le esigenze del servizio, a non prestare la propria opera negli altri giorni riconosciuti festivi diversi dalla domenica.

Durante le assenze di cui al precedente comma, il medico incaricato conserva il normale trattamento economico.

Art. 18.

*Assenze retribuite*

Il medico incaricato ha diritto a non prestare la propria opera per trenta giorni continuativi l'anno, da determinarsi in relazione alle esigenze del servizio sanitario dell'istituto; per particolari esigenze, può essergli concesso di frazionare in più periodi la predetta assenza.

Egli, in caso di infermità, può essere autorizzato a non prestare la propria opera per la durata massima di mesi 2. L'assenza è autorizzata dall'organo periferico dell'Amministrazione, competente per territorio, su motivato rapporto del direttore del-

l'istituto o servizio; la sussistenza dell'infermità che impedisce il regolare disimpegno dell'incarico viene accertata, se del caso, in base al giudizio di un medico scelto dal detto organo periferico.

Durante le assenze di cui ai precedenti commi, il medico incaricato conserva il normale trattamento economico.

#### Art. 19.

##### *Assenze non retribuite*

Il medico incaricato può essere autorizzato a non prestare la propria opera, con perdita del trattamento economico, nei casi e per la durata appresso indicati:

a) per infermità che comporti un'assenza di durata superiore a quella prevista dal precedente articolo 18: durata massima mesi 10;

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

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

d) per matrimonio: giorni 15.

Le assenze di cui alle lettere a) e c) del precedente comma sono autorizzate con decreto del Ministro di grazia e giustizia su documentata istanza dell'interessato e in base a rapporto del direttore dell'istituto o servizio; nella ipotesi di cui alla lettera a) la sussistenza della infermità che impedisca il regolare disimpegno dell'incarico viene accertata, se del caso, in base a giudizio di un medico scelto dall'Amministrazione centrale.

Le assenze di cui alle lettere b) e d) sono autorizzate dal direttore dell'istituto o servizio.

I periodi di assenza di cui alle lettere a) e c) del precedente primo comma non sono computabili ai fini dell'aumento periodico della retribuzione, nonchè della indennità di soppressione di posto, di cui al successivo articolo 40.

La durata complessiva delle assenze per infermità, per motivi privati o di studio non può superare in ogni caso diciotto mesi in un quinquennio.

SEZIONE 4<sup>a</sup>**Disciplina**

## Art. 20.

*Sanzioni*

Il medico incaricato del servizio ordinario è soggetto alle seguenti sanzioni disciplinari:

- a) il richiamo;
- b) la sospensione dall'incarico;
- c) l'esonero dall'incarico.

## Art. 21.

*Richiamo*

Il richiamo consiste in una dichiarazione di biasimo ed è inflitto per lievi mancanze.

## Art. 22.

*Sospensione dall'incarico*

La sospensione dall'incarico consiste nella privazione dell'incarico stesso, con perdita del trattamento economico, per un periodo non inferiore ad un mese e non superiore a sei mesi.

È inflitta per mancanze che non comportino la irrogazione del richiamo ovvero lo esonero dall'incarico.

La sospensione dall'incarico determina un ritardo di due anni nell'aumento periodico del compenso mensile a decorrere dalla data in cui verrebbe a maturarsi il primo aumento successivo all'applicazione della sanzione.

## Art. 23.

*Esonero dall'incarico*

L'esonero dall'incarico è inflitto:

- a) per atti, compiuti anche fuori del disimpegno dell'incarico, che rivelino mancanza del senso dell'onore e del senso morale;

b) per grave abuso di autorità e di fiducia;

c) per dolosa violazione dei doveri inerenti al rapporto di incarico da cui derivi grave pregiudizio al funzionamento del servizio affidato al medico incaricato;

d) per richiesta o accettazione di compensi e benefici in relazione alla attività svolta dal medico incaricato nel disimpegno delle sue attribuzioni;

e) per persistente insufficiente rendimento.

#### Art. 24.

##### *Procedimento per l'irrogazione del richiamo: ricorso*

Il richiamo è inflitto dall'organo periferico dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, competente per territorio, previa formale contestazione dell'addebito all'interessato, al quale è assegnato il termine di giorni 10 per presentare eventuali giustificazioni. Il provvedimento che infligge la sanzione deve essere motivato e comunicato all'interessato per iscritto.

Avverso al suddetto provvedimento è ammesso ricorso al direttore generale per gli istituti di prevenzione e di pena, il quale decide in via definitiva con decreto motivato.

#### Art. 25.

##### *Procedimento per l'irrogazione della sospensione e dell'esonero dall'incarico*

L'organo periferico dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, competente per territorio, a richiesta del Ministero o di propria iniziativa, qualora venga a conoscenza di un fatto commesso da un medico incaricato addetto a un istituto situato nell'ambito della circoscrizione e che possa comportare la irrogazione della sospensione o dell'esonero dall'incarico, dopo aver compiuto gli opportuni accertamenti, provvede o alla archiviazione degli atti o a contestare per iscritto all'interessato il fatto stesso.

L'incolpato ha il termine di giorni quindici per presentare le eventuali giustificazioni.

L'organo periferico, scaduto tale termine, qualora ritenga che non debba essere irrogata alcuna sanzione, ordina l'archiviazione degli atti, dandone comunicazione all'interessato e al Ministero.

Nel caso in cui non ricorra la ipotesi di cui al precedente comma, il detto organo periferico espleta la eventuale istruttoria, che deve essere compiuta entro trenta giorni; a conclusione dell'istruttoria, qualora non ritenga di dover irrogare la sanzione del richiamo, rimette gli atti al Capo del personale civile dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, per l'ulteriore inoltro alla Commissione di cui al successivo articolo 48.

Il presidente della Commissione fissa la data per la trattazione orale del procedimento, dandone comunicazione, almeno quindici giorni prima, all'interessato, il quale ha facoltà di prendere cognizione degli atti del procedimento, di far pervenire in tempo utile le eventuali memorie difensive e di intervenire alla trattazione per svolgere oralmente la propria difesa.

La Commissione, conclusa la trattazione orale, con deliberazione motivata, propone il proscioglimento dell'incolpato ovvero la sanzione da irrogare.

Il Ministero provvede con decreto motivato o a dichiarare il proscioglimento o a infliggere la sanzione proposta dalla Commissione, salvo che non ritenga di disporre in modo più favorevole all'incolpato.

Il decreto del Ministro è comunicato all'interessato.

Il procedimento disciplinare si estingue quando siano decorsi novanta giorni dall'ultimo atto, senza che sia stato compiuto alcun ulteriore atto.

Il medico incaricato prosciolto ha diritto al rimborso delle spese di viaggio sostenute per comparire innanzi alla Commissione e alle relative indennità di missione.

#### Art. 26.

##### *Riapertura del procedimento e suoi effetti.*

Il procedimento disciplinare può essere riaperto qualora il medico incaricato pu-

nito adduca nuove prove, tali da far ritenere che sia applicabile nei suoi confronti una sanzione meno grave o possa essere dichiarato il proscioglimento dall'addebito.

La riapertura è disposta dal direttore generale, su relazione del capo del personale civile dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, il quale provvede direttamente con le modalità previste dal precedente articolo 25.

Il medico incaricato, esonerato a seguito di procedimento disciplinare, il quale venga successivamente prosciolto da ogni addebito in sede di revisione del giudizio disciplinare, ovvero venga punito con una sanzione meno grave, ha diritto a essere reintegrato nel precedente incarico, esclusa qualsiasi corresponsione di assegni per il periodo in cui non ha prestato la sua opera.

#### Art. 27.

##### *Sospensione cautelare.*

Il medico incaricato è immediatamente sospeso in via cautelare dall'incarico, ove sia stato emesso nei suoi confronti mandato o ordine di cattura.

Il medico incaricato può essere sospeso in via cautelare dall'incarico qualora sia sottoposto:

*a)* a procedimento penale e la natura del reato ascrittogli sia particolarmente grave;

*b)* a procedimento disciplinare da parte dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena per infrazioni di particolare gravità. La sospensione può essere disposta anche prima dell'inizio del procedimento disciplinare, nel caso in cui la natura dei fatti addebitati risultj tale da rendere inopportuno l'ulteriore disimpegno dell'incarico; tale sospensione è revocata qualora il procedimento disciplinare non venga iniziato entro 20 giorni dalla data del provvedimento di sospensione stessa.

La sospensione di cui al precedente comma è disposta con decreto motivato del Ministro di grazia e giustizia.

Durante il periodo della sospensione cautelare, al medico incaricato non compete alcun assegno.

Art. 28.

*Computo della sospensione cautelare.*

Il periodo di sospensione cautelare deve essere computato nella sanzione, qualora, a seguito del procedimento disciplinare, al medico incaricato venga irrogata la sospensione dall'incarico.

Se la sospensione dall'incarico è irrogata per durata inferiore alla sospensione cautelare sofferta o se è irrogata una sanzione minore o se il procedimento si conclude con il proscioglimento del medico incaricato, questi ha diritto a percepire tutti gli assegni non corrispostigli, per il tempo eccedente la durata della sanzione inflittagli.

Art. 29.

*Revoca della sospensione cautelare.*

Quando la sospensione cautelare sia stata disposta in conseguenza di procedimento penale e questo si concluda con sentenza di proscioglimento o di assoluzione passata in giudicato perchè il fatto non sussiste o perchè il medico incaricato non lo ha commesso, la sospensione è revocata e il medico ha diritto a tutti gli assegni non percepiti.

Se il procedimento penale si conclude con sentenza di proscioglimento o di assoluzione passata in giudicato per motivi diversi da quelli contemplati nel comma precedente, la sospensione può essere mantenuta qualora, nei termini previsti dal successivo comma, venga iniziato a carico del medico incaricato procedimento disciplinare.

Tale procedimento deve avere inizio, con la contestazione degli addebiti, entro 180 giorni dalla data in cui è divenuta irrevocabile la sentenza di proscioglimento o di assoluzione ovvero entro 30 giorni dalla data in cui il medico incaricato abbia notificato all'Amministrazione la sentenza stessa.

La sospensione cessa se la contestazione degli addebiti non ha luogo entro i termini

di cui al precedente comma e il procedimento disciplinare, per i fatti che formano oggetto del procedimento penale, non può più essere iniziato. In tale caso il medico incaricato ha diritto agli assegni non percepiti.

Qualora il procedimento disciplinare sia stato sospeso a seguito di denuncia alla Autorità giudiziaria, la scadenza dei termini predetti estingue altresì il procedimento disciplinare che non può più essere rinnovato.

Art. 30.

*Comunicazione dei provvedimenti  
in materia disciplinare.*

I provvedimenti relativi alla irrogazione della sanzione di cui al precedente articolo 23 ovvero alla sospensione cautelare dall'incarico sono comunicati dall'organo che ha emanato il provvedimento al competente Ordine dei medici.

I provvedimenti disciplinari adottati dal Consiglio dell'Ordine dei medici a carico dei medici incaricati debbono essere comunicati al Ministero di grazia e giustizia.

SEZIONE 5ª

**Sospensione e cessazione  
del rapporto d'incarico**

Art. 31.

*Sospensione di diritto dall'incarico.*

Il medico incaricato è sospeso di diritto dall'incarico, con perdita del trattamento economico, nel caso in cui a suo carico venga disposta la sospensione dall'esercizio della professione e per la durata di essa. La sospensione è disposta con decreto ministeriale.

Art. 32.

*Esonero di diritto dall'incarico.*

Il medico incaricato incorre nell'esonero dall'incarico, escluso il procedimento disci-

plinare, per condanna, passata in giudicato, a pena detentiva per delitti non colposi, esclusi quelli in materia tributaria, e per la quale non sia stata concessa la sospensione condizionale. L'esonero è disposto con decreto ministeriale.

Il medico incaricato, esonerato ai sensi del precedente comma, il quale venga successivamente assolto nel giudizio penale di revisione ai sensi dell'articolo 566, comma secondo, del codice di procedura penale, ha diritto a riassumere l'incarico, esclusa qualsiasi corresponsione di assegni per il periodo in cui non ha prestato la sua opera.

#### Art. 33.

##### *Dimissioni.*

Il medico incaricato può in qualunque tempo dimettersi dall'incarico; le dimissioni debbono essere presentate per iscritto.

Egli deve proseguire nell'adempimento dei suoi doveri sino a che non gli venga comunicata la accettazione delle dimissioni.

La cessazione dall'incarico per dimissioni è disposta con decreto ministeriale.

#### Art. 34.

##### *Decadenza dall'incarico.*

Il medico incaricato incorre nella decadenza dall'incarico:

a) per radiazione dall'albo professionale;

b) per perdita della cittadinanza italiana;

c) per perdita del diritto elettorale attivo politico;

d) qualora, senza giustificato motivo, non assuma o non riassuma l'incarico entro il termine prefissogli ovvero si assenti arbitrariamente per un periodo superiore a dieci giorni consecutivi;

e) qualora sia accertato che l'incarico fu conseguito mediante la produzione di do-

cumenti falsi o viziati da invalidità non sanabili.

La cessazione dall'incarico per decadenza è disposta con decreto ministeriale, nelle ipotesi di cui alle precedenti lettere *d)* ed *e)*, previo parere della Commissione di cui al successivo articolo 48.

Art. 35.

*Dispensa.*

Il medico incaricato è dispensato dall'incarico qualora risulti inabile per motivi di salute.

Al medico proposto per la dispensa è assegnato un termine per presentare, ove lo creda, le proprie osservazioni; egli può chiedere di essere sentito personalmente dalla Commissione di cui al successivo articolo 48.

La dispensa è disposta con decreto ministeriale, sentita la predetta Commissione.

Art. 36.

*Cessazione dall'incarico per limiti di età.*

Il medico incaricato cessa dall'incarico dal primo giorno del mese successivo a quello in cui compie 65 anni di età.

Art. 37.

*Cessazione dall'incarico per soppressione di posto.*

Il medico incaricato cessa dall'incarico in caso di soppressione dell'istituto o servizio cui è addetto ovvero di soppressione di posti presso l'istituto o servizio stessi. In tale ultima ipotesi la cessazione riguarda i medici aventi minore anzianità di incarico.

Al medico cessato dall'incarico ai sensi del precedente comma spetta l'indennità prevista dal successivo articolo 40.

SEZIONE 6<sup>a</sup>**Trattamento economico e previdenziale**

## Art. 38.

*Compenso mensile.*

Al medico incaricato spetta un compenso mensile lordo di lire 64.000. Tale compenso si riferisce alla posizione iniziale di ciascun medico ed è suscettibile di aumenti periodici costanti, in numero illimitato, in ragione del 2,50 per cento della misura iniziale per ogni biennio di permanenza nell'incarico senza demerito.

Al medici incaricati del servizio ordinario, i quali disimpegnano l'incarico negli istituti situati nelle sedi indicate nella tabella *B* — quadri 1, 2, 3, 4 e 5 — allegata alla presente legge, spetta un compenso lordo mensile rispettivamente di lire 214 mila, 164.000, 109.000, 89.000 e 74.000.

Il compenso per i medici incaricati addetti agli istituti compresi nella tabella *B* quadri 1 e 2 — è ridotto rispettivamente a lire 139.000 e 114.000 qualora i medici stessi siano anche titolari di condotta medica.

Il medico incaricato, il quale sia addetto a più istituti ubicati nella stessa sede, ciascuno dei quali sia compreso nella tabella *B* — quadri 1, 2, 3, 4 e 5 — allegata alla presente legge, ha diritto al compenso di maggiore importo.

Ai medici incaricati, i quali siano in modo permanente preposti alla direzione dei servizi sanitari negli istituti di cui alla tabella *C* spetta un compenso mensile lordo di lire 84.000.

Per i medici incaricati che fruiscono dei compensi indicati al secondo, terzo, quarto e quinto comma del presente articolo, gli aumenti periodici costanti operano soltanto sul compenso mensile lordo di lire 64.000.

Le tabelle *B* e *C* possono essere modificate, in relazione al mutamento delle condizioni di fatto che giustificano l'inclusione della sede nelle tabelle stesse, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro.

## Art. 39.

*Indennità.*

Ai medici incaricati sono attribuiti, nei limiti previsti dalle sottoindicate disposizioni:

1) la indennità integrativa speciale, di cui all'articolo 1 della legge 27 maggio 1959, n. 324, e successive modificazioni e integrazioni;

2) l'assegno personale di sede, di cui all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 17 agosto 1955, n. 767, e successive modificazioni e integrazioni;

3) l'aggiunta di famiglia, di cui al decreto legislativo luogotenenziale 21 novembre 1945, n. 722, e successive modificazioni e integrazioni;

4) la gratificazione a titolo di 13<sup>a</sup> mensilità, di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 25 ottobre 1946, n. 263, e successive modificazioni e integrazioni;

5) l'indennità di profilassi antitubercolare, di cui alla legge 9 aprile 1953, n. 310.

Al medici incaricati compete il trattamento di missione di cui al n. 1 della tabella *F* allegata alla legge 15 aprile 1961, n. 291.

## Art. 40.

*Indennizzo per soppressione di posto.*

Ai medici incaricati, i quali cessino dall'incarico per soppressione di posto, ai sensi del precedente articolo 37, è liquidato un indennizzo in misura pari all'ammontare del compenso mensile, previsto dal precedente articolo 38, percepito all'atto della cessazione dall'incarico, per ogni anno di effettivo incarico espletato, valutando per intero la frazione di anno superiore a sei mesi.

## Art. 41.

*Trattamento previdenziale.*

I medici incaricati sono iscritti alla Casa per le pensioni ai sanitari.

I medici incaricati addetti agli istituti ove sono ricoverati detenuti o internati affetti da tubercolosi sono assicurati contro la detta infermità, ai sensi della legge 1° luglio 1955, n. 552.

I medici incaricati, sono iscritti, altresì, all'Opera nazionale per i personali civili e militari dello Stato e per i loro superstiti, incorporata nell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i dipendenti statali (ENPAS), previsto dall'articolo 2 del testo unico approvato con regio decreto 26 febbraio 1928, n. 619 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'applicazione della legge 19 gennaio 1942, n. 22, e successive disposizioni modificative ed integrative.

#### Art. 42.

##### *Assicurazione contro gli infortuni.*

I medici sono assicurati contro gli infortuni che possono verificarsi nel disimpegno dell'incarico presso un istituto facente parte del gruppo INA; a tal fine l'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena stipula apposita convenzione con il predetto Istituto.

Il premio relativo alla polizza di cui al precedente comma fa carico in parti uguali all'Amministrazione e ai medici incaricati.

#### CAPO II

##### FARMACISTI E VETERINARI INCARICATI

#### Art. 43.

##### *Qualifica - Rapporto di incarico professionale.*

I farmacisti e i veterinari, i quali prestano la loro opera presso gli istituti o servizi dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, sono qualificati farmacisti e veterinari incaricati.

Essi hanno le attribuzioni previste dai regolamenti per gli istituti di prevenzione e di pena.

Le prestazioni professionali rese in conseguenza del conferimento dell'incarico sono disciplinate dalle norme della presente legge.

Ai farmacisti e ai veterinari incaricati non sono applicabili le norme relative alla incompatibilità ed al cumulo di impieghi, nè alcuna altra norma concernente gli impiegati civili dello Stato.

Il numero dei farmacisti e dei veterinari incaricati è quello risultante dalla tabella *D* allegata alla presente legge.

#### Art. 44.

##### *Ammissione all'incarico.*

L'ammissione all'incarico ha luogo mediante scelta diretta effettuata dal Ministero di grazia e giustizia, sentito l'organo periferico dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, competente per territorio.

I requisiti per ottenere il conferimento dell'incarico sono quelli indicati nelle lettere *b)*, *c)*, *d)*, *e)*, *f)*, *g)*, del precedente articolo 5; i farmacisti e i veterinari incaricati devono essere forniti, inoltre, rispettivamente, del diploma di laurea in farmacia o in veterinaria e della relativa abilitazione professionale, nonchè essere iscritti al rispettivo Ordine professionale.

I documenti attestanti il possesso dei requisiti di cui alle lettere *b)*, *d)*, *e)*, *f)*, del precedente articolo 5, debbono essere in data non anteriore di tre mesi a quella del decreto di conferimento dell'incarico.

Per quanto concerne le modalità del conferimento dell'incarico si applicano le disposizioni di cui al precedente articolo 13.

#### Art. 45.

##### *Doveri - Diritti - Disciplina*

I farmacisti e i veterinari incaricati sono tenuti all'osservanza delle vigenti disposizio-

ni in materia sanitaria e delle regole deontologiche professionali.

Essi sono tenuti, altresì, all'osservanza dei regolamenti per gli istituti di prevenzione e di pena, e del regolamento interno dell'istituto cui sono addetti, delle disposizioni impartite dal direttore dell'istituto o servizio concernenti l'organizzazione dei servizi nonché delle relative modalità di svolgimento non riflettenti questioni di specifico carattere tecnico.

Art. 46.

*Sospensione e cessazione del rapporto di incarico.*

Ai farmacisti e veterinari incaricati si applicano, per quanto riguarda la sospensione e la cessazione dal rapporto di incarico, le disposizioni di cui ai precedenti articoli da 31 a 37.

Ai farmacisti e veterinari incaricati sono applicabili le disposizioni di cui ai precedenti articoli da 15 a 30.

Art. 47.

*Trattamento economico,  
previdenziale e assicurativo*

Ai farmacisti e veterinari incaricati si applicano, per quanto concerne il trattamento economico, le disposizioni di cui ai precedenti articoli 38, 39 e 40.

I veterinari incaricati sono iscritti alla Cassa per le pensioni ai sanitari, i farmacisti incaricati sono iscritti all'Istituto nazionale di previdenza sociale ai fini dell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti.

Ai farmacisti e veterinari è applicabile il trattamento previdenziale previsto dal secondo comma del precedente articolo 41 e il trattamento assicurativo previsto dal precedente articolo 42.

## CAPO III

## DISPOSIZIONI COMUNI

## Art. 48.

*Commissione centrale  
per il personale sanitario incaricato.*

Presso il Ministero di grazia e giustizia è costituita la Commissione centrale per il personale sanitario incaricato dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena, avente le attribuzioni previste dalla presente legge.

La Commissione è nominata all'inizio di ogni biennio con decreto del Ministro di grazia e giustizia; essa è composta da un direttore generale del Ministero di grazia e giustizia, che la presiede, da due impiegati del ruolo amministrativo della carriera direttiva dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena aventi qualifica non inferiore a direttore capo, da un impiegato del ruolo tecnico sanitario della carriera direttiva dell'Amministrazione stessa avente qualifica non inferiore a direttore capo sanitario e da un medico incaricato.

Le funzioni di segretario sono esercitate da un impiegato del ruolo amministrativo della carriera direttiva dell'Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena avente qualifica non inferiore a direttore.

Per la validità delle riunioni è necessaria la presenza di tutti i componenti.

Per ciascuno dei quattro componenti della Commissione e per il segretario è nominato un supplente avente qualifica corrispondente a quella del titolare. In caso di assenza o impedimento del presidente, ne fa le veci il componente della carriera direttiva avente qualifica più elevata e, a parità di qualifica, il più anziano, il quale è, a sua volta, sostituito dal componente supplente.

Qualora, durante il biennio, il presidente o taluno dei componenti della Commissione o il segretario venga a cessare dall'incarico, si provvede alla sostituzione per il tempo che rimane del biennio, con le modalità previste dal presente articolo.

## Art. 49.

*Ricusazione del giudice disciplinare.*

Allorquando la Commissione centrale di cui al precedente articolo è chiamata a trattare questioni in materia disciplinare, il Presidente e i componenti possono essere ricusati qualora essi:

a) abbiano interesse personale o l'incolpato sia loro debitore o creditore ovvero della moglie e dei figli;

b) abbiano dato consiglio o manifestato il loro parere sull'oggetto del procedimento fuori dell'esercizio delle loro funzioni;

c) vi sia un'inimicizia grave tra loro o alcuno dei loro prossimi congiunti e l'incolpato;

d) alcuno dei loro prossimi congiunti o della moglie sia offeso dall'infrazione disciplinare o ne sia l'autore;

e) siano parenti o affini di primo o secondo grado dell'impiegato che ha espletato l'istruttoria.

La ricusazione è proposta con dichiarazione notificata dall'incolpato, comunicata al Presidente della commissione prima dell'adunanza o inserita nel verbale della seduta in cui l'incolpato sia personalmente comparso.

Sulla istanza di ricusazione decide, in via definitiva, il Presidente, sentito il ricusato. Se sia stato ricusato il Presidente, questi trasmette la dichiarazione con le proprie controdeduzioni al Ministro, il quale decide in merito.

Il provvedimento che respinge l'istanza di ricusazione può essere impugnato soltanto insieme al provvedimento che infligge la sanzione.

Il Presidente e il componente della Commissione ricusabili ai sensi del primo comma del presente articolo, hanno l'obbligo di astenersi anche quando non sia stata proposta l'istanza di ricusazione.

I vizi della composizione della Commissione, qualora essa sia chiamata a trattare questioni in materia disciplinare, possono essere denunciati con il ricorso contro il provvedimento definitivo che infligge la san-

zione disciplinare, anche se colui al quale tale sanzione è inflitta non li abbia rilevati in precedenza.

Art. 50.

*Sostituzione provvisoria del medico, del farmacista o del veterinario incaricati.*

Nelle ipotesi di assenza o impedimento del medico, del farmacista o del veterinario incaricati previste nei precedenti articoli 19, 22, 23, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 36 e 46 il direttore dell'istituto, qualora risulti impossibile assicurare il funzionamento dei relativi servizi, provvede immediatamente alla sostituzione del sanitario assente o impedito con altro sanitario iscritto al rispettivo Ordine professionale, dandone comunicazione al Ministero.

Al sanitario incaricato di sostituire, in via provvisoria, il titolare, ai sensi del precedente comma spetta un compenso giornaliero di importo pari ad un trentesimo della misura iniziale del compenso mensile di cui al precedente articolo 38 e delle indennità di cui al precedente articolo 39 previste per il sanitario incaricato che si trovi in analoga situazione di sede e di famiglia; il detto sanitario non ha diritto ad alcun trattamento previdenziale o assicurativo.

Nelle ipotesi di assenze previste dai precedenti articoli 17 e 18, il direttore dell'istituto cui è addetto un solo medico incaricato può, ove se ne presenti la necessità, avvalersi dell'opera di altro medico, da retribuire con il compenso minimo previsto dalla tariffa nazionale approvata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici.

TITOLO II

**SERVIZI SANITARI SPECIALI**

Art. 51.

*Servizio di guardia medica*

Per le esigenze del servizio di guardia medica negli istituti di prevenzione e di

pena, indicati nella tabella *E* allegata alla presente legge, il direttore dell'istituto si avvale dell'opera di un medico chirurgo iscritto all'Ordine dei medici per ogni turno di ventiquattro ore consecutive.

Il medico addetto al servizio di guardia deve prestare la propria opera secondo il turno predisposto dal direttore dell'istituto, e non può essere utilizzato per due turni di guardia consecutivi.

Il medico di guardia è tenuto alla osservanza delle vigenti disposizioni in materia di servizio sanitario negli istituti di prevenzione e di pena nonché delle disposizioni impartite dall'autorità amministrativa dirigente l'istituto, concernenti l'organizzazione del servizio sanitario stesso e le relative modalità di svolgimento non riflettenti questioni di carattere medico.

Il medico di guardia addetto agli istituti diretti da medici di ruolo è tenuto a osservare anche le direttive tecniche impartite dall'autorità dirigente.

Per ciascun turno di guardia espletato, al medico spetta un compenso giornaliero, con esclusione di ogni altra indennità o gratificazione e di ogni trattamento previdenziale o assicurativo, da determinarsi entro il mese di gennaio di ogni biennio, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con i Ministri della sanità e del tesoro, tenute presenti le indicazioni della Federazione nazionale degli Ordini dei medici.

La tabella *E*, in relazione alle mutate esigenze del servizio, può essere modificata con decreto del Ministro di grazia e giustizia di concerto con il Ministro del tesoro.

#### Art. 52.

##### *Servizi specialistici*

Per l'erogazione delle prestazioni specialistiche, il direttore dell'istituto, previa autorizzazione del Ministero, si avvale dell'opera di medici chirurghi specialisti, i quali debbono effettuare le visite specialistiche e gli interventi della specialità nonché redigere le certificazioni relative alle prestazioni effettuate.

Al medico specialista spetta, per le sue prestazioni, il compenso minimo previsto dalla tariffa nazionale approvata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici ai sensi della legge 21 febbraio 1963, n. 243.

I servizi specialistici possono essere assicurati anche mediante convenzioni annuali. In tal caso la misura dei compensi è stabilita sulla base delle tabelle in vigore per gli Enti mutualistici.

### TITOLO III

#### **SERVIZIO INFERMIERISTICO**

##### Art. 53.

##### *Servizio di guardia infermieristica*

Per le esigenze del servizio di guardia infermieristica negli istituti di prevenzione e di pena, indicati nella tabella *E* allegata alla presente legge, il direttore dell'istituto si avvale dell'opera di un infermiere iscritto al relativo Collegio ovvero di un infermiere generico munito del certificato di abilitazione, per ogni turno di ventiquattro ore consecutive.

L'infermiere addetto al servizio di guardia deve prestare la propria opera secondo il turno predisposto dal direttore dell'istituto e non può essere utilizzato per due turni di guardia consecutivi.

Egli è tenuto alla osservanza delle vigenti disposizioni in materia sanitaria, a disimpegnare le mansioni previste dalle vigenti disposizioni relative al servizio infermieristico negli istituti di prevenzione e di pena, ad osservare le prescrizioni impartite dall'autorità amministrativa dirigente l'istituto concernenti la organizzazione del servizio infermieristico stesso, nonché le relative modalità di svolgimento non riflettenti questioni di carattere tecnico. Per le questioni di carattere tecnico è tenuto a osservare le prescrizioni impartite dal personale medico.

Agli infermieri di cui al presente articolo spetta un compenso orario, con esclusione di ogni altra indennità o gratificazione, e

di ogni trattamento previdenziale o assicurativo, da determinarsi entro il mese di gennaio di ogni biennio, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con i Ministri della sanità e del tesoro.

#### TITOLO IV

#### DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

##### Art. 54.

*Organo periferico dell'Amministrazione penitenziaria competente ad adottare i provvedimenti relativi allo stato giuridico dei sanitari incaricati.*

L'organo periferico dell'Amministrazione penitenziaria competente ad adottare i provvedimenti relativi allo stato giuridico dei sanitari incaricati, previsti dalla presente legge, è il Procuratore generale presso la Corte d'appello nella cui circoscrizione è situato l'istituto cui è addetto il sanitario al quale si riferisce il provvedimento.

##### Art. 55.

*Abrogazione di norme.*

Sono abrogate, per la parte concernente i medici, farmacisti e veterinari incaricati, le disposizioni contenute nel regio decreto-legge 30 ottobre 1924, n. 1758; nel regio decreto 4 aprile 1935, n. 497 e nella legge 17 febbraio 1958, n. 111.

##### Art. 56.

*Inquadramento giuridico.*

I medici, i farmacisti e i veterinari nominati a seguito di concorso o mediante scelta ai sensi dell'articolo 3 del regio decreto-legge 30 ottobre 1924, n. 1758, i quali alla data di entrata in vigore della presente legge prestano la loro opera presso gli istituti di prevenzione e di pena, sono inquadrati, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, rispettivamente, nella categoria

dei medici, dei farmacisti e dei veterinari incaricati.

I medici, nominati in via provvisoria a temporanea copertura di posti di medici aggregati previsti dalla tabella allegata al regio decreto-legge 4 aprile 1935, n. 497, ovvero incaricati, sia quali medici generici, sia quali medici di guardia del servizio sanitario presso i predetti istituti per sopperire alle esigenze del servizio stesso, i quali, alla data di entrata in vigore della presente legge, prestano la loro opera da almeno sei mesi, sono inquadrati, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, su parere della Commissione di cui al precedente articolo 48, nella categoria dei medici incaricati.

Le disposizioni di cui al precedente comma non si applicano ai medici chirurghi i quali, alla data di entrata in vigore della presente legge, effettuano prestazioni specialistiche presso gli istituti di prevenzione e di pena.

L'inquadramento previsto dal primo comma del presente articolo decorre dalla data di entrata in vigore della presente legge; quello previsto dal secondo comma decorre dalla data di compimento di sei mesi di attività presso gli istituti di prevenzione e di pena e comunque in data non anteriore a quella dell'entrata in vigore della presente legge.

#### Art. 57.

##### *Inquadramento economico.*

Ai medici, ai farmacisti e ai veterinari aggregati inquadrati nelle corrispondenti categorie del personale incaricato ai sensi del primo comma del precedente articolo 56, spetta il compenso mensile previsto dal precedente articolo 38, incrementato di tanti aumenti periodici quanti sono quelli maturati alla data di entrata in vigore della presente legge.

Ai medici chirurghi inquadrati nella categoria del personale incaricato ai sensi del secondo comma del precedente articolo 56, spetta il compenso previsto dal precedente articolo 38 incrementato di tanti

aumenti periodici quanti sono i bienni di effettivo incarico esercitato, anche in modo non continuativo, negli istituti di prevenzione e di pena, alla data di entrata in vigore della presente legge. Gli aumenti periodici concessi ai sensi del precedente comma non possono, peraltro, essere superiori a tre.

Art. 58.

*Sospensione  
dell'applicazione dell'articolo 36.*

Fino alla data di espletamento dei concorsi banditi in esecuzione della presente legge, e comunque per un periodo non eccedente il biennio dalla data di entrata in vigore della legge stessa, è sospesa l'applicazione della norma di cui al precedente articolo 36.

Art. 59.

*Copertura del maggiore onere finanziario.*

All'onere di lire 39.025.000, derivante dall'applicazione della presente legge per l'anno 1968, si provvede mediante riduzione, per un corrispondente importo, dello stanziamento del capitolo n. 3523 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per lo stesso anno finanziario.

All'onere annuo di lire 156.100.000 relativo all'anno 1969, si provvederà mediante riduzione del fondo speciale dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro, per l'anno medesimo, destinato al finanziamento di oneri derivanti da provvedimenti legislativi in corso.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

## TABELLA A

## DOTAZIONE ORGANICA DEI MEDICI AGGREGATI

(art. 3 della legge)

Numero dei medici incaricati . . . . .	325
--	-----

## TABELLA B

## TRATTAMENTO ECONOMICO

(art. 38 della legge)

## Quadro 1

Compenso mensile lordo . . . . .	L. 214.000
----------------------------------	------------

Asinara	C. L. A.
Gorgona	C. L. A.
Pianosa	Stabil. penit.
Capraia	C. L. A.

## Quadro 2

Compenso mensile lordo . . . . .	L. 164.000
----------------------------------	------------

Is Arenas	C. L. A.
Isili	C. L. A.
Mamone	C. L. A.

## Quadro 3

Compenso mensile lordo . . . . .	L. 109.000
----------------------------------	------------

Aversa	M. G.
Barcellona	M. G.
Bari	C. G.
Favignana	C. R.
Genova	C. G.
Milano	C. G.

## LEGISLATURA V — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Montelupo Fiorentino	M. G.
Napoli	C. G.
Napoli	M. G.
Palermo	C. G.
Paliano	Sanat. Giud.
Parma	C. M. F.
Porto Azzurro	Stabil. Penit.
Pozzuoli	M. G. D.
Reggio Emilia	M. G.
Roma	C. G.
Roma - Rebibbia	C. R.
Roma - Rebibbia	C. G. D.
Trento	C. G.
Turi	C. M. F.

## Quadro 4

Compenso mensile lordo . . . . . L. 89.000

Cagliari	C. G.
Firenze	C. G. e C. R.
Fossombrone	C. M. F.
Messina	C. G.
Perugia	C. R. D. - C. G. e C. R.
Pisa	C. G. e Sez. M. F.
Procida	C. R.
Ragusa	C. G. e C. M. F.
Roma - Rebibbia	C. G.
Roma - Casal de' Marmi	C. R. M. e I. O. M.
Torino	C. G.
Volterra	Stabil. Penit.

## Quadro 5

Compenso mensile lordo . . . . . L. 74.000

Avellino	C. G.
Bologna	C. G.
Bologna	I. O. M. e C. R.M.
Bolzano	C. G.
Caltanissetta	C. G.
Castelfranco Emilia	C. L.
Catania	C. G.

## LEGISLATURA V — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Firenze	C. G. D.
Fossano	C. R.
Lecce	C. G.
Lecce	C. R.
Lonate Pozzolo	C. L. A.
Napoli	I. O. M. e Prig. Scuola
Nisida	C. R. M.
Padova	C. R.
Padova	C. G.
Palermo	I. O. M. e C. R. M.
Roma	I. O. M.
Siracusa	C. G.
Trieste	C. G.
Venezia	C. L.
Venezia	C. G.
Venezia	C. R. D.
Verona	C. G.
Viterbo	C.G. e C. R.

## TABELLA C

*Compenso mensile lordo ai medici incaricati della direzione  
dei servizi sanitari negli istituti qui sotto indicati:*

(art. 38 della legge)

L. 84.000

Bari	C. G.
Milano	C. G.
Napoli	C. G.
Palermo	C. G.
Perugia	C. G.
Roma	C. G.
Trento	C. G.

## TABELLA D

DOTAZIONE ORGANICA DEI FARMACISTI  
E VETERINARI INCARICATI

(Art. 43 della legge)

Numero dei farmacisti e dei veterinari incaricati . . . . . 5

TABELLA E

ISTITUTI PRESSO I QUALI È ISTITUITO IL SERVIZIO  
DI GUARDIA MEDICA E DI GUARDIA INFERMIERISTICA

(Artt. 51 e 53 della legge)

Bari	C. G.
Milano	C. G.
Napoli	C. G.
Palermo	C. G.
Perugia	C. G.
Roma	C. G.
Trento	C. G.