

L'ASSISTENZA SANITARIA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

*Situazione normativa
Categorie del personale medico ed infermieristico
Problematiche e prospettive*

GIROLAMO MAROTTA GIGLI (*)

Nell'attuale situazione di fatto che non trova — come appresso vedremo — pieno conforto nella vigente normativa si può sostanzialmente affermare che l'assistenza sanitaria ai detenuti costituisca un vero e proprio « servizio » reso dallo Stato e, per esso, dall'Amministrazione Penitenziaria.

Balza subito evidente, almeno per quanti si occupano della materia, la contraddizione fra tale affermazione e la legge 833/'78 che, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale, all'art. 6 elencava le competenze che, in materia sanitaria, rimanevano attribuite allo Stato, indicando alle lettere v) e z) dell'articolo stesso: l'organizzazione sanitaria militare; i servizi sanitari istituiti per le Forze Armate ed i Corpi di Polizia, per il Corpo degli Agenti di Custodia e per il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, nonché i servizi dell'Azienda Autonoma delle Ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico-sanitario delle condizioni del personale dipendente.

Non si faceva menzione quindi dell'assistenza sanitaria ai detenuti, pur essendo previsto in altra legge dello Stato, la legge finanziaria (nel suo annuale rinnovarsi), un apposito stanziamento di fondi per l'assolvimento di tale servizio.

Non potendosi assolutamente accreditare l'ipotesi di una dimenticanza del legislatore o quella, ancor più grave di una svista che identificava i « servizi sanitari » per il Corpo degli Agenti di Custodia (in realtà inesistenti) nel medico dell'Istituto (penitenziario) cui faceva ripetutamente riferimento il Regolamento del Corpo del 1937, si deve piuttosto ritenere

(*) Presidente di Sezione della Corte di Cassazione, Direttore dell'Ufficio VII della Direzione Generale per gli Istituti di prevenzione e pena - Ministero di Grazia e Giustizia.

che la esclusione dai compiti riservati allo Stato della assistenza sanitaria ai detenuti abbia trovato ragione e fondamento nei principi egualitari enunciati nell'art. 1 della legge 833/'78.

Nell'articolo citato si afferma infatti che il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Appare evidente che l'esclusione dell'assistenza sanitaria ai detenuti dalle finalità così solennemente ed ampiamente indicate avrebbe potuto suonare come indice di discriminazione e di emarginazione dei cittadini detenuti e sarebbe stata in contrasto con i più moderni movimenti di pensiero, con lo spirito della Riforma penitenziaria del 1975 e con tutti i successivi provvedimenti legislativi o amministrativi che hanno sempre teso all'affermazione della parità dei diritti civili tra cittadini liberi e cittadini detenuti.

Fatte queste necessarie precisazioni vediamo come si svolge quello che abbiamo all'inizio definito un « servizio » ed esaminiamo i supporti normativi di cui l'Amministrazione penitenziaria dispone per reperire il personale medico ed infermieristico da destinare ad esso.

La legge 740/'70, rinnovando completamente la materia (il Regolamento per gli Istituti di prevenzione e pena R.D. 19 giugno 1931, n. 787, prevedeva negli Istituti solo la presenza di un medico, anche libero professionista convenzionato, e di agenti di custodia infermieri) creava la figura del medico incaricato, istituiva un servizio di guardia medica e di guardia infermieristica (solo in sette Istituti: Bari, Napoli, Palermo, Perugia, Roma, Trento); dava facoltà ai Direttori degli Istituti di convenzionare medici-chirurghi per le prestazioni specialistiche; creava infine le figure di farmacista e di veterinario incaricati.

La legge si intitolava — e si intitola poiché è ancora in vigore — Ordinamento delle categorie del personale sanitario addetto agli Istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria, volendo con ciò non solo operare una distinzione con i medici del ruolo tecnico sanitario degli I.I.P.P. istituito con R.D. 25 marzo

1923, n. 867 integrato con R.D. 4 aprile 1935, n. 497 e D.P.R. 31 marzo 1971, n. 275, che prevedeva l'assunzione nei ruoli dell'Amministrazione di medici alienisti da destinare alla direzione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (art. 98 Reg. di esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario - D.P.R. 29 aprile 1976, n. 431), ma anche per affermare il carattere libero-professionale del rapporto intercorrente tra l'Amministrazione e i professionisti classificati dalla legge.

Tale carattere, sebbene evidenziato dalla norma e sottolineato nei lavori preparatori e nella relazione alla legge, è andato via via impallidendo sia sotto la spinta di rivendicazioni poste in essere con attività sindacali dai medici penitenziari, sia per l'allargarsi dei limiti del concetto del rapporto d'impiego che ha provocato una tendenza alla stabilizzazione di prestazioni lavorative iniziate in forma di precariato.

Medici incaricati - La legge in parola prevede un organico di 325 medici incaricati la cui funzione è di svolgere servizio adeguato alle esigenze dell'Istituto cui sono addetti e di osservare le vigenti disposizioni in materia sanitarie e le regole deontologiche professionali. Il reclutamento avviene mediante concorso espletato presso le Procure Generali della Repubblica, le procedure per l'espletamento di tali concorsi sono lunghe e laboriose; di talché tra il bando di concorso, la destinazione del vincitore e la presa di possesso trascorrono anni.

Per ovviare a tali lungaggini si fa ricorso all'art. 50 della legge che consente alla Direzione dell'Istituto di assumere a titolo provvisorio un medico che, pertanto, viene definito ed ha lo *status* di medico incaricato provvisorio con trattamento economico pari a quello dell'incaricato titolare.

Attualmente sull'organico di 325 posti n. 157 sono gli incaricati vincitori di concorso e n. 168 sono quelli provvisori.

È evidente l'anomalia di tale situazione che, tra l'altro, sostituisce ad un obiettivo criterio concorsuale la scelta discrezionale del Direttore dell'Istituto.

L'Amministrazione ha proposto di recente una sanatoria per gli incaricati provvisori in servizio da almeno tre anni che potrebbero conseguire la nomina ad incaricati con l'unica condizione di non aver demeritato nel triennio.

Esiste inoltre la possibilità di nomina cosiddetta a scelta prevista dall'art. 4 della legge, subordinata però a due presup-

posti: che si tratti di sede disagiata; che il concorso espletato sia andato deserto.

La quasi impossibilità della consistenza dei due presupposti ha fatto sì che la norma sia stata rarissimamente usata.

Va infine rilevato che ai sensi della stessa legge, con D.M. 10 novembre 1970, fu ripartita fra i vari Istituti della Repubblica la dotazione organica dei medici incaricati; ne consegue che ad eventuali mutate esigenze si può far fronte o modificando tale decreto o assunto medici « a parcella » la cui figura non è prevista dalla legge ma trova giustificazione nell'art. 11 dell'Ordinamento Penitenziario del 1975 che fa obbligo all'Amministrazione di fornire ogni Istituto di un servizio medico rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati.

La posizione dei medici a parcella che vengono retribuiti secondo le ore di prestazione professionale è ancora più anomala di quella degli incaricati provvisori.

Essa trova motivazione solo nella impossibilità di variare tempestivamente il decreto di cui innanzi in relazione alle sopravvenute necessità dell'Istituto e nella esigenza talvolta inderogabile di sopperire alla esiguità dell'organico dei medici incaricati.

Attualmente i medici in servizio a parcella, retribuiti ad ore di prestazione sono 21.

Nello stesso disegno di legge per la sanatoria degli incaricati provvisori l'Amministrazione ha proposto un aumento di 25 posti dell'organico dei medici incaricati anche al fine di eliminare la necessità di assumere medici a parcella.

Come detto innanzi la legge, nell'indicare i compiti del medico incaricato non fissa un orario di lavoro; ciò anche in armonia con il concetto del rapporto libero-professionale intercorrente tra l'Amministrazione ed il professionista.

L'Amministrazione tuttavia con circolare n. 2931/5381 del 21 febbraio 1983, confermando un precedente indirizzo, dispose che il medico dovesse accedere in Istituto quotidianamente (esclusi i giorni festivi) e prestare la propria opera per almeno due ore per un totale di 12 ore settimanali.

La disposizione venne accolta con sfavore dai medici incaricati che attribuirono ad essa non solo uno snaturamento del rapporto libero-professionale, ma anche conseguenze negative sul piano economico poiché altri Enti sanitari pubblici,

nella assegnazione di incarichi, tennero presente quel monte ore sottraendolo al totale della possibile attività del medico fuori della istituzione penitenziaria.

Se si tiene conto comunque dei numerosi e svariati compiti del medico incaricato, del sovraffollamento ormai cronico degli Istituti, dei quesiti tecnici che abitualmente vengono posti dall'Autorità Giudiziaria, delle mansioni non strettamente sanitarie ma legali igieniche, disciplinari, routinarie ed eccezionali che esso è chiamato a svolgere, si può facilmente dedurre che le 12 ore settimanali non sono assolutamente sufficienti nei grandi Istituti (a meno che non vi siano più medici incaricati ed il servizio sia idoneamente alternato tra loro) e lo sono appena forse nei piccoli.

È opportuno a questo punto fare alcune considerazioni che varranno anche ad introdurre il discorso sui medici di guardia e del servizio sanitario integrativo.

È opportuno a questo punto fare alcune considerazioni che varranno anche ad introdurre il discorso sui medici di guardia e del servizio sanitario integrativo.

È ormai un dato di fatto incontrovertibile che la presenza assidua del medico o quanto meno la sua rapida reperibilità è elemento che contribuisce in materia rilevante al mantenimento dell'ordine e della disciplina negli Istituti.

Il paragone spesso criticamente avanzato tra la Comunità libera, in cui decine di migliaia di persone raggruppate in una struttura sanitaria pubblica hanno a disposizione un esiguo servizio di guardia medica, e la comunità detenuta dove la proporzione è di almeno di tre o quattro medici per poche centinaia di persone, per di più presumibilmente sane, ha scarso fondamento.

È di comune accezione l'opinione che la situazione carceraria possa di per sé costituire uno stato patologico e numerosi studi hanno accertato quella che viene chiamata scientificamente sindrome da prisonizzazione e porta il detenuto nella condizione totale di dipendenza nei confronti della cura medica.

Questa condizione da soggettiva, e si potrebbe dire psicosomatica, diviene obiettiva e rende necessario e indispensabile l'intervento non meramente psicologico e consolatorio del medico.

È evidente che non si può indulgere alla tendenza di allargare a dismisura i servizi sanitari penitenziari, va tuttavia tenuta presente questa realtà per valutare adeguatamente la organizzazione e le idonee dimensioni e potenzialità di quei servizi.

Medici di guardia e del servizio sanitario integrativo – La legge 740/1970 nel trattare nel capo II i servizi sanitari speciali istituiva (art. 51 e tabella E) in sette Istituti penitenziari (vedi sopra) un servizio di guardia medica regolato analogamente alle modalità di tale servizio nelle strutture sanitarie pubbliche (ad ore, non più di otto ore giornaliere, turni ecc.).

Dopo l'entrata in vigore della legge fu ben presto chiaro che il servizio doveva necessariamente estendersi ad altri Istituti, ma anziché ricorrere alla modifica della tabella E (che avrebbe richiesto una nuova legge) si preferì far ricorso all'art. 11 dell'Ordinamento penitenziario del 1975, nel frattempo entrato in vigore, per ritenere che l'esigenza rappresentata in tale norma potesse esser soddisfatta solo con la istituzione di un servizio sanitario integrativo che, per comodità contabile e per alcune analogie con il servizio di guardia, venne modellato su quest'ultimo.

La quasi totalità degli Istituti fu pertanto autorizzata ad assumere medici per un numero di ore rapportato al numero di detenuti o a particolari esigenze.

I medici di guardia e del servizio sanitario integrativo sono a tutt'oggi 596 per un totale di 1870 ore giornaliere.

Questi medici sono chiamati « di guardia », perché prestano la loro opera nelle ore di guardia (diurna o notturna), ma in verità, per la maggior parte integrano l'opera del medico incaricato e lo sostituiscono addirittura in alcune mansioni che da esso non possono essere svolte per la limitata presenza in Istituto.

L'ambiguità della denominazione e l'aver mantenuto la regolamentazione del servizio secondo i criteri di « guardia medica » ha portato a conseguenze negative delle quali le più rilevabili sono: deresponsabilizzazione del medico incaricato; tendenza, secondo le varie situazioni, personalità, indirizzi della Direzione, o ad attenersi strettamente ai compiti di guardia o ad ampliarli in maniera occasionale assumendo mansioni che « di guardia » non sono.

Con circolari e risposte alle richieste che venivano di volta in volta poste dalle Direzioni l'Amministrazione Centrale ha cercato di eliminare difformità di situazioni: ma è necessario dare un assetto ordinato al servizio e in tal senso è stato già predisposto uno schema di convenzione che regolerà compiti, modalità di assunzione e di scioglimento del rapporto di tale categoria di medici.

La convenzione avrà anche lo scopo di ovviare alla estrema precarietà del rapporto ed alla mancanza di qualsiasi garanzia più volte lamentate dai medici chiamati a questo servizio.

Medici specialisti – I servizi specialistici negli Istituti sono regolati dall'art. 52 della legge che dà facoltà al Direttore di stipulare all'uopo apposite convenzioni.

L'Amministrazione Centrale ha da tempo formulato una convenzione tipo, in uso presso tutti gli organi periferici, nella quale vengono stabilite le modalità delle prestazioni, gli obblighi del convenzionato, la facoltà di recesso e quanto altro possa essere utile allo svolgimento del servizio.

I compensi per le prestazioni sono fissati in un apposito tariffario che l'Amministrazione ha predisposto e che viene nel tempo adeguato ai nuovi costi e alle specializzazioni via via introdotte.

La prescrizione per la prestazione specialistica viene formulata dal medico incaricato; tale formulazione—richiesta, che deve specificare se trattasi di visite o di intervento specialistico, è condizione indispensabile per l'intervento dello specialista.

L'attività specialistica negli Istituti ha subito un incremento enorme, attualmente gli specialisti convenzionati sono 1015, raggiungendo costi elevatissimi almeno in alcune branche (analisi di laboratorio, radiologia, ortopedia, odontoiatria).

Ciò, se non altro, per il prevalere della medicina specialistica su quella generica (è esperienza comune che la quasi totalità delle diagnosi e delle terapie necessita del supporto di indagini analitiche e radiologiche).

S'impone pertanto una nuova regolamentazione dei servizi specialistici che potrebbe muoversi sulle seguenti linee:

- 1) riduzione delle visite e prestazioni specialistiche intramurali alle esigenze essenziali e di primo intervento;
- 2) rigoroso controllo delle richieste di visite o prestazioni specialistiche;
- 3) maggior ricorso alle strutture sanitarie pubbliche da realizzarsi mediante convenzioni.

Farmacisti e veterinari – La dotazione organica di 5 unità previste dalla legge 740/'70 tabella C è così utilizzata: 1 farmacista che presta servizio nella Farmacia Centrale presso la Casa Circondariale di Bari; 4 veterinari in servizio nelle colonie agricole.

Il servizio farmaceutico negli Istituti è di fatto espletato dal medico incaricato.

Infermieri – Analogamente a quanto disposto per la guardia medica la legge 740/'70 all'art. 53 prevedeva che nei sette Istituti di cui alla tabella E allegata alla legge fosse istituito un servizio di guardia infermieristica (vedi sopra).

Successivamente con l'entrata in vigore dell'Ordinamento penitenziario e del relativo Regolamento di esecuzione (art. 80 legge 354/'75; art. 122 del D.P.R. 29 aprile 1976, n. 431) si stabiliva che il servizio infermieristico negli II.PP. fosse svolto da personale assunto con qualifica di operaio specializzato e capo operaio, integrando a tal fine di 800 unità la dotazione organica degli operai dell'Amministrazione di cui al D.P.R. 31 marzo 1971, n. 275.

Prescindendo da ogni valutazione sul numero di 800 unità che appare oggi insufficiente, si deve purtroppo osservare che i concorsi ripetutamente banditi dall'Amministrazione per completare la dotazione, sono andati per lo più deserti, poiché sia la qualifica professionale sia la remunerazione sono ritenute poco allettanti e non adeguate alle mansioni di infermiere negli Istituti di pena.

Attualmente sono 296 gli infermieri di ruolo che prestano servizio, mentre per sopperire alle altre vacanze (504), almeno fino al limite di 800 unità, l'Amministrazione è costretta a ricorrere in qualche caso ad assunzioni dirette tramite le Direzioni o, in prevalenza, a convenzioni con strutture sanitarie pubbliche che consentono ai propri dipendenti di prestare opera negli Istituti Penitenziari.

È evidente che in questi casi l'Amministrazione deve assumersi l'onere del compenso attenendosi alle tariffe di quelle strutture.

Tale sistema produce disparità di trattamento oltre ad incontrare talvolta notevoli difficoltà dovute soprattutto alla carenza di personale infermieristico anche nelle strutture sanitarie pubbliche.

Appare improcrastinabile pertanto un ammodernamento dei concorsi con un sensibile miglioramento della qualifica professionale e della retribuzione onde rendere più facile il reclutamento di infermieri di ruolo.

La situazione sommariamente descritta mette in evidenza soprattutto la difficoltà di far fronte a mutate condizioni e concezioni con strumenti legislativi oramai vetusti.

Più volte, con Commissioni miste all'uopo costituite, si è tentato da parte dell'Amministrazione di porre mano ad una riforma globale della legge 740/'70, ma fino ad ora purtroppo i risultati non sono soddisfacenti, anche perché i lavori sono stati sempre prioritariamente dedicati a soddisfare le fondate rivendicazioni economiche e di *status* dei medici penitenziari.

L'ultima Commissione istituita con D.M. 14 giugno 1985 dovrà prossimamente affrontare con impegno il problema; ma sembra pregiudiziale a tale proposito lo scioglimento del nodo costituito dal silenzio della legge 833/'78, di cui si diceva all'inizio e della contemporanea efficacia dell'art. 11 dell'Ordinamento Penitenziario, dell'art. 17 del relativo Regolamento di esecuzione e delle altre norme riguardanti la materia contenute in detti testi.

In altre parole è necessario chiarire se l'assistenza sanitaria penitenziaria debba conservare una propria autonomia o debba essere, come è stato da alcune parti richiesto anche con proposte di legge inglobata nel Servizio Sanitario Nazionale.

A parere di chi scrive l'autonomia del servizio sanitario penitenziario deve essere salvaguardata quanto meno a livello di medicina di base. Già si è detto quanto sia necessaria ed indispensabile la figura del medico negli Istituti penitenziari, medico che deve essere legato da un rapporto più stabile e funzionale con l'Amministrazione, attraverso naturalmente la Direzione dell'Istituto; ad esso potrebbero essere

affiancati uno o più medici a seconda delle esigenze dei servizi sanitari dei quali egli dovrebbe assumere la funzione di dirigente o coordinatore.

I servizi specialistici dovrebbero essere totalmente demandati a professionisti delle strutture pubbliche con le quali sarebbero stipulate apposite convenzioni. Si dovrebbe in queste prevedere tuttavia l'utilizzazione delle apparecchiature già esistenti o da installare negli istituti, per limitare il più possibile spostamenti dei detenuti all'esterno.

A conforto di tale ipotesi si potrebbero citare le numerose convenzioni stipulate dall'Amministrazione con le UU.SS.LL. per l'assistenza socio-riabilitativa dei detenuti tossicodipendenti, un settore cioè che può definirsi specialistico per l'attività multidisciplinare che richiede.

Tenuto conto della vastità e gravità del fenomeno, può dirsi che tali convenzioni abbiano operato con validità apprezzabile.

Non si esclude naturalmente che una nuova normativa debba essere collegata ed armonizzata con il Servizio Sanitario Nazionale, ma non può prescindere dal peculiare interesse e dalla diretta responsabilità che l'Amministrazione penitenziaria deve porre nell'assistenza sanitaria ai detenuti, compito inscindibile dagli altri molteplici che essa assolve.

Non si ha ovviamente la pretesa con queste brevi note di aver trattato con completezza il problema; si è voluto esclusivamente enunciare dati di fatto non da tutti conosciuti con l'auspicio che essi possano servire a richiamare l'attenzione ed aprire una discussione su un tema di grande rilevanza e attualità specie da quando si va affermando il principio che la salute è sì diritto individuale ma anche interesse dell'intera collettività, ivi compresa ovviamente quella parte non trascurabile di essa costituita dalla popolazione detenuta.

RIASSUNTO

L'Autore mette innanzitutto in evidenza le carenze normative in materia di assistenza sanitaria ai detenuti ed il contrasto tra le esigenze di autonomia di tale servizio e le disposizioni sul Servizio Sanitario Nazionale istituito con la legge 833/1978.

Passa quindi ad elencare ed esaminare le varie categorie di medici che operano negli Istituti penitenziari nonché i problemi attinenti alla categoria del personale paramedicale.

In conclusione formula alcune proposte sui temi da tenere presenti in sede di riforma della legge 740/1970 sull'Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli Istituti di prevenzione e pena non appartenente ai ruoli organici della Amministrazione penitenziaria.

RESUME

L'Auteur met tout d'abord en évidence les carences normatives en matière d'assistance sanitaire au détenus, ainsi que les contradictions entre les exigences d'autonomie d'un tel service et les dispositions concernant le Service Sanitaire National établi par la loi 833/1978.

Il dresse ensuite une liste et il examine les différentes catégories de médecins qui opèrent dans les établissements pénitentiaires, ainsi que les problèmes relatifs à la catégorie du personnel parasanitaire.

En conclusion, il formule quelques propositions sur les sujets à retenir en vue de la réforme de la loi 740/1970 sur l'Institution des catégories de personnel sanitaire préposé aux établissements pénitentiaires ne faisant pas partie des cadres réglementaires de l'Administration pénitentiaire.

SUMMARY

The Author especially draws attention to the legislative shortcomings in the field of health care for prison inmates and the contrast between the needs of autonomy of this service and the provisions on the National Health Service instituted by Law No 833/1978.

He then proceeds to list and examine the various categories of physicians who operate in the prisons, as well as the problems concerning the category of auxiliary health workers.

In conclusion he makes some proposals on matters to be borne in mind with a view to the reform of Law No 740/1970 on the regulation of the category of medical personnel assigned to penal institutions and institutes of prevention and not belonging to the permanent workforce of the Prisons Administration.

RESUMEN

El Autor resalta ante todo las carencias normativas en materia de asistencia sanitaria a los detenidos y el contraste existente entre la necesidad de autonomía de dicho servicio y las disposiciones sobre el Servicio Sanitario Nacional instituido por la Ley 833/1978.

Luego pasa a enumerar y analizar los distintos tipos de médico que intervienen en los Institutos Penitenciarios además de los problemas relacionados con el personal paralelo al sanitario.

Como conclusión formula algunas propuestas sobre los temas que hay que tener en cuenta al reformar la Ley 740/1970 acerca de la Clasificación de los tipos de personal sanitario que dependen de los Institutos de Prevención y Pena, y que no pertenecen a los planteles orgánicos de la Administración Penitenciaria.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor unterstreicht vor allem das Fehlen von Normen über die ärztliche Betreuung der Häftlinge, sowie die Widersprüche zwischen dem Bedürfnis nach Selbstständigkeit dieses Dienstes und den Vorschriften des, durch das Gesetz 833/1978 eingerichteten, nationalen Gesundheitsdienstes.

Er fährt fort, indem er die verschiedenen Arztekategorien, die in Haftanstalten tätig sind, aufzählt und untersucht, sowie die Probleme, welche die verschiedenen Kategorien des Krankenpflegepersonals betreffen, beschreibt.

Zum Schluss formuliert er einige Vorschläge zu Themen, die bei der Reform des Gesetzes 740/1970 über die Kategorienordnung für das Sanitätspersonal in Haft- und Strafvollzugsanstalten, das keine Stellung in der Anstaltsverwaltung innehat, berücksichtigt werden sollten.