

REGIONE TOSCANA

Centro Regionale per la Salute in carcere

All'Assessore Enrico ROSSI

Al Dr.Ledo GORI

Al Direttore Generale Vinicio BIAGI

Al Dr.Valerio DEL MINISTRO

Al Direttore Generale e al Direttore Sanitario Azienda USL

Al Referente Aziendale per la salute in carcere

Al Responsabile del Presidio Sanitario Penitenziario

Per un rinnovato impegno professionale dei Medici Penitenziari.

Bisogna sempre misurare in quale direzione si cammina.

Talvolta è opportuno riferirsi al passato per poter verificare il presente,per capire ,noi Medici Penitenziari,dove siamo ,che cosa dobbiamo fare ora, in applicazione dei principi della Riforma,dove vogliamo andare.

Ritroviamo che ,agli inizi,il rapporto che legava il Medico all'Amministrazione Penitenziaria era *su base caritatevole*.

In sostanza erano alcuni sodalizi o congregazioni religiose tipo la San Vincenzo dei Paoli o la Confraternita della Croce e della Pietà che, in caso di estremo fabbisogno, reclutavano il Medico per le necessità che la singola circostanza richiedeva.

In un documento del 1561 si parla per la prima volta di infermeria del carcere e di Medico chiamato dai sodalizi per soccorrere *i carcerati malati*.

In un altro documento del 1649 troviamo traccia di un Medico chiamato nelle carceri di Tor di Nona per soddisfare le urgenze cliniche. Egli chiede una remunerazione straordinaria per il lavoro eccessivo che è stato costretto a sostenere ,in seguito ad una grave epidemia che aveva colpito l'intera popolazione detenuta.

In un altro documento sempre di quell'epoca ,si rileva addirittura che a Mantova l'assistenza medica ai detenuti era a carico del custode appaltatore. In un secondo tempo il medico veniva fornito dalle ditte che appaltavano le mense e gli altri rifornimenti. Queste modalità di scelta e di impiego lasciano presagire in termini incontrovertibili il tipo di prestazione professionale che veniva erogata.

Soltanto nella prima parte del XX secolo si è configurato un rapporto con l'Amministrazione Penitenziaria.

Nei casi clinici veramente gravi il Podestà delegava un Medico a visitare i detenuti.

Giova, altresì ricordare ,che per molti secoli, in definitiva, i detenuti furono considerati soggetti ideali anche per la sperimentazione medica, come avveniva già nell'antica Persia e in Egitto.

Costantino nel 320 d.C. compie un atto medico consentendo ai detenuti di prendere aria e fare moto nei cortili.

Il Granduca di Toscana nel XVI secolo permise a Falloppio di fare uso di carcerati per qualunque prova ritenesse opportuna ,oltre le atroci torture già propinate ignobilmente senza alcun rispetto umano.

Nel 1773 **Howard** ,già detenuto in Francia , pubblica “ **Lo stato delle prigioni** ” destando grande interesse per le condizioni dei detenuti, sollevando ,fra gli altri, il problema delle condizioni igieniche delle carceri.

Alcuni sociologi ,come **Tocqueville**, affermano che il carcere non ha potere deterrente o rieducativo, ma tende a produrre delinquenti ancora più incalliti. (1833)

Clemmer (1941) rileva un graduale processo di prisonizzazione segnato dal progressivo adattamento con l'ambiente penitenziario e la sua subcultura, radicando ancora di più l'antisocialità nel detenuto.

E' comune ,ancora oggi, sostenere che il massimo risultato possibile sia quello di non rendere peggiore l'uomo detenuto, mentre espressioni come *rieducazione della pena* e *individualizzazione del trattamento* sono fini a se stesse e prive di significato reale.

Tra il XVI e il XVII secolo compaiono reclusori in molte città europee.

Il gran numero di detenuti ammassati nelle celle come bestie, si viene a trovare in condizioni di degradazione fisica e morale.

Si riscontra che il rientro in società avviene con atteggiamenti ancora più antisociali e tendenti alla vendetta verso la società stessa.

Incominciano a questo punto a delinearsi le prime forme di trattamento attraverso il lavoro.

Giulia Colbert, marchesa di Barolo, educatrice e benefattrice scrive nel 1821 *"Bisogna considerare una prigione come una casa di cura per anime malate....."*

Per molto tempo le attività in risalto sono il controllo spietato e l'emarginazione.

Nessuna particolare attenzione alla condizione umana in carcere.

Nessun addestramento lavorativo.

Parole d'ordine sono: *il delinquente deve essere neutralizzato e deve guarire della sua delinquenza in carcere.*

Né la situazione venne a migliorare nella prima metà del secolo XX, quando il Medico arrivava in carcere in mattinata, visitava i casi più gravi ricoverati in infermeria e quindi si recava dal capo guardia che gli passava la lista dei detenuti che avevano fatto domanda di visita – visita per modo di dire perchè veniva fatta a *tamburo battente, in piedi, in pochi minuti e si chiudeva con esito diagnostico per lo più negativo, talvolta con la prescrizione di farmaci o di vitto in bianco.*

Possiamo distinguere una fase di pre-Riforma penitenziaria in cui il Medico era chiamato ad intervenire essenzialmente per riparare i danni alla salute (**Medicina somatica secondo Alfonso De DEO**).

Questo ruolo senza dubbio marginale e strumentale risulta ampiamente superato.

Nelle carceri incominciano a svilupparsi continue tensioni e sommosse a causa delle precarie condizioni in cui i detenuti erano costretti a vivere.

Tali tensioni, infatti, nel 1968 sfociarono nel clima delle contestazioni globali, manifestandosi con una serie di rivolte in massa dei detenuti contro la loro condizione divenuta ormai insopportabile.

Il detenuto malato si rifiutava di essere oggetto e voleva essere uomo, anche se recluso, con tutti i diritti di partecipare alle sue condizioni di malato.

Fu un passaggio brusco ad una **medicina etiologica** diversa dalla precedente; non etiologica nel senso nosologico, cioè come ricerca delle cause dei mali fisici dei detenuti, ma delle cause e motivazioni dell'affezione di base: l'asocialità che diveniva e si manifestava in forme di etero ed autodistruzione.

Al Medico si chiede di partecipare all'osservazione della personalità più che alla cura di possibili malattie.

Era la crisi del sistema, dei regolamenti, dei rapporti interpersonali.

Fu l'inizio della spirale della violenza.

Arrivarono gli anni bui del terrorismo.

I Medici Penitenziari vennero individuati nella cieca follia dei terroristi come servi dello Stato ed alcuni, tra cui bisogna ricordare GIUSEPPE FURCI, ROBERTO GANDOLFI e PAOLELLA, furono barbaramente trucidati. GIUSEPPINA GALFO rimase per miracolo viva ,anche se porterà per sempre sul proprio corpo i segni indelebili di un vile agguato.

L'Ordinamento Penitenziario del 1931 abolisce la segregazione e pone alla base della funzione risocializzante il lavoro e le pratiche religiose. Compito del Medico diventa anche quello di alleviare le sofferenze dei detenuti malati.

Le carceri sono molto spesso dislocate in vecchi, decrepiti castelli o fatiscenti fortezze o conventi riadattati alla meglio. Dominano ovunque condizioni igieniche disastrose. Sono prevalenti le parassitosi, la tubercolosi, la sifilide, l'alcolismo, le patologie respiratorie e gastroenteriche.

Le strutture sanitarie degli Istituti Penitenziari durante il regime fascista erano dotate di infermerie sfornite e poco efficienti, dove si eseguivano visite mediche frettolose e sommarie.

Si obiettò ,allora, che i detenuti nel loro complesso costituivano una percentuale altissima di finte malattie e che la visita medica per molti di essi non fosse altro che un pretesto per avere la possibilità di abusive comunicazioni ,di contatti non regolamentari o anche soltanto per un modesto diversivo alla monotonia della vita a cui erano inesorabilmente soggetti.

Neanche l'assistenza sanitaria si sottraeva ,inoltre, alla speculazione cui erano soggetti i detenuti ad opera dei gestori delle imprese appaltatrici della mensa e di tutte le forniture che limitavano le prescrizioni del Medico con grave compromissione della salute dei reclusi stessi.

D'altro canto era palese che il Medico stesso non disponesse di molte possibilità per migliorare le condizioni igienico-sanitarie dei ristretti: la sua posizione era estremamente debole ed esautorata da effettive responsabilità.

Dopo la seconda guerra mondiale, le condizioni di vita delle carceri, rimasero dure, esasperate inoltre dal sovraffollamento, dalle distruzioni belliche, dalle difficoltà di approvvigionamento alimentare e dalla mancanza di letti e coperte.

Nel 1955 il Ministro di Grazia e Giustizia ,anche a seguito di rivolte, dispone che ogni istituto penitenziario sia dotato di un servizio medico con conoscenze psichiatriche.

I Medici accedono in carcere per curare il corpo del detenuto esposto ai rischi evidenti ,legati ad ambienti sicuramente insalubri e alle malattie tipiche della povertà e dell'emarginazione.

Al Medico compete fra l'altro di occuparsi del vitto ,controllare l'aerazione,l'illuminazione,il riscaldamento,l'approvvigionamento delle acque,lo smaltimento dei rifiuti e in definitiva le condizioni igienico-sanitarie delle celle,delle docce e della sicurezza dei luoghi di lavoro.

Si delinea così un'azione sanitaria globale che riguarda la comunità penitenziaria.

Abbandonando così la vecchia logica della depersonalizzazione,il legislatore rifiutò la filosofia della pena esclusivamente affittiva e mortificante ,configurando ampio spazio ai problemi umani e sociali del detenuto e considerandoli come momenti decisivi del trattamento penitenziario.

Carlo Mastantuono agli inizi degli anni ' 60 definisce la MEDICINA PENITENZIARIA come branca dell'arte sanitaria **che si distingue per le specifiche caratteristiche degli ambienti in cui viene obbligatoriamente esercitata,caratteristiche che determinano influenze sull'uomo che le subisce e che suscitano particolari manifestazioni di ordine psicologico,organico e reattivo.**

Si sostanziano le prime osservazioni scientifiche sul piano igienico e sul piano epidemiologico.

A questo punto si avverte la necessità di interpretare una Medicina Penitenziaria diversa ,cioè **ecologica**,in quanto più vicina all'uomo.

Gli ultimi anni dal 1975 ad oggi,possono essere definiti gli anni delle grandi Riforme,soprattutto in campo penitenziario e sanitario.

La Riforma Penitenziaria si caratterizza per i seguenti punti fondamentali:

- il rispetto della persona umana
- la tutela dell'integrità psico-fisica
- la presunzione di non colpevolezza dell'imputato
- la finalità rieducativa della pena

La Riforma sanitaria del 1978 ha introdotto radicali modifiche istituzionali e di competenza ,finalizzate alla promozione,al mantenimento e recupero della salute fisica e psichica.

Ha innestato ed attivato aspettative,esigenze e nuove necessità, modificando progressivamente la coscienza socio-sanitaria e facendo

crescere la domanda di salute, sia in termini di servizi che di assistenza.

Il Giuramento di ATENE nel 1979 impegna i Medici Penitenziari a prodigare le migliori cure possibili alle persone detenute a qualunque titolo, nel pieno rispetto dell'etica professionale.

Significativa ed importante l'approvazione nel 1986 della **Legge Gozzini** che delinea serie e responsabili prospettive per i detenuti.

A fronte degli imponenti e radicali processi riformistici si contrappone come una sfinge la Legge 740/70, le cui insufficienze ed inadeguatezze sul piano normativo ed economico costringono i Medici Penitenziari ad operare in condizioni di estrema precarietà e disagio, esposti a gravi rischi professionali, fisici e biologici.

Ciascuno di noi si muove con affanno, barcamenandosi tra i mille problemi da affrontare e possibilmente da risolvere, spesso in amara solitudine e senza il conforto di una legislazione coerente ed organica. Ci siamo trovati di fronte al fenomeno grave della tossicodipendenza, dell'alcoolismo e della diffusione delle patologie da HIV, HCV, HBV e TBC che è andato assumendo dimensioni sempre più vaste ed allarmanti.

I Medici e gli Infermieri Penitenziari si raccolgono intorno all'**AMAPI (ASSOCIAZIONE MEDICI AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA ITALIANA)** che viene fondata a ROMA l'8 Maggio 1961.

Sorge così la battaglia per una Medicina Penitenziaria efficiente, finalmente aderente alle reali esigenze di salute della popolazione detenuta.

Il Medico Penitenziario sente la grandezza, l'importanza delle proprie responsabilità. Riesce a cogliere la necessità della formazione professionale e della crescita umana.

Una formazione ed una crescita non disgiunte dalla capacità di individuare i bisogni per poter promuovere una cultura di solidarietà.

La professione medica nelle strutture penitenziarie, anche se inserita in un ruolo operativo o giuridico, non deve allontanarsi mai dalla sua origine ideale per assumere la concretezza di un'attività definita da specifici mandati e regolata da norme prestabilite, in quanto tutto ciò allontana decisamente da quella professionalità umanistica e da quella libertà, sensibilità ed esperienza che sono le caratteristiche principali.

L'autonomia professionale diventa una prerogativa dalla quale non si può prescindere.

Si delinea la necessità di valorizzare l'immenso patrimonio di esperienze e di competenze acquisite in luoghi sofferti e

contrassegnati dal dolore ,sempre in prima linea accanto al detenuto che nel Medico trova il suo amico da stimare e rispettare e a cui confidare le proprie pene fisiche e psichiche.

*-Assistiamo soggetti che,privati della libertà fisica-**dice Giovanni RASPA -Presidente Onorario dell'AMAPI-limitati nella libertà affettiva** ,stressati dalle personali vicende processuali,presentano un vissuto fisiopatologico che è tutt'altra cosa rispetto a quello dei liberi cittadini.*

Diversi sono i bisogni,le richieste ,i modi di insorgenza e di decorso dei sintomi,nonché l'esibizione al Medico delle malattie stesse,vere e simulate che siano.-

Da un punto di vista culturale l'**AMAPI** ha avuto importanti successi in Italia e all'estero con l'organizzazione di importantissimi **CONGRESSI NAZIONALI ed INTERNAZIONALI** sulle tematiche più significative della MEDICINA PENITENZIARIA.

Francesco Ceraudo è stato eletto dal 2001 al 2006 **Presidente dell'ICPMS(INTERNATIONAL COUNCIL PRISON MEDICAL SERVICE)**

Indiscutibile merito dell'AMAPI è stato quello di aver portato la Medicina Penitenziaria finalmente nelle Aule Universitarie con la programmazione di Corsi di Perfezionamento .

Francesco Ceraudo ,Presidente dell'AMAPI per 25 anni,diviene il paladino di una Medicina che si fa carico degli ultimi,che cura una fetta di umanità sofferente,una presenza quella medica solidale con la storia dell'uomo detenuto,al di là di qualsiasi pregiudizio derivato dalla colpa commessa.

Un modo di essere Medico permeato di umanità ,di capacità di ascolto,sempre al fianco del detenuto-malato ,a tutela della sua salute.

Passano gli anni e sempre più l'Amministrazione Penitenziaria evidenzia forti limiti nella gestione dei servizi sanitari.

L'autoreferenzialità si contrappone vistosamente alla rete di servizi gestiti nel territorio dalle Aziende USL.

Ci si rende sempre più conto che per l'Amministrazione Penitenziaria la Medicina non serve per tutelare la salute della popolazione detenuta,ma è soltanto uno strumento per assicurare la sicurezza negli Istituti.Puntuali alla fine di ogni anno con la manovra finanziaria arrivano i tagli al Personale e alle apparecchiature medicali.

Vengono a mancare in modo preoccupante le risorse per i servizi essenziali.Incominciano a mancare i farmaci.

I contratti non vengono più rinnovati.

Non c'è più alcuna prospettiva.

I Medici Penitenziari arrivano a proteste clamorose: si incatenano davanti ai propri Istituti.

Intanto dal Consiglio d'Europa partono direttive precise perché la Medicina Penitenziaria confluisca nella Sanità pubblica.

La modifica del Titolo V della Costituzione regionalizza la Sanità e crea le premesse per il passaggio della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

Il DPCM dell'1 Aprile 2008 disciplina di fatto il transito della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale .

Si realizza di fatto una Riforma importante.

Un progetto che trae origine e forza dalla Carta Costituzionale e dalle precise direttive emanate dal Consiglio d'Europa ,per cui i detenuti al pari dei cittadini in stato di libertà,hanno diritto alle prestazioni di prevenzione,diagnosi,cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

La Riforma della Medicina Penitenziaria deve creare le premesse per un profondo,significativo cambiamento culturale e strutturale.

Sono necessarie scelte coraggiose e di profondo rinnovamento ,anche perché il carcere è un segmento derubato allo scorrere naturale della vita,una vita capovolta ed avvilita.

Da sempre il carcere rappresenta un luogo di frontiera ,una discarica sociale,una fabbrica di handicap,un cimitero dei vivi.

Vi sono stipati come animali da cortile soggetti devianti,emarginati e soprattutto negli ultimi tempi portatori di patologie tipiche del disagio: AIDS,tossicodipendenze,TBC,epatite virale cronica,malattie psichiatriche.

Accanto ad una patologia di tipo lesionale ,va rilevato che esiste in carcere una patologia funzionale ,fonte di notevoli sofferenze per il detenuto e causa di un elevato numero di richieste di consultazione medica.Notevoli sono del resto gli effetti dell'isolamento delle percezioni e ben presto si intuisce che la varietà delle cose non è solo un particolare,ma la sostanza stessa della vita.Si ha bisogno del flusso e dello scorrere continuo di sensazioni diverse,di pensieri,di percezioni,azioni ed emozioni diverse.

In carcere si subiscono gravi mutilazioni relative a sesso,movimento fisico,vista,udito,linguaggio.

Fra le mura di un penitenziario nella maggior parte dei casi si produce un arresto del processo biologico di maturazione ,una diminuzione delle facoltà sensorie.

Abituati alle minuscole dimensioni di una cella ,si perde il senso della distanza,delle proporzioni;costretti alla uniformità di colori non naturali,si cade facilmente nelle alterazioni della vista;vincolati ad un moto fisico ridotto,effettuato interamente in stanze e corridoi,si

riducono in un equilibrio fisico appena sufficiente a mantenere le normali posizioni ,ma del tutto insufficiente per un normale comportamento ,ad esempio,su un affollato marciapiede di città.

Tra i detenuti è molto diffusa la sensazione che il tempo passato in carcere sia sprecato,inutile,o derubato dalla propria vita.

Il carcere in definitiva è malattia e insieme malato esso stesso come un'istituzione radicalmente inadempiente alle finalità per cui si dice creato.

Avanzi di galera ,si dice.

Ma i detenuti sono avanzi di umanità che vivono al di fuori dei cicli della natura.

*“La professione del Medico Penitenziario-dice **Niccolò Amato**-insieme scienza ed arte,ha la difficoltà,ma anche la straordinaria nobiltà di chi pone se stesso e tutte le proprie capacità al servizio di chi soffre e dunque è più debole e più fragile,per difenderne i beni preziosi della salute e della vita.Il vostro ministero ha un ulteriore elemento insieme di difficoltà e di nobiltà.Giacchè voi lavorate in luoghi consegnati al dolore,contrassegnati spesso da inquietudini,tensioni,odi,violenze e curate uomini che alla sofferenza della malattia aggiungono quella forse più acuta ,della privazione della libertà personale.”*

Con la Riforma si deve realizzare una rivoluzione copernicana.

Il Medico Penitenziario si deve misurare con la varietà di valori,aspettative e disponibilità del malato,un malato particolare che ha già perso quel bene prezioso che è la libertà.

Buona Medicina Penitenziaria è infatti quella che rispetta il malato ed esalta l'autonomia delle sue scelte.

La Medicina Penitenziaria deve essere una Medicina della persona, disponibile a far conto del disagio,del bisogno,della mortificazione.

Ad accogliere il disagio,il dolore,la sofferenza e restituirli in termini di diagnosi,di cura competente e aggiornata,ma anche di comprensione.

La presenza fisica che si richiede al Medico Incaricato all'interno dell'istituto non può pertanto venire commisurata ai tempi tecnici di esecuzione delle visite mediche e tanto meno può essere occasionale, ma deve rispondere innanzi tutto all'istanza sociale e psicologica della comunità carceraria di disporre della presenza medica anche al di fuori della domanda clinica individuale e deve consentire un approfondito impegno del Medico incaricato nelle diverse aree d'intervento che gli sono proprie.

Non dunque una Medicina Penitenziaria organizzata come era prima nell'attesa della domanda ,sostanzialmente costruita sull'attesa ,ma una Medicina Penitenziaria in grado di prevenire, di saper individuare i bisogni e le criticità.

In sostanza una Medicina d'iniziativa e di opportunità.

Lo sviluppo della Sanità Penitenziaria di iniziativa si basa su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico proattiva dei detenuti e su un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi ,prevedendo ed organizzando le risposte adeguate.

Pertanto l'obiettivo strategico consiste in:

un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che organizza un sistema che accompagna il detenuto ,favorendo lo sviluppo di condizioni che consentono di mantenere il livello di salute adeguato;un sistema capace di gestire ,rallentandone il decorso,le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

In questa ottica assume una particolare valenza la capacità del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative di prevenzione primaria ,quali l'adozione di corretti stili di vita ,ed in particolare l'attenzione all'esercizio dell'attività fisica ,di corrette abitudini alimentari ,di abolizione del fumo,che debbono comunque essere viste non solo come strumento di prevenzione ,ma anche come indispensabile sussidio alle terapie nella gestione della patologia nel caso di insorgenza della stessa.

Nella filosofia di adozione del modello ,la prevenzione secondaria e gli screening in particolare dovranno avere un ruolo primario nella diagnosi precoce di molte patologie croniche.

Quanto sopra dovrà essere acquisito attraverso la Medicina dei servizi e passerà necessariamente attraverso una rivisitazione puntuale dei compiti professionali dei singoli operatori e si avvarrà della rete dei servizi che le Aziende USL competenti per territorio metteranno a disposizione. Deve essere redatta la mappa dei rischi con la programmazione di incisive iniziative di Medicina Preventiva.

La questione sanitaria è ai primissimi posti nella lista del dolore carcerario, quel dolore supplementare che si innesta prepotente e cresce rigoglioso senza essere previsto da leggi, sentenze, regolamenti.

In tale contesto l'autonomia, l'indipendenza professionale devono fare da premessa al codice deontologico del Medico Penitenziario.

Non dev'esserci posto alle interferenze d'altro genere ,alle soggezioni a supposte ragioni superiori.

Il sapere specifico del Medico Penitenziario deve rendere ragione al paziente della sua situazione, lo conduce ad una migliore conoscenza di se stesso nei propri aspetti fisici, psichici e sociali e lo induce quindi

a non subire una prescrizione ,ma ad accettare liberamente ed autonomamente le direttive terapeutiche del Medico.

Il paziente-detenuto va introspezzato nella sua unità psico-fisica,e non solo come portatore di un organo malato o di una disfunzione particolare su cui riversare tutta la propria attenzione.

Deve essere rimossa la visione meccanicistica della Medicina che porta a vedere l'uomo come una macchina dai mille ingranaggi, dimenticandosi che l'uomo è anche psiche con le conseguenti implicazioni esistenziali,affettive,culturali e sociali.

Il Medico Penitenziario deve assaporare il fascino di poter operare correttamente anche in un carcere,realizzando un perfetto accordo tra Medico e malato,tra l'empirico della Medicina e la spiritualità della malattia.

Opportunamente crediamo di caratterizzare il nostro impegno avendo come punto di riferimento l'uomo-detenuto nella valorizzazione del suo benessere,nell'ambito di una revisione delle strutture carcerarie attualmente troppo segreganti ed infelici.

Divenire per la Medicina Penitenziaria non significa la certificazione di un passaggio di proprietà ,ma significa integrazione, quella integrazione che la riconosca strumento di cura ,ma anche strumento di conoscenza,di ricerca e di sviluppo e di individuazione di nuove strategie nell'esecuzione penale.

(Vincenzo De Donatis 2007)

Di fronte alle palesi contraddizioni,alle disattenzioni,alle fragilità e alle frammentazioni di un'Amministrazione penitenziaria spesso assorbita ed esaurita dai criteri di sicurezza,occorre finalmente un salto di qualità.

Non intendiamo gestire il quotidiano,l'ordinaria amministrazione.

Senza migliorare il clima generale dell'ambiente carcerario per renderlo più vivibile,non si può contare sulla rieducazione che è il fine principale della pena.

Per questo la Medicina Penitenziaria individua temi essenziali:

A)L'affettività in carcere

B)Il lavoro penitenziario.

C)Individualizzazione della pena.

D)Apertura del carcere verso la società

Esiste un grave problema della sessualità in carcere.

Attraverso la Medicina Penitenziaria esso merita finalmente un'attenta, schietta rivalutazione contro il silenzio della legge e contro l'indifferenza di tutti, anche in considerazione delle precise direttive formulate dal Consiglio d'Europa.

Il progetto riformatore deve essere di ampio respiro nel solco di una tradizione dove si rispecchiano e si esaltano il nostro impegno, la nostra qualificazione e la nostra dignità professionale.

Un progetto riformatore dove noi intendiamo misurarci, e che restituisca il Medico Penitenziario al ruolo di principale artefice dell'intervento sanitario in carcere.

Le specifiche capacità devono essere utilizzate in termini adeguati assegnando ai Medici Penitenziari il ruolo centrale di competenza travalicando pertanto ogni eccesso di condizionamento o peggio ancora di sottomissione al sistema.

La Riforma della Medicina Penitenziaria si sostanzia in un progetto che riesce a coniugare l'impegno professionale con la qualificazione dei servizi, costituendo un vettore importante per sospingere il carcere verso obiettivi di umanità e di civiltà.

Il Medico Penitenziario diviene insostituibile nella misura in cui sia in grado di esercitare la propria professione, ispirandosi sempre ed ovunque agli immutabili valori della vita umana.

Il Medico Penitenziario è diventato uno Specialista in umanità, soprattutto nell'approccio con la patologia dell'emarginazione. La qualità della professione è la sfida per il futuro della Medicina Penitenziaria.

Francesco Ceraudo