

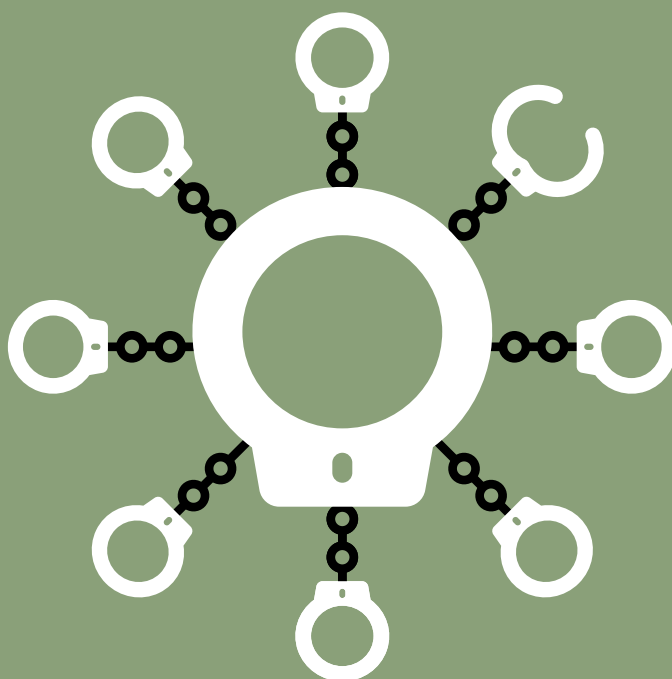
Oltre il virus | XVII rapporto sulle condizioni di detenzione

30 ANNI **ANTIGONE** 

Il medico. In prima linea.

Dialogo con Ruggero Giuliani

Di Valeria Verdolini



Allan M. Brandt nel 1988 scriveva alcune osservazioni riguardo all'AIDS, e gli effetti del virus su contesti socio-economici differenti: "L'AIDS ci dimostra come economia e politica non possono essere separati dalla malattia; al contrario, queste forze condizionano in modo decisivo la nostra risposta a essa. Negli anni a venire, senza alcun dubbio, ne sapremo molto di più sull'AIDS e su come controllarlo. Ma soprattutto impareremo molto circa la natura della nostra società dalle modalità in cui avremo affrontato la questione" (Brandt, 1988, p. 168).

Lo stesso autore, nel 2013 affermava che proprio la sfida globale al virus, così come la partecipazione di vari soggetti e interessi, aveva permesso non solo un significativo avanzamento nel contrasto al virus, ma una trasformazione profonda della medicina, producendo quella che oggi si può chiamare Global Health. Un'esperienza, quella dei grandi contagi, che si è rivelata preziosa nel rispondere alle sfide della attuale diffusione del Covid-19.

In un articolo del 26 settembre 2020, la celebre rivista The Lancet ha ritrattato le valutazioni preliminari sul Covid-19, riqualificando l'infezione globale del virus non come pandemia, ma come sindemia (Lancet series, 2020). Il concetto di sindemia è stato introdotto da Merril Singer, antropologo medico, sul finire degli anni '90. Per Singer, "Le sindemie sono la concentrazione e l'interazione deleteria di due o più malattie o altre condizioni di salute in una popolazione, soprattutto come conseguenza dell'ineguaglianza sociale e dell'esercizio ingiusto del potere" (Singer, 1994, p. 932).

Un'esperienza in piccolo di medicina globale è stata sperimentata nell'ultimo anno nel penitenziario (in primis in quelli lombardi, ma poi diffusa anche in altri contesti) grazie all'intuito e alla biografia del direttore sanitario di San Vittore. Ruggero Giuliani, medico infettivologo, prima di lavorare nel penitenziario meneghino aveva, infatti, svolto il proprio lavoro sul campo con Medici senza Frontiere dal 2005. Prima in Italia, portando assistenza medica a sbarchi in provincia di Ragusa, e poi in diverse missioni in giro per il mondo come in Zambia, Etiopia, Sudafrica, Liberia e Mozambico, il dottor Giuliani ha ricoperto diversi ruoli tra cui quello di coordinatore medico e capo missione. Da alcuni anni è direttore sanitario nel carcere di San Vittore, dove ha portato quell'esperienza globale prima nel contrasto al contagio da [Epatite-C](#) tra detenuti, e poi più recentemente, nella [gestione inframuraria del Covid-19](#).

Volevamo ragionare con lei, a partire dal lavoro svolto nell'ultimo anno, per ripensare il ruolo della salute nel penitenziario al termine di un anno di pandemia. Lei prima di ricoprire l'incarico di direttore sanitario della casa circondariale di San Vittore è stato capo missione in diversi Stati africani. Quali sono stati i punti di contatto e di divergenza tra il suo lavoro sul campo e quello fatto in carcere?

Il carcere è un campo e una missione anche quello, io in fondo lo vivo con questo spirito. La domanda è complessa, ma provando a sviscerare un po' le questioni dovremmo trovare alcuni punti interessanti di contatto, e alcuni fattori di divergenza.

Intanto, come sta andando?

Siamo (14 febbraio 2021 n.d.r.) in un momento di numeri contenuti in termini di contagi. Abbiamo avuto una seconda ondata che è stata peggio della prima, per tutta una serie di motivi, e adesso è un momento in cui tenere alta la guardia e alta la sorveglianza, perché la terza ondata potrebbe essere dietro l'angolo, anche per le carceri. Visto poi che la vaccinazione della popolazione detenuta si è allontanata un pochino in termini temporali, registriamo adesso molta stanchezza da parte di tutti, da parte degli operatori e da parte dei detenuti. Anche la compliance delle misure per il controllo delle infezioni diventa sempre faticosa da mantenere in un così lungo periodo di tempo.

La fatica fisiologica si sente anche fuori...

Ovviamente sull'interno questi concetti sono esasperati, perché le vie di fuga sono limitate. Se i detenuti potessero passare le giornate online come abbiamo fatto noi, magari andrebbe diversamente.

Le chiederei di fare un piccolo passo indietro, partendo dall'inizio della pandemia. Com'è stata presa la decisione di rivoluzionare gli spazi del penitenziario per la gestione sanitaria e di chiedere un supporto alla sua esperienza precedente con Medici senza frontiere?

Siamo nel febbraio 2020, ormai è storia. Il contagio a Codogno è il momento chiave e si realizza repentinamente che le cose sono molto più vicine di quello che pensavamo. Per fare la cronologia della epidemia a San Vittore, noi iniziamo ad avere i primi casi a marzo, e sono stati casi soprattutto tra gli agenti e in particolare quelli che facevano i piantonamenti negli ospedali. Questo è stato anche il periodo -descritto anche in vari articoli scientifici- della c.d. trasmissione nosocomiale. Senza fare il processo alle modalità con cui è stata gestita, in quel periodo gli ospedali sono stati essi stessi fonte di contagio. Non a caso i primi che si sono ammalati sono stati i detenuti ricoverati, e di conseguenza, gli agenti che facevano servizi di piantonamento. Dopodiché, abbiamo avuto un secondo momento in cui l'epidemia si è avvicinata di più al carcere, e sono stati colpiti gli agenti, quelli -soprattutto- che vivevano nelle caserme; e di conseguenza abbiamo avuto agenti contagiati che lavoravano a contatto con i detenuti. La terza fase è iniziata il 1 Aprile 2020: un detenuto viene scarcerato, il giorno prima aveva fatto un tampone, è risultato positivo. Il detenuto era ristretto da sei mesi, e noi abbiamo capito che il virus aveva quindi circolato all'interno. Quello è stato un momento di svolta. In primis è stato importante che l'istituzione carceraria realizzasse realmente la gravità della situazione. Come conseguenza di ciò la direzione del carcere ha deciso di adottare misure ulteriori (è questo il momento in cui si è avviata la collaborazione con Medici senza frontiere) ed è stata chiara a tutti la necessità di una risposta immediata, che ha previsto il coinvolgimento dei detenuti nelle misure di prevenzione. Fino a quel momento, infatti, il lavoro era stato soprattutto indirizzato agli agenti, teso a non permettere l'ingresso del virus nel penitenziario. Nel momento in cui il virus entra concretamente dentro le mura del carcere diventa fondamentale lavorare sui detenuti. Quella è stata secondo me una mossa molto azzeccata. Col senno di poi, forse si sarebbe potuta anticipare, ma visti i tempi così precipitosi credo sia stato comunque importante dotarli da subito di mascherina, di gel e di presidi individuali. Quelle prime azioni hanno permesso di mettere in piedi un sistema che è stato affinato col tempo anche con l'aiuto di MSF. Queste pratiche, che all'esterno sembrano scontate, hanno richiesto un lavoro ingente: abbiamo, di fatto, ribaltato il carcere in tutte le sue procedure scritte e non scritte, rivedendole tutte in chiave di prevenzione della diffusione del Covid. Come distribuisco il sopravvitto? Come gestisco la cucina? Quali misure deve adottare lo scrivano? Si è andati a rivedere completamente i passaggi e le interazioni nello spazio penitenziario e questo

è stato un lavoro fatto in tempi brevissimi (circa un mese in tutto). La paura ha avuto un ruolo chiave, tanto quella degli operatori, quanto quella degli agenti e dei detenuti, ma anche dall'esterno c'era grande preoccupazione per il carcere. Basti pensare a quanto accaduto durante le rivolte del 9 marzo, che sono state sicuramente un momento di grande promiscuità: le regole del covid quel giorno sono state abolite.

È interessante però che questo evento, almeno nelle ragioni dichiarate, rispondesse alla preoccupazione rispetto al contagio, alla preoccupazione per le misure e a una sofferenza che si è espressa anche attraverso la conflittualità violenta...

Certo, però la paura era generalizzata, era di tutti, anche da parte degli operatori. Da lì abbiamo iniziato a ragionare su una strategia un po' più ad ampio spettro. Per una coincidenza, in quel periodo stavo sostituendo il mio collega alla Regione e ho potuto farmi carico della vicenda e ripensare la risposta a livello più sistemico. Io venivo dalle missioni di contrasto dell'epidemia di Ebola in Liberia, e quindi quell'esperienza ha permesso di dire: "Questi malati, queste persone le possiamo gestire, se lavoriamo bene possiamo gestirlo il covid in carcere". È stato un messaggio molto forte, che ha impiegato un po' di tempo per essere davvero recepito, è servita tanta formazione ma anche tanta dimostrazione sul campo, che ha permesso di valutare i risultati di quell'impresa.

Perciò, noi da quel momento abbiamo deciso di creare l'HUB Covid, ossia un centro regionale per i detenuti contagiati. Questa scelta perseguiva due obiettivi: da una parte dimostrare che era possibile gestire i pazienti Covid anche in carcere; dall'altra aiutare le altre carceri (in quel periodo c'era Lecco che aveva un focolaio importante) e trasferendo i positivi, migliorare la gestione nei penitenziari più piccoli. Questa è stata l'idea alla base dell'HUB Covid: dal punto di vista medico abbiamo organizzato protocolli terapeutici e abbiamo migliorato la capacità diagnostica, imparando a vedere quando un paziente covid peggiorava, e anticipando gli interventi. Per la gestione concreta dell'Hub, e per il controllo dei detenuti positivi, abbiamo selezionato agenti di polizia e lavoranti su base volontaria. Tanto i lavoranti quanto gli agenti sono stati sempre tamponati ogni 15 giorni. Il fatto che i loro tamponi fossero sempre negativi ha permesso di avere evidenze che permettevano di affermare "possiamo lavorare in sicurezza col

covid” e questo è stato un grande passo e un grande risultato.

Come e quando MSF è entrata a coadiuvare la gestione dell’Hub?

Noi avevamo già l’epidemia a San Vittore. Dopo i focolai di Lodi e Lecco ho detto: attenzione, qui abbiamo bisogno di un team di emergenza che venga e capisca i bisogni e sappia fornire una risposta adeguata, e loro su questo sono stati molto bravi. Hanno parlato a lungo con gli agenti, con i lavoranti, sono riusciti ad infondere sicurezza che veniva anche dall’esperienza maturata nella gestione del virus Ebola. Questo ha aiutato tantissimo: avere delle persone riconosciute come esperti internazionali che stavano lì fianco a fianco agli agenti e ai detenuti.

Le faccio una domanda un po’ provocatoria, che quindi prescinde da ogni valutazione (che non potrebbe che essere di apprezzamento). Se noi guardiamo in una prospettiva critica l’accaduto, l’aiuto e supporto è arrivato da una ONG esterna, con una forte expertise nella gestione delle malattie infettive. Ma questo aiuto non poteva arrivare da un potenziamento dell’intervento dell’ASST, che aveva una competenza diretta sul tema e che stava già gestendo l’emergenza fuori? Come si coniugano questi due aspetti?

Si coniuga nella misura in cui ci siamo trovati di fronti ad un evento eccezionale, e davanti ad un evento eccezionale vale tutto ciò che è necessario per raggiungere l’obiettivo. La sanità penitenziaria ha avuto l’umiltà di chiedere aiuto. A livello milanese abbiamo comunque la fortuna sulla sanità penitenziaria di avere un gruppetto di infettivologi che almeno ha potuto orientare la gestione.

L’aiuto di MSF è stato molto più sulla polizia penitenziaria che sulla parte sanitaria in senso stretto; i protocolli li abbiamo gestiti noi con l’ospedale, per un breve periodo hanno fornito un medico in più, ma non troppo altro. La parte clinica è stata gestita più dalla ASST. Ma quello che era difficile era orientare tutto il sistema penitenziario: quindi polizia, funzionari, amministrativi, che hanno differenti regole d’ingaggio. In un sistema rigido come il carcere è stato davvero una trasformazione che ha richiesto grossissimi sforzi.

Facciamo un piccolo salto temporale. Se la prima ondata viene gestita “bene”, mantenendo numeri esigui rispetto al sovraffollamento e alla promiscuità,

nella seconda ondata il trend è sicuramente differente, i numeri crescono, cosa è accaduto? Come se lo spiega?

Partiamo dalle differenze. Di base, cosa c'è di differente? La prima ondata inizia in carcere il 1 d'aprile, a 20 giorni di distanza dal lockdown totale. Avevamo un carcere con pochi agenti (molti si erano messi in malattia, stavano a casa, e comunque avevano pochi contatti perchè tutti in lockdown); i volontari, e tutto l'organico non indispensabile dell'area pedagogica non entrava. E poi, terzo e più importante fattore, avevamo un carcere pieno al 70%, l'epidemia è arrivata quando le presenze erano di circa 700 detenuti. Invece a ottobre cosa è successo? Tutti erano rientrati al lavoro, anche chi aveva mostrato più resistenze. Tutti gli agenti, tutti i funzionari erano di nuovo in servizio e venivano da una scorpacciata di contatti estivi tra agosto e settembre in cui ci si era riaperti in maniera pressoché completa. Inoltre, la seconda ondata arriva con un carcere pieno, al 100% delle presenze, quindi in una situazione di sovraffollamento. Queste secondo me sono le tre grandi differenze dal punto di vista epidemiologico. E io mi soffermo proprio su quest'ultimo aspetto come il più rilevante di tutti, perché la prima misura in un'epidemia in un ambiente chiuso è ridurre il numero di persone. Non ha nulla di sanitario come decisione, ma è la misura più potente che si possa attuare per arginare e per mettere in piedi un sistema di controllo delle infezioni e delle persone che metta al riparo dall'epidemia.

Anche perché per poter permettere un vero e proprio triage sono necessari spazi che permettano l'isolamento all'ingresso...

Certo, c'è bisogno di uno spazio in accoglienza molto più grande che permetta di fare triage e isolamento. Molto spesso nei nostri penitenziari i reparti di accoglienza rappresentano zone con forte criticità, soprattutto perché non sono mai state pensate dal punto di vista di un'epidemia di questo tipo; e poi comunque, sono spazi -nel nostro caso siamo una strutture dell'ottocento- che presentano svariati punti di debolezza. Ma qui si torna sul problema dei numeri. Ad aprile ci fu quel famoso decreto che, nella sostanza, aveva una sua logica medico scientifica, però ne è stato fatto un abuso e una stigmatizzazione mediatica. La logica di quel decreto ci porta su un tema un po' spinoso. Ma il senso originario andrebbe ripreso: un carcere scarico, svuotato, permette di controllare meglio le

epidemie di un carcere affollato. L'impressione è che a marzo e ad aprile si siano ridotti tantissimo gli arresti, più delle scarcerazioni. Non ho dati, ma lo vedo sulla circondariale, a parte le violenze domestiche l'attività investigativa ha rallentato, e questo aveva permesso una gestione migliore dell'epidemia inframuraria.

In qualche modo quello che lei mi racconta coincide con quello che in letteratura viene riportato sull'epidemia di spagnola al carcere di San Quentin ¹⁾, in quel caso la chiusura del carcere aveva rallentato i tempi di diffusione all'esterno, con un ritardo dell'epidemia in carcere rispetto a quello della circostante città di San Francisco. In qualche modo, riducendo gli ingressi e "sigillando" il carcere, il virus rimaneva anch'esso fuori dalle mura...

Sì, c'è un aspetto protettivo del carcere. Tuttavia, sulla seconda ondata sono aumentati gli scambi, il carcere è tornato ad essere un luogo poroso in termini di promiscuità. Con l'aumento dei numeri, viene adottato quindi un piano strategico che prevede degli spostamenti in termini regionali, perché gli hub vengono amplificati, dopo l'esperienza della prima ondata. La differenza tra la prima e la seconda è il modo d'entrata del virus. Noi abbiamo descritto la diffusione dell'epidemia in carcere che viaggia per binari paralleli: gli agenti si infettano con gli agenti, i sanitari con i sanitari, i detenuti con i detenuti. C'è stato un momento in cui si è passati da un binario all'altro: durante la prima ondata, il virus è saltato dagli agenti ai detenuti e da lì si è diffuso. Nella seconda ondata, invece, è verosimile che sia entrato attraverso un nuovo giunto che aveva un primo tampone in ingresso negativo e nel mentre lo stava incubando. Mentre stava sviluppando la malattia ha contagiato alcune persone. Lui è individuato e isolato col tampone positivo al quattordicesimo giorno, intanto quelli che lui aveva contagiato erano rimasti ancora negativi perché la stavano incubando. Mandati poi a vita comune, convinti che fosse tutto ok, hanno prodotto una catena di infezione dei detenuti, dai nuovi giunti della libertà ai reparti, come al quinto e al terzo che sono stati i più colpiti.

All'acme del contagio, qual è stato il picco massimo raggiunto a San Vittore?

Se la prima ondata si era chiusa con 22 infetti, la seconda ha visto circa 180 contagiati. L'impressione, sempre, anche pensando al discorso delle varianti è

che la seconda ondata abbia avuto una maggior capacità infettiva. Non so bene formularlo, proviamo con un esempio concreto: se in un cellone da sette ristretti la scorsa volta avevamo avuto due-tre infettati e gli altri concellini negativi, a questo giro la cella si infetta tutta. Mi sembra che comunque, memori della prima esperienza, siamo stati molto solerti nel tracciamento con i tamponi. Per cui non si può ragionare su ritardi nella diagnosi, ma una maggiore velocità di diffusione del virus. Un detenuto ha cambiato tre celle in poco tempo incubando il virus e le ha infettate tutte e tre.

Alcune strutture lombarde in cui questa seconda ondata è stata contenuta hanno previsto uno screening a tappeto con tamponi rapidi di tutta la struttura penitenziaria. Voi che misure avete adottato?

Noi abbiamo un sistema di sorveglianza attiva, ovviamente i nostri numeri sono differenti, sono maggiori, perciò sono previsti screening ogni 14 giorni a campione. Abbiamo visto che nella trasmissione sono chiave i lavoranti, compartimentati per sezione sono quelli che trasmettono, perché sono, di fatto, i messaggeri all'interno nel carcere. Perciò se c'è trasmissione la puoi vedere perché ti compaiono positivi i lavoranti. Tutti i detenuti che rientrano dal lavoro li tamponiamo, poi facciamo a campione settimanalmente gruppi di detenuti lavoranti. Questo metodo è sempre perfezionabile, ma per ora sta funzionando.

È chiaro che un carcere come San Vittore a pieno regime ha un turnover di ingressi incomparabile con tutte le strutture della regione, e paragonabile a poche carceri in Italia in termini di ingressi, però quali misure adottate oltre allo screening a campione?

I sistemi di sorveglianza tramite tamponi sono integrati con il tamponamento-udienza, soprattutto se si tratta di udienza in presenza, per la promiscuità delle celle di sicurezza prima del tribunale. Noi l'abbiamo fatto più per avere un sistema di sorveglianza interna, comunque abbiamo contribuito all'avanzamento della giustizia. È vero che ora la maggior parte delle udienze si svolge su Teams, e i tamponamenti-udienza sono diminuiti molto, ma rimangono come parte della sorveglianza attiva.

Io vorrei tornare un attimo all'inizio, ossia alle affinità e divergenze tra la sua esperienza sul campo in Africa e quella in uno spazio di sofferenza come quello del penitenziario. Quali sono i punti di contatto tra la gestione del virus Ebola in un ospedale da campo e quella del covid nel penitenziario?

Eh, bella domanda. Tra l'altro è ri-iniziata l'epidemia di Ebola in Africa Occidentale da qualche giorno, per stare nel parallelismo. Guardi, io ho lavorato a Monrovia quando è scoppiata l'epidemia di Ebola in Liberia. Ho avuto tanti momenti in cui anche dal punto di vista emotivo mi sentivo molto di qua e di là. Ho rivissuto tanti flashback di quella esperienza: il fatto di non toccarsi, la città deserta, il dovere ripensare tutto il modo in cui si esercita la medicina. Ti trovi davanti a una cosa nuova, quindi anche alla curiosità scientifica di cercare modi di contenzione del contagio, nel caso di Ebola di curare, di salvare più persone, si tratta di una dimensione presente in misura minore anche sul Covid. E anche, comunque, a verificare la risposta della popolazione, della gente. Chiaro che a Monrovia la gente dopo un mese andava in giro col kalashnikov perché non ne poteva più del lockdown. Qui non è stato così, ma questa sensazione di non poterne più, l'angoscia di essere colpiti da una malattia mortale, ecco, diciamo che i sentimenti e il modo di viverle sono stati simili. Ovviamente non mi aspettavo di scontrarmi con la rigidità del sistema, che non ha subito capito che da un momento 'business as usual' fosse necessario passare ad una fase di emergenza. E questa rigidità c'è stata da parte di tutte le autorità a tutti i livelli. Eppure il tempo è prezioso, da un momento all'altro si deve cambiare modalità ed entrare in una modalità di emergenza. Per questo ho dovuto lottare, per fortuna col sostegno della direzione di San Vittore che ha avuto lungimiranza, ha supportato, dato fiducia, e creduto nella necessità di questo cambiamento repentino. Questo aspetto è stato centrale per poter fare le cose concretamente, perché la polizia penitenziaria ha poi seguito le indicazioni della direzione.

La rigidità delle istituzioni invece è stata forte, così come il fatto di non capire che fosse necessario cambiare velocità, cambiare il modo di pensare, stravolgere tutto.

Nell'editoriale della [rivista Lancet](#), Richard Horton definisce il Covid non come pandemia ma come [Sindemia](#). Così come era accaduto con HIV in precedenza e con Ebola, i fattori sociali, economici, le condizioni materiali hanno in qualche

modo intrecciato l'andamento sanitario di questa pandemia. Il prezzo del covid non viene pagato da tutti allo stesso modo. Quanto può essere valida questa affermazione nello spazio del penitenziario? Cosa ci insegna questa esperienza sul penitenziario?

A me ha insegnato che siamo tutti sulla stessa barca, e per me è stato il primo punto, lo dicevo sempre agli agenti: “Il covid è democratico, ci becca tutti”. Qui siamo una comunità, e anche per noi sanitari che venivamo dalla riforma del 2008 che avevamo in qualche modo preso le distanze dal comparto penitenziario, ci siamo ritrovati in una situazione in cui o ne usciamo tutti o non ne esce nessuno, agenti, medici e detenuti. Per me questo è stato il grande messaggio che ho portato a casa. Una comunità unita, una comunità chiusa in cui il virus fa perdere un po' i ruoli: lui fa sempre il dottore, l'altro fa sempre la guardia, ma la mia vita dipende tanto da te, quanto dal detenuto, e ha allargato un po' la riflessione. Ad esempio, in questa situazione è stato chiaro che bisogna investire sugli agenti di polizia in maniera più seria, non solo riguardo al Covid, ma anche rispetto alla salute mentale dei detenuti e più in generale, di tutti quelli che “vivono” il carcere. E non mi sembra che in questo momento ci siano dei grandi sforzi in questa direzione. Il covid mi ha insegnato che siamo tutti uniti nella lotta al virus, e non è poco. Inoltre, rispetto a quanto invece accadeva nella comunità esterna, noi abbiamo dato diagnosi e cure ai pazienti covid secondo me in un modo che avrei voluto vedere anche sul territorio, dove invece la risposta è stata più discontinua. Ho seguito tante persone lasciate sole, con la loro polmonite, attaccate al loro pulsossimetro. Mentre nel territorio la gente era abbandonata, noi in carcere almeno una diagnosi e un accesso alle cure lo garantivamo. E questo almeno per me è stato un risultato: Carcere – Territorio 1 a 0. Il contact tracing, noi l'abbiamo organizzato il 15 di marzo, cercavamo subito i contatti. Sul territorio ancora adesso questo meccanismo non funziona come dovrebbe. Sono quelle cose che a livello di epidemia andavano fatte subito a tappeto, per tutti.

Però possiamo dire che paradossalmente la condizione chiusa del penitenziario in questo caso è stata giocoforza. Per giungere ad una conclusione, un'ultima domanda. Spesso la salute è oggetto di negoziazione nel penitenziario, anche perché la condizione cronica può essere fonte di incompatibilità. A fronte di un fenomeno dalla capacità trasformativa così forte come il covid, quanto

c'è di vero in questa affermazione? Quanto questo tipo di episodi si sono verificati, o, al contrario, la costruzione di una comunità di cura ha mitigato queste negoziazioni?

Guardi, partiamo col dire che il carcere è abitato da una popolazione malata che in carcere non ci dovrebbe proprio stare. Nel senso, ci sono persone in condizioni gravi di salute, soprattutto se penso alle patologie psichiatriche, ma anche ad altre patologie. Non so, la sensazione col Covid è che tutti vogliono restaurare le dinamiche precedenti, com'era prima. C'è anche da parte del personale e dei detenuti una voglia di normalizzare, e anche da parte dei detenuti di tornare a giocare sulle terapie, ma io la vedo abbastanza residuale. Non vedo gente che gioca sulla propria salute per farsi scarcerare. Sarà che io vedo i poveracci di san Vittore, ma queste dinamiche le intercetto molto poco. Io cerco di curare le persone dentro, ma che secondo me andrebbero curate fuori. Poi abbiamo le prestazioni, certo. Abbiamo le cure, l'ospedale San Paolo col reparto di medicina penitenziaria. Però poi mi dico, in un ambiente così, che salute riusciamo a fare, soprattutto nel senso della definizione dell'OMS, ossia di pieno benessere psicologico e fisico, e sociale. C'è tanto da fare.

Su quello Gonin lo diceva già ai tempi quanto fosse difficile raggiungere un pieno benessere nello spazio del penitenziario, sul fatto che non ci sia una reale possibilità di stare “bene” ma si può cercare di tendere a quell'obiettivo.

Non so, lei lo conosce l'ICAM. Tralasciando il fatto che nasce come istituzione pensata per permettere la presenza di bambini, io ambirei ad un penitenziario che andasse in quella direzione, con una forte presenza di operatori e una presenza più attenuata di agenti. Così come Bollate, che è un bel carcere che funziona su quelle basi, ma che lo fa e lo può fare grazie e a scapito di tutte le carceri della regione. Io parto sempre dagli ultimi, dai più bisognosi, e credo che si debba iniziare da lì e reinvestire proprio dove c'è maggior bisogno. Si vede spesso un maggior investimento su chi ha più probabilità di riuscita, è una logica di un servizio pubblico, ma io mi muovo su una logica differente, quella umanitaria, che non può che partire dagli ultimi, che nessuno considera. Il tossicodipendente, senza documenti, senza residenza, sieropositivo, psichiatrico: quello per me è il paziente zero, che deve avere comunque chances e un percorso sul territorio.

1) Stanley LL, Influenza at San Quentin Prison, California, Public Health Rep, 1919



associazione antigone

via Monti di Pietralata, 16
00157 Roma
www.antigone.it

maggio 2021

isbn 978-88-98688-34-0

con il contributo di

