

Telemedicina e diritto alla salute in carcere: stato dell'arte, rischi e opportunità

Carlo Botrugno*

TELEMEDICINE AND RIGHT TO HEALTH IN PRISON: STATE-OF-ART, RISKS AND OPPORTUNITIES

ABSTRACT: The introduction of telemedicine services in prison represents a fundamental opportunity to improve healthcare access by inmates and detainees, and thus to enhance the effectiveness of right to health. However, while in the US a number of penitentiaries are already offering remote healthcare assistance, the overall interest towards the development of telemedicine in prison in Europe is still scarce. As for the Italian context, the few attempts made at political level to foster the spread of telemedicine in prison have been ineffective. In addition, initiatives reported in this field are not adequately supported, which is a main hindrance to their stabilization in the routine practice. In this essay, the state-of-the-art in the field is drafted and an overview of the main risks and benefits of telemedicine in prison is provided. A specific attention is paid to the Italian situation, especially in the light of the implications posed by the advent of the health emergency provoked by CoViD-19 outbreak.

KEYWORDS: Telemedicine, prison, right to health, correctional healthcare, ICTs in healthcare

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Perché la telemedicina in carcere? – 3. Lo stato dell'arte della telemedicina in carcere – 3.1. La situazione nel contesto nazionale – 4. Carcere e telemedicina: un rischio di “disumanizzazione”? – 5. Conclusioni.

1. Introduzione

L'effettivo godimento dei diritti fondamentali da parte della popolazione detenuta rappresenta uno dei maggiori problemi che affliggono l'organizzazione dei sistemi penitenziari contemporanei. Fra tali diritti, una posizione particolare spetta al diritto alla salute, la cui effettività appare “istituzionalmente” compromessa dalla condizione di privazione della libertà personale¹. Invero, nonostante sulla carta – la *law in the books* – persone detenute e internate abbiano diritto «al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, dia-

* *Assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche, Università degli Studi di Firenze e Coordinatore del Research Unit on Everyday Bioethics and Ethics of Science (RUEBES). Mail: carlo.botrugno@gmail.com. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.*

¹ A. CHARLES, H. DRAPER, 'Equivalence of care' in prison medicine: Is equivalence of process the right measure of equity?, in *J Med Ethics*, 38, 2012, 215-218; Nazioni Unite, *Nelson Mandela Rules*, 2015, consultabile presso https://www.un.org/en/events/mandeladay/mandela_rules.shtml.

gnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate»², di fatto, le carenze del sistema penitenziario, in uno con quelle proprie del sistema sanitario – la *law in action* – provocano “discriminazioni multiple” nell’accesso ai servizi sanitari a danno delle persone detenute. Il subentro del Ministero della Salute al Ministero della Giustizia quale ente responsabile dell’organizzazione ed erogazione delle attività di cura in carcere³ – e quindi della garanzia del diritto alla salute alla popolazione detenuta – per quanto a lungo auspicato, non sembra aver sortito gli effetti sperati, avendo inoltre lasciato irrisolte alcune importanti questioni⁴, soprattutto per quanto concerne il trattamento dei soggetti affetti da patologie di natura psichiatrica⁵. A questo proposito, va messo in evidenza che, insieme alle patologie di natura infettiva, le infermità psichiche sono di gran lunga più ricorrenti all’interno del carcere di quanto lo siano presso la popolazione in libertà⁶. Ne consegue che, almeno in talune aree, la richiesta di prestazioni sanitarie in carcere sia maggiore di quanto lo sia all’esterno⁷.

Un altro fattore che va considerato in questo contesto è l’invecchiamento della popolazione detenuta, il che si traduce in un significativo incremento del bisogno di assistenza sanitaria in carcere. Oltre a rappresentare una sfida per l’organizzazione dell’assistenza sanitaria, l’invecchiamento della popolazione detenuta incide in maniera determinante sui costi della stessa. A questo proposito, infatti, è stato stimato che «i detenuti più anziani contribuiscono in una misura che va dal doppio al triplo dei costi per l’assistenza sanitaria in carcere. Per converso, l’invecchiamento non è la sola ragione per cui tali costi sono in continuo incremento»⁸.

Oltre a vivere in condizioni deteriori rispetto a quelle dei cittadini in libertà – e quindi, a essere maggiormente esposti ai determinanti sociali di malattia –, il mantenimento e la cura dello stato di benessere fisico, psichico e sociale dei detenuti appare gravemente ostacolato dall’insufficienza e dall’inadeguatezza dei servizi disponibili, tanto all’interno quanto all’esterno delle istituzioni peniten-

² Art. 1, d.lgs. n. 230/1999, “Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell’articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419”, considerato come la Magna Charta del diritto alla salute in carcere (così E. SANTORO, *Diritto alla salute e prevenzione in carcere: problemi teorici e pratici di gestione del coronavirus negli istituti di pena*, in *La Legislazione Penale*, 2020, consultabile presso <http://www.la-legislazionepenale.eu/wp-content/uploads/2020/05/E.-Santoro-Opinioni.pdf>).

³ Il passaggio di competenze è stato avviato per mezzo del d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito in legge del 17 febbraio del 2012, n. 9, e infine integrato da una serie di provvedimenti successivi.

⁴ Si veda la relazione finale agli Stati Generali dell’Esecuzione Penale, tenutisi a Roma, 18-19 aprile 2016, consultabile presso https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_19_3.page?previousPage=mg_2_19. In particolare, si veda il par. 5.1, denominato “L’incompiuto processo di riforma della medicina penitenziaria”, 26.

⁵ A questo proposito si veda più estesamente G. CAPUTO, *La salute incarcerata tra cura, diritto e giustiziabilità*, in C. BOTRUGNO, G. CAPUTO, *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie. Prospettive di ricerca sul diritto alla salute*, 2020, Firenze, 30 ss. Con riferimento al passaggio di competenze, tuttavia, G. CAPUTO fa opportunamente notare che «la garanzia della salute dei reclusi è parte di un sistema complesso in cui si intrecciano una pluralità di segmenti organizzativi e di azioni, al contempo reattive e proattive, che vedono la necessaria compartecipazione e la corresponsabilità di entrambe le amministrazioni» (*ivi*, 33).

⁶ M.R. GUALANO, F. BERT, V. ANDRIOLO, M. GROSSO, D. MINNITI, R. SILIQUINI, *Use of telemedicine in the European penitentiaries: Current scenario and best practices*, in *The European Journal of Public Health*, 27, 1, 2016, 30.

⁷ W. JAIME, E. HINTON, *Effectiveness of telehealth on correctional facility health care: a systematic review protocol*, in *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15, 5, 2017, 1257.

⁸ *Ibid.*

ziarie, ciò che si traduce, a sua volta, in un ulteriore deterioramento delle loro condizioni di vita⁹. Questa spirale patogena, infatti, suggella la definitiva degradazione del diritto alla salute in carcere, con effetti negativi che possono perdurare anche molto oltre il termine della pena detentiva, ripercuotendosi sull'intero arco vitale, alla stregua di un autentico stigma¹⁰.

La drammaticità dell'emergenza sanitaria scaturita dalla diffusione del CoViD-19 ha riproposto con forza la questione dell'effettività del diritto alla salute in carcere, e in particolare, l'inclusione delle attività di prevenzione, troppo spesso neglette da un sistema penitenziario non sempre in grado di garantire un accesso adeguato alle cure essenziali¹¹, nonché connotato, come tristemente noto, da una persistente condizione di sovraffollamento¹². Come noto, tale condizione è stata sanzionata dalla Corte Europea per i diritti dell'uomo a partire dalla sentenza Torreggiani¹³, che «nel riconoscere il carattere sistemico e strutturale del sovraffollamento carcerario, aveva ritenuto ineffettivo il sistema di tutela giurisdizionale esistente e imposto allo Stato italiano di istituire, entro 1 anno dalla condanna, “un ricorso o un insieme di ricorsi interni effettivi idonei ad offrire una riparazione adeguata e sufficiente in caso di sovraffollamento carcerario”»¹⁴.

A questo proposito, le misure adottate dal d.l. n. 18 del 17 marzo 2020¹⁵ nel tentativo di ridurre il numero complessivo di presenze in carcere hanno avuto un impatto poco significativo sulla consistenza della popolazione detenuta¹⁶. Ciò ha pregiudicato qualsiasi tentativo di porre in essere misure

⁹ In questo senso anche il COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*, 2019, consultabile presso <http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/salute-mentale-e-assistenzapsichiatrica-in-carcere/>. Si veda inoltre lo studio effettuato da G. CAPUTO 2020, *Disagio psichico e carcerazione: uno studio su frequenza e distribuzione del disagio psichico in base a variabili socio-anagrafiche e giuridiche*, in C. BOTRUGNO, G. CAPUTO, *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie. Prospettive di ricerca sul diritto alla salute*, 2020, Firenze, 228-281.

¹⁰ Il riferimento è allo stigma di cui alla celebre opera di E. GOFFMAN, *Stigma. L'identità negata*, tr. it., 2018 (1963), Milano.

¹¹ E. SANTORO, *Diritto alla salute e prevenzione in carcere: problemi teorici e pratici di gestione del coronavirus negli istituti di pena*, cit.

¹² CONSIGLIO D'EUROPA, *Prison overcrowding persists in Europe*, Press release, 2014, consultabile presso <http://tinyurl.com/gnso4nf>; J. GARCIA-GUERRERO, A. MARCO, *Overcrowding in prisons and its impact on health*, in *Rev Esp Sanid Penit*, 2012, 14, 106-113.

¹³ CORTE EDU, *Torreggiani e altri c. Italia*, n. 43517/09 dell'8 gennaio 2013.

¹⁴ G. CAPUTO, *La salute incarcerata tra cura, diritto e giustiziabilità*, cit., 36. In fatto di sovraffollamento carcerario, va detto che l'orientamento adottato dalla Corte EDU, in particolare nella sentenza *Muršić v. Croatia*, n. 7334/13, del 20 ottobre 2016 ha suscitato un ampio dibattito dottrinale e ha dato vita ad orientamenti contrastanti – anche nella giurisprudenza di merito – sulla delimitazione dello spazio (3 metri) al di sotto del quale la detenzione in cella collettiva sarebbe da considerare come un trattamento inumano e degradante, quindi rientrando nella fattispecie dell'art. 3 della CEDU. Si rinvia, ex multis, al commento di alla sentenza della Corte di Cassazione n. 3117 del 10 gennaio 2017 di R. COLACCI, *Danno da detenzione inumana: la Cassazione torna ad esprimersi sul rimedio ex art. 35-ter Ordinamento Penitenziario*, in *Filodiritto*, 14 marzo 2017; D. GALLIANI, *L'interpretazione conforme a Costituzione e a giurisprudenza costituzionale. Il rimedio risarcitorio ex art. 35 ter ord. pen. applicato ai detenuti in stato di custodia cautelare in carcere*, in *Penale Contemporaneo*, 2017, 3, 333 ss. Per una lettura critica sull'orientamento della Corte EDU si rinvia A. ALBANO, F. PICOZZI, *La Cassazione alle prese con la giurisprudenza CEDU sul sovraffollamento carcerario: anamorfofi della sentenza “Muršić”*, in *Cassazione Penale*, 7, 8, 2017, 2875-2878..

¹⁵ Si vedano in particolare gli artt. 123 e 124 del d.l. n. 18 del 17 marzo 2020.

¹⁶ In particolare, come evidenziato da E. SANTORO, *Diritto alla salute e prevenzione in carcere: problemi teorici e pratici di gestione del coronavirus negli istituti di pena*, cit., 3 – a cui si rinvia per un più ampio approfondimento

di prevenzione credibili per il contenimento del contagio, e in particolare, di ripensare la gestione degli spazi in modo tale da consentire ai detenuti di osservare le norme in materia di distanziamento sociale, così come raccomandato dall'OMS all'interno delle raccomandazioni *ad hoc* emanate nel corso dell'emergenza sanitaria¹⁷.

All'interno di questo saggio (in particolare, par. 2) si illustra il potenziale impatto che l'adozione di servizi di telemedicina in carcere potrebbe indurre sull'effettività del diritto alla salute in carcere. Inoltre, si ripercorre lo stato dell'arte in materia (par. 3), da cui emerge una contrapposizione piuttosto netta tra il contesto statunitense, dove si registra l'esistenza di servizi di telemedicina ordinariamente garantiti alla popolazione detenuta, e l'Europa, dove, invece, tali servizi stentano ad affermarsi nell'assistenza di *routine*. A seguire, si fa il punto sull'evoluzione del fenomeno all'interno del panorama nazionale (par. 3.1), tra i tentativi di promuoverne la diffusione intrapresi a livello politico e le iniziative – per lo più di carattere sperimentale – promosse in forma autonoma da alcuni centri d'eccellenza in collaborazione con alcuni istituti penitenziari. Infine, prima di trarre le conclusioni, si illustrano le maggiori insidie che si celano dietro a questa forma di innovazione tecnologica, la cui natura – come pure si sostiene –, è di carattere ambivalente. Ciò richiede la definizione di una *policy* adeguata, che faccia leva su una “prospettiva etica”¹⁸, in modo che la telemedicina possa effettivamente incrementare la fruibilità e migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in carcere, e quindi contribuire al godimento effettivo dei diritti fondamentali da parte della popolazione detenuta.

2. Perché la telemedicina in carcere?

Considerando tanto il contesto generale della sanità penitenziaria, quanto quello più specifico derivante dal recente insorgere della pandemia di CoViD-19, è possibile affermare che l'introduzione di servizi sanitari a distanza, ovvero servizi mediati dalle c.d. tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) può essere considerato uno strumento fondamentale per garantire una maggiore accessibilità all'assistenza in carcere. Fra le dimensioni preminenti all'interno dell'ampio e variegato panorama dei servizi sanitari mediati dalle TIC vi è quella della telemedicina, la quale ricomprende ogni tipo di interazione intercorrente tra un paziente e un professionista sanitario – tipicamente un medico abilitato all'esercizio della professione –, al fine di rendere una prestazione (di natura intellettuale) volta a finalità di prevenzione, diagnosi, tutela e riabilitazione¹⁹. Vale la pena ricordare che

sulle problematiche poste dalla tutela dei detenuti durante l'emergenza sanitaria – ai primi di maggio erano state disposti circa 700 prolungamenti di licenze a detenuti in stato di semilibertà e concesse circa 2700 misure di detenzione domiciliare. Tuttavia, solo una parte di questi provvedimenti è stata emanata sulla base del d.l. n. 18 del 17 marzo 2020, poiché un certo numero è stato emanato sulla base della legge 26 novembre 2010, n. 199, “Disposizioni relative all'esecuzione presso il domicilio delle pene detentive non superiori a un anno”.

¹⁷ Oms, *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention*, 2020, consultabile presso https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf.

¹⁸ Sul tema dell'etica della telemedicina sia consentito rinviare ad alcuni lavori precedenti, tra cui C. BOTRUGNO, *Information Technologies in Healthcare: Enhancing or Dehumanising Doctor-Patient Interaction?*, in *Health*, 25, 4, 2021, 475-493; Id., *Towards an ethics for telehealth*, in *Nursing Ethics*, 26, 2, 357-367.

¹⁹ Per distinguere la telemedicina da ulteriori dimensioni di intervento sanitario a distanza si vedano i criteri adottati all'interno della Comunicazione della COMMISSIONE EUROPEA COM/2008/689, *On telemedicine for the*

questa innovativa dimensione di intervento in sanità si è sviluppata proprio a partire dalla necessità di predisporre assistenza sanitaria tempestiva in situazioni d'emergenza – come disastri naturali (terremoti, inondazioni) –, oppure di intervenire in quelle situazioni in cui l'eccessiva distanza dalla rete dei servizi ospedalieri (soprattutto quelli di carattere specialistico) potesse rappresentare un ostacolo per l'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata²⁰. Ciononostante, a partire dagli anni Novanta, la sensibile riduzione del costo delle TIC, unitamente alla loro rinnovata capacità di trasmissione, ha determinato un impulso notevole per lo sviluppo di questi servizi all'interno della pratica medica di *routine*. Nel contesto odierno, caratterizzato dalla pervasiva diffusione delle reti di trasmissione *wireless* e dalla grande accessibilità dei dispositivi di comunicazione mobili – dal più comune *smartphone* sino ai più elaborati sensori indossabili o impiantabili –, l'adozione dei servizi di telemedicina promette di ampliare l'accessibilità dell'assistenza sanitaria e di elevarne la qualità e la celerità, assicurando maggiore continuità assistenziale soprattutto ai pazienti affetti da patologie di natura cronico-degenerativa²¹. In altre parole, la telemedicina promette di rivoluzionare l'organizzazione e il funzionamento dei sistemi sanitari contemporanei, muovendo il focus dell'intervento sanitario dall'ospedale verso il domicilio dei pazienti²².

Com'è facilmente intuibile, questa trasformazione può interessare non solo la popolazione in libertà, ma anche, soprattutto, tutti coloro che di quest'ultima siano stati privati e, guardando allo stato dell'assistenza sanitaria in carcere, forse è il caso di dire, tutti coloro che siano stati privati di una garanzia "piena ed effettiva" del diritto alla salute. A questo proposito, invero, non è superfluo sottolineare come la diffusione delle nuove tecnologie fosse già stata intesa da autorevole dottrina come un'opportunità fondamentale per garantire maggiore effettività ai diritti fondamentali²³. Più in particolare, con riferimento alla telemedicina, la stessa OMS ha affermato che la possibilità di predisporre assistenza sanitaria a distanza permetterebbe di promuovere un nuovo concetto di "cittadinanza sanitaria"²⁴, attraverso cui ridisegnare l'accessibilità ai servizi, soprattutto a vantaggio di coloro che, a

benefit of patients, healthcare systems and society, p. 20. Per un approfondimento sul punto, inoltre, sia consentito rinviare a C. BOTRUGNO, *Telemedicine in daily practice: Addressing legal challenges while waiting for a EU regulatory frame work*, in *Health Policy and Technology*, 2018, 7, 2, 131-136.

²⁰ Non è un caso che sia stata la N.A.S.A., a partire dagli anni sessanta, a finanziare gran parte della ricerca sulla fattibilità tecnologica dei servizi di telemedicina, così come illustrato più ampiamente in C. BOTRUGNO, *Telemedicina e trasformazione dei sistemi sanitari. Un'indagine di bioetica*, 2018, Roma.

²¹ Ciò si evince, tra l'altro, dagli atti di orientamento adottati da parte della Commissione Europea nelle ultime due decadi. Tra questi, in particolare: COM/2004/356, *e-Health. Making Healthcare Better for European Citizens: An Action Plan for a European e-Health Area*; COM/2008/689, *On telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society*; COM/2012/736, *e-Health Action Plan 2012-2020. Innovative Healthcare for the 21st Century*; COM/2014/219, *Green Paper on mobile Health ("mHealth")*.

²² La letteratura medica favorevole alla telemedicina è pressoché sterminata. A mero titolo esemplificativo, si rinvia a S.A. LEAR, *The delivery of cardiac rehabilitation using communications technologies: The 'virtual' cardiac rehabilitation program*, in *Canadian Journal of Cardiology*, 2018, 34; S. CHAKRABARTI, *Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing based approaches*, in *World Journal of Psychiatry*, 5, 3, 2015.

²³ In particolare, S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, 2012, Roma-Bari.

²⁴ OMS, *Telemedicine. Opportunities and developments in Member States -Report on the Second Global Survey on e-Health*, 2010, Ginevra.

causa di un isolamento sociale e/o territoriale, soffrono di un deficit significativo di assistenza sanitaria, com'è nel caso della popolazione detenuta.

Come sottolineato dalla letteratura disponibile sul tema, l'attivazione dei servizi di telemedicina all'interno degli istituti penitenziari – in collaborazione con le competenti strutture sanitarie all'esterno – può incrementare significativamente il livello d'accesso ai servizi sanitari da parte di detenuti e internati, soprattutto per quanto concerne la diagnostica specialistica e il trattamento delle cronicità²⁵. D'altra parte, i vantaggi associati a questa forma di innovazione tecnologica sono stati accolti positivamente anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica, che ha sottolineato l'importanza delle nuove tecnologie come strumento per rendere possibile «il monitoraggio e il consulto specialistico a distanza attraverso l'invio elettronico di esami, dati e immagini a centri di eccellenza, senza dover affrontare tutti i problemi, con i relativi costi e ritardi, del trasporto dei detenuti o dei medici»²⁶. In questa prospettiva, l'attivazione di servizi di telemedicina è stata considerata come un potenziale vettore di cambiamento per l'intero sistema penitenziario, per effetto del quale si potrebbe ridimensionare la stessa percezione sociale della pena detentiva, facendola apparire come «un aspetto, per quanto drammatico e controverso, dello sforzo di adeguarsi alla crescita di civiltà da parte di una società tecnologicamente avanzata e non il residuo ancestrale di una gestione approssimativa della sofferenza e dell'emarginazione»²⁷.

3. Lo stato dell'arte della telemedicina in carcere

Nonostante i benefici associati all'adozione di servizi di telemedicina in carcere, va detto che scarso interesse è stato registrato sinora sul tema, non solo a livello nazionale. L'esame della letteratura internazionale disponibile sul tema offre un'indicazione più strutturata rispetto all'effettivo sviluppo e alla disponibilità dei servizi di telemedicina a beneficio della popolazione detenuta. In particolare, da tale esame si evince che una netta prevalenza di progetti sperimentali e studi condotti negli Stati Uniti, da cui proviene anche l'evocativa espressione *correctional telemedicine*. In particolare, si consideri

²⁵ G. JIMENEZ GALÁN, C. ALIA, M. VEGUE GONZÁLEZ, R.M. GARCÍA BERRIGUETE, F. FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, C. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, M.L. GUTIÉRREZ, J.E. LOSA, M. VELASCO, L. MORENO, R. HERVÁS, A. DELGADO IRIBARREN, G.P. GARCÍA CERVIGÓN, *The contribution of telemedicine to hepatitis C elimination in a correctional facility*, in *Rev Esp Enferm Dig*, 111, 7, 2019, 550-555; M. MATEO, R. ÁLVAREZ, C. COBO, J.R. PALLAS, A.M. LÓPEZ, L. GAIT, *Telemedicine: contributions, difficulties and key factors for implementation in the prison setting*, in *Rev Esp Sanid Penit*, 21, 2, 2019, 95-105; B. SENANAYAKE, S.I. WICKRAMASINGHE, L. ERIKSSON, A.C. SMITH, S. EDIRIPPULIGE, *Telemedicine in the correctional setting: A scoping review*, in *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24, 10, 2018, 669-675; J.D. YOUNG, M.E. BADOWSKI, *Telehealth: Increasing Access to High Quality Care by Expanding the Role of Technology in Correctional Medicine*, in *J Clin Med*, 6, 20, 2017; S.A. DESLICH, T. THISTLETHWAITE, A. COUSTASSE, *Telepsychiatry in Correctional Facilities: Using Technology to Improve Access and Decrease Costs of Mental Health Care in Underserved Populations*, in *Perm J*, 17, 3, 2013, 80-88; S. AJAMI, A. ARZANI-BIRGANI, *The Use of Telemedicine to Treat Prisoners*, in *J Inform Tech Soft Engg*, 2013, S7, e002; M. BAROLO, *Telemedicina in carcere*, in *e-Health Care*, 2012, 21, 66-67; D. LARSEN B.H. STAMM, K. DAVIS, P.R. Magaletta, *Prison telemedicine and telehealth utilization in the United States: state and federal perceptions of benefits and barriers*, in *Telemedicine Journal and e-Health*, 2004, 10, suppl. 2, S-81-9.

²⁶ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La salute dentro le mura* 2011, 11, consultabile presso <http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/6La%20salute%20dentro%20le%20mura.pdf>.

²⁷ *Ibid.*

che una recente *review*²⁸ ha riportato un totale di 163 pubblicazioni disponibili in quest'ambito a livello globale, delle quali 113 erano relative a servizi attivi o a sperimentazioni di telemedicina in carcere condotte negli Stati Uniti. A questo proposito, va detto che già nel 2002 il *Department of Justice* statunitense aveva pubblicato un rapporto all'interno del quale si faceva il punto attorno a questa forma di innovazione tecnologica²⁹. Al suo interno, oltre a riportare i risultati di uno studio di fattibilità sulla telemedicina in carcere, conclusosi pochi anni prima, il rapporto forniva una serie di raccomandazioni utili all'adozione di tali servizi da parte degli istituti penitenziari statunitensi³⁰. Inoltre, nel 2011, una ricerca condotta dai *Federal Centers for Disease Control and Prevention of Prison Health Care* riportò che 30 dei 45 Stati rispondenti dichiaravano di usare telemedicina in almeno una specialità medica, con una netta prevalenza dei servizi psichiatrici (oltre il 60%) e, a seguire, di quelli dell'area cardiologica (27% circa)³¹.

Tra i numerosi esempi di telemedicina in carcere che possono essere riportati a titolo esemplificativo³², si consideri il servizio di telepsichiatria attivato all'interno del *California Department of Corrections and Rehabilitation Division of Correctional Health Care Services*, il quale fornisce assistenza a 27 prigionieri dello Stato della California, riuscendo così a servire i bisogni di migliaia di detenuti³³. Come è stato sottolineato in letteratura, l'introduzione di questo servizio ha avuto come effetto finale quello di «aumentare la sicurezza pubblica, prevenendo gli spostamenti dei detenuti e riducendone i costi, e incrementato l'effettivo accesso degli stessi ai servizi di assistenza psichiatrica»³⁴.

Tra i vantaggi offerti dalla telemedicina in carcere, all'interno della letteratura statunitense si è evidenziato il fatto di evitare gli spostamenti dei detenuti dall'istituzione penitenziaria ai centri di assistenza ospedalieri. Questi ultimi, invero, sarebbero vissuti dai pazienti stessi come un fattore di disturbo oltreché essere causa di inconvenienti³⁵. Inoltre, è stato sottolineato come tale esperienza possa risultare «altamente stigmatizzante data la costrizione delle manette e la necessaria presenza

²⁸ C. EDGE, G. BLACK, E. KING, J. GEORGE, S. PATEL, A. HAYWARD, *Improving care quality with prison telemedicine: The effects of context and multiplicity on successful implementation and use*, in *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2019, versione ahead of print, 1-18, 3.

²⁹ US DEPARTMENT OF JUSTICE, *Implementing Telemedicine in Correctional Facilities*, 2002, consultabile presso <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/190310.pdf>. Si veda anche la *review* di J.D. YOUNG, M.E. BADOWSKI, *Telehealth: Increasing Access to High Quality Care by Expanding the Role of Technology in Correctional Medicine*, cit., e lo studio a cura di K.A. CHARI, A.E. SIMON, C.J. DE FRANCES, *National Survey of Prison Health Care: Selected Findings*, in *National Health Statistic Reports*, 2016, 96.

³⁰ US DEPARTMENT OF JUSTICE, *Implementing Telemedicine in Correctional Facilities*, cit.

³¹ K.A. CHARI, A.E. SIMON, C.J. DE FRANCES, *National Survey of Prison Health Care: Selected Findings*, cit.

³² Si vedano anche i casi del *Texas Tech University Health Sciences Center*, consultabile presso <https://www.ttuhscc.edu/telemedicine/tdcj.aspx>, e quello del *Rikers Island*, nei pressi dell'aeroporto La Guardia a New York, che ha attivato servizi di telemedicina in diverse specialità mediche, a vantaggio delle proprie detenute, consultabile presso <https://www.nyhealthandhospitals.org/pressrelease/telehealth-service-launched-for-women-at-rikers-island/>.

³³ S.A. DESLICH, T. THISTLETHWAITE, A. COUSTASSE, *Telepsychiatry in Correctional Facilities: Using Technology to Improve Access and Decrease Costs of Mental Health Care in Underserved Populations*, cit.

³⁴ *Ibid.*, 82 (traduzione dall'originale in inglese).

³⁵ C. EDGE, G. BLACK, E. KING, J. GEORGE, S. PATEL, A. HAYWARD, *Improving care quality with prison telemedicine: The effects of context and multiplicity on successful implementation and use*, cit., 3, (traduzione dall'originale in inglese).

degli agenti penitenziari»³⁶. Alla riduzione degli spostamenti all'esterno all'interno della letteratura si correla anche la possibilità di ottenere cospicui risparmi economici, stimati, secondo alcuni, attorno a una media di 850 dollari per ogni detenuto condotto all'esterno, per un totale di circa 4 milioni di dollari all'anno³⁷. Secondo altri, da un confronto tra i costi della telemedicina e quelli dell'assistenza convenzionale emergerebbe un possibile risparmio di circa 100 dollari per visita (il 60% circa dei costi totali di ogni visita)³⁸. A ciò si aggiunge che l'entità di questi risparmi sarebbe destinata ad aumentare nella misura in cui il costo delle tecnologie utilizzate continua a decrescere³⁹.

Nonostante tali stime positive, va detto che il dibattito sull'efficienza economica dei servizi di telemedicina appare estremamente articolato e sovente inficiato dalla presenza di studi poco accurati a livello metodologico, il che potrebbe anche essere letto in congiunzione all'esistenza di un doppio *bias* in questo settore, il primo dei quali relativo alla pubblicazione di studi che riportano risultati favorevoli, mentre il secondo da ricondurre alle pressioni di carattere politico-istituzionale volte a incentivare i processi di innovazione tecnologica⁴⁰.

Per quanto concerne il contesto europeo, come già anticipato precedentemente, tanto la portata delle evidenze scientifiche disponibili, quanto il livello di interesse registrato nel dibattito politico-istituzionale appaiono estremamente ridotti. Ne sia riprova quanto emerso in uno studio pubblicato nel 2016⁴¹ – uno dei pochi disponibili in quest'ambito a livello europeo –, dove si evidenzia che appena 11 degli allora 28 paesi membri dell'Unione europea potevano vantare servizi di telemedicina attivi a beneficio della popolazione detenuta. Inoltre, lo studio riporta «un basso utilizzo di servizi di telemedicina negli istituti penitenziari europei, nonostante i loro benefici potenziali e la maturità tecnica delle varie applicazioni. Laddove i progetti sono attivi, lo sono su piccola scala, non integrati nell'assistenza sanitaria ordinaria, e quindi l'offerta globale è altamente frammentata»⁴². A ben vedere, queste evidenze stridono con gli ingenti sforzi profusi dalle istituzioni dell'Unione nell'arco degli ultimi due decenni, e in particolare con quelli della Commissione Europea che, sotto l'egida del Mer-

³⁶ *Ibid.*

³⁷ S.A. DESLICH, T. THISTLETHWAITE, A. COUSTASSE, *Telepsychiatry in Correctional Facilities: Using Technology to Improve Access and Decrease Costs of Mental Health Care in Underserved Populations*, cit., 82. I benefici economici della telemedicina sono confermati da consistente letteratura, tra cui, *ex multis*, C. EDGE, G. BLACK, E. KING, J. GEORGE, S. PATEL, A. HAYWARD, *Improving care quality with prison telemedicine: The effects of context and multiplicity on successful implementation and use*, cit., M. MATEO, R. ÁLVAREZ, C. COBO, J.R. PALLAS, A.M. LÓPEZ, L. GAIT, *Telemedicine: contributions, difficulties and key factors for implementation in the prison setting*, cit.; E.S. RAPPAPORT, H. NEAL REYNOLDS, S. BAUCOM, T.M. LEHMAN, *Telehealth Support of Managed Care for a Correctional System: The Open Architecture Model*, in *Telemedicine and e-Health Journal*, 24, 1, 2018.

³⁸ US DEPARTMENT OF JUSTICE, *Implementing Telemedicine in Correctional Facilities*, cit., 7.

³⁹ *Ivi*, 1.

⁴⁰ A questo proposito, sia consentito rinviare alle considerazioni già esposte in C. BOTRUGNO, *Telemedicina e trasformazione dei sistemi sanitari. Un'indagine di bioetica*, cit., soprattutto 58 ss; e *Id.*, *From Divine Healing Powers to the Tyranny of the Virtual Gaze: Medical Practice and the Technological Imperative in Healthcare*, in M. LEONE R. MOHR, P. BRANCO, N. MOHSEN (a cura di) *Tools of Meaning. Representation, Objects, and Agency in the Technologies of Law and Religion*, 2018, Roma, 163-176.

⁴¹ M.R. GUALANO, F. BERT, V. ANDRIOLO, M. GROSSO, D. MINNITI, R. SILIQUINI, *Use of telemedicine in the European penitentiaries: Current scenario and best practices*, cit.

⁴² *Ivi*, 33.

cato Unico Digitale, ha sostenuto in maniera decisa i processi di innovazione tecnologica legati all'introduzione delle TIC nei sistemi sanitari dei paesi membri⁴³.

3.1. La situazione nel contesto nazionale

Nel nostro paese, l'interesse verso lo sviluppo di servizi di telemedicina (fuori dal carcere) è progressivamente cresciuto nell'ultimo decennio, soprattutto grazie all'iniziativa di alcuni centri di eccellenza che hanno iniziato a predisporre le innovative prestazioni a distanza come alternativa alle più convenzionali modalità di assistenza, e nonostante l'assenza di una regolazione specifica delle stesse⁴⁴. A questo proposito, va detto che l'avvento della pandemia ha rappresentato un impulso notevole in quest'ambito, con una proliferazione di servizi di telemedicina su tutto il territorio nazionale – non solo per la gestione dei pazienti affetti da CoViD-19 – e qualche “timido” tentativo di delineare un approccio di carattere globale da parte del Governo⁴⁵, a cui ha fatto seguito, nell'ottobre 2020, l'emanazione delle “Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina” da parte del Ministero della Salute⁴⁶, che finalmente consentono l'equiparazione giuridica ed economica delle prestazioni a distanza a quelle convenzionali, spianando la strada alla loro diffusione all'interno del SSN.

La promozione delle tecnologie dell'informazione in sanità era già parte della più ampia *e-Health Information Strategy* adottata dal Ministero della Salute nel 2011⁴⁷. Inoltre, il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 aveva ulteriormente rafforzato la centralità di queste tecnologie per stimolare una trasformazione dell'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale⁴⁸. Conseguentemente, l'orientamento favorevole all'adozione di questi servizi aveva permeato l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata del 2015 sulle linee guida per l'implementazione delle reti sanitarie regionali e na-

⁴³ Come già descritto in precedenti lavori, tra cui C. BOTRUGNO *La diffusione della telemedicina nella pratica medica ordinaria: verso un'etica ad hoc*, in *Ragion Pratica*, 2016, 1, 185-206. Più di recente, alcune interessanti esperienze in quest'ambito sono state riportate nel Regno Unito, <http://www.airedale-trust.nhs.uk/services/telemedicine/telemedicine-in-prisons/>; in Francia, <https://bit.ly/38x7CUr>; Spagna, <https://bit.ly/2WDPH5o>; e in Portogallo, <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/05/18/telemedicina-para-reclusos/>.

⁴⁴ Nonostante la recente emanazione delle “Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina” emanate dal Ministero della Salute, rimangono alcuni aspetti critici relativi all'introduzione dei servizi a distanza nella pratica di *routine*, che erano già emersi, d'altronde, nelle “Linee di indirizzo per la telemedicina” emanate nel 2014 da un gruppo di lavoro interno al Consiglio Superiore della Sanità. Come evidenziato altrove a questo proposito (C. BOTRUGNO *La diffusione della telemedicina nella pratica medica ordinaria: verso un'etica ad hoc*, in *Ragion Pratica*, 2016, 1, 185-206), le linee guida contenevano orientamenti contraddittori, e non sono state in grado di guidare le attività di erogazione delle prestazioni a distanza da parte dei professionisti sanitari.

⁴⁵ A questo proposito si rinvia alle considerazioni già svolte in C. BOTRUGNO, *Telemedicina ed emergenza sanitaria: un grande rimpianto per il nostro paese*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2020, Special issue, 691-696.

⁴⁶ Il documento è consultabile presso <https://bit.ly/3k4K5AN>.

⁴⁷ MINISTERO DELLA SALUTE, *National e-Health Information Strategy*, 2011, consultabile presso http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1653.

⁴⁸ MINISTERO DELLA SALUTE, *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013*, 2011, consultabile presso http://www.socialesalute.it/res/download/181110_per_PSN.pdf.

zionali negli istituti penitenziari⁴⁹. Ai sensi di tale accordo, infatti, si è sancito che spetta alle Regioni, alle Province autonome e alle Aziende sanitarie garantire la promozione e la tutela della salute, possibilmente all'interno delle strutture penitenziarie, e con l'eventuale ausilio «delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza»⁵⁰.

Pochi mesi dopo, nel corso degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, tenutisi nell'aprile del 2016, è stato raccomandato di «valorizzare l'utilizzo della telemedicina all'interno degli istituti penitenziari, sottolineando come la stessa potrebbe da un lato ridurre il numero delle traduzioni ed i relativi costi, e, dall'altro, assicurare le prestazioni sanitarie in tempi più rapidi»⁵¹. A tale raccomandazione ha fatto seguito una convenzione siglata già nell'agosto dello stesso anno tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, il Dipartimento della Giustizia minorile, la Direzione generale per i sistemi informativi automatizzati (DGSIA) e Federsanità Anci, con l'obiettivo di realizzare una «piattaforma di interoperabilità», ovvero un sistema di integrazione di dati per via telematica per rendere possibile la condivisione di informazioni sanitarie e l'erogazione di prestazioni di telemedicina a favore di adulti e minorenni⁵².

L'ultima manifestazione di interesse in quest'ambito è datata febbraio 2018, con la creazione del «Gruppo Nazionale di studio sulla Telemedicina nei Penitenziari», il quale opera nell'ambito del centro di «Telemedicina e nuove tecnologie assistenziali» presso l'Istituto Superiore di Sanità.

A dispetto di tali iniziative, tuttavia, la telemedicina non sembra aver permeato la sanità penitenziaria del nostro paese. Sulla base di un'attività di ricerca preliminare condotta negli ultimi anni, sono stati identificati diversi servizi di telemedicina in carcere attivati all'interno di alcuni istituti penitenziari in collaborazione con centri ospedalieri d'eccellenza⁵³. Nondimeno, tali servizi operano perlopiù in modalità sperimentale, e il loro livello di sviluppo complessivo è ancora molto ridotto.

4. Carcere e telemedicina: un rischio di «disumanizzazione»?

Come già anticipato sopra (par. 1), la diagnosi e il trattamento delle patologie di natura psichiatrica rappresentano uno dei maggiori bisogni nell'ambito della sanità penitenziaria. Da ciò discende che la telepsichiatria possa essere considerata un'area d'elezione primaria per lo sviluppo della telemedici-

⁴⁹ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, CONFERENZA UNIFICATA, *Accordo sul documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali», seduta del 22/01/2015, Rep. n. 3/CU, pubblicato in GURI, serie generale, n. 64 del 18/03/2015.*

⁵⁰ *Ibid.*, art. 2.

⁵¹ MINISTERO DELLA GIUSTIZIA, relazione finale agli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, tenutisi a Roma, 18-19 aprile 2016, cit., 27.

⁵² Cfr. *Convenzione per l'integrazione socio-sanitaria e per la realizzazione all'interno del Servizio sanitario nazionale di una piattaforma informatica di trasmissione dei dati sanitari delle persone detenute per la gestione di un servizio di telemedicina in ambito carcerario (adulti e minorenni)*, 2016, consultabile presso https://www.sanita24.ilssole24ore.com/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/Online/Oggetti_Correlati/Documenti/2016/08/05/convenzione.pdf?uuid=AD4OqB2.

⁵³ Fra i servizi di telemedicina identificati sul territorio nazionale vi sono quelli attivi presso: Ospedale San Giovanni Addolorata e Casa Circondariale di Roma Regina Coeli; Ospedale San Giovanni Addolorata e Casa Circondariale di Civitavecchia; AUSL Toscana Nord Ovest e Casa Circondariale di Pisa Don Bosco; ASL Lecce e Casa Circondariale di Lecce.

na in carcere. Tuttavia, l'erogazione di prestazioni a distanza in quest'ambito deve scontare il rischio, spesso paventato nella letteratura specializzata sul tema, di una possibile "disumanizzazione" delle attività di cura. Questo rischio assume contorni ancora più marcati se traslato all'interno della realtà penitenziaria, all'interno della quale la volontà, le libertà e i diritti degli individui sono fortemente compressi. E a essere compressa, in particolare, è proprio la libertà di autodeterminazione sanitaria, che sebbene sancita a livello formale, di fatto, in molti contesti risulta impossibile da esercitare per i detenuti⁵⁴.

Con riferimento al rischio disumanizzazione collegato alla telemedicina, va detto che, nonostante questa nozione sia oggetto di molteplici riferimenti in letteratura⁵⁵, la stessa difetta di un'autentica definizione. Si è detto infatti che la telemedicina può avere effetti "desocializzanti" e "disumanizzanti"⁵⁶, il che, evidentemente, si tradurrebbe in un deterioramento dello «spirito originario e più genuino della relazione medico-paziente»⁵⁷. Anche alcuni professionisti sanitari hanno fatto riferimento a questo concetto nell'ambito dell'utilizzo della telemedicina, in particolare, dei servizi di telepsichiatria: «Non so in che modo la terapia possa aiutare la persona se gli si richiede di parlare a una macchina [...] Io credo che i pazienti siano già in uno stato di stress psicologico, per cui chiedere loro di parlare a una videocamera è disumanizzante»⁵⁸.

È evidente, pertanto, che la disumanizzazione delle attività di cura evoca il rischio che la mediazione tecnologica possa inficiare le valenze di umanità (intimità, empatia, prossimità fisica) coesenziali a una "buona comunicazione tra medico e paziente"⁵⁹. Al rischio disumanizzazione, tuttavia, talvolta si affianca, talaltra si sovrappone quello della "depersonalizzazione"⁶⁰, nozione utilizzata soprattutto per evocare l'assenza di contatto fisico che tipicamente connota la fruizione di servizi mediati dalle

⁵⁴ Si vedano a questo proposito le considerazioni svolte da G. CAPUTO, *La salute nella normativa penitenziaria internazionale: un nuovo paradigma riduzionista?*, in C. BOTRUGNO, G. CAPUTO, *Vulnerabilità, carcere e nuove tecnologie. Prospettive di ricerca sul diritto alla salute*, 2020, Firenze, 204 ss.

⁵⁵ E.H. SHORTLIFFE, *The evolution of electronic medical records*, in *Academic Medicine*, 74, 4, 1999, 414-419; K.A. BAUER, *Home-based telemedicine: a survey of ethical issues*, in *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, 10, 2001, 137-173; D.A. FLEMING, K.E. EDISON, H. PAK, *Telehealth Ethics. Telemedicine and e-Health*, 8, 2009, 797-803; S.A. ZWIJSEN, A.R. NIEMEIJER, C.M. HERTOIGH, *Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: An overview of the literature*, in *Aging & Mental Health*, 15, 2011, 419-427.

⁵⁶ J. MATUSITZ, G.M. BREEN, *Telemedicine: its effects on health communication*, in *Health Communication and New Information Technologies*, 21, 1, 2007, 73-83.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Uno psichiatra intervistato in C. MAY, L. GASK, T. ATKINSON, N. ELLIS, F. MAIR, A. ESMAIL, *Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry*, in *Soc Sci & Medicine*, 52, 12, 2001, 1897.

⁵⁹ A questo proposito si rinvia a F.J. HA, N. LONGNECKER, *Doctor-patient communication. A review*, in *The Ochsner Journal*, 10, 2010, 38-43; D. DA GAMA, *La crise de la médecine contemporaine ou la second mort d'Hippocrate*, in *Journal des Maladies Vasculaires*, 5, 26, 2001, 287-289; P. DONATI, *Le trasformazioni del rapporto comunicativo nella relazione interpersonale medico-paziente*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 4, 1984, 547-571; C.L. CAZZULLO, F. POTERZIO, *Paziente e medico: fenomenologia e prassi della relazione terapeutica*, 2007, Roma; C. DOWRICK, *Rethinking the doctor-patient relationship in general practice*, in *Health and Social Care in the Community*, 5, 1997, 11-14.

⁶⁰ Così, per esempio, J.S. SPIEGEL, *The Ethics of Virtual Reality Technology: Social Hazards and Public Policy Recommendations*, in *Sci Eng Ethics*, 24, 5, 2017, 1537-1550; A. van WYNSBERGHE, C. GASTMANS, *Telepsychiatry and the meaning of in-person contact: a preliminary ethical appraisal*, in *Med Health Care and Philos*, 12, 2009, 469-476; E.A. MILLER, *The technical and interpersonal aspects of telemedicine: effects on doctor-patient communication*, in *J Telemed Telecare*, 9, 2003, 1-7.

nuove tecnologie: «il rapporto medico-paziente è divenuto più impersonale dal momento che i medici fanno crescente affidamento a strumenti tecnologici durante i loro incontri con i pazienti. Poiché la telemedicina si basa su tecnologie della comunicazione avanzate, sembra continuare la tendenza verso la depersonalizzazione dell'assistenza sanitaria»⁶¹. In questo senso, si ritiene che le TIC possano fungere da fattore di disturbo – un'interferenza – nello sviluppo di una relazione “personale” tra medico e paziente, data la natura “impersonale” della mediazione tecnologica⁶².

Come anticipato poc'anzi, quest'interferenza può assumere una connotazione specifica nell'ambito dei servizi di telepsichiatria. A questo proposito, alcuni autori, richiamando la tradizione del personalismo in bioetica, hanno sostenuto che la mancanza di contatto fisico tra paziente e medico deve essere intesa alla stregua di un “ostacolo morale”, e che la stessa conduce inevitabilmente a depersonalizzazione dell'assistenza⁶³. In questa prospettiva, si è addotto che gli esseri umani «sono esseri sensibili, capaci di percepire il loro mondo attraverso il tatto, l'olfatto, l'udito, la vista, e il linguaggio. La perdita di uno o più di queste capacità ci lascia in uno stato di vulnerabilità e minaccia di diminuire la nostra fiducia»⁶⁴.

Per converso, altri autori hanno preso ispirazione da una prospettiva psico-sociale molto nota nella letteratura specializzata, rivolta a soppesare gli effetti della mediazione tecnologica sulla comunicazione umana⁶⁵. Il ricorso a questa prospettiva ha permesso di giungere alla conclusione che la telemedicina contribuisce all'instaurazione di una “presenza sociale” tra i partecipanti all'interazione remota⁶⁶. Più precisamente, questo concetto è stato definito come «il complesso di azioni e la consapevolezza che risulta dal fatto di *esserci*, ovvero di essere presenti e di avere determinate possibilità e modalità di influenzare la comunicazione»⁶⁷. Altri ancora hanno definito il concetto di presenza sociale come il “grado di salienza” attraverso il quale ogni partecipante percepisce l'altro nel corso dell'interazione virtuale⁶⁸. Questi autori, pertanto, rigettano l'idea degli effetti disumanizzanti della telemedicina, sostenendo, invece, che il suo utilizzo possa aumentare la qualità dell'assistenza e contribuire ad alleviare il senso di disagio avvertito da alcuni pazienti nell'ambito dei trattamenti dell'area psichiatrica⁶⁹.

⁶¹ E.A. MILLER, *The technical and interpersonal aspects of telemedicine: effects on doctor-patient communication*, 2.

⁶² *Ibid.*

⁶³ A. van WYNSBERGHE, C. GASTMANS, *Telepsychiatry and the meaning of in-person contact: a preliminary ethical appraisal*, cit., 471.

⁶⁴ *Ibid.*, 473 (traduzione dall'originale in inglese).

⁶⁵ Quella elaborata da J. SHORT, E. WILLIAMS, B.T. CHRISTIE, *The Social Psychology of Telecommunications*, 1976, Londra.

⁶⁶ S. TACHAKRA, R. RAJANI, *Social presence in telemedicine*, in *J Telemed Telecare*, 8, 4, 2002, 226-230; S.R. ARAGON, *Creating social presence in online environments*, in *New Direction for Adults & Continuing Education*, 100, 2003, 57-69.

⁶⁷ S. TACHAKRA, R. RAJANI, *Social presence in telemedicine*, cit., 226 (traduzione dall'originale in inglese).

⁶⁸ S.R. ARAGON, *Creating social presence in online environments*, cit., 59.

⁶⁹ S. TACHAKRA, R. RAJANI, *Social presence in telemedicine*, cit.; H. MAHMOUD, E. VOGT, *Telepsychiatry: an Innovative Approach to Addressing the Opioid Crisis*, in *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 46, 4, 2019, 680-685.

5. Conclusioni

L'emergenza sanitaria innescata dalla diffusione del CoViD-19 ha impresso un'accelerazione notevole alla transizione verso il digitale di gran parte delle relazioni sociali e professionali. Tali dinamiche accrescono il disappunto per lo scarso interesse mostrato da parte dei governi che si sono succeduti nelle ultime due decadi sul tema della telemedicina in carcere. Al netto dei suoi limiti e delle questioni che il suo utilizzo solleva da un punto di vista etico, oggi la telemedicina in carcere avrebbe rappresentato uno strumento utile per consolidare l'assistenza sanitaria a beneficio della popolazione ristretta. In particolare, la telemedicina avrebbe agevolato le attività di *screening* all'interno degli istituti penitenziari, consentendo l'accesso a un *triage* tempestivo ai detenuti con sintomatologia compatibile con l'infezione. Al contempo, il ricorso ai servizi a distanza avrebbe tutelato la salute di tutto il personale – sanitario e non – a vario titolo entrato in contatto con i detenuti contagiati.

Più in generale, in virtù delle considerazioni esposte all'interno di questo lavoro, è possibile affermare che il maggiore ostacolo allo sviluppo dei servizi di telemedicina in carcere quale alternativa credibile all'assistenza sanitaria convenzionale sia rappresentato dall'assenza di una *policy* coerente ed esaustiva attraverso cui identificare e affrontare i nodi critici posti dall'utilizzo di questi servizi, nonché reperire le risorse economiche necessarie per incentivarne l'adozione da parte degli istituti penitenziari. La definizione di questa *policy*, infatti, richiede una "visione d'insieme", che garantisca che l'innovazione tecnologica sia calibrata sulle esigenze effettive dei detenuti – e quindi su una previa analisi dei bisogni – e che non stravolga l'assetto organizzativo preesistente, ovvero, più nello specifico, che non pregiudichi la possibilità (il diritto) di ogni detenuto di farsi assistere comunque da un medico "in carne ed ossa", anche se ciò comporta la sua traduzione all'esterno dell'istituto. A questo proposito, invero, non appare superfluo ricordare che lo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica, in una più ampia analisi relativa ai problemi dell'assistenza sanitaria in carcere, ha sottolineato come ogni detenuto abbia diritto a un rapporto "diretto e personale" con il personale sanitario⁷⁰.

La *policy* a sostegno della telemedicina, inoltre, deve essere "eticamente fondata", poiché, come si è esposto sopra, questa forma di innovazione tecnologica è di carattere "ambivalente"⁷¹. Da ciò consegue che i benefici ottenibili attraverso la stessa – tanto su un piano astratto, quanto a livello concreto – si accompagnano sovente ad alcuni rischi, che se non affrontati adeguatamente, possono condurre a un (ulteriore) deterioramento del livello di assistenza sanitaria in carcere. In particolare, rifuggendo alla dualità tra detrattori e fautori della telemedicina, è possibile sostenere che l'introduzione di servizi di telemedicina in carcere debba essere accompagnata da una serie di cautele volte a prevenire e/o ad attenuare i rischi associati all'assenza di contatto fisico tra medico e paziente. Tra queste cautele, per esempio, si può menzionare la definizione di criteri di inclusione (o di esclusione) in modo che possano accedere ai servizi a distanza solo quei pazienti che, sulla base di una valutazione preventiva, si ritenga possano trarre vantaggio dal loro utilizzo – per esempio, si potrebbe evitare che i pazienti con psicosi gravi o fobie nei confronti della tecnologia siano assistiti tramite la telemedicina.

⁷⁰ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Etica, salute e nuove tecnologie dell'informazione*, 2006, consultabile presso <http://www.governo.it/bioetica/testi/eticaInformazione.pdf>; ID., *La salute dentro le mura*, cit.

⁷¹ Come messo in rilievo in precedenti lavori, tra cui in C. BOTRUGNO, *La diffusione dei modelli di cura a distanza: verso un diritto alla telesalute?*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 1, 2014, 161-177.

Uno scenario ancora peggiore è quello derivante dall'eventualità che i servizi di telemedicina rimpiazzino del tutto le forme di assistenza convenzionali, piuttosto che integrarle. A questo proposito, è chiaro che la diffusione della telemedicina all'interno degli istituti penitenziari non deve avere come effetto ultimo quello di aggravare il "doppio binario" già esistente tra popolazione detenuta e popolazione in libertà con riferimento alla garanzia del diritto alla salute. In altre parole, va evitato che la telemedicina in carcere si trasformi in prerogativa *uti captivus*, che appiattisce il diritto alla salute dei detenuti a un mero "vedere" e "farsi vedere" dai professionisti sanitari attraverso lo schermo di un computer, mentre la popolazione in libertà ha invece la possibilità di combinare le forme dell'assistenza convenzionale ai benefici derivanti dall'innovazione tecnologica.

Infine, tale forma di innovazione deve essere finanziariamente sostenibile, ovvero realizzata in maniera tale da evitare costi ingenti a carico delle strutture pubbliche o dello Stato, un rischio che è molto concreto dal momento che il funzionamento della telemedicina si fonda su tecnologie avanzate la cui gestione e manutenzione può avere costi molto variabili, soprattutto in considerazione delle bramosie economiche da parte dei soggetti privati che operano nel settore.

In conclusione, è possibile affermare che l'adozione di servizi di telemedicina da parte degli istituti penitenziari è un'operazione complessa data la molteplicità di interessi e la pluralità di attori coinvolti. In particolare, la necessità di "garantire la sicurezza" dei detenuti potrebbe essere intesa come un fattore primario rispetto alla predisposizione di servizi di telemedicina, soprattutto in taluni contesti specifici o per alcune categorie di detenuti. D'altra parte, va messo in rilievo che l'innovazione tecnologica di per sé non può essere considerata una panacea per i problemi che affliggono la sanità penitenziaria. Tuttavia, se calibrata sugli effettivi bisogni della popolazione detenuta e sulla necessità di rispettare alcuni standard di qualità dell'assistenza sanitaria, la diffusione della telemedicina in carcere può rappresentare l'avvio di una nuova stagione dei diritti dei detenuti, contribuendo all'emersione di una "cultura" che veda la detenzione come null'altro che la privazione della libertà personale, da realizzare nel pieno rispetto di tutti gli altri diritti fondamentali.