

ANTIGONE

**Le tecnologie dell'informazione in
carcere: realtà, potenzialità,
ambivalenze**

Anno XVI

N. 2



ANTIGONE



ANTIGONE

PER I DIRITTI E LE GARANZIE NEL SISTEMA PENALE

RIVISTA «ANTIGONE»

Semestrale di critica del sistema penale e penitenziario

Sito: <http://www.antigone.it/rivista/>

a cura dell'associazione Antigone onlus

SEDE LEGALE E OPERATIVA: via Monti di Pietralata n. 16, 00157 Roma

Tel.: 06 4511304; - Fax: 06 62275849

Sito: www.antigone.it; e-mail: segreteria@antigone.it

ANTIGONE EDIZIONI

ISSN 2724-5136

DIRETTORE RESPONSABILE: Claudio Sarzotti (Università di Torino)

CO-DIRETTORE: Stefano Anastasia (Università di Perugia)

COMITATO SCIENTIFICO: Cecilia Blengino (Università di Torino); Anna Maria Campanale (Università di Foggia); Giuseppe Campesi (Università di Bari); Yves Cartuyvels (Université Saint Louis Bruxelles); Amedeo Cottino (Università di Torino); Alessandro De Giorgi (San José State University); Luigi Ferrajoli (Università di Roma Tre); Paolo Ferrua (Università di Torino); Carlo Fiorio (Università di Perugia); José García Añón (Universitat de València) Francesco Maisto (Magistrato); Alberto Marcheselli (Università di Genova); Antonio Marchesi (Università di Teramo); Pio Marconi (Università di Roma La Sapienza); Luigi Marini (Magistrato); Dario Melossi (Università di Bologna); Giuseppe Mosconi (Università di Padova); Mauro Palma (Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale); António Pedro Dores (InstitutoUniversitário de Lisboa); Livio Pepino (ex Magistrato e scrittore); Luigi Pannarale (Università di Bari); Tamar Pitch (Università di Perugia); Ivan Pupolizio (Università di Bari); Franco Prina (Università di Torino); Eligio Resta (Università di Roma Tre); Iñaki Rivera Beiras (Universitat de Barcelona); Marco Ruotolo (Università di Roma Tre); Alvise Sbraccia (Università di Bologna), Demetra Sorvatzioti (University of Nicosia); Francesca Vianello (Università di Padova), Massimo Vogliotti (Università Piemonte Orientale); LoïcWacquant (University of California, Berkeley).

REDAZIONE COORDINATORI: Daniela Ronco (Università di Torino), Giovanni Torrente (Università di Torino)

CORPO REDAZIONALE: Costanza Agnella (Università di Torino), Perla Allegri (Università di Torino), Rosalba Altopiedi (Università del Piemonte Orientale), Carolina Antonucci (Università di Roma "La Sapienza"), Federica Brioschi (Associazione Antigone), Angelo Buffo (Università di Foggia), Chiara De Robertis (Università di Torino), Giulia Fabini (Università di Bologna), Valeria Ferraris (Università di Torino), Patrizio Gonnella (Università di Roma Tre), Susanna Marietti (Associazione Antigone), Simona Materia (Università di Perugia), Michele Miravalle (Università di Torino), Claudio Paterniti Martello (Associazione Antigone), Benedetta Perego (Università di Torino), Simone Santorso (University of Hull), Vincenzo Scalia (University of Winchester), Alessio Scandurra (Università di Pisa), Daniele Scarscelli (Università del Piemonte Orientale), Valeria Verdolini (Università di Milano Bicocca), Massimiliano Verga (Università di Milano Bicocca)

RESPONSABILI EDITING: Federica Brioschi (Associazione Antigone), Jacopo Lofoco (Università di Torino)

INCOPERTINA: Immagine del Carcere di Milano San Vittore realizzate da Pietro Snider per Next New Media e Antigone nell'ambito del progetto Inside Carceri, <https://www.flickr.com/photos/insidecarceri/8197490558/>

N. 2/2021 LE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE IN CARCERE: REALTÀ, POTENZIALITÀ, AMBIVALENZE

a cura di Perla Arianna Allegri, Stefano Anastasia, Vincenzo Scalia

INDICE

Editoriale, <i>Perla Arianna Allegri, Stefano Anastasia, Vincenzo Scalia</i>	7
Dalla fobia al clamore? Immaginari e usi delle T.I.C. nelle pratiche e nell'educazione penitenziarie nelle carceri italiane e argentine durante la pandemia, <i>Mauricio Manchado, Giuseppe C. Pillera</i>	13
Connessione instabile. Una prima analisi dell'impatto degli strumenti di comunicazione a distanza nei Poli Universitari Penitenziari nel contesto dell'emergenza pandemica, <i>Chiara Dell'Oca</i>	30
L'anacronismo del carcere di fronte alle tecnologie dell'informazione, <i>Stefano Anastasia</i>	47
La telemedicina negli istituti penitenziari: potenzialità, resistenze e prospettive. Intervista al Dr. Claudio Leonardi dell'ASL Roma 2 a cura di <i>Daniela Ronco</i>	59
Vite asincrone, <i>Corrado Cosenza</i>	78
Le tecnologie didattiche in carcere: vincoli e opportunità, <i>Ada Maurizio</i>	94
Il diritto del detenuto al mantenimento delle comunicazioni con l'esterno dell'istituto penitenziario, specie con i familiari, <i>Mario Marcuz</i>	106
ALTRI SAGGI	
La giustizia riparativa tra funzionalità del diritto penale e alternative di paradigmi, <i>Giuseppe Mosconi</i>	123
Isole al largo. Considerazioni ai margini per una nuova cultura della detenzione, <i>Jacopo Lofoco</i>	160

RUBRICA GIURIDICA

Commento alla giurisprudenza. Oltre i cancelli della detenzione amministrativa: la progressiva affermazione del diritto di accesso, *Eleonora Celoria* 184

ARTE E CARCERE

Una questione “privata”. I corpi e lo spazio nel cinema carcerario di Leonardo Di Costanzo, *Guglielmo Siniscalchi* 202

A PROPOSITO DI...

Nuove tendenze della sociologia dell’istituzione penitenziaria in Italia: ricerca scientifica e impegno politico-sociale, *Claudio Sarzotti* 207

AUTORI

223



La telemedicina negli istituti penitenziari: potenzialità, resistenze e prospettive. Intervista al Dr. Claudio Leonardi dell'ASL Roma 2

a cura di Daniela Ronco¹

È noto come la popolazione detenuta esprima un surplus di bisogni sanitari, sia in ingresso, se consideriamo come il carcere tenda a concentrare gruppi sociali che presentano problemi socio-sanitari ben più significativi rispetto alla media (basti pensare alla questione dipendenze e al disagio psichico), sia durante la detenzione, se consideriamo il carattere patogeno del carcere in sé, dove ci si ammala di più, per le caratteristiche strutturali del penitenziario

(Gonin, 1991; Mosconi, 2005; Ronco, 2018; Saponaro, 2018; Sbraccia, 2018). Dunque, quando parliamo di equivalenza delle cure, principio cardine della riforma della sanità penitenziaria del 2008, non dobbiamo intenderlo in termini di stessi processi attraverso cui viene erogato il servizio sanitario fuori, quanto di stessi risultati da raggiungere in termini di benessere psico-fisico-sociale (Lines, 2006; Niveau, 2007; Charles, Draper, 2012; Jotterand, Wangmo,

¹ Daniela Ronco, ricercatrice in Sociologia giuridica, della devianza e mutamento sociale presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino. Membro dell'Osservatorio di Antigone sulle condizioni di detenzione e dello European Prison Observatory.

2014; Ronco, 2020). E far questo implica riconoscere la necessità di aumentare l'investimento di risorse (sanitarie e non solo dentro al carcere, proprio perché partiamo da una situazione di forte “svantaggio”.

Il Covid in tal senso ha reso più evidenti le criticità sia in termini di prevenzione che di accesso alle cure. Rispetto alla prevenzione, la questione è emersa con tutta la sua forza e drammaticità proprio durante la pandemia, se consideriamo quanto la materialità degli istituti penitenziari (fatta di sovraffollamento, forzata promiscuità, condizioni igieniche pessime) sia ontologicamente inconciliabile con le ormai consolidate esortazioni su distanziamento e igienizzazione degli spazi e dei corpi. In tema di trattamento, invece, la pandemia ha fatto emergere con più forza quella tensione tra i due poli opposti di gestione interna/gestione esterna delle questioni sanitarie (Miravalle, 2020; Ronco, Sbraccia, Verdolini, 2021). Fino a che punto una questione sanitaria può essere efficacemente e correttamente trattata all'interno di un istituto penitenziario e quando occorre invece spostarne la gestione all'esterno?

Il potenziamento della telemedicina in contesto penitenziario, di fatto disapplicata in carcere se non in poche eccezioni (Botrugno, 2021), sicuramente costituirebbe un contributo notevole per l'offerta di trattamenti, purché non venga intesa in sostituzione del contatto tra medico e paziente, ma come uno strumento per

accorciare i tempi e semplificare i processi per seguire l'evoluzione di una malattia, avere risultati di esami più agevolmente, ecc.

Il potenziamento della telemedicina, qualora rappresenti un incremento del raccordo tra il dentro e il fuori, può contribuire altresì alla presa di consapevolezza da parte dei servizi sanitari territoriali rispetto a quella che è la loro competenza sul carcere: sia da parte dei singoli operatori che inevitabilmente rischiano di incappare in processi di istituzionalizzazione che riducono l'autonomia professionale (Ronco, 2014; Cherchi, 2016), sia nel più generale ruolo della sanità pubblica in termini di prevenzione, intesa in senso ampio, ossia, ad esempio, come prevenzione dell'amplificazione del malessere psico-fisico, degli eventi critici, della violenza che connota il penitenziario, come potenziamento dei ruoli ispettivi sulle strutture, ecc.

Dall'esperienza Covid è nato un progetto di sperimentazione più strutturata della telemedicina nel contesto dell'istituto penitenziario di Rebibbia. Ne abbiamo parlato con Claudio Leonardi, Direttore del Dipartimento Tutela delle Fragilità ASL Roma 2, per comprendere insieme a lui le potenzialità, i rischi e le difficoltà dell'implementazione della telemedicina nel contesto penitenziario.

Le chiederei intanto se può descrivermi brevemente il progetto “Liberiamo la salute: telemedicina negli istituti penitenziari”: di cosa si tratta, quando è partito e che cosa prevede?

È partito immediatamente prima delle ultime feste natalizie (dicembre 2021, ndr), anche se è costantemente in fase di implementazione, non fosse altro perché vengono collegate altre strutture, altre articolazioni sanitarie al sistema, che ha ovviamente come punto di partenza il carcere. Quello che abbiamo fatto inizialmente è stato allestire, all'interno dei quattro istituti che compongono il carcere di Rebibbia nel suo insieme, tutta una serie di strumentazioni necessarie per fare il collegamento. E abbiamo collegato a queste strumentazioni informatiche tutta una serie di dispositivi per fare esami diagnostici, che vanno dall'elettrocardiografo in tutti quanti gli istituti, all'ecografo al femminile, dove la presenza del ginecologo ecografista serve perché ovviamente parlando di una struttura che ospita donne è necessario essere in grado di dare delle risposte immediate rispetto a tutta una serie di patologie che riguardano il genere femminile. E poi collegamenti ad altre attrezzature diagnostiche rappresentate sempre da elettrocardiografi o da strumenti per la misurazione del respiro delle persone, oltre a ciò che riguarda l'esecuzione rapida di una serie di analisi di base, generali, che vanno dall'emocromo, alla valutazione del

numero di globuli rossi, di globuli bianchi, dall'azotemia alla glicemia. Si tratta cioè dei più comuni esami che si possono fare per avere un check della situazione generale del nostro corpo. In questo caso i test vengono effettuati direttamente all'interno del carcere, i risultati vengono trasmessi al laboratorio analisi, il quale li avalla e quindi da un punto di vista medico-legale noi abbiamo poi l'autorizzazione a poterli utilizzare per la necessità della persona, soprattutto qualora ci fossero delle analisi non buone, per cui bisogna intervenire dal punto di vista farmacologico. Oltre a questo, abbiamo la possibilità, mettendoci in contatto ad esempio con l'articolazione dei cardiologi, di trasmettere in tempo reale l'elettrocardiogramma che abbiamo appena fatto alla persona che stiamo sottoponendo a questi accertamenti. Il cardiologo lo vede e lo referta perché tutto questo può essere fatto con l'ausilio di un monitor, attraverso cui si può colloquiare con il collega specialista, che ci dà delle indicazioni immediate qualora fosse necessario appunto intervenire anche qui farmacologicamente in maniera rapida e a seguito della valutazione dell'elettrocardiogramma. In più, e questo è molto importante, c'è la possibilità di collegarsi con il pronto soccorso

Perché questo è molto importante a suo parere?

Perché purtroppo l'amministrazione penitenziaria e l'amministrazione sanitaria hanno in comune un punto fondamentale: sono carenti di risorse. E spesso le difficoltà sono le stesse. Io prima di parlare con lei stavo parlando con un collega del carcere che mi diceva: "devo mandare in ferie una persona, non ho un sostituto!". Ecco queste cose che accadono nella nostra organizzazione accadono anche nell'organizzazione dell'amministrazione penitenziaria, per cui uno dei più grandi problemi che ci sono è quello di tradurre all'esterno i detenuti o per andare a fare una visita specialistica o, nella peggiore delle ipotesi, per essere trasferiti nel pronto soccorso. Alcune volte, senza entrare nel merito del perché si creano queste faccende, potrebbe non essere necessario un trasferimento, non tanto per la visita di controllo, quanto per l'invio al pronto soccorso. Magari sarebbe sufficiente avere il conforto di uno specialista o dello stesso collega che si trova al pronto soccorso, che di fronte a dei riscontri che noi possiamo fare ad esempio con l'analisi del sangue o attraverso un esame obiettivo, una radiografia urgente, eccetera eccetera, potrebbe darci delle rassicurazioni soprattutto rispetto alla situazione generale e magari improntare, in una fase iniziale e all'interno dello stesso carcere, tutta una serie

di interventi farmacologici anche considerabili d'urgenza, ma che non rendono necessario il trasferimento immediato in ambulanza di questa persona. È ovvio che tutto questo serve anche per capire se invece questo trasferimento deve essere fatto d'urgenza perché la situazione di quella persona non è curabile, la risoluzione dei suoi problemi non è affrontabile all'interno del carcere o appunto per evitare che questa traduzione avvenga e magari invece si poteva assolutamente evitare facendo degli interventi all'interno del carcere stesso. Ovviamente l'intento è quello di incrementare sempre più, perché il grosso del problema delle traduzioni non riguarda soltanto il trasferimento in ospedale per le urgenze, ma riguarda anche un'attività di routine che si deve fare per questi pazienti. Per alcuni esami, soprattutto quelli strumentali che possono essere fatti all'interno del carcere, si potrebbe evitare che i detenuti debbano uscire per andare appunto nell'ambulatorio esterno a fare queste visite. Quindi il nostro intento è innanzitutto quello di implementare l'elettrocardiografia che non necessita di un intervento dello specialista in sede e del trasferimento del paziente nell'ambulatorio di cardiologia, ma che può fare chiunque tra i miei colleghi all'interno del carcere, mettendosi in tele-contatto con lo specialista cardiologo. E questo può essere fatto per la cardiologia, così come per tutte le radiografie che servono al genere maschile e a quello

femminile: noi siamo in grado di trasmettere le immagini che vengono radiografate direttamente al collega radiologo che lavora o all'ospedale Pertini o all'ospedale Sant'Eugenio e avere in tempo reale la risposta, la lettura di queste radiografie. Quindi lei capisce bene che attraverso questo e attraverso l'utilizzo di ecografi (anche questi collegati in rete con la radiologia o con gli ambulatori di ecografia internistica soprattutto dell'ospedale Pertini) noi già siamo in grado di dare delle risposte ed evitare il trasferimento. Ovviamente questo necessita di un'organizzazione che, ripeto, noi man mano stiamo implementando, perché la fase iniziale di tutto questo processo si è basata molto sulla buona volontà di alcuni e quindi sulla voglia di fare una cosa innovativa e di credere in cosa si stava facendo. Questo sta diventando progressivamente routine e quindi anche i colleghi che inizialmente forse neanche pensavano che questa cosa si potesse fare, sia all'interno che all'esterno del carcere, adesso invece si stanno rendendo conto che man mano questi processi si stanno sviluppando e quindi si devono man mano rendere disponibili sia a rispondere all'eventuale emergenza, sia a organizzare una visita di controllo non più con il paziente davanti agli occhi, in presenza, ma attraverso un monitor.

Questo mi consente di collegarmi alla seconda domanda: come è stato accolto questo progetto, prima di tutto dal personale sanitario, sia interno che esterno, considerato che qui ad essere coinvolto è sia l'operatore sanitario che entra in carcere che quello opera a distanza, anche a livello più organizzativo?

Su questo ci sono da fare secondo me almeno due tipi di considerazioni. La prima è che purtroppo le risorse medico-infermieristiche che operano in carcere sono ormai di una certa età, nel senso che non è facile lavorare in un carcere, questo credo che sia facilmente intuibile. Chi nel corso degli anni ha deciso di rimanere a lavorare all'interno del carcere e non lo ha utilizzato per iniziare la propria carriera, o da medico o da infermiere, per poi trasferirsi da altre parti, in genere ha deciso di rimanere perché è "appassionato" nei confronti dell'attività medico-sanitaria che si può fare all'interno del carcere. Però quando si raggiunge una certa età, come quella della persona con cui lei sta parlando in questo momento, potrebbe essere un po' più difficile rendersi disponibile ad affrontare queste novità, che innanzitutto necessitano di una certa preparazione informatica che magari non si ha o non si è voluto avere, ma soprattutto che spezza quella routine alla quale uno è abituato e con la quale affronta, onestamente, correttamente, secondo scien-

za e coscienza, quelle che sono le necessità sanitarie all'interno del carcere. Quindi il primo ostacolo è stato rappresentato dal fatto che quei colleghi che erano abituati a un certo tipo di routine stanno ancora affrontando questa nuova modalità di intervenire, perché lo stesso medico di reparto, non solo il medico di guardia, ma il medico di reparto che sarebbe il cosiddetto medico della mutua che lavora all'interno del carcere, ha la possibilità di mettere in atto dei collegamenti in telemedicina, in telemonitoraggio con gli altri specialisti, ma deve rientrare in questo ordine di idee. Deve cioè prendere in considerazione che la sua visita può essere supportata e si può risolvere non facendo una banale ricetta in cui c'è scritto "visita cardiologica", bensì in una modalità per cui sia lui stesso ad effettuarla. E quindi questa è una modalità d'azione che, soprattutto se associata alla carenza di risorse umane che ci sono nel carcere, può trovare degli ostacoli. Il secondo aspetto, che è strettamente collegato a questo, è che questo problema non ce l'abbiamo in quei quattro o cinque "giovani" medici che invece noi abbiamo all'interno del carcere, che magari sono anche qualcuno di più di quattro o cinque, quella schiera di giovani medici che ancora non sanno se rimarranno a lavorare definitivamente dentro al carcere o se passeranno ad altre articolazioni sanitarie, ma che nel frattempo, essendo giovani, hanno tutto l'entusiasmo e tutta la voglia di lavorare in una certa maniera. Anche perché

la loro stessa formazione ha previsto, a differenza della nostra che risale a trenta o quarant'anni fa, appunto il concetto di telemedicina, tele-visita e quant'altro. Si ritrovano quindi in qualche modo ad applicare praticamente queste metodologie di valutazione, di diagnosi dei loro pazienti. Quindi sono soprattutto queste le persone e i colleghi che danno forza a questi progetti anche all'interno del carcere, per cui ci sono delle giornate in cui si possono fare anche cinque collegamenti in telemedicina, con svariate articolazioni e delle giornate che non se ne fa neanche uno. Questo non va bene ovviamente, lo dico perché siamo ancora in una fase iniziale e quindi mi posso permettere di dichiarare e di accettare una situazione di questo genere come responsabile sanitario del carcere, ma le dico subito che non è l'obiettivo mio e dell'intera operazione. L'obiettivo è quello di sfruttare tutti i giorni, 24 ore su 24, questo sistema, che ad esempio ha necessitato anche che finalmente all'interno del carcere la nostra azienda implementasse in maniera corretta e adeguata tutta la rete informatica, perché c'erano delle stanze all'interno del carcere, è inutile che lo neghi perché è la realtà, in cui non c'era neanche una presa di corrente dove poter attaccare un pc, non solo la presa di rete, ma la presa di corrente! E quindi siccome, così come i servizi per le dipendenze, il carcere è considerato come una categoria sanitaria di serie B, un sottotipo, purtroppo questo problema si

riverbera anche a livello di altre articolazioni che non sono propriamente sanitarie e che quindi in qualche modo, di fronte alla richiesta di un reparto di medicina e di fronte alla stessa richiesta del carcere, chissà se la nostra passa in secondo piano, non lo diamo per scontato, ma in qualche modo potrebbe essere rallentata dalla contempo-raneità della richiesta. Purtroppo è stato sempre così negli anni, noi stiamo tentando, attraverso questa operazione, di fare un'inversione di tendenza, perché creiamo peraltro un lustro alla nostra azienda e al nostro modo di operare che non è appunto proprio di tutte le aziende sanitarie all'interno delle quali c'è una struttura carceraria.

Come è stato accolto invece il progetto dall'amministrazione penitenziaria e dalle persone detenute?

Dall'amministrazione penitenziaria è stato accolto molto bene, perché come le spiegavo questo favorisce una notevole riduzione di quello che è l'impegno da parte dell'amministrazione stessa. Questo presuppone però che ci sia un altro impegno all'interno dell'organizzazione penitenziaria, ovvero che ad esempio lo spostamento del detenuto all'interno del carcere avvenga secondo tempi e modi che sono differenti rispetto a quello che si faceva prima. Mi spiego: la sede per il collegamento in

telemedicina è una, all'interno del carcere, magari noi un giorno potessimo avere, come abbiamo nel carcere di Rebibbia, dieci stanze in cui si può fare una visita e tutte e dieci fossero collegate in telemedicina! Questo magari capiterà, ma in questo momento ce n'è soltanto una. E quindi questo significa che tutte le visite per cui si può evitare la traduzione all'esterno e che possono essere effettuate in telemedicina, richiedono che quel detenuto venga portato nella stanza B, piano terzo, quarto braccio. E quindi questo implica un'organizzazione interna negli spostamenti che magari fino all'altro giorno non era contemplata, perché i detenuti venivano accompagnati tutti quanti nella stanza dove c'era il medico di reparto, oppure il medico di guardia si spostava nella cella, oppure ancora il detenuto veniva spostato dalla sua cella all'interno dell'infermeria e quindi si procedeva a fare la visita. Soprattutto in un grande istituto come è quello del nuovo complesso di Rebibbia, dove ci sono circa 1300 detenuti e diversi piani in ognuno dei quali opera un medico di reparto e con un medico di guardia che gira per tutto l'istituto, capisce bene che questo tipo di organizzazione può determinare qualche problematica purtroppo, anche in questo caso per una ridotta presenza di personale.

I detenuti ancora non hanno capito bene di cosa stiamo parlando. Purtroppo, sebbene all'interno del carcere ci siano molti giovani detenuti, le persone reclusi sono abituate ad

un certo concetto di visita medica, la telemedicina rappresenta un qualcosa che non viene ancora visto in maniera friendly, della serie “Questo che mi visita tramite un monitor, riesce a visitarmi, a dare un parere sul mio stato di salute, anche se si trova a 20 km da qui, o stiamo giocando?” Perché è quello che è accaduto quando abbiamo fatto i primi collegamenti per provare il sistema ed è quello che accade tuttora quando li facciamo. Ripeto, ci deve essere e si sta sviluppando anche un’informazione in questo senso, per far capire ai detenuti qual è l’importanza di questo tipo di collegamento. Consideriamo anche, e questo sembrerà una stupidaggine, ma è una situazione con la quale noi stiamo facendo i conti e continueremo a fare i conti, che queste sono persone private della loro libertà, andare in ospedale significa mettere il naso fuori dal carcere e una visita medica può rappresentare un modo per uscire per qualche ora, anche se si finisce dentro a una camionetta che ti porta in ospedale, esci dalla camionetta, entri dentro un ambulatorio, fai la visita e torni in carcere. Nonostante ciò, è un modo per uscire fuori da quella routine che spesso e volentieri non è assolutamente piacevole, ma qui ci addentreremmo in altri discorsi che ci porterebbero lontano. Quindi se andare a fare una visita all’esterno può essere anche un’occasione per mettere il naso fuori dal carcere, questo può essere ostativo per uno sviluppo rapido di un tipo di assistenza che si può fare in carcere. Però

ovviamente nel tempo potrebbe essere assolutamente apprezzata, soprattutto laddove in condizioni di emergenza noi si abbia la possibilità di interloquire immediatamente con i colleghi opportuni e quindi salvare la vita alle persone che magari aspettano l’ambulanza, montano sull’ambulanza, arrivano in ospedale, potrebbero essere morte perché non si è intervenuto in una certa maniera. Ovviamente non ci auguriamo mai di affrontare situazioni di questo genere o di portare esempi di questo genere ma prima o poi sappiamo che capita all’interno del carcere, cioè ognuno di noi si sente male, scongiuri facendo, prima o poi nella vita, rischia di andare in ospedale, questo accade ovviamente anche all’interno del carcere alle persone che lo frequentano.

Un aspetto specifico su cui mi interessava la sua opinione è se ci sono criticità specifiche riguardo alle fasce più vulnerabili e, più in generale, qual è l’impatto della telemedicina in questo caso. Penso ai tanti stranieri che ci sono in carcere, quindi, ad esempio, a difficoltà di carattere culturale nel fare accettare questo meccanismo, ma anche di carattere organizzativo. Si tratta in molti casi di persone che hanno il primo accesso ai servizi sanitari quando entrano in carcere, non so se questo

incida in qualche modo. E il secondo aspetto invece riguarda la gestione delle patologie psichiatriche, cioè se in qualche modo la telemedicina è pensata e viene utilizzata anche per gestire quest'altra criticità del penitenziario.

Per quanto riguarda la prima domanda, sicuramente questo determinerà delle problematiche. Fino ad ora non abbiamo avuto modo di utilizzare il sistema per persone per le quali è necessario il mediatore culturale per poterci parlare, per poter parlare la loro lingua o quanto meno farsi capire e soprattutto laddove queste persone non parlano inglese, fermo restando che anche i miei colleghi spesso non parlano inglese, per cui il discorso è reciproco. Al di là di questa battuta, in carcere ci sono delle grosse difficoltà, sia da parte nostra che da parte dell'amministrazione penitenziaria, a mettere a disposizione mediatori culturali sufficienti a poter gestire un colloquio con queste persone. Quindi in questo momento, le dico la verità, non è mai capitato e probabilmente questo potrebbe essere un motivo per cui ancora per un po' non capiterà di affrontare attraverso questo processo la cura di queste persone. Anche perché ci sono anche dei problemi legati alla religione di queste persone e alla possibilità che la nostra immagine passi per un monitor e non si sa bene dove finisca. Ed è quindi una problematica che abbiamo evidenziato nell'elenco dei problemi che si possono avere

nel mettere in atto una valutazione a distanza e che quindi affronteremo un po' più in là, quando il progetto entrerà a regime, quando ognuno di noi sarà in grado di farne uso agevolmente e quindi allargheremo anche la schiera di coloro i quali ne possono usufruire, ovviamente cercando di affrontare per queste persone anche altri aspetti che con gli italiani o gli europei non ci poniamo.

Per quanto riguarda invece le problematiche psichiatriche, la visita psichiatrica non è sostituibile in telemedicina, cioè nel senso che è vero che in questo momento lei potrebbe essere il mio terapeuta, io il suo paziente, lei è in grado di vedermi, di parlare con me, di verificare anche quello che è tutto l'aspetto non parlato del mio modo di essere, di gestire, di muovermi, di fare espressioni, che possano aiutare anche un terapeuta a capire se quello che io sto dicendo corrisponde al vero o sto raccontando una grande scemenza o soprattutto sto raccontando una grande bugia. Questo tipo di opportunità può essere utile per scambiarsi opinioni, per fare un consulto con dei colleghi che sono all'esterno del carcere, soprattutto per quanto riguarda le cosiddette urgenze. Ad esempio, devo trasferire in un reparto psichiatrico ospedaliero questa persona? Devo fare un trattamento sanitario obbligatorio? Devo fare un intervento farmacologico urgente? Il collega psichiatra, che in teoria potrebbe e dovrebbe essere in grado di decidere, si può però avvalere del

conforto magari del collega che lavora dentro un SPDC e che magari è più esperto di lui in emergenze. Quindi questo sicuramente si potrà fare. Non credo che si potrà fare, o che si potrà fare a breve termine, una terapia di supporto attraverso la telemedicina, che è qualcosa che noi abbiamo sperimentato, sempre a livello ambulatoriale, durante la pandemia del Covid. Nel momento in cui in alcuni ambulatori, faccio riferimento ai servizi per le dipendenze o al sostegno alle persone disabili, si è sviluppata anche un'attività psicoterapeutica che prima si faceva in presenza e che a quel punto non si è potuta fare più, dopo il primo periodo in cui non capivamo come potevamo risolvere questo problema, abbiamo cominciato a fare i colloqui prima per telefono e poi via Skype. In qualche modo abbiamo superato questa difficoltà del rapporto visivo che è assolutamente necessario soprattutto quando si fa un certo tipo di psicoterapia comportamentale. La stessa cosa si potrà fare anche in carcere, però sicuramente ci vorrà del tempo prima di poter fare una cosa di questo genere. Però è auspicabile, sicuramente.

Mi soffermerei su questo ultimo aspetto, la gestione dell'emergenza-urgenza: ritiene che in qualche misura la telemedicina sia applicabile anche in

caso di eventi critici che possono realizzarsi all'interno del carcere (penso ai tanti casi di autolesionismo)?

Sicuramente per confrontarsi con i colleghi, questo sicuramente sì. Ovviamente nel momento in cui mi trovo di fronte a una persona che si è appena tagliata o che addirittura ha tentato il suicidio o qualsiasi altra cosa che sia lesiva della sua integrità fisica e psichica, ovviamente io devo intervenire immediatamente. Però poi posso decidere come continuare il mio intervento magari facendomi confortare da uno specialista esterno, soprattutto quando ad esempio il medico di guardia in questione magari è un ginecologo, o un gastroenterologo, o un oculista, che fa il medico di guardia per tutta una serie di motivi e che quindi di psichiatria non ci capisce niente. Allora a quel punto si può fare aiutare dallo psichiatra che sta lavorando in quel momento all'SPDC dell'ospedale e che è di guardia e che quindi lo può aiutare. Sicuramente questo si potrà fare e sarà uno degli aspetti che implementeremo in maniera adeguata. Un'altra cosa che noi stiamo facendo proprio in questi giorni è allestire la cartella clinica informatizzata, nel senso che noi saremo in grado di registrare i nostri interventi e gli interventi altrui, ossia quelli dei colleghi che stanno fuori del carcere, su questa cartella, in modo tale che tutto quello che noi facciamo rimanga registrato e che quindi possa essere utilizzato per tutte le

ragioni medico-legali che possono necessitare. Questa cartella clinica adesso è pronta da un punto di vista informatico e sta per essere inserita nel sistema. La dobbiamo provare, ma già sappiamo che funziona e quindi questo sarà un elemento in più che potremo utilizzare per rendere ancora più aderente alla realtà quotidiana, che prevede una presenza, quella che invece è un'attività che si può fare attraverso lo strumento telematico.

Immagino che questo in termini di continuità delle cure possa avere dei risvolti significativi...

Sì e il vantaggio della telemedicina poi sono i tempi, nel senso che una traduzione porta via mezza giornata, dalle quattro alle cinque ore, ora che parti, che ritorni, esci dal carcere, arrivi dove devi arrivare, ecc. ecc. Io in quelle quattro o cinque ore faccio tre o quattro visite, senza spostare nessuno. Quindi io non faccio un esame cardiologico all'esterno del carcere al giorno, ne faccio cinque al giorno. E così capisce che distruggo completamente le liste d'attesa, ho delle risposte immediate, non passano mesi come accade nel carcere, prima di fare una visita. Perché poi la lista d'attesa dei cittadini ristretti è la stessa lista d'attesa cui accedono i cittadini liberi, per cui se per fare un'ecografia epatica lei va al CUP e le rispondono "le do un appuntamento per

giugno 2024", la stessa risposta la riceve il detenuto. Per quanto si cerchi, considerando che stiamo parlando di persone che hanno assolutamente necessità di avere una prerogativa rispetto agli altri, di avere una risposta più celere, questo spesso accade perché le persone, cioè i colleghi, noi stessi che lavoriamo dentro al carcere e quelli che lavorano fuori, si mettono la mano sulla coscienza e cercano, al di fuori dell'orario, al di fuori delle liste d'attesa, di dare una risposta il più celere possibile ad una persona che è detenuta. Ma non può funzionare così. Funziona anche così adesso. Con la telemedicina noi possiamo superare queste difficoltà, nel senso che in quelle due o tre ore che lo specialista si può mettere a disposizione del carcere si riesce a fare un numero di visite che altrimenti non si potrebbero fare.

Questo mi porta a una domanda un po' provocatoria. Tutto questo ha ovviamente dei costi e mi chiedo se il rischio non possa essere che, a livello di cultura generale esterna al mondo del penitenziario, ma anche all'interno della cultura medica forse, passi un po' l'idea di un canale preferenziale. Lei diceva che si tratta di persone che hanno un'urgenza di fare più in fretta determinate visite e lo capisco perfettamente, mi chiedo che impatto questo possa avere in termini sia

di opinione pubblica che di cultura professionale medica.

Io accetto la provocazione e le dico molto sinceramente che a coloro i quali dovessero dire che l'applicazione di questa metodologia rappresenta l'opportunità da parte del detenuto di avere un canale preferenziale rispetto al libero cittadino, suggerirei di farsi un paio di giorni dentro al carcere, per capire quante siano le condizioni, se non fosse altro quella più importante della restrizione della libertà, responsabili della comparsa di situazioni patologiche che necessitano della risposta immediata e quanto sia difficile all'interno del carcere poter usufruire di alcuni servizi di cui noi possiamo usufruire semplicemente salendo in auto e andando al Pronto Soccorso. Servizi di cui il detenuto non può assolutamente usufruire, se non nelle situazioni gravi per cui magari non sa neanche se ci arriva vivo al Pronto Soccorso. Quindi non si dovrà mai parlare di corsia preferenziale ma si dovrà parlare di una modalità di approccio alle problematiche sanitarie delle persone ristrette, inserendo anche questo tipo di modalità di erogazione di un servizio sanitario all'interno della questione più ampia del recupero della persona stessa, nel senso che la società ti aiuta a rientrare nel suo tessuto anche tutelandoti da un punto di vista sanitario in una certa maniera. Aiutaci ad aiutarti, insomma. Invece il detenuto che per fare una visita cardiologica aspetta tre mesi o quattro

mesi, perché questa è la realtà, senza nascondercelo perché ci sono dati che lo dimostrano ampiamente, entra in una situazione psicologica tale di frustrazione che si riverbera anche sul suo stato di salute e sul suo modo di stare all'interno del carcere e di usufruire di tutte quante quelle che sono le opportunità, poche, ma questo è un altro discorso ancora, che il carcere gli può dare per recuperare la sua condizione. Quindi se io lo posso agevolare da un punto di vista sanitario, così come noi non dobbiamo lesinare un farmaco ad un detenuto qualora sia opportuno darlo, non dobbiamo lesinare neanche la possibilità di fargli avere una risposta di tipo specialistico, o comunque una risposta che il medico di guardia o il medico di reparto non gli possono dare e che invece è necessario dargli perché questo gli renda meno pesante una condizione all'interno del carcere che sappiamo per tutta una serie di motivi non è assolutamente ideale.

Due ultimissime questioni. La prima è la prospettiva futura, anche di replicabilità di questo progetto: pensa che sia applicabile anche in altri istituti della Regione o a livello nazionale? E se sì, con quali difficoltà?

Per fare una cosa di questo genere il punto di partenza fondamentale è che ci devono

essere almeno due o tre persone all'interno di un'organizzazione sanitaria-aziendale che abbiano la forte voglia, la forte motivazione di attivare una procedura di questo tipo. Da un punto di vista economico in questo momento non ci dovrebbero essere problemi perché quelli del PNRR sono fondi, anche in grande quantità, dedicati allo sviluppo della telemedicina. Ed ovviamente questi fondi possono e debbono riguardare anche l'eventualità di mettere in moto una procedura di questo tipo anche all'interno del carcere e non semplicemente a casa del paziente che magari può usufruire di un'assistenza domiciliare migliore, che è giusto che sia così anche quello, o all'interno di una Casa della Salute dove ho la possibilità di mettere a disposizione delle persone che magari sono in casa ma che hanno delle difficoltà ad esempio di deambulazione, negli spostamenti o quant'altro, di ricevere una prestazione specialistica a domicilio. Ci sono dei fondi stanziati dal PNRR che sono destinati proprio allo sviluppo di questa cosa all'interno delle carceri. Non ci sono preclusioni perché questo possa avvenire all'interno di tutte quante le carceri della Regione Lazio. Però le dico con molta sincerità che nella nostra azienda noi abbiamo cominciato a pensare alla telemedicina nel 2020 ma l'abbiamo messa in moto alla fine del 2021, soprattutto in funzione dell'arrivo di un nuovo direttore generale che, provenendo da un'altra Asl dove aveva implementato molti processi in

telemedicina, è arrivato con l'intento di applicare anche nella nostra azienda quello che aveva fatto precedentemente. Questo ci ha dato sicuramente l'impulso finale a mettere in moto il meccanismo. Io mi auguro che in tutte le aziende Asl della Regione Lazio in cui c'è un carcere ci sia almeno una persona al livello della direzione strategica aziendale che abbia questa voglia di fare una cosa di questo genere, perché a quel punto si possono superare diverse difficoltà di tipo burocratico-amministrativo. Oggi implementare la telemedicina alle aziende sanitarie locali non costa nulla perché, ripeto, ci sono dei fondi appositi che possono essere utilizzati per farlo, quindi bisogna soltanto volerlo fare, ma soprattutto poi avere anche le strutture dove poterlo fare, avere dei presupposti che non è detto che ci siano, anche questo va assolutamente valutato.

Ultimissima questione: è prevista qualche forma di valutazione, di monitoraggio, di raccolta dati e di diffusione?

Sì, sì, assolutamente. È prevista, attraverso l'applicazione della cartella informatizzata, la raccolta a fine anno, o comunque quando vogliamo, di un resoconto di quante visite o altro abbiamo fatto attraverso questo strumento. E poi un monitoraggio che va fatto, noi lo abbiamo messo anche nei nostri obiettivi di budget

aziendali, ad esempio, abbiamo indicato tutta una serie di obiettivi che prevedano l'utilizzo della telemedicina, non solo in carcere ma anche fuori. Noi saremo chiamati da coloro i quali devono stabilire se abbiamo raggiunto o meno quell'obiettivo di budget, anche a dare delle risposte numeriche, qualitative e quantitative soprattutto, per quanto riguarda la telemedicina e questo ovviamente riguarderà anche il carcere. Quindi questa modalità è prevista, non fosse altro per superare quelle criticità che abbiamo avuto e che continueremo ad avere nell'applicare una metodologia nuova e innovativa come quella che abbiamo iniziato ad applicare a Rebibbia.

Bibliografia

- Botrugno Carlo (2021), *Telemedicina e diritto alla salute in carcere: stato dell'arte, rischi e opportunità*, in *Rivista di BioDiritto*, 3, pp. 401-414.
- Charles Anna, Draper Heather (2012), *Equivalence of care in prison medicine: is equivalence of process the right measure of equity?*, in *Journal of Medical Ethics*, 38, p. 215-18.
- Cherchi Carlotta (2016), *Curare il carcere. Note sul passaggio di competenze in materia di sanità penitenziaria*, in *Antigone*, 1-2, pp. 219-231.
- Gonin Daniel (1994), *Il corpo incarcerato*, EGA, Torino.
- Jotterand Fabrice, Wangmo Tenzin (2014), *The Principle of Equivalence Reconsidered: Assessing the Relevance of the Principle of Equivalence in Prison Medicine*, in *The American Journal of Bioethics*, 14 (7), pp. 4-12.
- Lines Rick (2006), *From Equivalence of Standards to Equivalence of Objectives: The Entitlement of Prisoners to Health Care Standards Higher than Those Outside Prisons*, in *International Journal of Prisoner Health*, 2 (4), pp. 269-280.
- Mosconi Giuseppe (2005), *Il carcere come salubre fabbrica di malattia*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, pp. 59-76.
- Niveau Gérard (2007), *Relevance and limits of the principle of "equivalence of care" in prison medicine*, in *Journal of Medical Ethics*, 33 (10), pp. 610-613.
- Ronco Daniela (2020), *Il principio dell'equivalenza delle cure in carcere: appunti per una rivisitazione oltre l'emergenza*, in *Autonomia locale e servizi sociali*, 1, pp. 495-507.
- Ronco Daniela (2018), *Cura sotto controllo. Il diritto alla salute in carcere*, Carocci, Roma.
- Ronco Daniela (2014), *La salute negata. Processi di esclusione nelle carceri italiane*, in *Studi sulla questione criminale*, 3, pp. 107-125.
- Ronco Daniela, Sbraccia Alvise, Verdolini Valeria (2022), *Violenze e rivolte nei penitenziari della pandemia*, in *Studi sulla Questione Criminale*, 1, pp. 99-123.
- Saponaro Armando (2018) *Il corpo incarcerato: l'insalubrità carceraria specchio di una immanente cultura dell'afflittività vendicativa della pena in Italia*, in *Salute e Società*, XVII, 1, pp. 59-72.
- Sbraccia Alvise (2018), *Contenere il malessere? Salute e socialità in carcere*, in Kalica E., Santorso S. (a cura di), *Farsi la galera. Spazi e culture del penitenziario*, Ombre Corte, Verona.

