



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SALERNO
DIPARTIMENTO DI STUDI E RICERCHE AZIENDALI

TESI DI DOTTORATO DI RICERCA IN :
"ECONOMIA E DIREZIONE DELLE AZIENDE PUBBLICHE"
(XI CICLO)

"LE NUOVE FRONTIERE DEL SERVIZIO SANITARIO PENITENZIARIO"

Il Candidato

Dr. Migliaccio Dario

(matr. 888580007)

Il Tutor

Chiar.ma Prof.ssa Adinolfi Paola

Il Coordinatore

Chiar.ma Prof.ssa Adinolfi Paola

ANNO ACCADEMICO 2011/2012

INDICE

CAPITOLO I

IL MODELLO BUROCRATICO E L'EVOLUZIONE DELLE TEORIE SUL DESIGN ORGANIZZATIVO

1.1 – Il “design” dell’Organizzazione	pagina 1
1.2 - Il modello della “burocrazia ideale” di Max Weber	3
1.2.1 – La divisione del lavoro	6
1.2.2 - La gerarchia dell’autorità	6
1.2.3. – Norme ufficiali e procedure	7
1.3 – I limiti del modello burocratico	8
1.4 – L’evoluzione delle teorie sul “design” dell’organizzazione	18
1.4.1– L’approccio configurazionista;	22
1.4.2– L’approccio complementare	30
1.5 – Dalle forme alle formule organizzative: una “chimica dell’organizzazione”	33
1.5.1 – Gli elementi organizzativi di base	35
1.5.2 – Leggi di combinazione universali	37
1.5.3 – Leggi di combinazione contingenti	39
1.6 – I legami tra le forme (formule) e le strutture organizzative	41

CAPITOLO II

LE CRITICITA' DEL PROCESSO DI RIFORMA DELLA SANITA' PENITENZIARIA IN ITALIA

2.1 – Introduzione	pagina 44
2.2 – Il quadro normativo nazionale di riferimento	47
2.3 – L’organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario prima del DPCM 1 aprile 2008	54
2.4 - D.P.C.M. 1 aprile 2008: a che punto siamo?	60
2.5 – Conclusioni	68

CAPITOLO III

LA SANITA' PENITENZIARIA: ESPERIENZE INTERNAZIONALI A CONFRONTO

3.1 Obiettivi e metodologia dell’indagine	pagina 73
3.2 La “pressione” internazionale sul processo di riforma della sanità penitenziaria	76
3.3 Il sistema penitenziario francese	80
3.4 L’origine della Legge 18 gennaio 1994 sul passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale	87
3.5 Il sistema di organizzazione ed evoluzione delle cure. Le cure ambulatoriali, unità di consultazione e cura ambulatoriali (UCSA), le cure ospedaliere (UHSI)	88
3.6 Quali insegnamenti si possono trarre da questa organizzazione? L’analisi dei punti di forza e di debolezza	91
3.7 Il sistema penitenziario norvegese	96
3.8 La sanità penitenziaria in Norvegia	102
3.9 Il “Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well – being” (NDPHS) and “Expert Group on Prison Health” (EGPH)	106
3.10 Lo stato del sistema penitenziario in Inghilterra e Galles	109
3.11 Il sistema sanitario penitenziario in Inghilterra e Galles	114
3.12 Conclusioni	123

CAPITOLO IV

LA RICERCA SULLA SANITA' PENITENZIARIA IN CAMPANIA: NUOVI ASSETTI ORGANIZZATIVI IN UNA PROSPETTIVA DI INTERNAZIONALIZZAZIONE.

4.1 - Il disegno della ricerca.....	pagina	134
4.2 - Metodologia della ricerca.....		138
4.3 – Metodologia di analisi dei dati.....		141
4.4 - L'analisi degli elementi in gioco per l'effettuazione dell'indagine di ricerca.....		145
4.5 - Analisi delle combinazioni organizzative.....		154
4.6 - La combinazioni organizzative che emergono dall'analisi del servizio sanitario penitenziario presso le strutture detentive in Campania.....		157
4.7 - La rilevazione del tasso di managerializzazione dei medici coordinatori delle Unità sanitarie degli Istituti penitenziari della Regione Campania		168
4.8 – La riprogettazione del Servizio Sanitario Penitenziario – una proposta.....		179
Conclusioni		
Appendice		193

CAPITOLO I

IL MODELLO BUROCRATICO E L'EVOLUZIONE DELLE TEORIE SUL DESIGN ORGANIZZATIVO

SOMMARIO: 1.1 – Il “design” dell’Organizzazione; 1.2 - Il modello della “burocrazia ideale” di Max Weber; 1.2.1 – La divisione del lavoro; 1.2.2 - La gerarchia dell’autorità; 1.2.3. – Norme ufficiali e procedure; 1.3 – I limiti del modello burocratico; 1.4 – L’evoluzione delle teorie sul “design” dell’organizzazione; 1.4.1. – L’approccio configurazionista; 1.4.2 – L’approccio complementare; 1.5 – Dalle forme alle formule organizzative: una “chimica dell’organizzazione”; 1.5.1 – Gli elementi organizzativi di base; 1.5.2 – Leggi di combinazione universali; 1.5.3 – Leggi di combinazione contingenti; 1.6 – I legami tra le forme (formule) e le strutture organizzative.

§. 1 - Il “design” dell’Organizzazione

Il disegno dell’organizzazione costituisce uno dei problemi classici che gli studi scientifici, in tale campo, hanno cercato di affrontare nel corso del tempo; è un problema perenne, tuttora rilevante in quanto la globalizzazione ed altri cambiamenti negli ambienti organizzativi e nella tecnologia richiedono nuove soluzioni. Il cambiamento è una caratteristica intrinseca della maggior parte delle organizzazioni: gli ambienti cambiano, le organizzazioni crescono, si introducono nuove tecnologie, sorgono conflitti ecc., influenzando in maniera decisiva sul mutamento delle pratiche lavorative ed al ricambio del personale, facendo deragliare le routine organizzative e la stabilità dell’organizzazione stessa. Le teorie sulla progettazione (o disegno) dell’organizzazione sono prescrittive per natura, in quanto affrontano il problema del cambiamento intenzionale delle strutture e dei processi di un’organizzazione per il miglioramento delle sue performance. I modernisti hanno tradizionalmente fatto da battistrada nell’ambito delle teorie prescrittive; viceversa, gli autori che rientrano nella prospettiva simbolico-interpretativa, in virtù del loro orientamento descrittivo, hanno generalmente schivato le specificazioni tipiche delle teorie prescrittive. Il principale contributo che questi ultimi hanno fornito consiste nell’aver sollecitato i progettisti dell’organizzazione ad una maggiore attenzione nei confronti dei significati culturali e delle rappresentazioni simboliche che contestualizzano l’ordine sociale (es. si pensi all’organigramma). Gli studi simbolico-interpretativi

sulle conseguenze del disegno dell'organizzazione nelle esperienze individuali quotidiane, hanno poi supportato lo sforzo dei postmodernisti per mettere al centro dell'analisi gli interessi di coloro che costituiscono la struttura organizzativa, al fine di far anche risaltare i processi di egemonia ed emarginazione. I postmodernisti considerano queste ricerche le basi per promuovere degli obiettivi eticamente più desiderabili, nonché come strumento per cercare di integrarli all'interno delle organizzazioni. Nell'ottica modernista, un buon processo di disegno dell'organizzazione è quello che riesce ad ottimizzare le performance dell'organizzazione, bilanciandone alcuni elementi della struttura sociale come la differenziazione e l'integrazione. I modernisti spesso ricorrono a criteri come efficienza ed efficacia per valutare il disegno dell'organizzazione. Ad esempio il disegno dell'organizzazione è efficace quando riesce ad orientare, da un lato, l'attenzione dei dipendenti alle varie attività differenziate di cui sono responsabili e, dall'altro, a promuovere con facilità l'integrazione tra tutte le attività dell'organizzazione. Il disegno dell'organizzazione risulta inoltre efficiente quando riesce a minimizzare il tempo, gli sforzi e le risorse necessarie per conseguire gli obiettivi dell'organizzazione.

Un'attenta analisi del disegno dell'organizzazione può rivelare dove manchino efficacia ed efficienza; di conseguenza è possibile introdurre dei cambiamenti nella progettazione dell'organizzazione per risolvere questi problemi. Tuttavia non esiste una struttura sociale priva di lacune e conflitti, in quanto è praticamente impossibile integrare un'organizzazione differenziata. Le lacune ed i conflitti non devono essere interpretati in maniera negativa, visto che potrebbero risultare dei fattori che permettono ad una struttura sociale di funzionare malgrado le sue imperfezioni.

In questa parte del lavoro esaminiamo il concetto teorico che ha il legame più "antico" con i processi di *organizing*: la struttura sociale organizzativa. Il termine "**struttura**" si riferisce alle relazioni tra le parti di un insieme organizzato come ad esempio avviene nel corpo umano tra le ossa, gli organi, il sangue ed i vari tessuti.

I teorici dell'organizzazione sono particolarmente interessati a due tipi di strutture: quella fisica e quella sociale. Mentre la struttura fisica si riferisce alle

relazioni spaziali e temporali tra gli elementi fisici di un'organizzazione (es. posizionamento geografico delle strutture), la struttura sociale si riferisce alle relazioni tra le persone che assumono dei ruoli in un'organizzazione ed ai gruppi organizzativi o unità alle quali esse appartengono.

Ai fini della nostra analisi, quello che ci interessa sono in primo luogo gli elementi e le dimensioni della struttura sociale organizzativa (talvolta chiamata semplicemente struttura organizzativa) così come definiti nella "preistoria" della teoria organizzativa con due principali correnti di pensiero: una di stampo sociologico, rappresentata da Emile Durkheim, Max Weber e Karl Marx, che si concentrava sull'analisi del cambiamento delle forme e del ruolo delle organizzazioni formali nelle società e sull'influenza dell'industrializzazione sulla natura del lavoro e sulle conseguenze che questa provocava per i lavoratori.

L'altra, invece, la teoria classica del management delineata dalle opere di Frederick Taylor, Mary Parker Follett, Henri Fayol, Luther Gulick, Chester Barnard ed altri "professionals" che lavoravano come dirigenti o consulenti dedicandosi allo studio dei problemi pratici che essi dovevano affrontare sia nelle organizzazioni pubbliche che private.

La continua tensione tra teoria e pratica che caratterizza la storia della teoria organizzativa si può ricondurre alla contrapposizione degli interessi espressi da queste due correnti di pensiero.

Tuttavia i primi teorici dell'organizzazione prediligevano le definizioni strutturali di organizzazione, in quanto adottando per lo più un'ottica normativa diedero grande rilievo alla ricerca delle migliori "pratiche" per raggiungere gli obiettivi e le finalità dichiarate dall'organizzazione, attraverso la disposizione strutturale delle persone, delle posizioni e delle unità lavorative.

§. 1.2 – Il modello della "burocrazia ideale" di Max Weber

L'opera di Max Weber si pone tra i classici di quel filone di studi sulle teorie organizzative fondate sul concetto di struttura sociale; la burocrazia ideale che Weber immaginò fu un mezzo per trasformare degli impiegati di normali capacità in decisori razionali, capaci di servire i loro clienti ed i loro elettori con

imparzialità ed efficienza. Grazie ad una simile concettualizzazione, la burocrazia permise di giungere a processi decisionali affidabili, a processi di selezione e promozione impersonali e basati sul merito, nonché una corretta applicazione delle regole.

I teorici dell'organizzazione hanno definito tre componenti della struttura sociale organizzativa sulla base delle teorie di Weber: la divisione del lavoro, la gerarchia dell'autorità e la formalizzazione delle regole e delle procedure; "organizzazione formale del lavoro" e " principio di autorità" sono dunque i pilastri fondamentali su cui poggia lo svolgimento dell'ideal-tipo burocratico. La prima, organizzazione formale del lavoro, serve a determinare i comportamenti auspicati, la seconda, l'autorità, consente di verificare costantemente che i comportamenti reali coincidono con quelli auspicati e necessari.

L'esercizio dell'autorità poggia su: a) la legalità e l'accettazione da parte dei membri del gruppo degli ordinamenti statuiti; b) il diritto che hanno di comandare coloro i quali sono chiamati ad esercitare il potere all'interno dell'organizzazione.

Nella relazione gerarchica, colui che esercita l'autorità deve vincolarne l'esercizio all'interno dei limiti definiti dalle norme, mentre chi obbedisce agli ordini lo fa senza riguardo alla propria opinione sul comando, ma in forza del fatto che chi formula gli ordini lo fa nel rispetto dei doveri sanciti da un sistema di norme stabilite (Decastri, 2005). Nel dettaglio, le caratteristiche strutturali distintive di una burocrazia ideale devono quindi comprendere:

- a) il principio delle competenze di autorità definite mediante regole, comportando: una stabile suddivisione delle attività in forma di doveri d'ufficio; poteri di comando suddivisi in modo stabile e definiti da regole; l'assunzione di persone con qualificazione regolata e coerente agli adempimenti richiesti;
- b) il principio della gerarchia degli uffici, quale sistema rigidamente regolato di sovra- ordinazione e subordinazione agli organi d'autorità con controllo dei superiori sugli inferiori;
- c) il principio della formalizzazione di regole e regolamenti stabili, volti a garantire l'uniformità e, quindi, il coordinamento delle attività e delle decisioni che devono essere apprese dai funzionari. I processi decisionali

si dovrebbero quindi ridurre ad un problema di accoppiamento tra situazione da affrontare e regola da applicare.

- d) Il principio del segreto d'ufficio e, quindi, il divieto alla divulgazione delle pratiche da parte dei funzionari, i quali devono saper tener separata la vita personale da quella all'interno dell'organizzazione;
- e) Il principio della separazione specializzata, garantita attraverso il superamento di prove di qualificazione preliminari all'assunzione e corsi di studi predeterminati e continuativi.

Secondo Decastri (2005), vengono quindi a configurarsi tre categorie distinti di attori organizzativi:

- i progettisti: coloro che definiscono ed aggiornano le procedure su base razionale, affinché possano sempre essere le più adeguate (efficienti) rispetto alle criticità che l'organizzazione deve affrontare;
- i controllori: coloro che hanno il compito di far sì che le regole siano correttamente applicate dai funzionari; qualora questi ultimi non siano in grado di ritrovare nel sistema delle regole la soluzione del problema da risolvere, intervengono in prima persona oppure segnalano al team dei progettisti la criticità riscontrata in maniera tale che possa essere aggiornato il "database" di regole;
- i realizzatori: coloro che sono chiamati ad essere responsabili dell'attuazione della conoscenza organizzativa accumulata, scegliendo in maniera ottimale nel database delle regole, quelle più efficaci ed efficienti nella risoluzione dei problemi riscontrati.

In buona sostanza la "burocrazia ideale" che Weber immaginò doveva essere un mezzo per trasformare degli impiegati di normali capacità in decisori razionali, capaci di servire i loro clienti ed i loro elettori con imparzialità ed efficienza; con una simile concettualizzazione, la burocrazia permise di giungere a processi decisionali affidabili, di selezione e promozione impersonali e basati sul merito, nonché una corretta applicazione delle regole.

Nella tabella (Tab. 1) che segue rappresentiamo le principali caratteristiche dell'ideale di burocrazia secondo Weber, ritenendo utile soffermarci in particolare

su tre elementi della struttura sociale, delineatosi secondo la teoria di Weber: divisione del lavoro, gerarchia dell'autorità, norme ufficiali e procedure.

Tab. 1 - Le caratteristiche dell'ideale di burocrazia secondo Weber

- Rigida divisione del lavoro
- Gerarchia di uffici ben definita, ognuno con le sue sfere di competenza
- I candidati degli uffici vengono selezionati sulla base di qualifiche tecniche e nominati invece che eletti
- Il personale (impiegati) sono remunerati con salari stabili
- L'ufficio costituisce la primaria occupazione del titolare e né predispone la carriera
- La promozione viene garantita secondo criteri di anzianità o di conseguimento e dipende dal giudizio dei superiori
- Il lavoro deve essere separato dal possesso dei mezzi di amministrazione
- Presenza di una serie di regole generali che governino le performance degli uffici; severa disciplina e controllo della condotta dell'ufficio.

Fonti: Parsons (1947) e Scott (1992)

§. 1.2.1 - La divisione del lavoro

La divisione del lavoro definisce la distribuzione delle responsabilità e l'assegnazione degli incarichi di lavoro all'interno dell'organizzazione; quando il lavoro viene opportunamente diviso, la combinazione degli incarichi permette il raggiungimento dei risultati attesi dall'organizzazione. In effetti le attività dell'organizzazione vengono suddivise tra i vari dipendenti, ognuno dei quali svolge un lavoro che è soltanto una parte dell'intero processo produttivo. Le modalità di raggruppamento delle diverse attività in unità organizzative come i dipartimenti o divisioni rientra nella divisione del lavoro; la dipartimentalizzazione, molto diffusa ed istituzionalizzata nelle organizzazioni sanitarie, è il raggruppamento di attività simili o strettamente collegate in sottounità organizzative. Dal momento che le unità create mediante il processo di dipartimentalizzazione sono generalmente gestite da manager, risulta evidente che questo concetto colleghi la divisione del lavoro alla gerarchia dell'autorità, quest'ultima, secondo elemento della struttura sociale di Weber.

§. 1.2.2 - La gerarchia dell'autorità

La gerarchia si riferisce alla distribuzione dell'autorità in un'organizzazione; secondo Weber, un'alta posizione in una gerarchia conferisce un'autorità legale, che consiste nell'avere diritto a prendere decisioni, dare ordini, rimproverare o punire gli altri, legando l'autorità ad una questione strettamente di posizione,

pertanto quando un individuo abbandona la propria posizione, la sua autorità viene assunta dal successivo titolare dell'ufficio. In tale contesto, la gerarchia definisce, inoltre, le relazioni di subordinazione formale che costituiscono i canali di comunicazione verticale in un'organizzazione; essi possono essere orientati verso il basso (quando sono dirette ai subordinati) oppure verso l'alto (feedback informativo di ritorno alla direzione). Quando ogni posizione in un'organizzazione è subordinata ad un'altra posizione, l'autorità e la comunicazione verticale si combinano per permettere agli individui che occupano i più alti livelli di raccogliere informazioni dei loro subordinati e di dirigere e controllare il rendimento di tutti nell'intera organizzazione. In passato molti manager pensavano che ogni membro dell'organizzazione dovesse rispondere soltanto ad una persona, in modo che ciascuno fosse collegato attraverso un percorso gerarchico chiaro e lineare al proprio responsabile e quindi al responsabile del responsabile, fino ad arrivare al vertice dell'organizzazione. Fayol H. (1841-1925), chiamò questi principi "unità di comando"; chiaramente oggi i rapporti di subordinazione duale sono molto più frequenti e soddisfacenti, come pure le relazioni laterali (non gerarchiche e network) vengono riconosciute per il ruolo sempre più importante che stanno assumendo nell'integrare le diverse attività di un'organizzazione e nel promuovere la flessibilità nelle risposte alle pressioni ambientali.

§. 1.2.3 - Norme ufficiali e procedure

La formalizzazione ci dice fino a che punto regole, regolamenti, politiche e procedure esplicite governano le attività organizzative; chiaramente tra gli indicatori della formalizzazione di un'organizzazione ci sono: politiche scritte, descrizioni di mansioni, manuali di procedura, organigrammi, liste ufficiali di regole e regolamenti ecc. Le norme ufficiali, le procedure, le descrizioni e le classificazioni delle posizioni lavorative specificano il modo in cui si dovrebbero prendere le decisioni ed eseguire un lavoro. Pertanto, la formalizzazione tende a ridurre il margine di manovra dei lavoratori nello svolgimento delle attività lavorative, aumentando il senso di controllo da parte del management. Tali condizioni contribuiscono a creare quel senso di impersonalità spesso associato alle organizzazioni formalizzate. Peraltro, alcuni studi (Hage, 1974; Rousseau,

1978), suggeriscono che la formalizzazione tende a scoraggiare l'innovazione ed a ridurre la comunicazione all'interno delle organizzazioni. Ovviamente si potrebbero ridurre tali patologie con un minor grado di formalizzazione, delineando un'organizzazione caratterizzata da maggiore flessibilità, aumentandone le capacità di risposta rispetto al contesto dinamico in cui molte di esse si trovano ad operare, anche per settori che tipicamente, nel passato, erano caratterizzati da ambienti particolarmente stabili, come la pubblica amministrazione.

§. 1.3 – I limiti del modello burocratico

Weber per primo era conscio e mise in evidenza le possibili patologie del modello burocratico; l'Amministrazione Pubblica è un'esemplare vittima dei punti deboli e delle conseguenti inefficienze della burocrazia, fino a diventare un modello di burocratizzazione. Le condizioni minime per garantire efficacia al modello burocratico sono:

- a) la possibilità di disporre di un apparato di norme che orientano le persone ad assumere comportamenti efficaci contestualmente alla capacità dell'organizzazione di aggiornare e mantenere "vivo" il database; senza tale aggiornamento, la burocrazia perde di efficacia, esprime comportamenti obsoleti, rischia di divenire non uno strumento, bensì un freno al raggiungimento degli obiettivi dell'amministrazione;
- b) l'assicurarsi che spazi non coperti da regole, norme e procedure non siano così ampi da consentire eccessivi livelli di opportunismo e comportamenti strategicamente rivolti all'acquisizione di potere individuale troppo frequenti e numerosi. Pertanto è implicito il fatto che la burocrazia, per quanto disegnata in modo eccellente, non può riuscire a standardizzare tutte le attività dell'organizzazione.

In buona sostanza, la burocratizzazione nasce dalle regole non aggiornate del "database", lo stesso che Weber riteneva fondamentale tenere sotto controllo:

- la rigidità della burocrazia, in quanto essa potrebbe chiudersi in se stessa e, con l'intento di tutelare troppo se stessa ed i propri interessi, potrebbe dar

vita a regole e comportamenti “assoluti, difesi ideologicamente” e, pertanto non confrontabili (Bonazzi, 1989);

- il rapporto fra burocrazia e spersonalizzazione, visto che la specializzazione ed il tecnicismo possono essere causa di una tendenza alla disumanizzazione dei comportamenti;
- il rapporto fra burocrazia e valori: la logica del modello burocratico implica il distacco dai valori e dalle emozioni e non può tener sotto controllo la componente di irrazionalità che rischia di avviare le tendenze centrifughe.

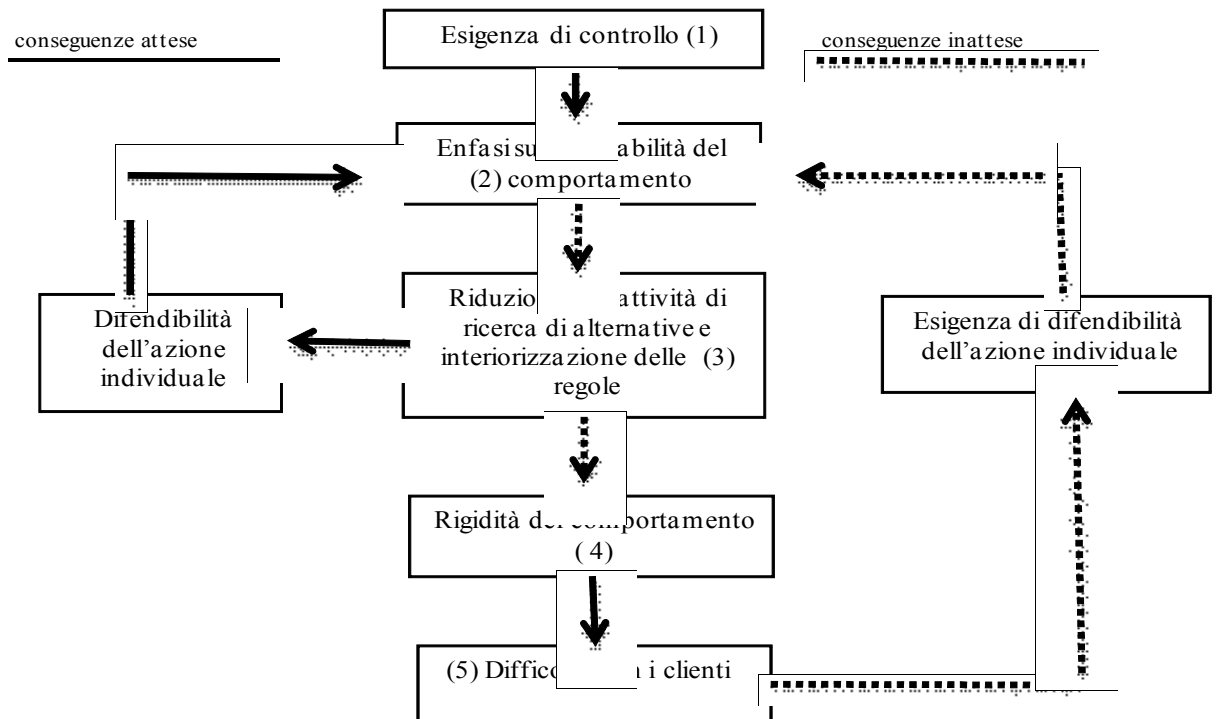
I limiti del modello burocratico sono stati elaborati ed illustrati con grande efficacia da alcuni studiosi allievi di Weber, che hanno iniziato a mettere in discussione la perfezione del “tipo ideale” ed a domandarsi se nei fatti il trade-off tra efficienza organizzativa e “spersonalizzazione” dell’individuo potesse portare ad esiti disfunzionali. Spesso i meccanismi regolamentativi della burocrazia possono divenire talmente oppressivi per un essere umano tali da provocare una significativa resistenza al modello burocratico per effetto di un limitato uso della propria intelligenza; né nasce un circolo vizioso, in cui tale resistenza spinge l’apparato amministrativo a rinforzare lo schema che l’ha provocata, con la conseguente nascita di ulteriori norme e regolamentazioni. Merton (1949) sottolinea come una struttura pensata come razionale possa facilmente dare origine a conseguenze inattese, tali da costituire un ostacolo alla realizzazione di quelli che sono i suoi obiettivi, indicando in particolare alcune disfunzioni latenti:

- “l’addestramento alle rigidità”: il rispetto ed il riferimento costante alle norme diminuisce la possibilità di allenare e mantenere in vita quegli elementi di flessibilità tipici dell’essere umano, con il rischio del mancato riconoscimento dei cambiamenti in atto e della persistenza di comportamenti superati, ma aderenti alle prescrizioni e alla preparazione ricevuta, divenendo l’addestramento una modalità per costruire rigidità;
- “l’eccessiva virtuosità” del burocrate, che può essere spinto a portare alle estreme conseguenze quelle doti che deve rappresentare : prudenza, disciplina, metodo, solidarietà di gruppo;

- la trasposizione dei mezzi in fini: un'attenzione eccessiva alle regole può portare danno, ed il rovesciamento del tradizionale rapporto mezzi-fini; il rischio è che regole e disciplina non siano più il mezzo per conseguire gli obiettivi dell'organizzazione, ma diventino il fine stesso di chi opera nella burocrazia, facendo diventare l'adesione alle regole l'interesse preminente dell'operatore e di importanza maggiore rispetto al raggiungimento dei fini;
- l'assoggettamento dell'utente alla burocrazia, in quanto l'impersonalità e la formalità generata dalle regole obbligano il burocrate ad assumere un comportamento freddo e distaccato rispetto alle esigenze dell'utente, il quale è soggetto alla forza e all'autorità della norma.

March e Simon (1958) proposero per primi una formalizzazione delle funzioni latenti e manifeste individuate da Merton. Dalla lettura dello schema rappresentato (Fig. 1) si evince come l'esigenza di controllo (1), che la macchina burocratica deve assicurare nei confronti del singolo, accentua l'enfasi sull'affidabilità dei comportamenti (2) dell'organizzazione e cioè sulla loro certezza e prevedibilità, favorendo regole e procedure generali standardizzate che dovrebbero semplificare enormemente il compito dei controllori. Centrale in tale analisi è vedere come sia la norma (strumento) che il controllo (obiettivo) conducano a delle disfunzioni inattese: i burocrati nel momento in cui attengono strettamente alle procedure formalizzate per incrementare il grado di difendibilità della loro azione organizzativa, finiscono per sviluppare una "incapacità addestrata di adattarsi al nuovo" (3). D'altra parte, l'interiorizzazione delle regole, sviluppa un ritualismo burocratico che si sostanzia nella trasposizione dei mezzi in fini. La deformazione professionale del burocrate fedele ai rituali né determina la rigidità del comportamento (4) che va a scontrarsi con le attese degli utenti, generando la disfunzione data dall'assoggettamento degli stessi alla burocrazia. Tale situazione di tensione (5), accentua l'esigenza di ulteriore difendibilità dell'azione individuale, rinforzando in tal modo il ricorso a regole e procedure, portando a completamento il circolo vizioso.

Figura 1 – Il circolo vizioso di Merton (fonte: March, Simon, 1958, trad. it. 1971, p. 58)



Gouldner (1954), ritiene che le norme che sono alla base del controllo gerarchico, pur essendo dei punti di forza della burocrazia, possono determinare funzioni non volute; essendo impersonali ed espressione diretta della giurisdizione razionale, rendono molto debole la limitata motivazione dei lavoratori, originando la possibilità di individuare e di applicare la “prestazione minima accettabile”, ossia quel comportamento sotto il quale scatta il ricorso alla sanzione. La citata “prestazione minima” diviene anche motivo di irrigidimento del controllo gerarchico e di emanazione di nuove norme, con il conseguente appesantimento di tutto l’assetto organizzativo. Gouldner ha individuato nella norma burocratica un’applicabilità che può essere utilizzata anche dai subordinati; laddove la sua applicazione può essere sottoposta ad interpretazione o addirittura sospesa, si determina un’interessante area di trattativa ed uno strumento di potere per entrambe le parti. Ancora una volta il problema riguarda la possibilità di far

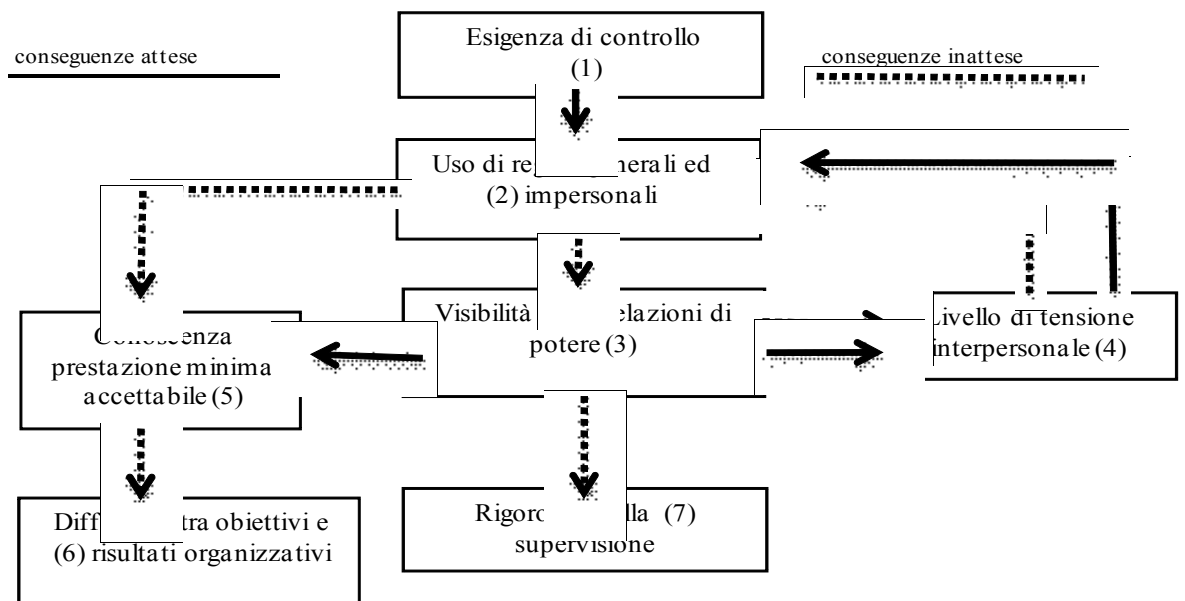
evolvere il cosiddetto “database” di regole o gli spazi di soggettività che il sistema burocratico non riesce a normare.

Gouldner perviene ad individuare tre modelli normativi che identificano a loro volta:

- la burocrazia apparente, dove le regole sono formulate da una struttura esterna ma ignorate sia dai manager che dai lavoratori;
- la burocrazia rappresentativa, dove le regole sono formulate da manager con la partecipazione dei lavoratori e sono considerate ragionevoli;
- la burocrazia impositiva, in cui le regole sono formulate da una parte, ma non accettate come legittime dalle altre parti.

Gouldner nell'analisi dei meccanismi causali che si innescano all'interno di un'organizzazione burocratica, parte dall'esigenza del controllo (1) mediante il ricorso a regole generali ed impersonali (2). Le norme assolvono a funzioni critiche all'interno dell'organizzazione burocratica diminuendo la visibilità delle relazioni di potere (3); esse tuttavia attraverso l'effetto della spersonalizzazione, riducono i livelli di tensione interpersonale all'interno dei gruppi (4), in un primo circolo vizioso con il ricorso a norme e regole. L'analisi di Gouldner, evidenzia un secondo circolo vizioso, in cui le norme pur rendendo possibile l'esercizio di determinate attività, non sono in grado di ottenere una reale partecipazione dei dipendenti e quindi di motivarli nell'esercizio delle proprie funzioni. La formalizzazione delle regole del gioco definisce la prestazione minima accettabile all'interno dell'organizzazione (5), la quale non viene interiorizzata dai subordinati come un limite minimo, bensì come uno standard di comportamento, originando di conseguenza un gap tra obiettivi e risultati organizzativi (6) che spinge all'irrigidimento della supervisione (7), tornando circolarmente agli aspetti della visibilità delle relazioni di potere ed all'utilizzo delle regole. Il modello di Gouldner può considerarsi quasi la dichiarazione di inapplicabilità dell'ideal-tipo burocratico weberiano, considerata la sempre maggiore complessità, esterna ed interna, che le organizzazioni sono chiamate a fronteggiare.

Fig. 2 – Il circolo vizioso di Gouldner (fonte: March, Simon, 1958, trad. it. 1971, p. 63)



Selznick (1949) concentra i propri studi sulla vulnerabilità delle burocrazie a seguito dello spostamento degli obiettivi, dell'aumento della specializzazione e della delega di autorità, nonché dal manifestarsi di conseguenze non intenzionali dovute all'emergere di sottogruppi i cui propri obiettivi possono variare rispetto a quelli dell'organizzazione (biforcazione degli interessi), tendenza quest'ultima difficilmente contrastabile.

Secondo Selznick l'organizzazione burocratica specializza e frammenta i ruoli per rendere l'esperto più neutro ed indipendente, tendendo però a creare uno spirito di casta ed una separazione tra silos di competenze contribuendo alla cristallizzazione dell'organizzazione.

Tali elementi conducono ad affermare e sostenere l'importanza di una politica di coinvolgimento che Selznick chiama di cooptazione (Hinna L., 2009). Al riguardo è possibile compiere una distinzione tra cooptazione formale ed informale: con la prima l'organizzazione riesce ad ottenere ed a gestire il consenso attraverso l'acquisizione di nuovi elementi e di nuove informazioni, senza trasferire, però alcun potere decisionale.

Con la seconda, invece, l'organizzazione ritiene che l'unico modo per recepire le istanze avanzate dalle forze esterne sia quello di inserire alcuni esponenti rappresentanti di tali forze nei propri organi decisionali.

Anche nell'analisi di Selznick, il circolo vizioso che si sviluppa all'interno della burocrazia parte dall'esigenza di controllo (1), come anche per Merton e Gouldner, però nella fattispecie il focus si accentua sulla delega di autorità (2), in quanto quest'ultima favorisce una spiccata specializzazione (3) che tende a rinforzare la delega stessa, dall'altro essa determina una differenziazione degli obiettivi (4), indicata come funzione latente, e che si concretizza attraverso l'interiorizzazione degli obiettivi parziali (5).

Tale disfunzione è una conseguenza diretta di una forza tangenziale alla struttura burocratica : la tendenza dei soggetti che lavorano all'interno dell'organizzazione a non accettare di essere utilizzati come semplici mezzi, elemento quest'ultimo che cambia il contenuto delle decisioni (6).

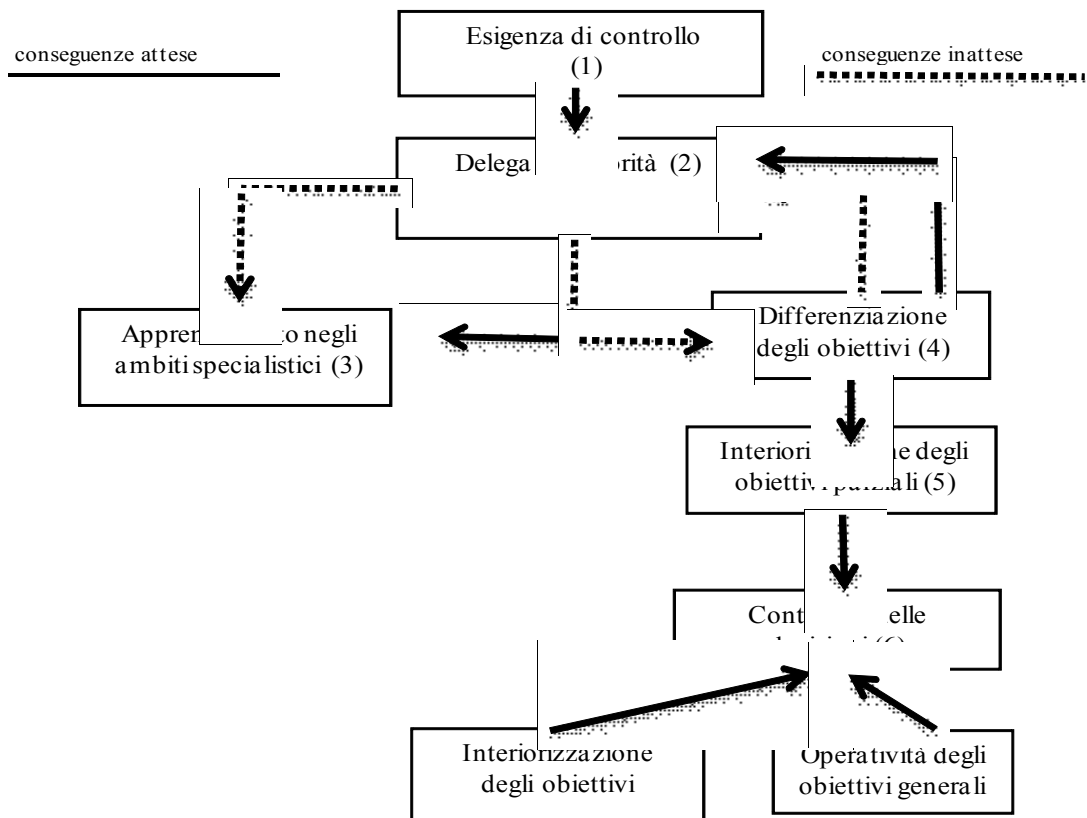
Le decisioni sono, pertanto condizionate dalla differenziazione degli obiettivi e dallo sviluppo di culture parziali da parte delle unità organizzative, originando delle strategie interne latenti che muovono parallelamente agli obiettivi dichiarati a livello ideale dell'organizzazione: la burocrazia da mezzo per raggiungere le finalità manifeste, diventa strumento per l'autoconservazione di quanto appreso negli ambiti specialistici.

Il divario tra obiettivi organizzativi e risultati, a livello decisionale, porta ad enfatizzare ulteriormente il controllo attraverso la delega e la specializzazione alimentando il circolo vizioso.

L'unico modo efficace per contrastare la distorsione dei contenuti decisionali è individuato dall'autore nella possibilità di far interiorizzare ai subordinati gli obiettivi generali e di incrementarne l'operatività (7), ovvero la trasparenza del legame tra i punti di vista parziali e quello "allargato" dell'organizzazione. Il modo per implementare queste due linee di azione è individuato nel ruolo della leadership, definita come un'attività essenzialmente creativa che, favorendo l'interiorizzazione dei valori dei subordinati, permette di prendere decisioni e affrontare situazioni particolarmente critiche.

Se per Merton, Gouldner e Selznick, l'analisi del modello burocratico conduce ad individuare delle disfunzioni rispetto a ciò che si originerebbe da un impeccabile meccanismo di funzionamento organizzativo, per Crozier le medesime "disfunzioni" possono considerarsi dei caratteri tipici della burocrazia, necessarie a garantirne la sopravvivenza.

Fig. 3 – Il circolo vizioso di Gouldner (fonte: March, Simon, 1958, trad. it. 1971, p. 63)



Il merito di Crozier, nell'elaborazione della sua critica, è nell'aver introdotto la nozione di razionalità strategica, nata in contrapposizione a quella burocratica.

Mentre per quest'ultima, lo scopo della burocrazia è quello di assolvere compiti secondo logiche di azione definite ex ante, la razionalità strategica presuppone che gli attori, nello scegliere gli scopi da perseguire, siano in grado di aggirare e contrastare il principio di autorità tipico di una burocrazia weberiana.

Premesso che Crozier dedica molta attenzione allo studio dei comportamenti di acquisizione e mantenimento del potere e all'analisi della strategia utilizzata dagli

individui e dai gruppi nelle loro contrattazioni; Crozier sostiene che quando ci si appresta a studiare le logiche di azione di una struttura burocratica, così come le sue funzioni, ogni singola azione è frutto di una strategia messa in atto dall'attore all'interno di un sistema dato.

In altri termini, il potere viene definito come possibilità di scelta e di strategia, nonché controllo dei margini di incertezza.

Anche nell'analisi di Crozier è possibile individuare un circolo vizioso: infatti lo studioso rileva come accanto ad elementi strutturali, presenti in tutte le burocrazie, siano presenti ulteriori elementi: lo sviluppo di norme impersonali; la centralizzazione delle decisioni; la stratificazione; lo sviluppo di poteri paralleli. Partendo sempre dall'esigenza di controllo (1), Crozier ritiene che la migliore risposta sia nel ricorso alle norme impersonali (2), strumento utile sia per attenuare le relazioni di dipendenza interpersonale, che per incrementare l'indipendenza e la sicurezza dei funzionari (3); questi due effetti dell'impersonalità delle norme tendono a generare una delle costanti di ogni burocrazia quali, l'isolamento degli strati (8) identificabile nel fenomeno della cosiddetta "stratificazione" che produce a sua volta una segmentazione della struttura tale da accentuare in modo significativo un ritualismo ed una trasposizione dei fini (9) in ogni categoria di attori organizzativi.

Le norme impersonali, se da un lato non riescono a governare le aree di incertezza che per effetto del controllo originano rapporti paralleli di potere (6), dall'altro sul piano formale provocano un accentramento delle decisioni (5) con la conseguenza di una maggiore rigidità organizzativa e di un distacco tra chi decide e la conoscenza della realtà su cui interviene la decisione.

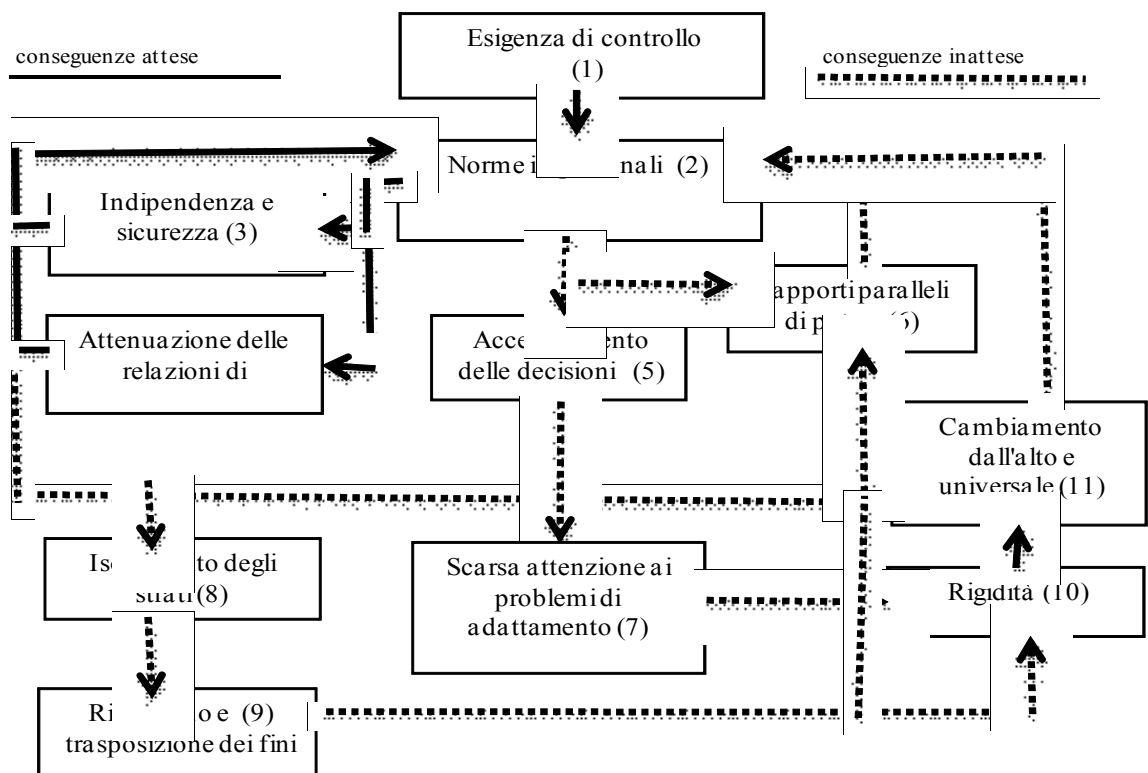
Quest'ultima criticità origina un gap tra reale applicabilità delle norme e la loro definizione ed interpretazione, generando una scarsa adattabilità dell'organizzazione (7) all'ambiente esterno.

La difficoltà di adattamento ed i comportamenti ritualistici, creando delle notevoli rigidità (10) nella struttura organizzativa, si tramutano in pressioni verso il vertice strategico per introdurre cambiamenti (11); tuttavia il vertice strategico non è capace di affrontare realmente il problema, a causa delle gerarchie informali che si sono costituite e continuano a svilupparsi attraverso i rapporti paralleli di potere.

L'unica scelta possibile diventa quella di fare ricorso ad un cambiamento imposto dall'alto e universale, ovvero cambiare attraverso le norme; quest'ultime vengono emanate in risposta alle problematiche di equilibrio interne alla struttura organizzativa, ma non riescono a promuovere un reale cambiamento, anzi producono conseguenze opposte irrigidendo ancora di più l'organizzazione burocratica. Per Crozier, il modello burocratico è incapace di mutamento e può cambiare solo attraverso delle crisi che lo investano totalmente, tali da giustificare profondi ed incisivi interventi riformatori.

Crozier, ha avuto il merito di indicare un nuovo modello per le amministrazioni pubbliche, di superamento del sistema burocratico tradizionale nell'ottica di renderle più flessibili e decentrate, per meglio fronteggiare la crescente complessità dei contesti operativi, sia interni che esterni.

Fig. 4 - Il circolo vizioso di Crozier (fonte: A. Hinna adattato da Isotta, 1996, p. III)



Una sintesi dell'insieme di formule e principi proposti nel periodo immediatamente successivo ai teorici dei "circoli viziosi" viene efficacemente fornita da Henry Mintzberg (1979), in quanto partendo dalle possibilità individuate

dalla scuola contingente (Delmestri, 1996) di una pluralità di forme organizzative efficienti ed efficaci, costituisce uno dei più alti interpreti dell'evoluzione dell'approccio contingente, con una logica di analisi delle organizzazioni di tipo "configurazionista"; tuttavia nell'analisi sull'evoluzione delle teorie sul design avremo modo di analizzare con maggiore dettaglio gli studi della scuola contingente e l'approccio configurazionista.

§. 1.4 - L'evoluzione delle teorie sul design dell'organizzazione.

Una vasta parte degli studi organizzativi ha affrontato il problema della progettazione delle organizzazioni. In questo ambito disciplinare la rilevanza degli studi sul design è tale al punto che alcuni autori considerano al di fuori del campo dell'organizzazione quegli approcci che non affrontano il problema sotto il profilo progettuale, ma in modo meramente descrittivo (Grandori, 2004). In tale direzione gli "studi sull'organizzazione" possono essere classificati in relazione al diverso contributo che essi possono fornire in termini di indicazioni operative al management per l'azione progettuale, ovvero per il design. Tutta la scuola classica dell'organizzazione (Taylor, Fayol, Urwick, Gulik), tutto il filone burocratico (Weber, 1922) e l'approccio funzionalista (Merton, 1940; Parsons, 1960; Gouldner, 1954; Blau e Scott, 1962) sono concentrati sull'individuazione di una "ricetta" di organizzazione applicabile ai sistemi sociali complessi prescindendo ampiamente dall'osservazione del contesto di riferimento. La progettazione organizzativa, secondo tali approcci, è un'attività nella quale si adotta il metodo scientifico per individuare regole rigorose valide in senso generale.

La rivoluzione portata dall'approccio "contingente" (Woodward, 1958; 1965; Burns e Stalker, 1961; Chandler, 1962; Lawrence e Lorsh, 1967) ha fornito una svolta paradigmatica, sostituendo l'approccio dell'"one best way" con la prospettiva del "'one best fit" e ridefinendo, in modo significativo, il campo degli studi organizzativi e divenendo il "paradigma dominante" per un lungo periodo. Entrambe le prospettive risultano accumulate dall'intenzione degli studiosi di fornire al management, o comunque ad un decisore dotato di una razionalità intenzionale ancorché limitata (Simon, 1947), una o più possibili chiavi di lettura del problema organizzativo in un'ottica progettuale, di design. L'approccio

contingente rivaluta il concetto di “situazione” attraverso la ricerca di una verifica statistica alle correlazioni tra variabili indipendenti (situazionali o contingenti) e variabili dipendenti (strutturali). Nello schema causale alla base del modello contingente, la configurazione delle variabili del sistema organizzativo dipende dal livello di coerenza tra queste e le variabili di contesto. Tale coerenza è misurata prendendo in considerazione gli effetti sistemici del comportamento organizzativo sulle performance dell'organizzazione (Delmestri, 1997). Gli elementi classici caratterizzanti l'approccio contingente sono : 1) il riferimento alla teoria dei sistemi; 2) l'affermazione che l'organizzazione può e deve adattarsi alle caratteristiche del contesto se vuole sopravvivere e performare (Isotta, 2003); 3) una coerenza ricercata tra una pluralità di variabili strutturali e una variabile contingente alla volta. Quello contingente diviene ben presto l'approccio dominante negli studi sul design arricchendosi di nuove proposte e soluzioni in grado di superare i limiti classici appena esposti. L'evoluzione dell'approccio contingente ha seguito due direttrici:

- la prima ha condotto agli approcci multivariati, che riconoscono il limite collegato alla focalizzazione su una sola variabile contingente nella ricerca della soluzione organizzativa adatta, proponendo modelli statistici multivariati che correlano più dimensioni contestuali con una molteplicità di variabili strutturali (Delmestri, 1997). Questo approccio inaugurato con la scuola di Aston (Pugh et. al., 1963,1968; 1969) continua a produrre modelli teorici e analisi empiriche ancora oggi (Burton, Lauridsen e Obel, 2002);
- la seconda direttrice ha condotto allo sviluppo degli approcci configurazionali che rappresentano una evoluzione specifica degli approcci multivariati, focalizzati essenzialmente sulla ricerca di configurazioni tipiche basate sulla verifica della coerenza interna tra molteplici variabili strutturali e tra queste e molteplici dimensioni di contesto (Mintzberg, 1983; Galbraith, 1973; Nadler e Thusman, 1984; Miller, 1987; Meyer et al, 1993).

Durante gli anni ottanta e novanta sono emersi approcci che si sono posti al di fuori del problema progettuale adottando una prospettiva descrittiva originando quella che è stata definita “la deriva idealistica degli studi organizzativi” (Grandori,

2004). Tali approcci hanno avuto certamente il pregio di evidenziare fenomeni che si manifestano nella realtà delle organizzazioni, i processi di istituzionalizzazione (Meyer e Rowan, 1977, Powell e Di Maggio, 1991), quelli di strutturazione organizzativa (Giddens, 1984.; Barley, 1986; 1991; Yates e Orlikowski, 1992) , quelli cognitivi (Weick, 1969), quelli ecologici (Hannan e Freeman, 1977) quelli evolutivi (Aldrich, 1979) e co-evolutivi (Brown e Eisenhart, 1977), che incidono fortemente sul ciclo di vita delle forme organizzative. Tuttavia, gli approcci su esposti, definiti “anti-manageriali”, non hanno contribuito sul piano operativo a risolvere i dubbi del management alle prese con problemi di design e re-design, in quanto anziché contribuire alla migliore comprensione e risoluzione di questioni organizzative di fondo, hanno aperto una miriade di fronti nuovi contribuendo alla “frammentazione” dei paradigmi teorici con evidenti effetti sulla capacità delle scienze organizzative di contribuire alle scelte manageriali (Donaldson, 1995).

L'emergere di diversificati corpi teorici (tra i quali rientrano anche gli approcci configurazionisti), hanno avuto il pregio di proporre un repertorio, seppur limitato, di forme organizzative, alternative strutturali, ciascuna adottabile sotto diverse condizioni di contesto (obiettivi, dimensione, incertezza ambientale ecc.). In particolare, sono stati rilevati i limiti che hanno evidenziato i citati repertori di forme organizzative (Grandori, 2004). I limiti sono: 1) di varietà, in quanto si prendono in considerazione solo combinazioni frequenti e manifeste di divisione del lavoro e non si considerano quelle rare o quelle possibili e non ancora manifeste; 2) di conservatorismo, in quanto la scienza dell'organizzazione tende a razionalizzare ciò che nella pratica si è già dimostrato efficace; 3) di creazione di valore, in quanto le deviazioni dagli ideal-tipi che spesso si manifestano, rappresentano soluzioni in grado di generare valore; 4) di applicabilità, infatti le varie forme in genere proposte (divisionali, funzionali, clan, ecc.) sono tipicamente ideali e non garantiscono immediata applicabilità nel disegno architeturale. A causa di questi ed altri limiti , come osservato da più parti (Keidel 1994; Manzolini, Solari e Soda, 1994; Donaldson, 1995; Nacamulli, 1997; Grandori, 2004), il modello contingente ha mostrato notevoli elementi di crisi e si è quindi sostenuta la necessità di un profondo ripensamento delle attività di disegno organizzativo.

Nell'ottica di ridare centralità alla prospettiva progettuale rispetto a quella descrittiva, Grandori (2004) parla di una nuova teoria delle complementarità organizzative basata sulla "combinabilità dei meccanismi" che tende a ribaltare l'approccio tradizionale basato sul rispetto di una duplice coerenza : coerenza interna tra i meccanismi adottati e coerenza tra meccanismi e gli elementi situazionali o di contesto (dimensione, tecnologia, strategia, ecc.). Le organizzazioni secondo la teoria della complementarità, sono costituite da medesimi elementi che originano forme diverse in relazione alle diverse possibilità di combinarli.

Seguendo questa impostazione teorica, in primo luogo si sovverte la tendenza a limitare il numero delle alternative strutturali possibili, pertanto le forme organizzative tra le quali operare una scelta aumenta. Secondo tale approccio l'organizzazione sarebbe costituita da diverse modalità combinatorie, di un numero molto elevato di elementi di base e comuni (come accade nei processi chimici). In secondo luogo, l'approccio della complementarità pone l'attenzione su una diversa logica di combinazione degli stessi elementi di base rispetto alla logica adottata dall'approccio contingente.

Mentre nell'approccio contingente "tradizionale" la logica di combinazione (riferita alle variabili situazionali e a quelle progettuali piuttosto che agli "elementi di base") è quella della "doppia coerenza", come sopra descritta, in questo caso la logica è quella della combinabilità dei meccanismi in modo che, nel passato, sarebbero stati incoerenti.

Bisogna comunque evidenziare che la nuova teoria della complementarità, ancora una volta sembrerebbe ricalcare una delle caratteristiche fondanti del paradigma contingente, cioè che le organizzazioni possano essere plasmate nelle mani del management assegnando quindi il predominio ad uno specifico attore che si comporta secondo i canoni della razionalità limitata. Infatti la centralità del ruolo manageriale e la prospettiva dell'andamento razionale, sono forse gli elementi in grado di caratterizzare l'approccio contingente a tutte le altre possibili tradizioni teoriche, in cui emerge con chiarezza una prevalenza delle regole manageriali che, a loro volta, hanno la loro fonte nella razionalità economica. L'evoluzione recente degli studi organizzativi sostiene sempre più l'ipotesi che

per affrontare la questione progettuale sia indispensabile andare alla ricerca di altre regole, oltre a quelle razionali, che possono incidere sulla strutturazione definitiva.

L'errore, sarebbe quello di focalizzare l'attenzione su un solo gruppo di "regole del gioco" quando, invece, il gioco sembrerebbe molto più complesso (Butler, 1991). Tale complessità è legata al fatto che a fianco delle regole del gioco poste dal management, principale detentore di quelle razionali di progettazione, ci potrebbero essere altre regole, sostenute da "altri attori significativi", che radicano l'esigenza di imporne delle diverse, in quanto animati da valori e passioni, o da interessi profondamente diversi da quelli dell'attore razionale (Hirshman, 1977).

§. 1.4.1 - L'approccio configurazionista

L'approccio configurazionista studia una visione olistica e sistemica delle organizzazioni in cui sono i profili piuttosto che le singole variabili indipendenti a dover essere poste in relazione ad un risultato, il più delle volte considerato in termini di performance di imprese (Delery, Doty, 1996).

La teoria configurazionista segna una chiara linea di svolta rispetto al predominante paradigma lineare. Piuttosto che considerare causalità singolari e relazioni lineari, l'approccio configurazionista considera causalità complesse e relazioni non lineari in cui "le variabili che si individuano essere causalmente correlate con una configurazione, possono essere non correlate o anche inversamente correlate con un'altra" (Meyer, Tsui, Hinings, 1993). Inoltre tale approccio enfatizza il concetto di "equifinalità" in cui "cioè un sistema può raggiungere il medesimo stato finale da differenti condizioni iniziali e attraverso una varietà di diversi percorsi" (Viotz, Khan, 1978). Dunque, se da un lato l'unifinalità ipotizza che esiste una configurazione ottimale (one best way), l'equifinalità presuppone invece che a parità di contingenze che si trovano ad affrontare, esistono più configurazioni organizzative, che possono essere ugualmente efficaci e raggiungere alti livelli di performance (Galunic, Eisenhardt, 1994).

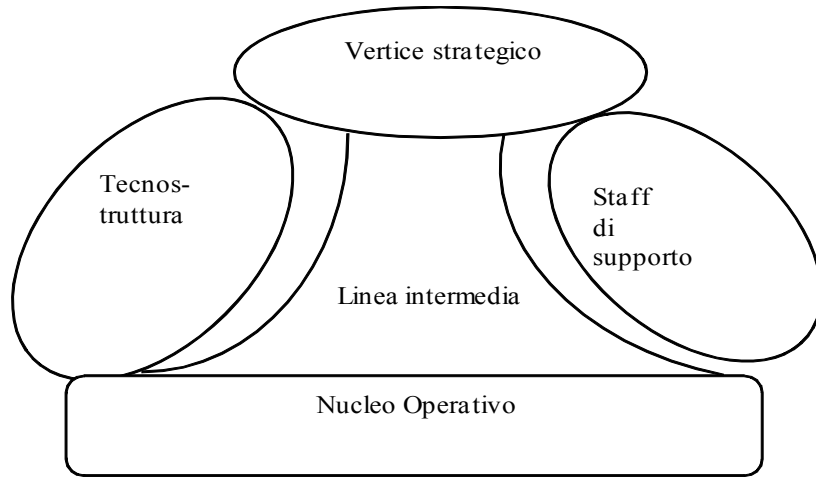
Nella teoria organizzativa si sono evidenziati almeno due importanti approcci configurazionisti: quello di Mintzberg (1979,1983) che identifica cinque ideali tipi di organizzazione: struttura semplice, burocrazia meccanica, burocrazia professionale, forma divisionale ed adocrazia.

Una sintesi dell'insieme di formule e principi proposti nel periodo immediatamente successivo ai teorici dei "circoli viziosi" viene efficacemente fornita da Henry Mintzberg (1979), in quanto partendo dai lavori che lo avevano preceduto (Bonazzi, 2002, vol II, p. 133), cioè dalla possibilità individuata dalla scuola contingente di una pluralità di forme organizzative efficienti ed efficaci, l'impossibilità di abbandonare completamente la burocrazia tradizionale, la necessità di individuare un ordine generale regolatore dei processi di progettazione organizzativa, Mintzberg si fa interprete di un filone teorico secondo la quale la scelta di una forma organizzativa piuttosto che un'altra debba necessariamente rispondere contemporaneamente sia ad un criterio di "coerenza interna" delle parti che lo compongono, sia ad un criterio di "coerenza esterna" con la "situazione che l'organizzazione vive.

Mintzberg nell'individuare i cinque "tasselli di base" della progettazione organizzativa: a) le parti dell'organizzazione; b) i meccanismi di coordinamento; c) il grado di accentramento/decentramento, l'autore ne fa discendere le cinque forme ideal-tipo prima citate, che però risultano accomunate da cinque parti fondamentali (figura 5): nucleo operativo, costituito dalle persone chiamate a realizzare i prodotti o i servizi dell'organizzazione; vertice strategico, costituito dall'insieme delle persone che, dotate di ampio potere decisionale, hanno la responsabilità dei risultati globali dell'organizzazione; la linea intermedia, costituita da persone (manager) che collocate nella linea di autorità formale, hanno il compito di trasformare gli obiettivi generali e strategici in sotto-obiettivi, e pertanto in specifici ordini da delegare ai terzi impegnati nell'attività diretta (nucleo operativo); la tecnostruttura, costituita da persone chiamati a compiti di standardizzazione dei processi, degli output o delle competenze, ai fini del coordinamento e che non sono inseriti nella linea di autorità formale che collega il vertice strategico al nucleo operativo; lo staff di supporto, costituito da persone fortemente specializzate, anche esse al di fuori della linea di autorità formale, le

quali svolgono attività autonome di servizio all'organizzazione, altrimenti acquisibili sul mercato.

Fig. 5 - Le cinque parti fondamentali dell'Organizzazione



Fonte: H. Mintzberg, (La progettazione dell'Organizzazione Aziendale, 1985)

Come è possibile evidenziare nella tab. 2), Mintzberg giunge, come anticipato,

Tab. 2 - Le cinque configurazioni organizzative

Fonte: Decastri (2005, p. 363)

Configurazioni organizzative	Meccanismo principale di coordinamento	Parte fondamentale dell'organizzazione	Tipodi decentramento
Struttura semplice	Supervisione diretta	Vertice strategico	Accentramento verticale ed orizzontale
Burocrazia meccanica	Standardizzazione dei processi di lavoro	Tecnostruttura	Decentramento orizzontale limitato
Burocrazia professionale	Standardizzazione delle capacità	Nucleo operativo	Decentramento verticale ed orizzontale
Soluzione divisionale	Standardizzazione degli output	Linea intermedia	Decentramento verticale limitato
Adhocrasia	Adattamento reciproco	Staff di supporto	Decentramento selettivo ¹

¹ Per decentramento selettivo si intende la circostanza in cui il potere relative a tipi diversi di decisione si colloca in punti diversi dell'organizzazione.

all'identificazione di cinque configurazioni, ognuna con specifiche caratteristiche, risultanti da diverse combinazioni di parti dell'organizzazione, meccanismi di coordinamento e metodo/grado di decentramento.

Mintzberg identifica il modello burocratico classico con la configurazione denominata "burocrazia meccanica", caratterizzata da compiti operativi molto specializzati e di routine, procedure assai formalizzate per lo svolgimento delle attività del nucleo operativo, regole, norme e comunicazioni formalizzate in tutta l'organizzazione, unità organizzative di grandi dimensioni a livello operativo, accentramento del potere decisionale, netta distinzione tra line e staff. Rispetto ad una configurazione organizzativa di questo tipo, Mintzberg propone una visione critica, evidenziandone con chiarezza l'insita ossessione al controllo che pervade tutta la struttura, con inevitabili conseguenze negative sulla dimensione umana dell'organizzazione, i problemi di adattamento delle strategie e del vertice strategico ai cambiamenti ambientali; contestualmente, però, né afferma, la qualità e l'assoluta necessità di fronte al fabbisogno crescente di beni e servizi standard.

Mintzberg è profondamente convinto che mediante un processo di "standardizzazione delle capacità" possa realizzarsi un efficace connubio tra esigenze di standardizzazione e di decentramento, capace di soddisfare sia esigenze organizzative di risposta ai problemi complessi, sia esigenze individuali di potere ed autonomia, originando le condizioni per una maggiore motivazione dei singoli nello svolgimento delle loro attività siano esse di natura manageriale che operativa. Ecco che, quindi, Mintzberg propone una configurazione burocratica non più "meccanica" ma "professionale" fondata per il suo funzionamento sulle capacità e conoscenze dei professionisti del nucleo operativo. In questi termini, la letteratura più recente ha intravisto nella proposta di Mintzberg una strada possibile, se non l'unica, per muovere l'organizzazione delle aziende e delle amministrazioni pubbliche da un codice genetico burocratico ad un modello culturale che apre a comportamenti ed abitudini originali, quale presupposto necessario per una cultura organizzativa più consona al contesto politico, sociale ed economico nel quale l'azienda pubblica è chiamata oggi ad operare (Decastri, 2005)

La burocrazia professionale presentata da Mintzberg si presenta come una configurazione organizzativa in cui il nucleo operativo rappresenta la parte fondamentale dell'organizzazione, in quanto costituita da professionisti al quale l'organizzazione delega gran parte del controllo sul proprio lavoro, originando pertanto un elevato livello di decentramento sia verticale che orizzontale, lasciando larga parte del potere operativo ai professionisti del nucleo operativo; è chiaro che la standardizzazione delle competenze, nel rappresentare il principale meccanismo di coordinamento del lavoro, tale processo si origina all'esterno dell'organizzazione e non all'interno come per la standardizzazione dei processi di lavoro. La tecnostruttura è presente con compiti riconducibili, essenzialmente, a gestire le eccezioni ed a creare le condizioni di lavoro ottimali per l'attività dei professionisti; al contrario lo staff di supporto risulta particolarmente sviluppato in quanto chiamato a garantire la continua disponibilità di risorse necessarie allo svolgimento delle funzioni aziendali.

E' questa una configurazione organizzativa che ben si adatta ad ambienti complessi ma, relativamente stabili, altrimenti non governabili mediante la standardizzazione delle competenze, dimensione quest'ultima che conferisce a tale configurazione un elevato grado di rigidità. A differenza di quanto accade nella burocrazia meccanica, (burocrazia classica), è questa una burocrazia che rifiuta innovazioni di natura radicale, ma permette cambiamenti di natura incrementale con modalità di realizzazione strettamente legati alle capacità espresse dai professionisti nell'acquisire, sviluppare e codificare il proprio set di competenze. Quest'ultimo aspetto è particolarmente interessante in rapporto ai diversificati processi di riforma che hanno caratterizzato le amministrazioni pubbliche ed in particolare le organizzazioni sanitarie pubbliche negli ultimi anni, soprattutto quando avremo modo di analizzare nel dettaglio l'evoluzione normativa che si è verificata nell'ambito della sanità penitenziaria italiana.

Il filone teorico proposto da Miles e Snow (1978)², identifica invece quattro ideali tipi di organizzazioni : prospector (esplorativa), analyzer (analitica), defender (difensiva) e reactor (reattiva). Tali studi, sono stati approfonditi poi in termini empirici (Zahra, Pearce, 1990; Snow, Hrebiniak, 1980; Smith, Guthrie, Chen, 1989; Hambrick,

² In Organization and Strategy, structures processes.

1983), anche se ancora sussistono quesiti irrisolti ed aree di studio inesplorate. In questa prima fase del presente lavoro riprendiamo l'approccio alle configurazioni proposto da Miles e Snow in analogia con altri studi (Gimenez, 2000; Compagno, Pittino, Visentin, 2008). Miles e Snow sulla base di uno studio intersettoriale su un campione di grandi imprese, hanno sviluppato un modello secondo cui esistono tre tipologie o configurazioni di imprese che raggiungono livelli di performance superiore. Gli autori sostengono che per raggiungere un livello superiore ci debba essere una chiara e diretta corrispondenza o coerenza tra missione e valori dell'organizzazione, le strategie di base e le strategie funzionali, considerate in termini di caratteristiche e comportamenti. Miles e Snow affermano che le diverse strategie aziendali derivano dal modo in cui le imprese decidono di affrontare tre problemi fondamentali: imprenditoriale, di ingegneria (o operativo) ed infine amministrativo. Anche se le imprese di solito scelgono soluzioni diverse rispetto a questi tre distinti problemi, Miles e Snow suggeriscono che molte imprese tendono a sviluppare soluzioni tra loro analoghe. Infatti propongono che le imprese in generale sviluppino sentieri stabili, di comportamento strategico, per raggiungere un buon "allineamento" e coerenza rispetto alle condizioni ambientali percepite. Le tipologie da loro individuate considerano quattro tipi strategici: a) defender; b) prospector; c) analyzer; d) reactor:

a) Le organizzazioni "Defender"

Le defender "sono organizzazioni che hanno limitati domini prodotto-mercato. Il management di in queste organizzazioni è molto esperto nell'ambito limitato e specifico di funzionamento di queste organizzazioni e non ricerca al di fuori dei loro specifici domini nuove opportunità". (Miles e Snow, 1978). Il problema imprenditoriale di queste organizzazioni riguarda il mantenimento della quota di mercato; in generale esse funzionano meglio in ambienti stabili. Una soluzione strategica comunemente adottata da questo tipo di imprese è quella della leadership di costo. E' così che queste organizzazioni raggiungono il successo derivante dalla specializzazione in particolari settori, utilizzando soluzioni operative che optano per tecniche e processi standardizzati utili al fine di mantenere bassi i costi. Il problema amministrativo, per questo tipo di imprese, consiste nel dover garantire efficienza, di conseguenza si richiede la

centralizzazione, la presenza di procedure formali. Inoltre i defender sono organizzazioni che tendono ad essere integrate verticalmente al fine di conseguire l'efficienza dei costi;

b) Le organizzazioni "Prospector"

Si tratta di organizzazioni che incentrano il *core* della propria attività nell'innovare, assumere rischi, ricercare nuove opportunità e crescere; l'ambiente ottimale dove esse sono chiamate ad operare, deve essere caratterizzato da elevata dinamicità e fortemente in crescita, nei quali la creatività è più importante dell'efficienza;

c) Le organizzazioni "Analyzer"

Trattasi di organizzazioni che cercano di mantenere un livello delle attività stabile, innovando al contempo alla periferia. Adottano una strategia a metà strada tra quella di esplorazione e difensiva. Alcuni prodotti verranno indirizzati verso ambienti stabili nei quali è utilizzata una strategia di efficienza finalizzata a mantenere i clienti attuali. Altri verranno indirizzati verso ambienti nuovi e più dinamici, dove la crescita è possibile. L'azienda che persegue una strategia analitica mira a bilanciare la produzione efficiente per le attuali linee di prodotto con lo sviluppo creativo di nuove linee di prodotto;

d) Le organizzazioni "Reactive"

In tal caso l'organizzazione non ha una missione o un obiettivo esplicito in quanto il top management non possiede piani a lungo termine ben definiti; di conseguenza l'organizzazione intraprende qualsiasi azione che sembri rispondere alle necessità immediate. Chi utilizza un approccio di tipo reattivo risponde alle minacce ambientali e alle opportunità caso per caso.

La tipologia di Miles e Snow è stata ampiamente utilizzata dai ricercatori che hanno verificato la sua validità in molteplici organizzazioni : ospedali, università, istituzioni bancarie, produttori di beni industriali e società di assicurazioni ed, in generale, hanno riscontrato l'efficacia di questa tipologia strategica in situazioni reali per i manager delle organizzazioni³.

³ On the Staying Power of Defenders, Analyzers and Prospectors: Academic Commentary by Donald C. Hambrick," Academy of Management Executive 17, n.4 (2003), 115 - 118

Risulta evidente che secondo gli studi di Miles e Snow, la strategia è un fattore importante che influisce sulla progettazione organizzativa; negli studi organizzativi è stato accertato una forte interdipendenza tra approccio di progettazione alla struttura organizzativa e strategia adottata dal management. Infatti, qualora i manager adottino una strategia improntata all'efficienza (leadership di costo ecc.), la struttura organizzativa è caratterizzata da un'autorità forte e centralizzata orientata ad uno stretto controllo, con procedure operative standardizzate ed un'enfasi su sistemi di approvvigionamento e distribuzione efficienti. In tale tipologia di struttura, i dipendenti svolgono generalmente compiti routinari sotto un'attenta supervisione e controllo e non sono responsabilizzati per assumere decisioni o prendere iniziative autonomamente. Al contrario, una strategia di differenziazione, richiede che i dipendenti sperimentino e apprendano costantemente, essi lavorano direttamente con i clienti e sono ricompensati per la creatività e l'assunzione di rischi. Pertanto, l'organizzazione valorizza la ricerca, la creatività e l'innovazione più dell'efficienza e delle procedure standard, assumendo le caratteristiche di una struttura flessibile e fluida, con un forte coordinamento orizzontale ed un approccio, quindi, rivolto all'apprendimento.

Se la strategia è un fattore importante che influisce sulla progettazione organizzativa, in definitiva la struttura organizzativa è il risultato di numerose contingenze : l'ambiente, la dimensione, il ciclo di vita, la tecnologia e la cultura organizzativa. L'organizzazione è, quindi, progettata per adattarsi ai fattori contingenti.

La comprensione degli obiettivi e delle strategie organizzative, così come del concetto dell'adattamento della struttura a diverse contingenze, costituisce un primo passo verso la comprensione dell'efficacia organizzativa, intendendosi la misura in cui l'organizzazione realizza i propri obiettivi. L'efficacia, in generale, è difficile da misurare nelle organizzazioni; esse sono entità vaste, varie e frammentate, svolgono molte attività simultaneamente, perseguono molteplici obiettivi e generano molti risultati alcuni in modo intenzionale altri meno⁴.

⁴ Daft Richard L., *Organizzazione Aziendale*, ed. 2007 in cap. II – *Strategia, Progettazione Organizzativa ed Efficacia*.

§. 1.4.2 - *L'approccio complementare*

Il concetto di complementarità indica una situazione in cui <<due o più elementi sono complementari, se applicare uno di essi aumenta il beneficio derivante dall'applicazione degli altri>> (Milgrom, Roberts, 1995). La nozione di complementarità, rappresenta quindi un effetto di interazione positiva tra elementi, indicando il maggior beneficio derivabile da un elemento in presenza di un altro. Il concetto è stato largamente utilizzato in economia per l'analisi dei beni complementari, ma la sua applicazione alla progettazione organizzativa è nuova, attraverso la concezione degli "elementi" non come beni ma come "pratiche organizzative".

La complementarità è una variabile che è stata messa particolarmente in luce per comprendere la grande espansione del fenomeno delle alleanze tra le imprese con competenze diverse orientate alla ricerca ed all'innovazione e pertanto come il lancio di nuovi prodotti sia basato su tali risorse complementari (Richardson, 1972). E' sostanzialmente ormai noto come la complementarità delle competenze delle diverse funzioni aziendali (ricerca e sviluppo, produzione, vendita ecc.) sia fondamentale per i processi di innovazione di prodotto soprattutto se realizzata in strutture di lavoro di gruppo (Lawrence e Lorsch, 1967). Qualsiasi sia il livello di analisi prescelto, la ricerca di complementarità tra le risorse, potrebbe essere sistematizzata e operazionalizzata attraverso strumenti di analisi delle relazioni tra risorse come matrici risorse/risorse o risorse attività (Grandori e Soda, 1998).

La matrice, come rappresentata nella fig. 6, contribuisce all'individuazione di un *frame* di analisi che consente di rispondere alle seguenti domande: quali sono le principali risorse e competenze presenti in un sistema di azione?; quali sono le attività che utilizzano ciascun tipo di risorse?; quali combinazioni e complementarità tra risorse sono, attualmente, sfruttate?; quali nuove attività potrebbero utilizzare più compiutamente le risorse esistenti singolarmente prese o in combinazione?; quali nuove risorse se sviluppate o acquisite, applicate congiuntamente a quelle esistenti, potrebbero generare output di valore diversi da quelli già esistenti o produrli a minor costo?⁵.

⁵ A. Grandori, in *Organizzazione e Comportamento Economico*, Cap. IX, pag. 312- 319, un modello generale di analisi e configurazione dell'organizzazione, ed. Il Mulino, 1995

Fig. 6- Analisi delle relazioni tra risorse per la generazione di attività

	R ₁	R ₂	R _k	→ R _n
R ₁	A ₁ A ₂ A ₃	?	A ₃₁ A ₄	A ₈
R ₂		A ₂	A ₂ , A ₅ A ₈	
⋮			
R _k				?	
↓ R _n	A _n				

La matrice offre un quadro sintetico anche delle seguenti variabili: economie di specializzazione, scala e raggio di azione⁶ (leggibili nelle celle disposte sulla diagonale), in cui sono elencate le attività che possono essere svolte con l'uso di ogni risorsa o aggregando quelle della stessa specie; le celle situate fuori dalla diagonale ospitano le attività che possono essere generate con l'uso combinato di risorse diverse. L'economia dell'organizzazione ha sottolineato l'impatto della specificità e dell'insostituibilità delle risorse sulle soluzioni organizzative efficienti. Tra le fonti difendibili di insostituibilità, vi sono il possesso concentrato in alcuni attori di risorse naturali ambite e rare, il rapporto tra dimensioni della domanda e dimensione minima efficiente delle imprese, l'innovazione e la differenziazione del proprio output da quello di potenziali concorrenti, la specificità ad un uso o ad un utilizzatore delle risorse investite in una relazione.

⁶ Le economie di specializzazione furono egregiamente illustrate da A. Smith, in cui la specializzazione degli operatori su attività sempre più focalizzate, al punto di non essere più tecnicamente divisibili, aumenta la produttività; pertanto il grande motore delle economie di specializzazione è l'apprendimento. E' definita economia di scala, invece, la diminuzione dei costi unitari di produzione di beni e servizi al crescere della scala in cui sono impiegati i fattori di produzione. Le economie di "scope" o "raggio d'azione" sono quelle che si traducono in una riduzione dei costi unitari di produzione allorchè più tipi di beni e servizi siano prodotti congiuntamente utilizzando le stesse risorse, impianti, Know-How, risorse umane qualificate.

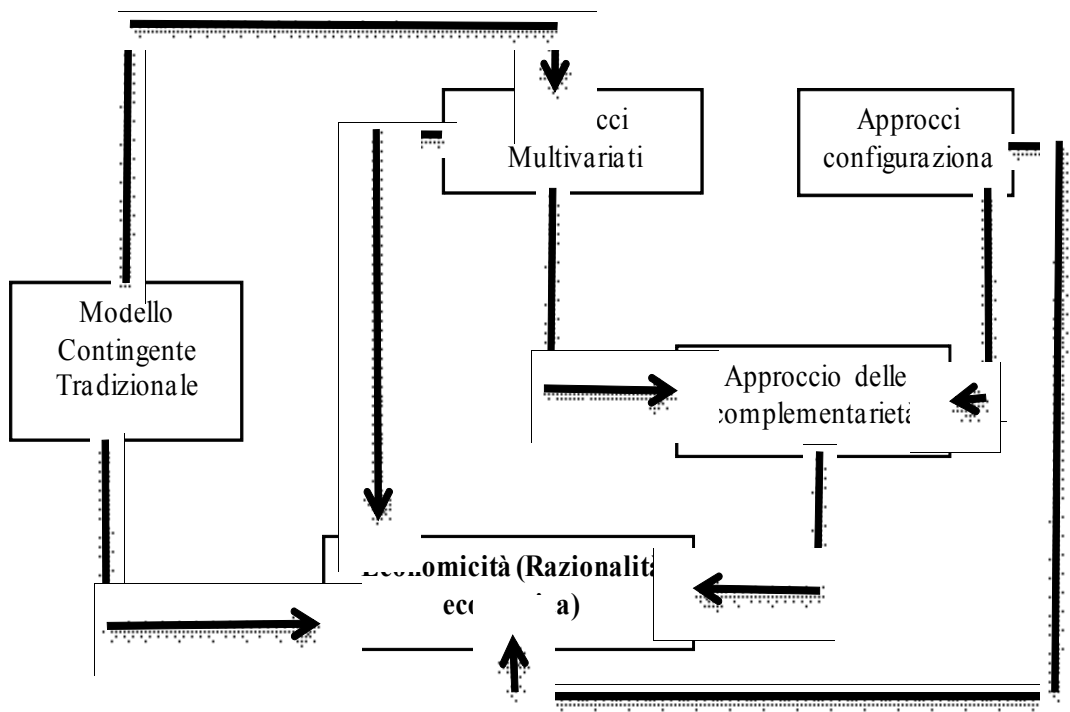
Quest'ultima è particolarmente importante e, sovente si verifica nel settore pubblico; si pensi di essere abbandonati da un medico che per anni ha assolto all'incarico di coordinatore di un'unità di sanità penitenziaria e che ha un Know-How maturato sulla storia ed i processi di quell'ufficio, anche in termini di conoscenze reciproche che si possono sviluppare con tutti gli attori in gioco (comandante e direttore dell'Istituto Penitenziario, magistratura di sorveglianza, staff sanitario dell'azienda sanitaria territorialmente competente ecc.) che effettuino scambi o cooperino ripetutamente: conoscenze dei linguaggi, dell'affidabilità, delle procedure amministrative, dei tempi di azione. Gli esempi riportati hanno in comune ed illustrano un elemento: le relazioni tra due o più attori e tra le attività delle parti è fondamentale e che le risorse sviluppate nel rapporto sono specifiche, particolari a quel rapporto. Pertanto, se certe risorse, o certe attività, sono legate da specificità, il loro "incontro" in relazioni di scambio o di cooperazione genera maggior valore rispetto ad altre combinazioni. Tutte le forme, su citate, di insostituibilità delle risorse danno vita a vari tipi di "rendite" (Ricardo, 1817; Barney 1991), cioè ritorni economici superiori a quelli necessari per attrarre la risorsa in un dato impiego o attività; peraltro quando le rendite sono create da relazioni specifiche, esiste il problema di come dividerle tra le parti che concorrono alla loro formazione. Il problema è risolvibile tramite negoziazione in cui il valore che ogni parte deriverebbe dal miglior impiego alternativo delle proprie risorse fornisce prezzi di riserva che delimitano la zona di accordo; la parte divisibile del surplus è di solito definita "quasi rendita" considerato che la rendita viene diminuita del costo di ricerca e trasferimento delle risorse ai potenziali impieghi alternativi (Milgrom e Roberts, 1992).

Il modello teorico a cui ci riferiamo ai fini di questo lavoro di ricerca coniuga l'approccio configurazionista con quello della complementarità, essendo consapevoli che per il primo, la stessa idea di interazione positiva e sistemica tra gli elementi della configurazione viene tradotta nel concetto di "*fit sistemico*" (Furnari S., Grandori A., 2008). Nella prospettiva della complementarità, quindi, l'organizzazione è definita come un'insieme di "pratiche organizzative" (ad esempio, team work, outsourcing, integrazione verticale ecc.), per le quali si

procede ad un'analisi dei costi e dei benefici legati ad una loro applicazione congiunta.

Tuttavia, si sottolinea, come la proposta avanzata dalla nuova teoria della complementarità ricalchi uno dei paradigmi fondanti di quello contingente; infatti entrambi si basano sulla convenzione che le organizzazioni possano essere plasmate nelle mani del management assegnando quindi un predominio ad uno specifico attore che si comporta secondo i canoni della razionalità limitata (vedi fig. 7).

Figura 7 – Le evoluzioni dell'approccio contingente (Fonte: Cicchetti A., La Progettazione Organizzativa, 2004)



§. 1.5 – Dalle forme alle formule organizzative : una “chimica dell’organizzazione”

La chimica dell’organizzazione sviluppa i recenti contributi di progettazione offerti dall’approccio configurazionista (Meyer, Tsui, Hinings, 1993) e dalla prospettiva della complementarità (Milgrom, Roberts, 1995; Roberts, 2004). Entrambi gli approcci si fondano su una visione sistemica dell’organizzazione che può essere analizzata come un sistema di pratiche ed elementi organizzativi, strettamente interconnessi tra di loro, al contrario di

quanto proposto dalla teoria contingente, in cui l'analisi può essere effettuata anche singolarmente per ciascun elemento. Come abbiamo visto dagli studi di Miles e Snow, nell'approccio configurazionista, gli elementi di un'organizzazione sono fortemente interconnessi all'implementazione di politiche strategiche, ma anche all'analisi di variabili di tipo ambientale (ad esempio complessità o incertezza del settore), e strutturali (grado di formalizzazione, integrazione ecc.). La chimica dell'organizzazione sostiene che le forme organizzative possono essere descritte come <<combinazioni diverse degli stessi elementi di base>> (Grandori, 2004), in quanto tale, il filone teorico pur condividendo la visione sistemica dell'organizzazione e l'enfasi sugli effetti di interazione, essa propone una procedura diversa per l'identificazione delle complementarità (ed eventuali sostituibilità) tra pratiche organizzative. Infatti gli approcci prima esaminati non sono giunti alla formulazione di una teoria delle combinazioni organizzative, in grado di predire ex ante quali pratiche organizzative possono essere combinate in generale per generare efficacia: la "forma organizzativa efficace" è il risultato di pratiche co-applicate empiricamente con successo originando una soluzione di progettazione nell'ottica di colmare al massimo, un gap tra la struttura della propria organizzazione all'archetipo identificato.

Il punto di partenza dell'approccio "chimico" che lo differenzia rispetto agli approcci prima esaminati (configurazionista e della complementarità) è l'identificazione di "elementi organizzativi di base", che nelle loro molteplici combinazioni possano descrivere le organizzazioni come "composti" con un elevato indice di generalizzabilità. In quest'ottica un primo contributo della chimica dell'organizzazione è fornire un fondamento micro-analitico alla progettazione organizzativa. Tale approccio permette al progettista di spostare l'asse della ricerca dall'identificazione di una forma organizzativa o di un modello ideale ad individuare quali siano gli elementi di base ed in quale combinazione e dosi siano presenti in un'organizzazione, in altre parole come accade per la chimica, ci si pone l'interrogativo di quale sia la formula dell'organizzazione oggetto di indagine. Il passo successivo all'identificazione degli elementi organizzativi presenti nella formula, si procede all'individuazione delle combinazioni giuste; a tal punto è lecito chiedersi: quali combinazioni o formule

organizzative sono efficaci?, si possono definire delle leggi di combinazione che guidino il progettista?. Nel presente lavoro cercheremo di illustrare come la chimica dell'organizzazione risponda a tali domande.

§. 1.5.1 - Gli elementi organizzativi di base

L'approccio chimico all'organizzazione cerca di individuare di quale materia è fatta l'organizzazione, se esistano degli elementi costitutivi per ogni organizzazione che consentano di procedere ad una comparazione delle diverse strutture organizzative mediante l'identificazione dei cosiddetti "elementi di base". L'essenza di questa procedura è la classificazione di pratiche organizzative in "classi" o "tipi" di elementi che hanno proprietà di coordinamento tra loro diverse., ciò implica che secondo la chimica dell'organizzazione, elementi appartenenti a classi diverse sono qualitativamente differenti tra loro , rappresentano sostanze diverse, mentre elementi appartenenti alla stessa classe o tipo sono qualitativamente simili tra loro, con proprietà di coordinamento simili nel regolare il funzionamento dell'organizzazione; come accade nella chimica organica in cui le classi (metalli, non metalli, gas, ecc.) raggruppano elementi caratterizzati da simili proprietà e strutture molecolari, ciò può essere realizzato nella "chimica organizzativa". Il valore aggiunto dell'approccio chimico all'organizzazione è il superamento degli approcci configurazionisti e della prospettiva della complementarità nella mancata definizione, ex ante, delle proprietà delle pratiche organizzative; l'approccio "chimico" infatti, consente di classificare le pratiche organizzative empiricamente osservabili - potenzialmente infinite – in diverse "classi" o "tipi" di elementi organizzativi sulla base delle loro diverse proprietà di coordinamento; seguendo tale logica è possibile identificare una tavola di elementi organizzativi di base che consenta di allocare le pratiche organizzative, osservabili empiricamente, in "tipi" di elementi organizzativi definiti da proprietà di coordinamento qualitativamente distintive. Un recente studio empirico⁷ ha integrato la tradizionale tripartizione di elementi organizzativi, "mercaticistico", "burocratico" e "comunitario" ereditati dagli studi di economia organizzativa (Williamson, 1975; Ouchi, 1980; Zenger, Hesterly, 1997) con un

⁷ Grandori A, Furnari S, 2005, 2008, Progettare l'instabilità organizzativa: dalle forme alle formule organizzative, Executive Summary progetto CRORA Metatrend, in A. Grandori (a cura di), Progettazione organizzativa, EGEA, Milano.

ulteriore elemento “democratico”, sulla base dei contributi classici e recenti sulle pratiche di democrazia organizzativa (Lammers, Szèll, 1989; Greenberg, 1990; Harrison, Freeman, 2004). La tab. b) riporta i quattro tipi di elementi organizzativi definiti con le relative teorie organizzative utilizzate, nonché la lista delle pratiche organizzative individuate per la rilevazione empirica degli elementi organizzativi.

Tab. b – Tavola di elementi organizzativi di base

Tipi di elementi organizzativi	Pratiche organizzative	Studi sui tipi di elementi organizzativi
ELEMENTI DI MERCATO	<i>Pay for performance individuale e di gruppo Pay for performance sui risultati aziendali Outsourcing Mobilità interna</i>	<i>Von Hayek (1945) Hirshman (1970) Williamson (1975, 1991) Zenger, Hesterly (1997)</i>
ELEMENTI BUROCRATICI	<i>Sistemi di valutazione e controllo del personale Organizzazione per processi Regole e procedure formali Numero di livelli gerarchici</i>	<i>Gouldner (1954) Blau, Scott (1962) Pugh, Hickson, Hinings Turner (1969)</i>
ELEMENTI COMUNITARI	<i>Knowledge management Organizzazione per progetti Lavoro di gruppo Policy di community building</i>	<i>Hofstede (1980) Ouchi (1980) Kogut, Zander (1996)</i>
ELEMENTI DEMOCRATICI	<i>Pratiche di job design Diffusione dei diritti decisionali Diffusione dei diritti di rappresentanza Diffusione dei diritti di proprietà</i>	<i>Gouldner (1954) Lammers, Szèll (1989) Blair (1995) Harrison, Freeman (2004)</i>

Fonte: Grandori, Furnari (2005, 2008)

La molteplicità e la duttilità applicativa dell'approccio chimico all'organizzazione ci consente di non limitare la nostra indagine alla sola parte diagnostica ed

analitica, ma di avere a disposizione uno strumento che ci consente di poter identificare i “composti” organizzativi più efficaci al fine di discriminare le formule organizzative “buone” da quelle “cattive” e per generarne di nuove più efficaci. Tale obiettivo può essere raggiunto mediante la definizione di alcune leggi di combinazione sviluppate da Grandori e Furnari (2008, 2009) utilizzando la suddivisione degli elementi nelle quattro classi di mercato, burocrazia, comunità e democrazia.

§. 1.5.2 - Leggi di combinazione universali

La prima legge di combinazione ipotizzata è la legge delle varietà del nucleo organizzativo: le organizzazioni quali strutture create artificialmente dall'uomo necessitano di una varietà minima di elementi per la loro sopravvivenza: incentivi monetari (mercato), regole formali (burocrazia), senso di appartenenza (comunità) e diritti di partecipazione (democrazia) dei membri dell'organizzazione sono necessari affinché il sistema organizzativo generi efficacia, purchè ognuno di tali elementi sia presente con una dose di base superiore a zero. Si assume che nell'ambito delle dosi di base, i quattro tipi di elementi siano strettamente complementari, ciò significa che l'assenza di un elemento dalla formula organizzativa riduce a zero la probabilità che gli altri elementi da soli siano in grado di generare alta performance; pertanto le formule organizzative “efficaci” dovrebbero sempre includere un nucleo in cui tutti i tipi di elementi sono presenti. In sostanza le organizzazioni come gli organismi naturali, hanno bisogno di elementi di diverso tipo per la loro sopravvivenza e l'adeguato svolgimento delle funzioni vitali. Dunque, la legge della varietà del nucleo organizzativo, comporta necessariamente la presenza di elementi di diverso tipo per ogni formula organizzativa efficace, pertanto le stesse dovranno necessariamente contenere un elemento per ogni tipo. La mancanza di qualsiasi tipo di elemento è una condizione sufficiente per una bassa efficacia organizzativa, indipendentemente dal tipo di performance desiderata. E' chiaro che l'organizzazione per essere efficace, è fondamentale che tra i diversi tipi di elementi vi sia un equilibrio nella misura delle dosi; infatti l'adozione di numerose pratiche organizzative con le medesime proprietà di coordinamento può condurre all'aumento del peso di uno stesso elemento in un dato sistema

organizzativo. Molto spesso si osserva che in alcune realtà della pubblica amministrazione, la presenza di dosi eccessive di “burocrazia” conduce le persone ad adottare comportamenti orientati alla sola legittimità dell'azione amministrativa con evidenti distorsioni in termini di efficacia ed efficienza rispetto agli obiettivi da conseguire. E' possibile osservare che anche laddove vi è un elevato dosaggio di elementi di mercato (si pensi agli incentivi monetari) sono riscontrabili elementi distorsivi all'interno dell'organizzazione tale da non renderla performante, in quanto il comportamento delle persone potrebbe risultare estremamente competitivo, con il risultato di aumentare gli sforzi e l'attenzione delle persone solo sui comportamenti che sono economicamente incentivati rischiando di minare anche le motivazioni intrinseche del lavoro. Alla luce di quanto esposto è possibile giungere alla formulazione della legge dei rendimenti marginali decrescenti derivante dall'omogeneizzazione organizzativa : incrementi nell'intensità di uno stesso elemento generano rendimenti marginali decrescenti e, oltre una certa soglia, rendimenti negativi. Tuttavia l'eccessiva implementazione di pratiche organizzative, oltre ad essere costosa, può diventare un problema in quanto la scelta tra investimenti alternativi in pratiche diverse conduce ad un conflitto con la limitata energia, attenzione e flessibilità dei comportamenti delle persone. Infatti potrebbe risultare difficile , ad esempio, rispettare un numero crescente di regole e procedure formali , partecipare impegnati a numerosi momenti di governo democratico dell'organizzazione ed allo stesso tempo perseguire forti incentivi economici aumentando la produttività. In tal senso è possibile ipotizzare la legge dei rendimenti marginali decrescenti derivanti dalla varietà organizzativa: aumenti simultanei nell'intensità di tutti i tipi di elementi generano rendimenti marginali decrescenti e, oltre una certa soglia, rendimenti negativi. La combinazione delle leggi marginali decrescenti comporta logicamente che per la progettazione di formule organizzative efficaci nessuno degli elementi che le compongono debba raggiungere la dose massima.

Le leggi di combinazione universale, pertanto, comportano che un'organizzazione affinché sia efficace e performante, indipendentemente dal contesto in cui operi, è necessario che abbia una dose “minima” di elementi (varietà degli elementi organizzativi) e, dall'altro lato, escludere una dose “massima” di un qualsiasi tipo

di elemento. Le implicazioni progettuali della legge di combinazione universale sono assolutamente da esplorare, oltre che interessanti, soprattutto nell'ambito delle organizzazioni pubbliche, dove allo stato mancano studi empirici finalizzati a valutare lo stato di salute delle amministrazioni e ad individuarne gli "elementi" di criticità per orientarle ad ottimali risultati di performance. L'identificazione di "dosaggi" minimi e massimi, costituisce un utile strumento per l'analisi e la diagnosi organizzativa, individuando ciò che non può mancare alla formula organizzativa efficace e ciò che è sufficiente per generare formule destinate a fallire; "questo costituisce un doppio passo in avanti rispetto all'analisi organizzativa proposta dalle teorie contingenti tradizionali e dagli approcci configurazionisti e basati sulle complementarità" (Grandori A., Furnari S., 2008), in quanto la chimica dell'organizzazione consente di identificare alcune condizioni necessarie per l'efficacia organizzativa (e quelle sufficienti per l'inefficacia), indipendentemente dal tipo di contesto in cui l'organizzazione opera; inoltre tale approccio consente di identificare quali elementi organizzativi sono complementari (per quelli di diverso tipo e se dosati ad un livello minimo) e quali sostituibili (per gli elementi dello stesso tipo e se dosati ad un livello massimo).

§. 1.5.3 - Leggi di combinazione contingenti

La legge di combinazione contingente nasce per effetto delle condizioni che influenzano la determinazione di combinazioni organizzative efficaci: la prima risulta essere costituita dal tipo di risultato che si vuole raggiungere, la seconda dal tipo di attività che si vuole organizzare. Secondo alcuni studi è stato dimostrato che per le organizzazioni di tipo burocratico, la presenza di elementi quali la standardizzazione delle procedure, le regole formali, ecc. sono particolarmente adatti al raggiungimento di elevati livelli di efficienza in condizioni di bassa incertezza (Mintzberg, 1979; Burns, Stalker, 1961). Al contrario, organizzazioni orientate all'innovazione richiedono notevoli investimenti in almeno due degli altri tipi di elementi: 1) infusioni di mercato ed incentivi (Zenger, Hesterly, 1997); 2) di comunità e/o democrazia organizzativa (Harrison, Freeman, 2004). Se l'obiettivo all'interno dell'organizzazione è quello di una maggiore equità, è possibile ipotizzare che le formule organizzative siano caratterizzate da una dose maggiore di elementi burocratici, in grado di produrre

trasparenza e de-personalizzazione; in considerazione dell'elevato tasso di conflittualità, sia personali che sull'utilizzo delle risorse, che caratterizzano molte organizzazioni, soprattutto nell'ambito della pubblica amministrazione, in cui è imprescindibile la maggiore presenza di elementi comunitari; una sostanziale variante è ipotizzabile rispetto agli elementi indicati nella tab b), soprattutto per quelle organizzazioni fortemente burocratizzate, riscontrabili soprattutto in alcune realtà della pubblica amministrazione, ove la presenza degli elementi cosiddetti "democratici" può risultare inadeguato in relazione al grado di maturità degli attuali assetti organizzativi. In linea generale, sulla base del modello teorico proposto e già sperimentato per contesti aziendali privati, organizzazioni che vogliono conseguire elevati livelli di efficienza saranno composte da un "nucleo" che rispetti la legge della varietà del nucleo organizzativo e da una "cornice" costituita da ulteriori elementi burocratici; le organizzazioni orientate "all'innovazione" ed all'equità, saranno composte, entrambe, da un "nucleo" che rispetti la legge della varietà del nucleo organizzativo e rispettivamente la prima, da una più accentuata presenza di elementi comunitari, e/o democratici, e/o di mercato, mentre la seconda da ulteriori elementi burocratici, e/o comunitari, e/o democratici. Tali prescrizioni possono essere ulteriormente dettagliate se consideriamo il tipo di attività da organizzare, nella quale il grado di incertezza e variabilità gioca un ruolo fondamentale. Come affermato dalla stessa Grandori, in condizioni di elevata incertezza ambientale, al fine del raggiungimento dell'equità organizzativa, gli elementi di tipo democratico potrebbero risultare quelli più utili, considerato che gli stessi sono tipicamente più robusti di quelli di tipo comunitario in condizioni di incertezza; ciò ci consente di affermare con ragionevole certezza che qualora ci troviamo ad implementare un'analisi di ricerca nel campo "pubblico", soprattutto in contesti caratterizzati da una particolare stabilità ambientale e di relativa incertezza, gli elementi "democratici" non assumono un peso particolarmente significativo, aprendoci la strada all'implementazione e sperimentazione di un modello che partendo dalla possibilità che ci offre la letteratura esaminata circa la flessibilità degli elementi organizzativi da considerare, possiamo in relazione al contesto di analisi, inserire nuovi elementi organizzativi che attribuendo un particolare peso agli "elementi strategici" ci

consente di sposare il classico paradigma sulle interdipendenze tra ambiente, strategie e struttura, riscontrabile in letteratura per le organizzazioni pubbliche.

§. 1.6 - I legami tra le forme (formule) e le strutture organizzative.

L'individuazione di un modello macro strutturale deve inevitabilmente tener conto delle implicazioni legate alla forma organizzativa nella quale un ente pubblico o privato va a collocarsi; è fondamentale non confondere la forma organizzativa con la struttura adottata. La forma organizzativa, infatti, si riferisce alla logica organizzativa generale, all'equilibrio ed ai rapporti tra i diversi elementi che la compongono, nonché dei problemi critici da affrontare, rappresentando in un certo modo l'anima o il carattere dell'organizzazione, ciò che né influenza il comportamento, il modo di essere e di reagire agli stimoli; invece la struttura organizzativa costituisce una soluzione più specifica ed operativa a quelli che sono i fabbisogni di una specifica realtà aziendale. E' innegabile che il legame tra forma e struttura organizzativa è particolarmente consolidata negli studi di organizzazione aziendale: infatti diventa naturale associare, ad esempio, la forma organizzativa elementare con la struttura semplice, anche se in letteratura si è provveduto ad individuare diversi tipi di strutture semplici alle quali sono riconducibili altre forme organizzative (Grandori, 1995)⁸, quindi in sostanza di fronte ad una estrema varietà di situazioni non è possibile identificare un unico tipo di assetto organizzativo. Se, indiscutibilmente, sussistono inscindibili legami tra forme e strutture organizzative è chiaro che il passaggio dalle "forme alle formule organizzative" mediante l'approccio della "chimica organizzativa" consente di legare le formule efficaci identificabili, mediante il modello teorico su esaminato, con

⁸Assumono rilievo almeno tre diverse principali versioni dello schema o struttura semplice: a) *gerarchico-semplce*, nel quale esiste una figura centrale di imprenditore o capo d'azienda, le attività sono semplici anche tecnicamente e la supervisione diretta da parte di una figura che controlla le informazioni e conoscenze necessarie risulta la forma più efficace di coordinamento; b) *artigianale*, nel quale le attività hanno carattere più complesso e richiedono una più forte capacità di elaborare conoscenze, informazioni, esperienze, quale può essere garantita solo da una professionalità diffusa in un certo numero di operatori, che padroneggiano un mestiere; c) *gruppo di pari*, nel quale attività molto complesse e di tipo *brain intensive* vengono gestite da un piccolo gruppo di persone nell'ambito di relazioni paritarie e mediante forme di coordinamento non gerarchico basate sulla condivisione di obiettivi, il confronto diretto, la negoziazione, la grande cura nel selezionare nuovi membri che siano dotati di qualità professionali e personali coerenti con il contesto aziendale.

l'identificazione di un assetto strutturale sostenibile per ogni specifica organizzazione, rispetto alla forma organizzativa più performante. La generazione di formule organizzative efficaci, consentirà di procedere all'individuazione ed all'analisi dei necessari processi di cambiamento anche sugli assetti strutturali delle organizzazioni, sia pubbliche che private, in maniera tale da sanare le asimmetrie tra le logiche di azione di un'organizzazione e le dinamiche operative che le stesse sono chiamate ad implementare per soddisfare specifici fabbisogni legati al settore di appartenenza.

FONTI

1. **Bonazzi G.** Storia del pensiero organizzativo, FrancoAngeli, 1989, Milano;
2. **Borgonovi E.**, Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, 1996, Milano;
3. **Burns, T., Stalker, G.M.**, The Management of Innovation, Tavistock, London. Trad. It., Direzione Aziendale ed Innovazione, FrancoAngeli, 1974, Milano;
4. **Cicchetti A.**, La Progettazione Organizzativa, Principi strumenti ed applicazioni nelle organizzazioni sanitarie, FrancoAngeli, 2004, Milano;
5. **Costa G., Nacamulli, R.C.D.** (a cura di), (1996-98), Manuale di Organizzazione Aziendale, 5 voll., Utet, Torino;
6. **Costa G., Giubitta P.**, Organizzazione Aziendale, Mc Graw-Hill, 2004, Milano;
7. **Crozier M., Friedberg E.**, Attore sociale e sistema, Etas Libri, 1978, Milano;
8. **Daft R. L.**, Organizzazione Aziendale, Apogeo, 2004, Milano;
9. **Galbraith, J.R.**, Designing Organization. New and revised edition, John Wiley & Sons, Inc., 2002, New York;
10. **Galbraith J.R. Downey D., Kates A.**, Designing Dynamic Organizations, Amacom, 2002, New York;
11. **Gouldner A.**, Patterns of Industrial Bureaucracy, Free Press, 1954, Glancoe;
12. **Grandori A.**, L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, 1995, Bologna;
13. **Grandori A.**, L'organizzazione dalle "contingenze" alle "complementarietà" strutturali, in A. D'Atri (a cura di), Innovazione organizzative e tecnologie innovative, Etas Libri, Milano;
14. **Grandori A., Furnari S.**, Progettare l'instabilità organizzativa: dalle forme alle formule organizzative, Executive Summary, 2005, Progetto Crora, Metatrend in A. Grandori (a cura di), Progettazione Organizzativa, 341-375, Egea, Milano;
15. **Hatch Jo M.**, Teoria dell'Organizzazione, Il Mulino (Strumenti), 2006, Bologna;
16. **Hinna A.**, Organizzazione e Cambiamento nelle pubbliche amministrazioni, ed. Carocci, Roma, 2009;
17. **Isotta F.**, Organizzazione Aziendale, Cedam, 2003, Padova;
18. **Legg F.**, Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità, Mc Graw-Hill, 2001, Milano;
19. **Merton R.**, Struttura Burocratica e Personalità, in Teoria e Struttura sociale: 403-421, Il Mulino, 1940, Bologna;
20. **Meyer A.D., Tsui A.S., Binings C.R.**, Configurational approaches to organizational analysis, 1993, Academy of Management Journal, 36: 1175-1195;
21. **Milgrom P., Roberts J.**, Complementarities and Fit: Strategy, Structure and Organizational Change, 1995, in Manufacturing, in "Journal of Accounting and Economics", 19, pp. 179-208;
22. **Miller D.**, Strategy making and structure : Analysis and implications for performance , 1987, Academy of Management Journal, 30: 7-32;
23. **Mintzberg H.**, La Progettazione dell'Organizzazione Aziendale, Il Mulino, 1985 Bologna;
24. **Rebora G.**, Manuale di Organizzazione Aziendale, Carocci, 2001, Roma;
25. **Rebora G., Meneguzzo M.**, Strategia delle amministrazioni pubbliche, Utet, 1990, Torino;
26. **Roberts J.**, L'impresa moderna, 2004, Il Mulino, Bologna;
27. **Ruffini R.**, Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, 1996, Mecosan, 18: 44-56;
28. **Scott W.R.**, Istituzioni ed Organizzazioni, 1995, Il Mulino, Bologna;
29. **Selznick P.**, TVA and the Grass Roots: A Study in the Sociology of Formal Organization, University of California Press, Berkeley (tr. It. Pianificazione regionale e partecipazione democratica: il caso della Tennessee Valley Authority, FrancoAngeli, 1974, Milano);
30. **Weber M.**, Il metodo delle scienze sociali, 1922 (ed. it. 1958), Einaudi Torino;

CAPITOLO II

LE CRITICITA' DEL PROCESSO DI RIFORMA DELLA SANITA' PENITENZIARIA IN ITALIA

SOMMARIO: 2.1 – Introduzione; 2.2 – Il quadro normativo nazionale di riferimento; 2.3 – L'organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario prima del DPCM 1 aprile 2008; D.P.C.M. 1 aprile 2008: a che punto siamo?; 2.5 – Conclusioni.

§. 2.1 - Introduzione

Nella realtà nazionale il settore sanitario si configura come un ambito in cui la legislazione assume un ruolo centrale nella definizione delle strutture organizzative formali. Osservando il “quadro normativo” del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed in particolare di quello in ambito detentivo, emerge un settore fortemente “istituzionalizzato”. Le forze istituzionalizzanti che agiscono nel mondo sanitario non hanno natura solo normativa o di regolamentazione, ma sono anche legate alla presenza di logiche istituzionali ovvero al sistema di cognizioni e di costruzioni simboliche che sono a disposizione degli attori del sistema e che contribuiscono a definire le forme organizzative e le regole di funzionamento (Friedland e Alford, 1991).

Il problema della sanità in carcere è attualmente fra i temi più dibattuti sia nel mondo sanitario che in quello della giustizia penale, contestualmente alle criticità legate al sovraffollamento negli istituti di pena. Esso chiama in causa due ordini di fattori: da un lato, il diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della Costituzione Italiana, ribadito dall'art. 1 del D. Lgs. 230/99, secondo il quale “i detenuti e gli internati hanno il diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate”; dall'altro le risorse, umane ed economiche, necessarie per la sostenibilità di efficaci modelli assistenziali e per l'attuazione di politiche gestionali che tengano conto delle peculiarità della realtà penitenziaria. Senza voler ridurre la complessità della problematica in questione, è chiaro che la principale sfida della sanità penitenziaria si

gioca fra la tensione verso la prevenzione e la tutela della salute, che non può incontrare i confini delle mura carcerarie ed i limiti imposti dalla scarsità delle risorse. Non si tratta di una contrapposizione meramente teorica, fra un principio etico e/o umanitario, ed un ritorno all'effettiva realtà del sistema sanitario penitenziario italiano, poiché entrambe le parti in causa sono orientate nella stessa direzione, solo ad una velocità differente. Le risorse risultano infatti, spesso non in grado di sostenere tutte le implicazioni in cui il "diritto alla salute" dei detenuti si declina, dall'esigenza di strutture che possano garantire, in caso di patologie mediche e psichiatriche, un ottimale connubio tra il perseguimento di standard soddisfacenti di tutela della sicurezza dei ristretti, una politica efficace di reinserimento nella società civile e la necessità di garantire una continuità di cure prima e dopo l'esperienza carceraria, compatibilmente con le politiche di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica. Sulla sanità penitenziaria si sono succedute nel tempo, e secondo esigenze e modelli espressi dalla società, leggi che hanno avuto come obiettivo quello di assicurare la salute dei detenuti entro i confini ed i limiti imposti dalle esigenze di sicurezza del regime detentivo, cercando contestualmente di rendere l'assistenza sanitaria in carcere di pari livello rispetto a quella prevista per i cittadini liberi; tale obiettivo è stato purtroppo, spesso, "compresso" dalla contestuale necessità di individuare ed implementare politiche gestionali dei reclusi nell'ottica di una predominante cultura "custodialistica", incentrata sull'esclusivo perseguimento di adeguati standard di ordine e sicurezza all'interno delle strutture penitenziarie, nell'errata convinzione che la domanda di salute della popolazione detenuta potesse essere soddisfatta, con modalità autoreferenziali, dal solo sistema penitenziario. L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare le principali implicazioni organizzativo – gestionali determinate dall'emissione del DPCM 1 aprile 2008, soprattutto cercando di cogliere i "driver" critici che non hanno consentito, allo stato attuale, di procedere ad un'implementazione effettiva del processo di riforma che, ormai da decenni è rintracciabile nei diversificati interventi normativi che si sono succeduti in materia. Pertanto, risulta necessario ripercorrere le principali tappe storiche nell'evoluzione della normativa, fino all'emanazione del DPCM 1 aprile

2008, provvedimento destinato a “rivoluzionare” il sistema sanitario carcerario italiano, ma che allo stato è fermo al palo in termini di effettiva applicazione, per una serie di cause che saranno analizzate alla luce del dibattito che gli addetti ai lavori hanno intrapreso nell’ultimo decennio senza un vero e proprio approdo a livello scientifico ed accademico. Al fine di cogliere le criticità alla base del sostanziale “fallimento normativo” sull’ effettiva implementazione operativa di modelli organizzativi e gestionali in grado di garantire il diritto alla salute del paziente/detenuto si è scelto di procedere ad un’analisi sistematica della documentazione (circolari, disposizioni, note ecc.) emesse dall’amministrazione della Giustizia, al fine di coglierne gli orientamenti strategici di fondo, oltre che alla visione di fonti documentali sulla base di indagini giudiziarie espletate dalla Corte dei Conti nel periodo tra il 1999 ed il 2004. Il percorso metodologico seguito, pertanto, si è basato su una sostanziale sistematizzazione del flusso documentale a disposizione, reperito presso le singole istituzioni interessate, mediante la ricerca di dati sia di natura qualitativa che quantitativa che permettessero di tracciare un quadro “matriciale” in grado di porre in correlazione l’individuazione delle criticità, all’origine della mancata attuazione del processo di riforma, con le dinamiche del flusso “emergenziale” dei ristretti che negli ultimi anni hanno caratterizzato il sistema penitenziario italiano ed europeo. L’analisi delle criticità dovrà costituire il punto di partenza per l’individuazione di nuovi modelli organizzativi in grado di porre al centro il paziente/detenuto, sicuramente in una nuova logica di percorso assistenziale integrato (Grandori, 1995) recuperando i contributi in tema di “*process management*” e “*process reengineering*” (Hammer e Champy 1993; Devenport 1993), quali frame-work di riferimento per comprendere sia la complessità del processo produttivo sanitario che si origina in tali contesti, nonché le interdipendenze che si instaurano tra i diversificati flussi di attività (Camuffo, 1997). Sicuramente, la sanità penitenziaria necessita di contributi scientifici in ambito accademico; ciò è testimoniato dalla scarsa letteratura, allo stato, esistente in materia, (Sangiaco M., Ianni L., Degrassi F., D’Urso A. in Mecosan, Anno XVIII, n.° 72/ 2009), e dai dibattiti, attualmente in corso, soprattutto tra i “*practioners*” del settore (vedi atti Convegno

Nazionale Simspe, 2007; Convegno Nazionale Amapi, 2009), per il quale si assiste ad un processo del tutto peculiare nel nostro Paese, seppur consolidato in ambito internazionale, in cui la domanda di ricerca originatasi nel mondo dei “*practioners*” è destinata a collocarsi con assoluta legittimazione in ambito accademico.

§. 2.2 - Il quadro normativo nazionale di riferimento.

Da una lettura sistematica del quadro legislativo della sanità penitenziaria emerge con chiarezza che i provvedimenti che si sono succeduti nel corso degli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un fondamentale comune denominatore: rendere l’assistenza sanitaria in carcere di pari livello a quella prevista per i cittadini liberi. L’excursus normativo ci consentirà di capire le singolari asimmetrie che hanno caratterizzato questo particolare settore, al fine di facilitare l’individuazione delle criticità che, oggi, impediscono il processo di attuazione della riforma concretizzatasi con l’emissione del DPCM 1 aprile 2008.

La Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (United Nations, 1966) sancisce il diritto, per tutti i cittadini, di ricevere prestazioni sanitarie secondo i massimi standard raggiungibili per la tutela della salute fisica e mentale. I detenuti, come tutti gli esseri umani, hanno il diritto fondamentale di godere di buona salute e di ricevere standard di assistenza sanitaria almeno equivalente a quelli forniti a tutta la collettività.

Nell’ambito di un più vasto intervento riformatore riguardante l’intero assetto del sistema assistenziale pubblico, nel 1998 inizia la riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) che coinvolge anche l’amministrazione penitenziaria, che fino ad allora, seppur destinataria di ripetuti interventi legislativi (R.D. 1930; Legge 740/70; Legge 354/75; L. 833/78), quest’ultimi non avevano inciso in maniera significativa sugli assetti organizzativi del sistema. Infatti prima dell’intervento legislativo del 1998¹, all’amministrazione penitenziaria era stata demandata la

¹¹ Legge n.° 419 del 30 novembre 1998 recante la delega al Governo ad emanare uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria.

regolamentazione “amministrativa” della salute dei detenuti, in un’ottica esclusivamente emergenziale, in relazione alle particolari criticità che storicamente hanno interessato il mondo penitenziario, originando di fatto un singolare processo di “amministrativizzazione” della materia, legittimato dall’emissione di una sentenza del Consiglio di Stato, sent. n.° 305 del 7/7/1978, che nell’ambito di una scarsa chiarezza delle suddette disposizioni legislative, confermò l’esclusiva competenza del Ministero della Giustizia – D.A.P. – nella tutela della salute delle persone recluse, ritenendo tale assistenza *“tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario....”* .

Con l’emanazione della legge 419/1998, il Legislatore delineò le linee strategiche per l’avvio del processo di riordino del servizio sanitario penitenziario, mediante la previsione di un progressivo trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale, di risorse umane e di strutture del Ministero della Giustizia - D.A.P. - , con il duplice obiettivo di perseguire non solo efficaci ed efficienti livelli nell’erogazione delle prestazioni sanitarie all’interno delle strutture penitenziarie, ma di garantire condizioni dignitose ed umane ai detenuti, nel rispetto del dettato costituzionale e della consolidata normativa internazionale in materia. Risultò evidente la necessità di procedere all’attivazione di politiche gestionali orientate alla riduzione dei rischi connessi alla realizzazione di standard “accettabili” in termini di qualità ed efficacia del servizio sanitario erogato alla popolazione carceraria. In attuazione alla Legge Delega 419/98, fu di fondamentale importanza l’emissione del Decreto Legislativo n.° 230 del 22 giugno 1999, che rappresentò un passo decisivo per l’emanazione dei successivi decreti di riordino della medicina penitenziaria, compreso il DPCM 1 aprile 2008. Dalla lettura del D,Lgs 230/1999, emerge una linea programmatica, assolutamente innovativa e fortemente discontinua rispetto alla visione autoreferenziale e poco manageriale che aveva storicamente contraddistinto il servizio sanitario penitenziario. Le linee di azione tracciate dal D.Lgs 230 /1999, meritano di essere, di seguito evidenziate, in considerazione delle inevitabili ripercussioni che le stesse avrebbero avuto sui successivi processi di riforma :

- le prestazioni sanitarie diventano di competenza delle ASL;

- l'amministrazione penitenziaria deve provvedere alla sicurezza dei detenuti e degli internati;
- il passaggio di competenze deve avvenire a costo zero;
- gli obiettivi per la salute dei detenuti e degli internati devono essere precisati nei programmi delle Regioni, delle ASL e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, differenziati in rapporto alla tipologia degli istituti penitenziari e delle strutture minorili, ubicati in ciascuna regione.

Il D. Lgs 230/99 può considerarsi il primo tentativo di codificazione normativa in merito all'individuazione di criteri per la ripartizione delle attività di programmazione, finanziaria ed operativa, fra Stato, Regioni, Comuni, Asl, Istituti Penitenziari; la normativa in esame evidenziava la necessità di individuare principi e regole che consentissero un'equa distribuzione delle responsabilità per ciascun Ente. Venne ribadita, per l'ennesima volta, la "parità di trattamento e la piena uguaglianza dei diritti rispetto ai cittadini liberi"; si dispose il transito immediato delle funzioni relative alla prevenzione, all'assistenza e cura dei detenuti tossicodipendenti ed il trasferimento delle altre funzioni sanitarie, al termine di un periodo di sperimentazione da realizzarsi in alcune regioni. Il decreto ministeriale del 20 aprile 2000 confermò la sperimentazione, da svolgersi in tre regioni (Toscana, Lazio e Puglia), con lo scopo di acquisire conoscenze utili ad ottimizzare il passaggio delle funzioni sanitarie svolte dal Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – al Servizio Sanitario Nazionale, mettendo in atto forme di collaborazione fra le strutture penitenziarie e quelle sanitarie ubicate nei citati territori regionali. Tale fase fu avviata in ritardo rispetto ai termini stabiliti, tanto che il successivo decreto legislativo 433 del 22 dicembre 2000 prorogò il termine per completare le attività sperimentali e, mediante la partecipazione di altre regioni e province autonome, predispose l'ingresso dell'Emilia Romagna, della Campania e del Molise. Il d.lgs. 230 dettò anche le linee essenziali per l'attuazione del progetto obiettivo (art. 5), da svilupparsi in tre anni, con indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Servizio Sanitario Nazionale verso il "*miglioramento continuo*" dell'assistenza negli istituti penitenziari e di conseguenza nella ricerca di

modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, da differenziare secondo la tipologia di istituto. Inoltre, furono definite le linee guida finalizzate a favorire, all'interno delle strutture penitenziarie, lo sviluppo di modalità sistemiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata, assicurando l'applicazione di livelli uniformi, essenziali ed appropriati di assistenza. Bisogna evidenziare che già prima dell'emanazione del D. Lgs 433/2000 vi fu la pubblicazione del progetto obiettivo per la salute in ambito penitenziario, varato con il decreto ministeriale del 21 aprile 2000, in cui furono indicati i settori prioritari di intervento per il Servizio Sanitario Nazionale: prevenzione, assistenza medica generica, medicina d'urgenza, malattie psichiatriche, tossicodipendenza, problemi degli immigrati, malattie infettive, assistenza ai minori, attività di riabilitazione. Tra gli obiettivi specifici da realizzare fu prevista una rilevazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione detenuta ed internata, dei rischi, della morbilità e delle cause di morte, al fine di rendere disponibile al Servizio Sanitario Nazionale ogni informazione utile per una corretta programmazione ed efficace azione di governo delle attività di prevenzione, di cura e riabilitazione. Il compito di precisare gli indirizzi da adottare dalle Regioni per l'elaborazione dei relativi piani sanitari, fu affidato ai Ministeri della Salute e della Giustizia, di concerto con il Tesoro e d'intesa con la Conferenza Unificata Stato – Regioni. Sulla base della normativa esaminata, al Ministro della Salute fu richiesto di inserire annualmente, nella Relazione sullo stato sanitario del Paese, un apposito capitolo sull'assistenza sanitaria nel sistema carcerario. E' opportuno sottolineare che con l'emissione del D.Lgs 230/99 ci fu una forte accelerazione delle procedure per il passaggio al S.S.N. delle funzioni sanitarie relative ai "settori della prevenzione e della assistenza" destinati ai ristretti tossicodipendenti, effettivamente avvenuta con decorrenza 1 gennaio 2000, in considerazione delle criticità gestionali che tale tipologia di detenuti comportava per il servizio sanitario penitenziario. E' però nel 2001, con la modifica del Titolo V della Costituzione, che vengono formalmente affidate alle Regioni, competenze in tema di organizzazione dell'assistenza e della salute attraverso il Servizio Sanitario Regionale (SSR). Vennero stabiliti "...la determinazione dei livelli essenziali (Lea) delle prestazioni

assistenziali da garantire in tutto il territorio nazionale...”, conferendo alle “Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato...”. Non figurando la Sanità Penitenziaria tra le materie riservate allo Stato, le Regioni sono state chiamate ad intervenire in merito, superando divisioni di competenza e conseguenti frammentazioni degli interventi. L’orientamento fu quello di assicurare l’assistenza sanitaria in carcere attraverso una piena partecipazione e l’attivazione di sinergie tra gli attori principali (Ministero della Salute, Ministero della Giustizia e Regioni) del sistema per l’implementazione di dinamiche organizzative finalizzate all’individuazione di percorsi assistenziali fondati sull’integrazione dei servizi. Già dall’analisi normativa espletata fino a questo momento, emerge con chiarezza che la realizzazione dell’assistenza sanitaria in carcere deve essere rivolta ad evitare la sovrapposizione o la duplicazione di interventi, per una corretta gestione delle risorse e la definizione dei rispettivi ambiti di competenza. Negli stessi anni infatti, presso l’ex Ministero della Sanità venne istituito il “Comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale” a cui fu affidato il compito di coordinare e controllare i lavori in corso. Con l’emissione del decreto interministeriale del 2002, fu nominata la “Commissione mista” di studio per il rinnovamento del Servizio Sanitario Penitenziario. La Commissione evidenziò la mancata e tardiva attuazione del trasferimento delle funzioni, la resistenza del personale coinvolto in tali passaggi, l’erosione delle risorse e la necessità di prolungare la sperimentazione; a tal fine elaborò un ventaglio di proposte che dovevano costituire le basi per una bozza di disegno di legge.

In attuazione alle disposizioni contenute nel d. lgs 230/99, la Corte dei Conti – sezione centrale di controllo sulle amministrazioni dello stato - nel periodo tra il 2001 ed il 2004 - espletò delle indagini per verificare lo stato di attuazione della riforma. Particolarmente interessante è quanto emerge dalla Relazione alla Delibera 23/2005 della medesima Corte, in cui vengono analizzate le circostanze, nei limiti in cui sono state rese note, dalle quali si evince il sostanziale abbandono della prospettiva di ripartire, secondo l’indicato modello normativo, le competenze fra il Ministero della Giustizia ed il Servizio Sanitario Nazionale, fattore che,

inevitabilmente, portò alla mancata attuazione di gran parte della riforma. Dal citato rapporto emerge la scarsa attenzione dedicata, da ambedue le amministrazioni, all'esecuzione della "fase sperimentale", ritenuta essenziale dal d.lgs. 230/1999 per trasferire con gradualità i compiti sanitari dalla Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, testimoniata anche dal fatto che il Ministero della Giustizia dichiarò formalmente l'impossibilità di fornire elementi sull'evoluzione e sull'esito della sperimentazione. Tale circostanza impedì di approfondire l'analisi di un tema tanto importante per l'attuazione della legge del 1998; dal rapporto della Corte dei Conti si cita testualmente: "...i fatti che hanno determinato una anomalia tanto rilevante risultano privi di una spiegazione ragionevole...". Peraltro da alcuni verbali trasmessi dal Ministero della Salute alla Corte dei Conti, si rileva l'intento di sospendere l'attuazione della riforma nella parte in cui sono illustrati gli esiti dei lavori condotti presso il Comitato per il monitoraggio della sperimentazione. Tali documenti attestano, inoltre, che è mancato un indirizzo chiaro nelle attività preliminari al passaggio delle funzioni, nonché un adeguato dialogo istituzionale di primo livello fra i Ministeri della Salute (ex Sanità) e della Giustizia. Anche tra gli atti esaminati dalla Sezione di Controllo sulle amministrazioni dello Stato della Corte dei Conti, è stato possibile appurare che nel medesimo periodo in cui presso il Ministero della Salute, erano in corso i lavori del "Comitato misto Salute – Giustizia" (insediato per monitorare i risultati della sperimentazione), fu costituita ed iniziò l'attività (presso il Ministero della Giustizia) una "Commissione mista Giustizia – Salute", con il compito di elaborare un disegno di legge diretto tra l'altro a ricondurre il servizio presso l'amministrazione penitenziaria. Ovviamente, non risulta che lo schema di d.d.l. abbia iniziato l'iter parlamentare e per questa ragione il documento si configura ancora oggi quale espressione di un orientamento politico, il che ha indotto a non sottoporlo a valutazioni tecniche e di compatibilità finanziaria. Da quanto finora illustrato risulta con enorme evidenza il contorto cammino della sanità penitenziaria e quanto sia complesso individuare assetti organizzativi in grado di porre la salute del detenuto al centro della progettazione delle prestazioni sanitarie in carcere.

La Legge finanziaria del 2007 (art. 2, commi 283 e 284) ha provveduto ad un riordino delle funzioni sanitarie penitenziarie nell'ottica di attuazione delle linee programmatiche della riforma delineata dall'evoluzione della citata normativa. Il comma 283, di fondamentale importanza, prevedeva l'emanazione di un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, che doveva avvenire entro tre mesi dall'entrata in vigore della citata Legge, che finalmente doveva dare attuazione definitiva al processo di riforma.

Il DPCM 1 aprile 2008, è stato, quindi, emanato in attuazione del comma 283 della Legge Finanziaria del 2007; oltre che diretto a disciplinare le modalità del passaggio del personale sanitario alle ASL territorialmente competenti, contiene le linee di indirizzo per interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) nelle case di cura e custodia e le linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, nonché dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

La riforma perfezionata dal DPCM del 2008, può essere così sintetizzata: le funzioni sanitarie sono state interamente trasferite al Servizio Sanitario Nazionale, e con esse, le risorse umane e finanziarie, i beni strumentali, fino ad allora gestiti dal Ministero della Giustizia; il personale dipendente di ruolo, in servizio alla data del 15 marzo 2008, che esercitava funzioni sanitarie nell'ambito dell'amministrazione della Giustizia, è stato progressivamente trasferito "ope legis" alle ASL nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari ed i servizi minorili. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di precedente proprietà dei citati dipartimenti sono stati trasferiti, in base alle competenze territoriali, alle ASL, mentre i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie sono stati concessi in uso a titolo gratuito.

I principi generali di riferimento della riforma sono volti ad assicurare: il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati, nonché dei minorenni sottoposti a provvedimento penale; la complementarità degli interventi a tutela della salute, con quelli mirati al recupero sociale del soggetto sottoposto a

limitazione della libertà personale; la garanzia, compatibilmente con le misure di sicurezza, di condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona.

Le Regioni hanno assunto un ruolo di fondamentale importanza, in quanto chiamate a garantire l'espletamento delle funzioni sanitarie e l'erogazione dei relativi servizi mediante le ASL, nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti penitenziari ed i servizi minorili di riferimento.

Il trasferimento delle funzioni sanitarie dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale costituisce, pertanto, l'atto conclusivo di un lungo e travagliato processo di riflessione e di ricerca che ha visto progressivamente coinvolti organi politici, studiosi ed addetti ai lavori di questo settore.

§. 2.3 - L'Organizzazione del Servizio Sanitario Penitenziario prima del DPCM 1 aprile 2008

L'art 11 della legge sull'Ordinamento Penitenziario (L. 354/1975) stabilisce che ogni istituto sia dotato di un servizio medico e farmaceutico, che risponda alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati e che disponga di almeno uno specialista in psichiatria, definendo contestualmente le attività sanitarie all'interno degli istituti:

- l'obbligo di visita all'interno della struttura;
- la discrezionalità di visita medica dei detenuti indipendentemente dalla richiesta;
- la disponibilità del medico per le visite giornaliere dei malati;
- adozione di misure per l'isolamento sanitario in caso di malattie contagiose e nel rispetto delle norme in tema di malattia psichiatrica e salute mentale;
- particolare attenzione alla tutela della salute delle detenute madri e dei loro figli.

Il citato articolo prevede, inoltre, che nell'ipotesi in cui gli interventi diagnostici o terapeutici non possano avvenire nell'ambito dell'istituzione penitenziaria, è

consentito il trasferimento del paziente – detenuto in ospedale o in altro luogo esterno di cura. L'assistenza sanitaria può essere dunque organizzata in “collaborazione con i servizi pubblici sanitari locali ospedalieri ed extraospedalieri, d'intesa con la Regione e secondo gli indirizzi del Ministero della Salute.

L'innovazione del servizio sanitario penitenziario è iniziata nel 1992, ad opera del Ministero della Giustizia, con il raggruppamento delle attività dell'istituto penitenziario in aree, individuate in base a logiche esclusivamente funzionali ai diversi fini istituzionali. Tra le diverse aree fu individuata l'Area Sanitaria, con l'obiettivo di adeguare il servizio al bisogno di salute psicofisica dei detenuti e degli internati.

Il servizio, infatti, non può essere considerato di ausilio per il perseguimento di altri scopi, come quello della sicurezza e del trattamento rieducativo e di reinserimento sociale, pur tenendo conto della peculiarità del contesto.

All'Area Sanitaria appartengono le seguenti figure professionali:

- medici incaricati e/o di ruolo coordinatori dell'Area;
- medici di guardia;
- medici specialisti;
- infermieri professionali e generici;
- ausiliari socio – sanitari;
- farmacisti;
- personale tecnico.

Considerando la diversa capienza degli istituti penitenziari, l'amministrazione ha predisposto, ormai da diversi anni ed in linea con i processi di riforma del Servizio Sanitario Nazionale, tre diversi livelli di assistenza, nell'ottica della massima uniformità sul territorio nazionale:

- **strutture sanitarie di primo livello:** negli istituti in cui sono presenti fino a 225 detenuti, la presenza di personale sanitario è garantita per buona parte della giornata;

- **strutture sanitarie di secondo livello:** negli istituti penitenziari in cui sono presenti oltre 225 detenuti, è previsto un servizio sanitario continuativo per 24 ore al giorno;
- **strutture sanitarie di terzo livello:** sono strutture penitenziarie di grandi dimensioni, sede anche di centri clinici in grado di affrontare necessità mediche di particolare rilievo ed in alcuni casi anche chirurgiche.

La logica sottesa alla creazione delle suddette strutture sanitarie era incentrata con la corrispondenza ai Presidi sanitari; la diversità delle realtà locali portò alla costituzione di una nuova struttura: l'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria con sede presso ciascun Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (P.R.A.P.), quale Ente di coordinamento degli istituti penitenziari in ambito regionale ed interlocutore privilegiato del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Le UOSP (Unità Operative di Sanità Penitenziaria) erano destinate a svolgere un'azione di coordinamento, di pianificazione dei programmi di intervento, di verifica dei risultati delle attività realizzate, di potenziamento dei servizi assistenziali specifici per la popolazione detenuta, mediante l'instaurazione di forme di integrazione con le strutture del servizio sanitario nazionale ed i servizi socio – familiari del territorio. Il sistema descritto era sostanzialmente coordinato dal Ministero della Giustizia mediante l'Ufficio III del DAP – Servizio Sanitario – anch'esso organizzato su tre livelli:

1 – livello centrale (Ufficio III);

2 – livello regionale, presieduto dal P.R.A.P., in collaborazione con le Regioni e gli Assessorati alla Sanità;

3 – livello locale in cui gli Istituti Penitenziari sono in diretto contatto con le ASL.

Il livello centrale, coordinato da un dirigente responsabile e coadiuvato da uno staff tecnico – sanitario era suddiviso in tre sezioni a ciascuna delle quali fu assegnata una specifica funzione:

- sezione I – di progettazione e programmazione generale del servizio sanitario;
- sezione II – di verifica e revisione della qualità dell'Assistenza;

- sezione III - di igiene, medicina preventiva ed epidemiologia, salute mentale, tossicodipendenze, alcol-dipendenze e sindromi HIV e AIDS.

Le aree di intervento dell'Ufficio III erano molteplici fra cui lo svolgimento di indagini epidemiologiche, il collegamento con i Provveditorati ed Istituti, la supervisione degli OPG, la gestione del personale, la ripartizione del budget e la fornitura di strutture ed attrezzature.

L'assistenza che il Servizio Sanitario svolgeva nei confronti dei soggetti detenuti si realizzava tramite l'individuazione di modelli assistenziali basati sulle dimensioni degli istituti e sulle specifiche esigenze sanitarie, in funzione delle risorse disponibili. Il citato Servizio, si occupava inoltre di condurre un monitoraggio annuale delle attività svolte nelle articolazioni sanitarie periferiche dell'amministrazione, controllandone le spese e verificandone gli obiettivi, che potevano essere riformulati in base alle criticità emerse.

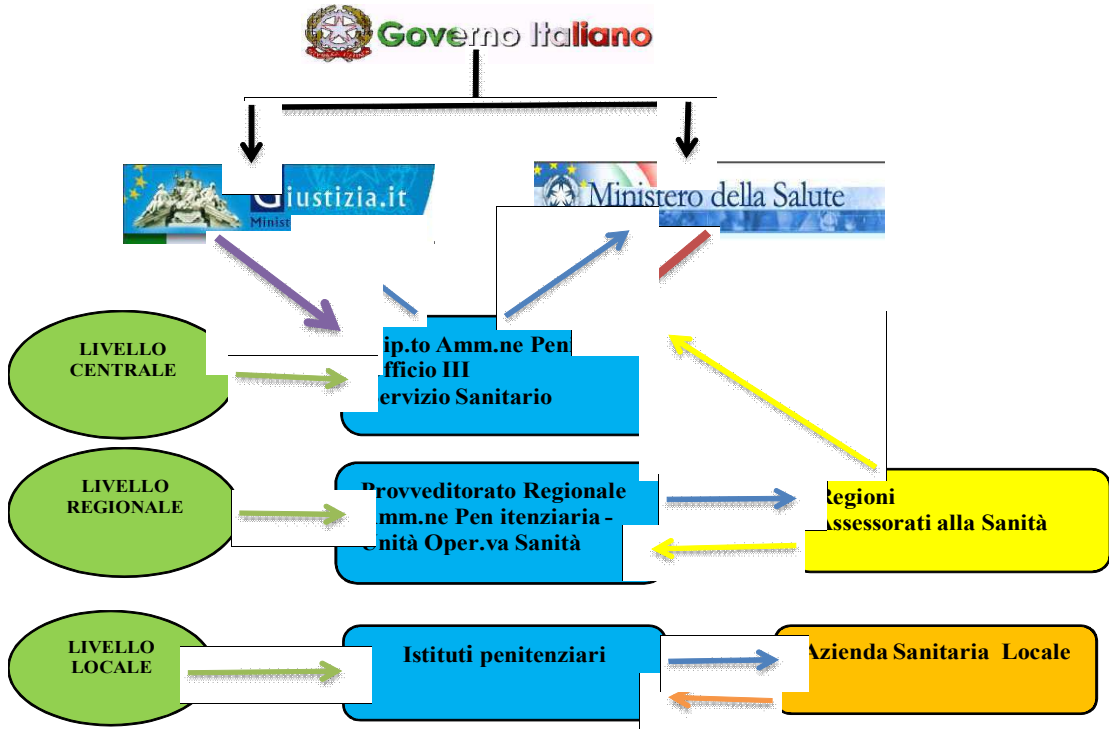
Il livello regionale, presieduto dal Provveditore Regionale, si avvaleva della citata UOSP, composta da coordinatori, medici, infermieri, contabili ed operatori. Il livello locale, articolato nella ripartizione degli istituti penitenziari secondo i tre livelli descritti in precedenza, affidava la direzione dell'Area Sanitaria al Direttore della struttura penitenziaria in quanto il medico responsabile della medesima Area era in una posizione di "subordine" e se vogliamo di limitata autonomia rispetto alle direttive emanate dal Direttore dell'istituto penitenziario.

L'analisi di quest'ultimo aspetto, che sarà oggetto di specifica trattazione, è di fondamentale importanza al fine di comprendere la "rivoluzione" che il DPCM 1 aprile 2008, ha apportato in termini di gestione ed organizzazione del servizio sanitario all'interno delle strutture penitenziarie del nostro Paese.

Nei grafici che seguono è possibile avere una rappresentazione esaustiva del sistema organizzativo sanitario penitenziario prima dell'emanazione del suddetto DPCM.

Dall'analisi espletata, l'assetto organizzativo che emerge è sostanzialmente di tipo funzionale, modello che risulta particolarmente adeguato in quelle organizzazioni che realizzano un limitato numero di prodotti/servizi (A. Cicchetti, 2005)

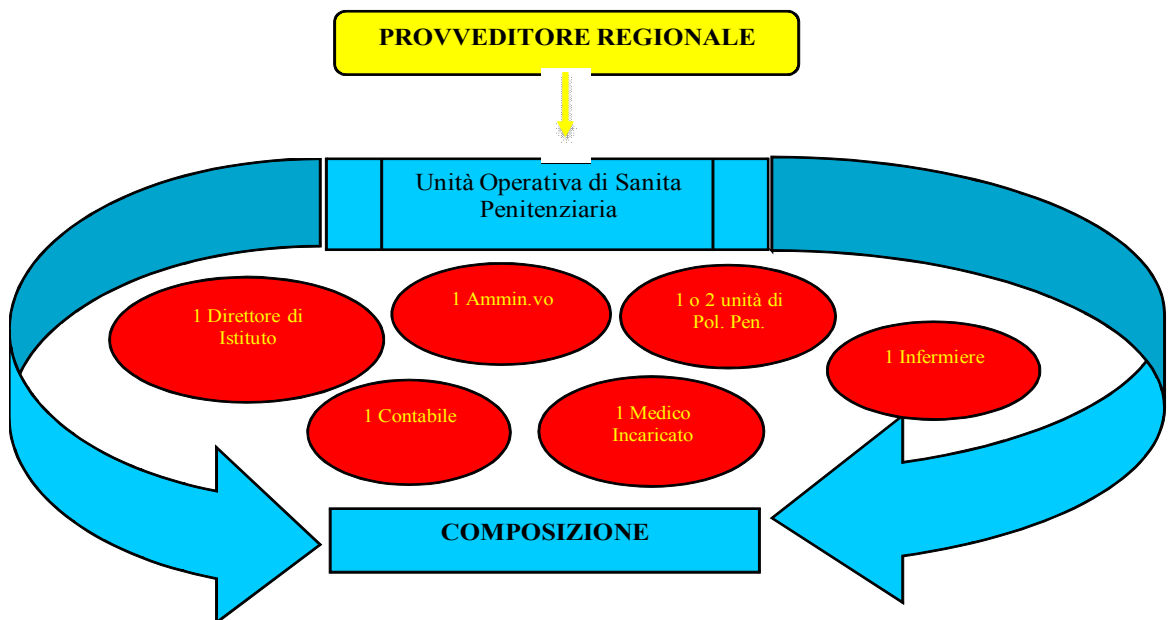
Graf. 1 – Schema organizzativo del Sistema Sanitario Penitenziario in Italia ante Dpcm 1.04.2008



Graf. 2 – Aree di intervento dell'Ufficio Sanitario del Ministero della Giustizia ante Dpcm 1.04.2008



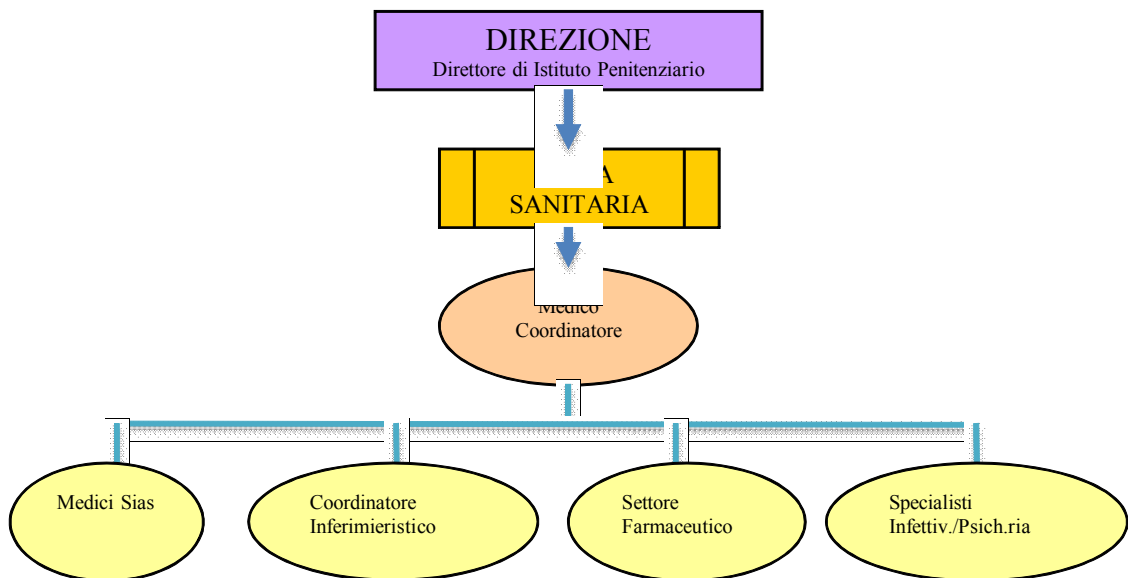
Graf. 3 – Livello Regionale : Organizzazione P.R.A.P ante Dpcm 1 aprile 2008.



La struttura di tipo funzionale è adatta ad organizzazioni semplici, che operano in contesti caratterizzati da un'elevata stabilità ambientale e che instaurano un basso numero di relazioni con altre entità organizzative esterne. L'assetto funzionale entra in crisi nel momento in cui la crescita è, a fronte dell'ampia diversificazione dei prodotti realizzati, rende difficile la gestione delle interdipendenze tra le funzioni. Risulta chiaro che il processo di riforma concretizzatosi con l'emanazione del DPCM 1 Aprile 2008, ha radicalmente mutato gli assetti strategici, gestionali ed operativi dell'ex-Area Sanitaria, che da semplice unità operativa innestata nell'ambito di un'organizzazione fortemente burocratica e verticistica (Istituto penitenziario), tipica di un modello da "burocrazia di controllo", (Mintzberg, 1985) è transitata in un'organizzazione tipicamente di natura professionale (Azienda Sanitaria), in cui la dinamicità dell'ambiente e la necessità di ricoprire un ruolo "attivo" nell'erogazione delle prestazioni sanitarie in un'ottica di "rete" sul territorio, costituiscono certamente

elementi di riflessione sulla necessità di procedere ad una radicale riorganizzazione dell'assetto sanitario penitenziario.

Graf. 4 – Livello Locale : Organizzazione Istituto Penitenziario I e II livello ante Dpcm 1.04.2008 (I livello: 2 specialisti a scelta locale; II livello: 4 specialisti a scelta locale)



§ 2.4 - D.p.c.m. 1 aprile 2008: a che punto siamo?

Come abbiamo avuto modo di sottolineare precedentemente, con l’emanazione del DPCM 1 aprile 2008 tutte le funzioni sanitarie fino a quel momento svolte dal Ministero della Giustizia sono state trasferite al SSN ed al SSR (Servizio Sanitario Regionale) e con esse le relative risorse, il personale, le attrezzature gli arredi ed i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie negli istituti penitenziari. Il citato DPCM, nell’ottica di favorire una maggiore integrazione e coordinamento tra l’amministrazione della Giustizia e quella della Salute, prevede che in sede di Conferenza Unificata Stato – Regioni vengano sanciti una serie di accordi relativi ai rapporti di collaborazione (art. 7), al riparto delle risorse finanziarie (art. 6) e all’utilizzo dei locali adibiti all’esercizio delle funzioni sanitarie (art. 4). In effetti, il 20 novembre 2008, la Conferenza Unificata ha sancito l’Accordo tra il Governo, le

Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, le Autonomie Locali, sulla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento penitenziario e quello sanitario sulla base di principi direttivi assolutamente pregevoli, di cui ci limiteremo ad esaminare quelli più strettamente aderenti ai profili di gestione ed organizzazione del servizio sanitario penitenziario, che sicuramente necessitano di un minuzioso studio scientifico al fine di valutarne l'effettiva capacità di implementazione in relazione all'attuale stato di emergenza del sistema penitenziario italiano. Si ritiene utile, pertanto, ai fini di questo lavoro riportare i seguenti punti della Delibera del 20 novembre 2008:

- a) “la tutela della salute dei detenuti e degli internati avviene all'interno delle strutture penitenziarie; le prestazioni sanitarie possono essere effettuate in strutture sanitarie esterne, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 11 della legge 354/1975 e dall'art. 17 del D.P.R. 230/2000;
- b) “i presidi sanitari realizzati nelle strutture penitenziarie devono rispondere alle esigenze di salute della popolazione detenuta presente; l'organizzazione dei servizi sanitari e delle relative strutture deve tenere presenti le esigenze di sicurezza legate alle diverse tipologie detentive”;
- c) “Il personale sanitario, ferma restando la propria autonomia professionale, è tenuto all'osservanza dell'ordinamento penitenziario, del relativo regolamento di esecuzione, nonché delle disposizioni impartite dall'Amministrazione Penitenziaria...dal Direttore dell'Istituto in materia di sicurezza” (art. 4, comma 3 d.lgs 230/99);
- d) Il Direttore penitenziario ed i direttori dei servizi minorili curano l'organizzazione ed il controllo dello svolgimento delle funzioni proprie dell'Istituto e dei servizi minorili, coordinano le interazioni tra le attività complessive, comprese quelle che coinvolgono operatori non appartenenti all'amministrazione penitenziaria e minorile i quali, peraltro, svolgono i compiti loro affidati con l'autonomia professionale di competenza (art. 3 D.P.R. 230/2000);

- e) “Il diario clinico cartaceo e la cartella clinica possibilmente informatizzata, adottata sull’intero territorio nazionale e di competenza del Servizio Sanitario, costituiscono lo strumento per la raccolta e la gestione dei dati sanitari...” tra le quali viene sancita nel rispetto della privacy un accesso condiviso a tali dati sia da parte dell’Amministrazione della Giustizia che, ovviamente, del Servizio Sanitario;
- f) Le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, sentite le Direzioni penitenziarie e minorili, attivano l’organizzazione sanitaria più appropriata per l’Istituto Penitenziario e per i Servizi minorili, avendo come riferimento le indicazioni fornite in materia sanitaria dalla programmazione regionale.

Dai principi elencati, risulta evidente in prima battuta, la “rivoluzione copernicana” che il settore è destinato a subire nei prossimi anni nonché non può non sottolinearsi l’accelerazione di una visione strategica orientata ad una collaborazione sinergica tra l’Amministrazione della Giustizia ed il Servizio Sanitario, che seppur trattandosi di realtà della pubblica amministrazione deputate alla tutela della salute di persone soggette al sistema di esecuzione penale, hanno sempre agito nell’ottica di preservare le proprie sfere di “potere”, in un regime di estrema autoreferenzialità dei propri processi di servizio senza tendere mai alla creazione di un sistema “integrato” fra sanità ed istituto di pena, lasciando, quindi, privi di un collegamento diretto i due sistemi per decenni. Lo shock normativo intervenuto con il DPCM del 1 aprile 2008, sostanzialmente inatteso, ha inevitabilmente imposto l’originarsi di diverse questioni che nell’economia di questo lavoro, né tratteremo soltanto la parte che allo stato possa suscitare maggiore interesse. In effetti una prima riflessione riteniamo utile farla su quali siano i reali confini dell’autonomia professionale degli operatori sanitari, perché se da una parte se né afferma il rispetto relativamente ai compiti loro affidati, dall’altra i Direttori di Istituto Penitenziario e dei Servizi minorili “coordinano le interazioni tra le attività complessive, comprese quelle che coinvolgono operatori non appartenenti all’amministrazione penitenziaria e minorile...”; tale ambiguità, risulta particolarmente accentuata dal passaggio dell’ex Area Sanitaria, quale articolazione funzionale dell’istituto penitenziario, secondo il modello

organizzativo antecedente al DPCM 1 aprile 2008, ad Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente. Le Aree sanitarie degli istituti penitenziari hanno subito una radicale trasformazione, in quanto da un rapporto di dipendenza, sostanzialmente burocratico ed articolato per linea gerarchica, con il Direttore della struttura penitenziaria, sono chiamate, oggi, ad avere un ruolo attivo sul territorio con un grado di responsabilizzazione e di autonomia sicuramente molto più elevato rispetto al passato (come testimoniato da atti emessi in alcune realtà regionali tra le quali anche la Regione Campania²), originando di conseguenza la necessità di avviare una seria riflessione sulla necessità di implementare nuovi modelli organizzativi in grado di garantire al paziente/detenuto percorsi assistenziali integrati, in considerazione non solo della complessità ambientale che connota il contesto penitenziario, ma dettato dall'urgenza di integrare attività eterogenee tra di loro estremamente interdipendenti (Grandori, 2005). Pertanto, sarà fondamentale nel processo di attuazione della riforma l'implementazione di modelli organizzativi adeguati alle caratteristiche del territorio di riferimento, contestualmente all'avvio di una politica di formazione delle nuove leve di risorse umane destinate ad assumere funzioni apicali nelle strutture sanitarie penitenziarie. Un'ulteriore riflessione che nasce dalla lettura dei principi enunciati, è incentrata sulle modalità con le quali si vuole assicurare la tutela della salute dei ristretti; in effetti emerge che la modalità ordinaria di azione sia quella di garantire nelle strutture la realizzazione di presidi sanitari in grado di rispondere alle esigenze di salute della popolazione detenuta presente, secondo modalità organizzative in grado di garantire il rispetto della sicurezza e delle diverse tipologie detentive. Se non c'è da eccepire nulla, sulla legittimità della norma, nei fatti può essere davvero raggiunto quest'obiettivo?; l'esame dei dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria sul trend di presenze dei detenuti negli Istituti del nostro Paese, in correlazione anche alla

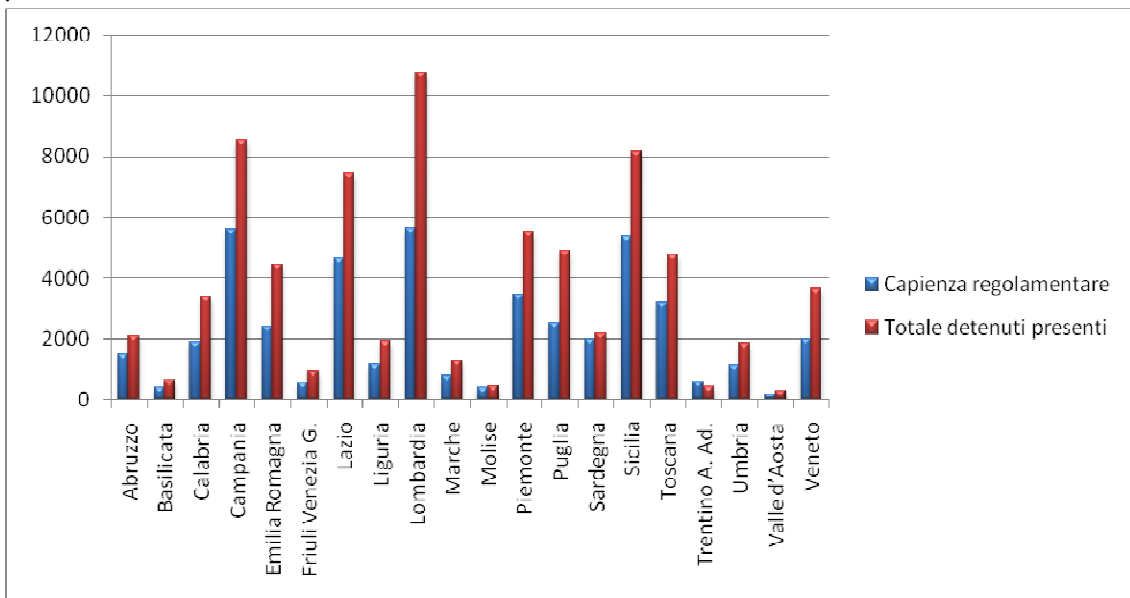
² Decreto Dirigenziali n.° 188 del 30 settembre 2008 – ricognizione dei rapporti di lavoro della sanità penitenziaria trasferiti alla ex Asl Salerno 2 ai sensi dell'art. 3 del D.P.C.M. 1/4/2008; Circolare dell'ASL Salerno – S.C. Implementazione Cure Primarie avente ad oggetto “modello organizzativo di Medicina Penitenziaria.

particolare incidenza di stranieri, ci forniscono interessanti indicazioni su come dovremmo orientare le tipologie di assistenza sanitaria nelle carceri.

Tab 1 - Detenuti presenti e capienza regolamentare degli Istituti Penitenziari per regione di detenzione Situazione al 31 marzo 2011 (fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amm.ne Penitenziaria)

Regione di detenzione	Numero Istituti	Capienza regolamentare	Detenuti presenti		di cui stranieri	%
			Totale	Donne		
Abruzzo	8	1507	1984	65	387	+ 35,96
Basilicata	3	408	552	28	72	+42,15
Calabria	12	1870	3266	55	787	+77,59
Campania	17	5588	7910	321	980	+47.29
Emilia Romagna	13	2394	4126	150	2147	+78.61
Friuli Venezia G.	5	548	849	34	530	+61.13
Lazio	14	4661	6576	444	2587	+50.61
Liguria	7	1139	1719	89	973	+58.73
Lombardia	19	5652	9494	633	4210	+79.17
Marche	7	775	1201	35	515	+59.48
Molise	3	389	453	0	66	+16.45
Piemonte	13	3438	5201	167	2621	+56.13
Puglia	12	2528	4449	218	821	+84.61
Sardegna	12	1973	2051	54	867	+6.69
Sicilia	27	5391	7740	217	1860	+47.59
Toscana	18	3186	4407	189	2241	+44.25
Trentino A. Ad.	3	586	395	17	269	- 29.70
Umbria	4	1134	1672	75	759	+54.05
Valle d’Aosta	1	181	272	1	186	+50.82
Veneto	10	1972	3283	177	1956	+75.45
Totale nazionale	208	45320	67600	2969	24834	+55.71

Grafico 5 – Situazione nazionale delle presenze/capienza regolamentare dei detenuti nelle carceri italiane (**Fonte:** Ministero della Giustizia – D.a.p. – Dati aggiornati al 31 marzo 2011)



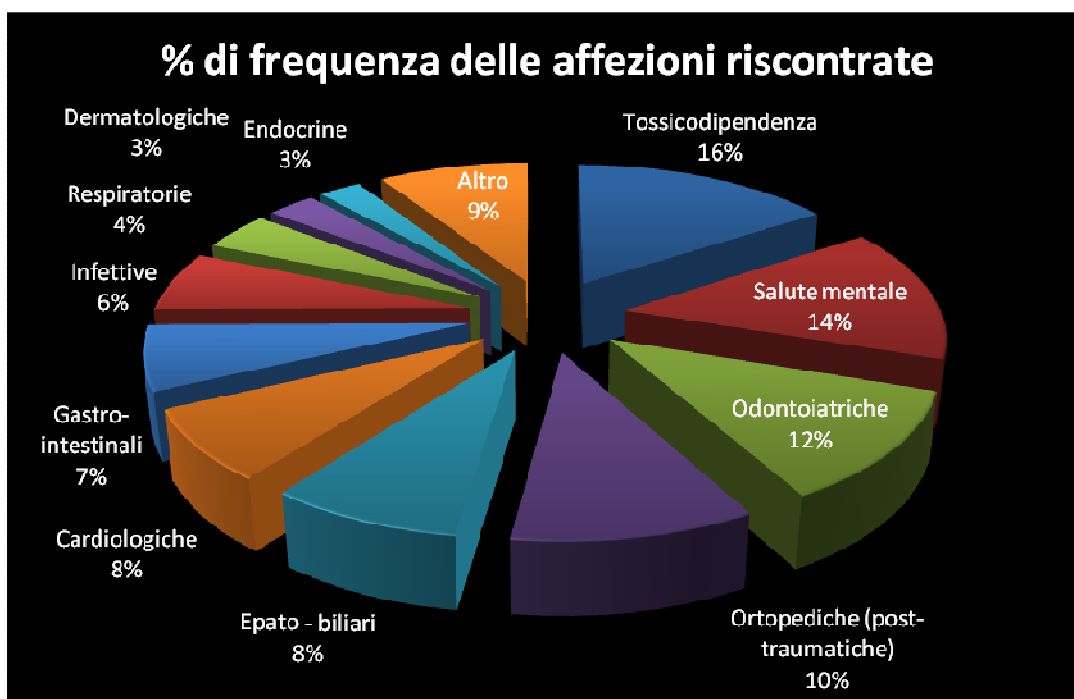
Sicuramente, dall'analisi dei dati emerge un'assoluta asimmetria tra la capienza regolamentare delle strutture detentive e l'effettiva presenza di detenuti; se consideriamo la notevole incidenza del fenomeno del "turn over" dei flussi in entrata ed in uscita dei ristretti, è fisiologico ritenere che l'attuale sistema sanitario penitenziario non può reggere efficacemente il trend di presenze, purtroppo con stime ancora in crescita, ma sono necessarie radicali innovazioni negli attuali assetti organizzativi al fine di rendere effettivi i principi enunciati dal disegno normativo della riforma, che peraltro, presenta delle evidenti criticità rispetto al fenomeno del sovraffollamento degli istituti di pena; infatti, se soffermiamo la nostra analisi in particolare su uno dei pilastri del DPCM 1 aprile 2008, ed in particolare a quello enunciato al suddetto punto a), è lecito chiedersi, come è possibile garantire, quale modalità ordinaria, l'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture detentive, di fronte ad un trend di presenze di oltre il 50% rispetto alla capienza regolamentare?; è evidente che tra i fattori di ulteriore complessità è necessario tener

conto del quadro epidemiologico che emerge³, come rappresentato nella tabella 2), in cui la prevalenza di patologie legate allo stato di tossicodipendenza ed alla salute mentale impongono la progettazione di assetti organizzativi del servizio sanitario penitenziario secondo logiche di azione fortemente integrate, sia con la rete sanitaria ed ospedaliera presente sul territorio che in diretta sinergia con le istituzioni universitarie e di ricerca in maniera tale da stimolare sia la formazione professionale del personale sanitario e penitenziario che l'effettiva implementazione di sistemi di monitoraggio di epidemiologia clinica in grado di orientare le scelte del management sanitario e penitenziario verso l'effettivo bisogno di salute del paziente – detenuto.

Tabella 2 - Stati patologici - Italia	
Fonte: Ministero della Giustizia - D.A.P. - Ufficio III Servizio Sanitario (dati rilevati tra Aprile 2004 e Settembre 2005)	
Patologie	% di frequenza delle affezioni riscontrate
Tossicodipendenza	15,69
Salute mentale	14,52
Odontoiatriche	11,74
Ortopediche (post-traumatiche)	10,28
Epato - biliari	8,19
Cardiologiche	7,53
Gastro-intestinali	6,92
Infettive	6,46
Respiratorie	4,16
Dermatologiche	2,91
Endocrine	2,53
Altro	9,07
Totale	100,00

³ Indagine di ricerca sulle patologie più frequenti tra la popolazione detenuta italiana espletata dal Ministero della Giustizia- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Direzione Generale Detenuti e Trattamento – Ufficio III Servizio Sanitario – periodo dal Aprile 2004 a Settembre 2005 – campione: territorio nazionale – schede esaminate, pari al numero dei soggetti sottoposti ad indagine, tot. 105.752 schede per 144.276 affezioni riscontrate . I dati sono stati raccolti dall'esame delle circolari e disposizioni ufficiali del servizio sanitario del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Grafico 6 – Situazione nazionale delle affezioni maggiormente riscontrate tra i detenuti nelle carceri italiane. (Fonte: Ministero della Giustizia – Dip. amm. Penit. Dati rilevati da Aprile 2004 a Settembre 2005).



Nel prossimo capitolo procederemo ad un'analisi delle esperienze internazionali (Francia, Norvegia, Inghilterra e Galles) in cui l'implementazione dell'effettivo processo di riforma della medicina penitenziaria è stato reso possibile grazie, fondamentalmente, all'adozione di nuovi assetti organizzativi del servizio, volti ad incentivare la realizzazione di strategie di "partnership" con le istituzioni sanitarie e non, a livello locale, per garantire un'effettiva tutela del diritto alla salute al detenuto, non soltanto per il periodo di detenzione nel carcere, ma anche in un'ottica di continuità del percorso di cura nella fase post-detentiva, cioè all'atto delle dimissioni dalla struttura carceraria.

L'effettiva implementazione del DPCM 1 aprile 2008, dovrà necessariamente essere sostenuta dalla costante ricerca di modelli manageriali in grado di orientare i processi decisionali verso una progressiva "sburocratizzazione" del servizio sanitario penitenziario, mediante una rivisitazione non solo dei processi di assistenza sanitaria

al paziente/detenuto, ma all'attuazione di una politica di riforma, *in primis*, del ruolo e delle funzioni del medico coordinatore delle aree sanitarie all'interno degli istituti di pena, disciplinate da una normativa ormai obsoleta e che necessita di un urgente aggiornamento (Legge 740/70), nonché si avverte contestualmente la necessità di procedere alla realizzazione di costanti e progressivi percorsi di formazione per tutto il personale sanitario ed infermieristico interessato all'esercizio delle funzioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari italiani.

§. 2.5 - Conclusioni

Pur essendo l'organizzazione del SSN, senza alcun dubbio, di chiara competenza regionale, il citato DPCM, nell'ambito delle "linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" ha provato anche a fornire delle indicazioni sui modelli organizzativi da adottare, nell'obiettivo di perseguire un'organizzazione omogenea dei servizi di sanità penitenziaria, cercando contestualmente di garantire l'uniformità dei livelli di assistenza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Tali linee di indirizzo hanno proposto di istituire:

- un servizio multi professionale che assicuri le prestazioni di base e specialistiche nelle Asl sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva fino a 200 detenuti;
- un servizio multi professionale ai fini dell'erogazione delle prestazioni di base e specialistiche nelle Asl sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva da 200 a 500 detenuti;
- un'ideale struttura con autonomia organizzativa nelle Asl sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva di oltre 500 detenuti, o istituti sede di Centro clinico o di sezioni specializzate di degenza ospedaliera, osservazione e/o riabilitazione psichiatrica, disabilità motoria, malattie infettive,

ovvero quando presenti più istituti penitenziari anche di diversa tipologia (minorili, femminili);

- una specifica unità operativa, ovvero uno specifico servizio multidisciplinare, nell'ambito della struttura organizzativa istituita dalla Regione, nelle Asl sul cui territorio sono presenti Istituti di pena per minorenni (IPM), Centri di prima accoglienza (CPA) o Comunità ministeriali terapeutiche ed educative che ospitano minorenni sottoposti a provvedimenti penali. Il contesto penitenziario offre un livello di complessità per il management sanitario elevatissimo, soprattutto se l'adozione di modelli organizzativi in differenti Regioni può variare in funzione del numero e del mix di detenuti malati assistiti, della prevalenza e dell'incidenza di stati patologici dei flussi di accesso nelle strutture penitenziarie e dalla tipologia delle stesse in riferimento ai differenziati circuiti detentivi (41 bis; Alta Sicurezza; Elevato Indice di Vigilanza (EIV); comuni ecc.).

A tre anni dall'entrata in vigore del DPCM, la riforma della sanità penitenziaria è ferma al palo; stritolata tra l'emergenza del sovraffollamento, l'emergere di criticità legate al passaggio delle competenze dal dicastero della Giustizia a quello del Welfare e della Salute, (e di conseguenza alle singole realtà regionali), tormentata dalla difficoltà di rivalorizzare le risorse umane a disposizione mediante l'attivazione di percorsi formativi in grado di preparare il personale alle sfide future, nonché la necessità di realizzare percorsi assistenziali integrati centrati sul detenuto/paziente, ci induce ad attingere dai contributi forniti in letteratura in tema di *"process management"* e *"process reengineering"*, fondati sull'analisi dei flussi di attività in un'ottica di costante miglioramento (Hammer e Champy 1993; Devenport 1993), per l'individuazione dei fondamenti organizzativi propedeutici all'implementazione di nuovi modelli assistenziali in grado di garantire processi di continuità nella tutela della salute del detenuto. Al riguardo va, sottolineata, la carenza di equità e managerialità collegata al provvedimento di riforma della sanità penitenziaria che ha introdotto principi base come il trasferimento delle funzioni sanitarie, delle attrezzature, dei beni

strumentali e del personale, ma senza prevedere una politica omogenea di recepimento della normativa da parte delle singole realtà regionali, per cui allo stato sono osservabili realtà di eccellenza ove la tutela della salute dei detenuti è divenuto un “*must*” da non sottovalutare e da monitorare attentamente, nella ricerca di modelli organizzativi innovativi in grado di realizzare una implementazione effettiva del disegno normativo previsto dal DPCM 1 aprile 2008, alla constatazione di situazioni regionali in cui le prestazioni sanitarie erogate ai detenuti costituiscono un aspetto secondario rispetto alle più rilevanti esigenze di sicurezza. L’attuale momento storico sembra fornire una grande opportunità per avviare un “*reengineering*” dei processi di salute-sicurezza nell’ottica dell’attuazione di processi virtuosi di miglioramento del management sanitario penitenziario.

Tuttavia, ad oggi, non esistono studi di ricerca che hanno cercato di individuare “sul campo” le criticità sullo stato di attuazione del processo di riforma della Sanità penitenziaria; tenteremo nel prosieguo di questo lavoro di espletare, per la prima volta, un’indagine di questo tipo, su un campione particolarmente significativo quale è la Regione Campania. E’ indubbio, che le complessità e le criticità riscontrabili presso gli istituti penitenziari della Regione Campania possano costituire una preziosa fonte di dati sia per quanto riguarda il quadro nazionale che internazionale; la realtà campana è particolarmente complessa sia per quanto riguarda la tipologia delle strutture detentive (di bassa e di alta sicurezza) che per la particolare diversificazione della popolazione detenuta presente, anche per effetto dell’incidenza dei soggetti stranieri. E’ pertanto, evidente che allo stato attuale, l’inattuazione del processo di riforma della Sanità penitenziaria impone una seria riflessione scientifica sul “vuoto” di studi e di ricerca finalizzati all’individuazione di nuovi assetti organizzativi per tale settore della pubblica amministrazione, purtroppo per anni, chiuso entro i limiti dell’autoreferenzialità del sistema penitenziario.

FONTI

Andreano R., “Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri. Profili normativi e sociologici, in *l'altro diritto* – Centro di documentazione su carcere, devianza e marginalità – serie ricerche sanità e carcere, 1999 (www.altrodiritto.unifi.it/ricerche);

Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, Milano, 2005;

Borri B., Grifoni M., Patriarca D., Nante N., Studio di un progetto di miglioramento della qualità assistenziale in ambito penitenziario, in *Mondo Sanitario* anno XVII n.° 1-2, Gennaio.-Febbraio 2010;

Brunetti C., Ziccone M., Manuale di Diritto Penitenziario, La Tribuna, Piacenza, 2005;

Camuffo A., Le interdipendenze, in Costa G., Nacamulli R., *Manuale di Organizzazione Aziendale*, Utet, Torino, 1997

Cicchetti A., La Progettazione Organizzativa, Principi, strumenti ed applicazioni nelle organizzazioni sanitarie, Franco Angeli\ Sanità, 2005;

Corte dei Conti, Indagine sullo stato dell'assistenza sanitaria in favore dei detenuti (gestione anni 1997/1999), prospettive di riordino del servizio in base al d.lgs 230/99 – relazione alla sent. 45/2001, sezione centrale di controllo sulle gestioni delle amministrazioni centrali dello Stato, Roma 2002;

Corte di Conti, Indagine sullo stato di attuazione della disciplina di riordino della medicina penitenziaria, programma di controllo 2004, relazione alla Delibera 23/2005/G, Sezione centrale di controllo sulle gestioni delle amministrazioni centrali dello Stato, Roma, 2005;

Davenport T., *Process Innovation: reengineering work through information technology*, Harvard Business School Press, Boston, MA, 1993;

Floris A., “Il diritto alla salute in carcere” in *Ristretti Orizzonti*, periodico di informazione e cultura dal carcere Due Palazzi di Padova, anno 12, numero 7, dicembre 2010;

Friedland R., Alford R.R., Bringing society back in: symbols, practices and institutional contradictions, in W.W., Powell P.J. Di Maggio (a cura di), *The new institutionalism in organizational analysis*, University of Chicago Press, Chicago, 1991;

Grandori A., L'Organizzazione dalle “contingenze” alle “complementarietà” strutturali, in A. D'Atri (a cura di), *Innovazioni organizzativa e tecnologie innovative*, Etas Libri, Milano, 2004;

Hammer M., Champy J. *Reengineering the corporation*, Harper Business, New York, 1993;

Mintzberg H., *La progettazione dell'Organizzazione Aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1985.

Perrone M., Salute in carcere, riforma in “alto mare” da “Il Sole 24 Ore” – Sanità - , 16/22 giugno 2009;

Ruffini R., Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, in *Mecosan* 18, 1996;

Sargiacomo M., Ianni L., Degrassi F., D'Urso A., Spunti di riflessione sul management della sanità penitenziaria: il caso di “Rebibbia” – Asl Roma B in Rivista trimestrale Mecosan anno XVIII – n.° 72 – Ottobre – Dicembre 2009;

Starnini G., Attualità e prospettive di sviluppo della Sanità Penitenziaria, in Bollettino n.° 2 “Carcere e Sanità” dell'Osservatorio Regionale sulla popolazione detenuta ed in Esecuzione Penale Esterna per la Regione Veneto, 2009;

CAPITOLO III

LA SANITA' PENITENZIARIA: ESPERIENZE INTERNAZIONALI A CONFRONTO

SOMMARIO: 3.1 Obiettivi e metodologia dell'indagine – 3.2 La “pressione” internazionale sul processo di riforma della sanità penitenziaria – 3.3 Il sistema penitenziario francese – 3.4 L'origine della Legge 18 gennaio 1994 sul passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale – 3.5 Il sistema di organizzazione ed evoluzione delle cure. Le cure ambulatoriali, unità di consultazione e cura ambulatoriali (UCSA), le cure ospedaliere (UHSI) – 3.6 Quali insegnamenti si possono trarre da questa organizzazione? L'analisi dei punti di forza e di debolezza – 3.7 Il sistema penitenziario norvegese – 3.8 La sanità penitenziaria in Norvegia – 3.9 Il “Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well – being” (NDPHS) and “Expert Group on Prison Health” (EGPH) – 3.10 Lo stato del sistema penitenziario in Inghilterra e Galles – 3.11 Il sistema sanitario penitenziario in Inghilterra e Galles – 3.12 Conclusioni.

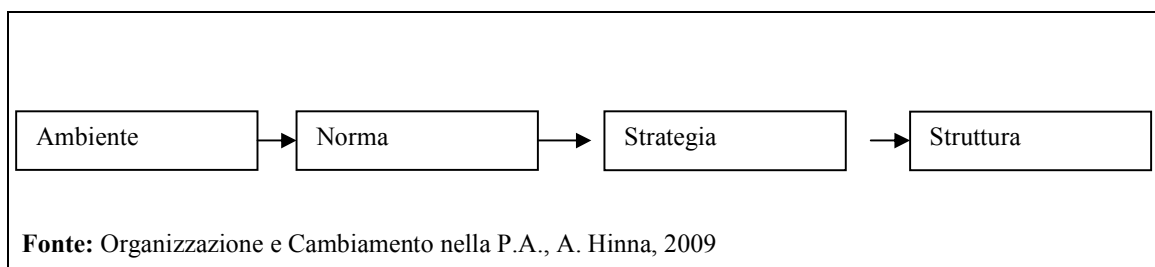
§. 3.1 - Obiettivi e metodologia dell'indagine

In questo capitolo esamineremo tre realtà internazionali, Francia, Norvegia, Inghilterra e Galles in cui, ormai, da anni il servizio sanitario penitenziario ha subito un radicale processo di riforma avendo come comune denominatore con il caso italiano il trasferimento delle funzioni sanitarie dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

L'obiettivo che ci si pone in questa sede è di individuare i fattori di spinta e di resistenza al processo di riforma avviato nelle citate realtà internazionali, cercando di trarne delle indicazioni utili anche per l'attuale situazione del nostro Paese, in cui il processo di riforma del sistema sanitario penitenziario è fermo al “palo”, ancora alla ricerca di efficaci assetti organizzativi in grado di garantire un'adeguata assistenza sanitaria alla popolazione detenuta.

Al fine di consentire un'analisi comparata dei sistemi penitenziari in esame si è attinto al classico approccio ambiente – strategia – struttura, che la letteratura organizzativa ripercorre anche nel mondo della pubblica amministrazione in una prospettiva ulteriormente ampliata, come mostrato nella figura 1), in considerazione della particolare rilevanza che assume il “quadro” normativo (Hinna L., 2009).

Figura 1 - Il rapporto ambiente organizzazione nella pubblica amministrazione



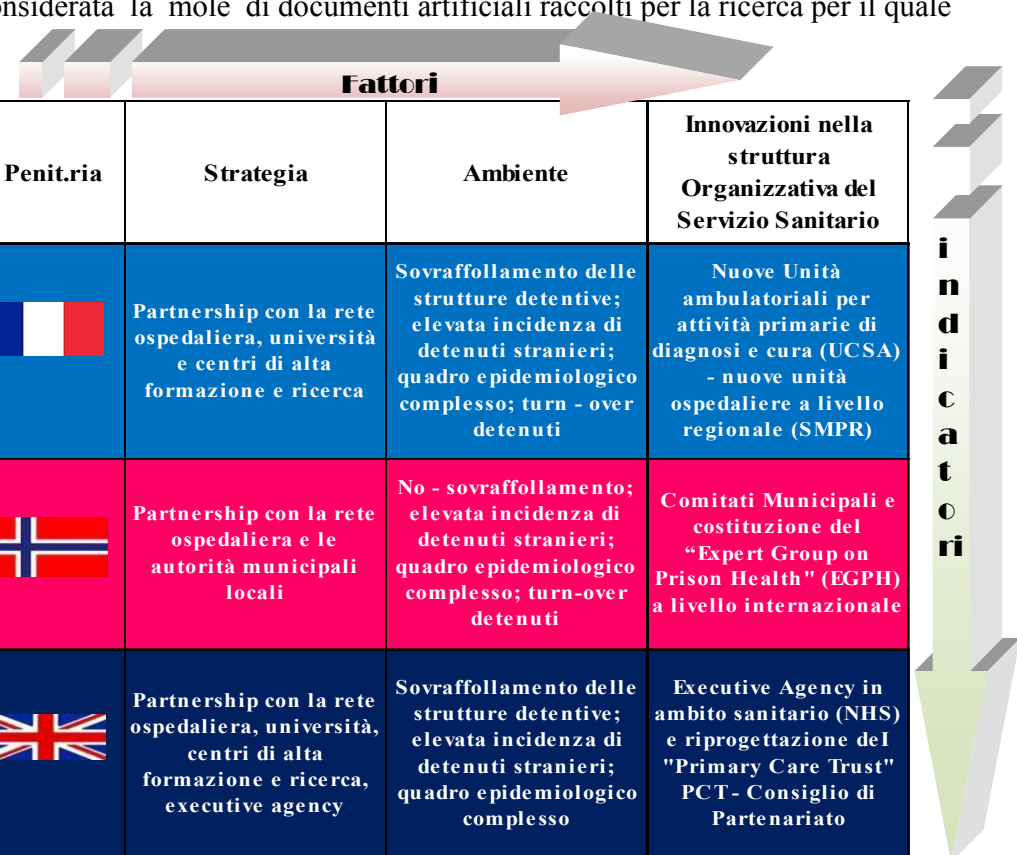
In effetti l'emergere di un nuovo impianto legislativo, (come avvenuto in Italia con l'emanazione del D.p.c.m. 1 aprile 2008 e precedentemente in altre realtà internazionali, oggetto dell'analisi), costituisce la cinghia di trasmissione tra modificazioni ambientali ed esigenza di cambiamento dell'azienda pubblica, determinando un elemento di forte discontinuità ambientale tale da indurre le singole aziende/amministrazioni a profondi mutamenti interni (Decastri, 2005). Attingendo dalla letteratura organizzativa classica di Burns e Stalker (1974) - ambiente statico e dinamico, sistema meccanico ed organico - l'organizzazione pubblica deve e non può che essere contaminata da alcune tipiche caratteristiche degli assetti meccanici, quali l'elevato grado di formalizzazione ed un alto livello di accentramento, come strumenti di controllo della conformità dei comportamenti rispetto alle fonti normative, il che equivale a dire che per l'amministrazione pubblica, la correlazione ambiente dinamico - sistema organico vale solo parzialmente. Infatti, come esaminato nel capitolo I, la burocrazia da sola non è in grado di affrontare e risolvere con piena efficacia la complessità degli attuali assetti dell'amministrazione pubblica; anzi l'errore organizzativo, ed i circoli viziosi che possono originarsi, che neppure Weber seppe prevedere, e che come abbiamo visto altri autori ne hanno analizzato le diversificate dinamiche, hanno dimostrato come il modello burocratico se, non usato correttamente può generare delle inefficienze, macchiandosi di quell'accezione diffusa e negativa di burocrazia per il quale si associa comunemente un'organizzazione lenta, non capace di raggiungere i propri fini istituzionali, ricurva su se stessa. La scelta dei sistemi sanitari penitenziari, oggetto di analisi nel presente lavoro, è stata dettata non solo dalla comune "ratio" nella definizione delle modalità relative al passaggio della medicina penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, ma anche dalla particolare significatività dei flussi detentivi, dell'articolazione territoriale delle strutture carcerarie, dalle politiche strategiche intraprese per l'effettiva attuazione del processo di riforma in ciascun Paese, secondo le direttive ed i principi normativi emessi a livello internazionale. A




tal fine l'analisi è stata condotta secondo un approccio matriciale per il quale sono stati individuati degli indicatori sulla base di ciascun fattore forniteci dalla letteratura classica : ambiente, strategia e struttura organizzativa del servizio sanitario penitenziario, come riportato nella figura 2). L'individuazione di tre assi di valutazione, ambiente, strategia e struttura organizzativa, ha consentito di poter procedere con dati sia quantitativi che qualitativi all'effettuazione di un'analisi comparativa tra le realtà nazionali oggetto d'indagine e di analizzare le interdipendenze, piuttosto complesse, tra il mondo carcerario e quello sanitario per la progettazione di assetti organizzativi, tali da garantire prestazioni efficaci alla popolazione detenuta.

La modalità di indagine si è prevalentemente incentrata su un 'analisi classificatoria e relazionale'¹, considerata la mole di documenti artificiali raccolti per la ricerca per il quale

Figura 2

Matrice di analisi



Nazione/Amm. Penit.ria	Strategia	Ambiente	Innovazioni nella struttura Organizzativa del Servizio Sanitario
	Partnership con la rete ospedaliera, università e centri di alta formazione e ricerca	Sovraffollamento delle strutture detentive; elevata incidenza di detenuti stranieri; quadro epidemiologico complesso; turn - over detenuti	Nuove Unità ambulatoriali per attività primarie di diagnosi e cura (UCSA) - nuove unità ospedaliere a livello regionale (SMPR)
	Partnership con la rete ospedaliera e le autorità municipali locali	No - sovraffollamento; elevata incidenza di detenuti stranieri; quadro epidemiologico complesso; turn-over detenuti	Comitati Municipali e costituzione del "Expert Group on Prison Health" (EGPH) a livello internazionale
	Partnership con la rete ospedaliera, università, centri di alta formazione e ricerca, executive agency	Sovraffollamento delle strutture detentive; elevata incidenza di detenuti stranieri; quadro epidemiologico complesso	Executive Agency in ambito sanitario (NHS) e riprogettazione del "Primary Care Trust" PCT- Consiglio di Partenariato



Fonte: Elaborazione propria, 2012

era necessario dai testi un'informazione più sintetica e generale di quella presente nei singoli eventi osservati, al fine di descriverli e spiegarli. Si proceduto ad organizzare il

¹ Bruschi A., "Metodologia della ricerca sociale" ed. Laterza &Figli, 2005

materiale raccolto nella ricerca effettuando confronti tra le sue parti affini, riassumendone l'opera svolta con lo scopo di giungere alla formazione di categorie, liste, matrici, grafi di varia natura (basati sugli eventi, sulle proprietà o sulle relazioni) atti a classificare e tipologizzare l'esperienza a volte anche con l'individuazione di cammini causali². L'indagine ha consentito la raccolta di dati la cui produzione è stata effettuata per fini e da attori diversi, pertanto le fonti sono state classificate in primarie e secondarie.

Parliamo in particolare delle rilevazioni pubbliche dirette, quando ciascuno Stato effettua periodicamente delle rilevazioni secondo la modalità del censimento (tutti i casi dell'universo né sono interessati) e del campionamento (un suo sotto-insieme) per aggiornare i dati dei censimenti o fornire informazioni ad essi complementari. Per quanto riguarda invece, lo studio che è stato condotto in questo capitolo si è basato su rilevazioni pubbliche indirette (dette anche amministrative) utilizzando i dati che provengono dalle normali attività gestionali delle amministrazioni, interessate dal processo di riforma della sanità penitenziaria. Esse hanno offerto delle periodiche e sistematiche informazioni sulle dinamiche demografiche della popolazione detenuta, sulla sanità e l'assistenza sociale della stessa, sugli atti di politica strategica e gestionale delle amministrazioni pubbliche e degli attori aziendali interessati dal processo di assistenza sanitaria in carcere.

§. 3.2 – La “pressione” internazionale sul processo di riforma della sanità penitenziaria

La qualità dell'assistenza sanitaria da erogare alla persona in regime detentivo è definita da un avanzato quadro normativo internazionale. Il fondamento è individuabile nell'art. 12 del Patto Internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ONU, 1966) che sancisce “...il diritto di ogni individuo a godere del miglior stato di salute fisica e mentale...”; tale principio impone un' indiscutibile equiparazione tra la persona detenuta e gli altri esseri umani, soprattutto nel conservare il diritto fondamentale ad un tenore di assistenza sanitaria che sia almeno equivalente a quello previsto nella più ampia comunità. I principi di base delle Nazioni Unite (1990), per il trattamento dei prigionieri, indicano come sia fondamentale garantire ai detenuti il più alto livello possibile di cure sanitarie;

² Testi rilevanti di analisi qualitativa sono: M.B. Miles e A.M. Huberman, “Qualitative Data Analysis”, Sage, Thousand Oaks 1994; I. Dey “Qualitative Data Analysis”, Routledge & Kegan, London, 1993; A.L. Strauss, “Qualitative Analysis for Social Scientists”, Cambridge University Press, Cambridge 1987; G. King, R.O. Keohane e S. Verba, “Designing Social Inquiry”. “Scientific Inference in Qualitative Research” Princeton University Press, Princeton 1994.

infatti il principio n.° 9, riporta testualmente: "...i detenuti devono avere accesso ai servizi sanitari disponibili nel Paese, senza discriminazioni sulla base della loro situazione giuridica...". Pertanto risulta chiaro, che le persone in prigione non sono destinatarie di un diritto "affievolito" per l'accesso a cure sanitarie adeguate, anzi è il caso di affermare con certezza che quando uno Stato priva la persone della loro libertà, assume la responsabilità di prendersi cura della loro salute sia per quanto concerne le condizioni in cui le detiene, sia del necessario trattamento terapeutico individuale da erogare in relazione alle patologie che si manifestano all'interno di un contesto detentivo. Le amministrazioni penitenziarie, in sinergia con quelle sanitarie nel panorama delle istituzioni pubbliche, sono, atipicamente investite di una forma di responsabilità che potremo definire "integrata", in quanto le prime sono chiamate a garantire le migliori condizioni per promuovere il benessere dei prigionieri, le seconde, invece, devono necessariamente assicurare l'erogazione di un'assistenza sanitaria altamente qualificata, tale da consentire ai detenuti di non uscire dal carcere in condizioni peggiori di quando ci sono entrati. Questo principio è rafforzato dalla Raccomandazione n.° 98 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa (1998), emessa al fine di orientare in maniera assolutamente incisiva l'implementazione di nuovi assetti organizzativi per l'assistenza sanitaria carceraria e di delinearne nuovi spazi etici. In particolare il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, già nel 1998, chiese che i sistemi sanitari carcerari, in relazione alle specifiche dinamiche ambientali³ di ciascun Paese, dovessero essere integrati con i servizi sanitari nazionali, sia nell'interesse dei prigionieri che della popolazione in generale, soprattutto per le politiche relative alle malattie infettive che possono diffondersi dalle prigioni alla più ampia comunità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) ha raccomandato fortemente l'integrazione tra i servizi sanitari penitenziari e quelli di salute pubblica, in considerazione di un elevato potenziale di trasmissione di malattie gravi dal carcere alla società libera.

L'implementazione di processi assistenziali che permettano di garantire una continuità di cure tra sistema penitenziario e la comunità in generale deve costituire un imperativo per i sistemi di sanità pubblica; si pensi che più di un terzo delle masse migratorie transita,

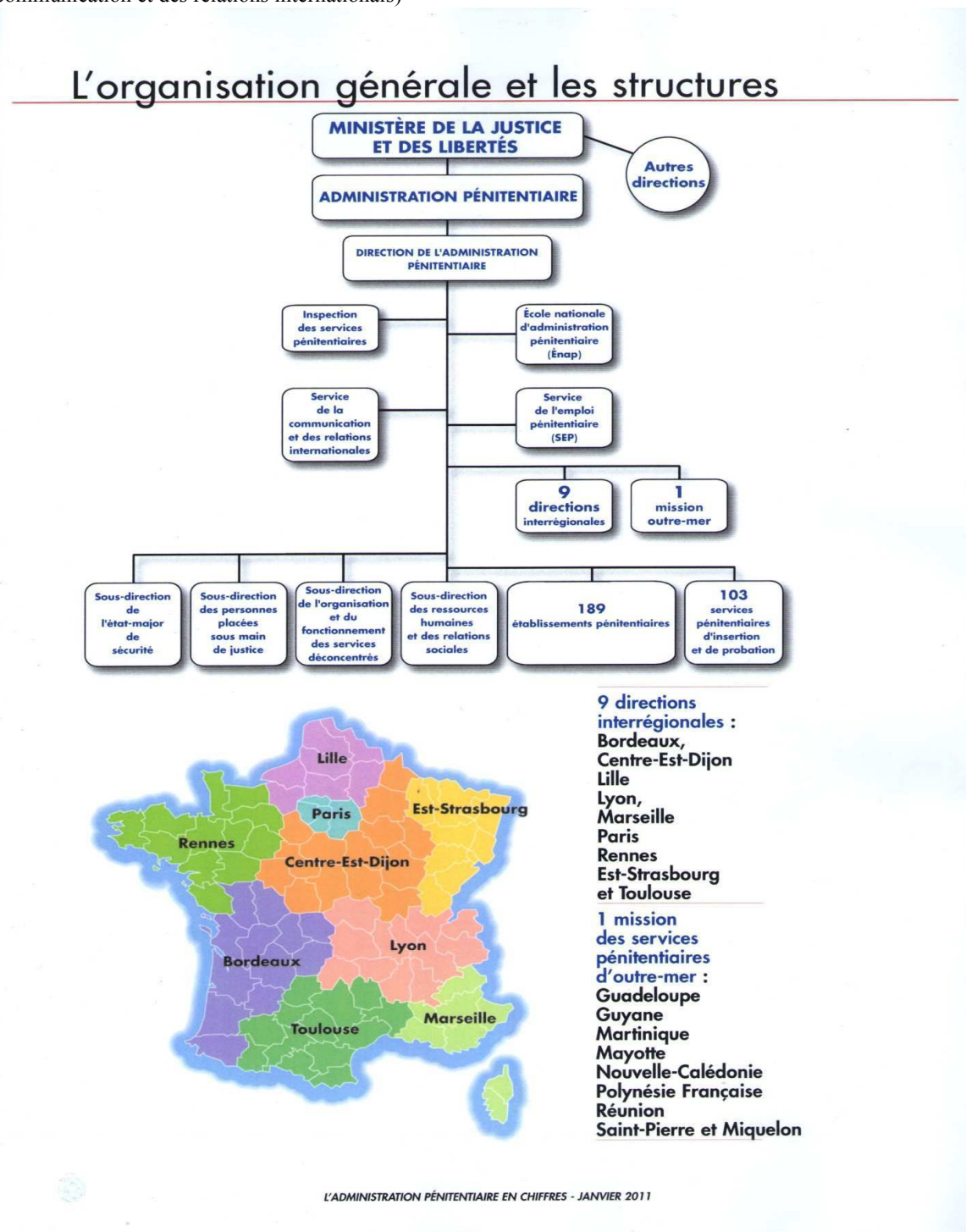
³ Per dinamica ambientale intendiamo riferirci alla variabilità dei parametri che in questo lavoro sono stati individuati per delineare la cosiddetta "complessità ambientale", in particolare l'andamento dei flussi detentivi, la percentuale di detenuti stranieri, ecc.

purtroppo, in un circuito penitenziario⁴, oltre al personale, avvocati, funzionari ed altri visitatori che quotidianamente lavorano all'interno delle strutture. Con la Dichiarazione di Mosca (WHO, Ufficio Regionale per l'Europa, 2003) e con l'emissione della Raccomandazione di Madrid (2009) e da ultimo con la Conferenza di Copenaghen (2010), l'integrazione del servizio sanitario penitenziario con quello nazionale costituisce una leva strategica fondamentale per l'implementazione di politiche sanitarie in grado di attivare cicli virtuosi di prevenzione e trattamento nella cura delle principali patologie che purtroppo trovano difficile risoluzione, almeno allo stato attuale, all'interno del contesto detentivo. Nell'ottica di incentivare la collaborazione internazionale tra le amministrazioni penitenziarie, anche al fine di migliorare le condizioni detentive dei ristretti, nel 2006 il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa ha sostanzialmente rivisto le Regole Penitenziarie Europee (emesse nel 1987), introducendo una sezione intermente dedicata all'assistenza sanitaria nelle carceri; per la prima volta le Regole Penitenziarie Europee facevano specifico riferimento all'obbligo delle autorità carcerarie di salvaguardare la salute di tutti i prigionieri (vedi §. 39) e la necessità di organizzare i servizi di medicina penitenziaria in stretto rapporto con le amministrazioni sanitarie nazionali.

La spinta normativa che si è evidenziata a livello internazionale si è effettivamente innestata in alcune realtà nazionali, tra le quali analizzeremo quelle che storicamente sono risultate le più significative (Francia, Norvegia, Inghilterra e Galles), sia in relazione alle modalità di transito della medicina penitenziaria al servizio sanitario nazionale, che per quanto concerne le strategie messe in campo per rendere effettivo il diritto alla salute della persona – detenuta. I processi di riforma analizzati hanno rivoluzionato gli assetti organizzativi delle strutture sanitarie penitenziarie, innestando un ciclo virtuoso fortemente evolutivo della classica figura professionale del medico coordinatore verso logiche di management assolutamente innovative ed ancora allo stato potenzialmente rivelatrici di spazi di ricerca ancora sconosciuti in relazione alla particolare atipicità e complessità del settore.

⁴ International Centre for Prison Studies, London, 2011 – analisi dei dati statistici dell'incidenza della popolazione straniera transitati nei circuiti penitenziari; per i dati del sistema penitenziario italiano la fonte è rinvenibile nel sistema statistico del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia, per il quale si è proceduti ad un'analisi documentale propria. Per l'analisi dei circuiti penitenziari nel sistema italiano vedasi le circolari del Ministero della Giustizia – DAP – n.°606895 del 20.01.1991; n.° 3359 del 21.4.1993; n.° 3449 del 16.1.1997; n.° 3479 del 9.7.1998; n.° 20 del 9.1.2007; n.° 0145202 del 21.4.2009.

Figura 3 – (fonte: www.justice.gouv.fr - Direction de l'administration pénitentiaire - Service de la communication et des relations internationales)



§. 3.3 - Il sistema penitenziario francese



Il sistema penitenziario francese risulta piuttosto complesso; l'articolazione politica del territorio tra Regioni e Dipartimenti si riflette sulla stessa struttura organizzativa del sistema carcerario d'oltralpe. Il numero delle carceri risulta di 189 strutture, divise tra le 26 regioni ed i 100 dipartimenti; la popolazione detenuta, tendenzialmente intorno alle 65.000 unità, rispetto ad una disponibilità di posti pari a 49.668 unità, evidenzia un cronico sovraffollamento delle strutture detentive che in alcune regioni raggiunge un tasso del 200%. Il sistema penitenziario è gestito dal Ministero della Giustizia dal 1911 ed è uno dei cinque rami del Dipartimento della Giustizia; il direttore generale è nominato dal Presidente della Repubblica su proposta del suddetto dicastero. La configurazione organizzativa del sistema è strutturalmente articolata su tre livelli, nazionale, regionale e locale, come rappresentato sinteticamente nell'organigramma (figura 3); fanno eccezione le competenze relative all'attuazione delle politiche formative per il personale penitenziario, riservate esclusivamente ad un organismo di rilevanza nazionale (ENAP)⁵, come avviene anche nel nostro sistema penitenziario, per il quale il coordinamento e la supervisione di tutte le politiche formative del personale sono affidate all'Istituto Superiore di Studi Penitenziari (ISSP) con sede a Roma, che però, pur avendo una propria autonomia gestionale, ricade sotto la giurisdizione del Ministero della Giustizia.

Il direttore dell'Amministrazione Penitenziaria è coadiuvato da un servizio ispettivo che ha funzioni consultive e fornisce pareri su progetti di regolamentazione normativa, sulla sicurezza e la disciplina all'interno delle strutture detentive. Di notevole rilevanza strategica è l'Ufficio delle Comunicazioni e Relazioni Internazionali, che è deputato ad agevolare i rapporti di collaborazione con altri Paesi, nella ricerca di azioni sistemiche innovative con i servizi penitenziari esteri. Il sistema penitenziario francese presenta delle peculiarità legate al decentramento dei servizi, per il quale la relativa Direzione Generale incentiva i processi di modernizzazione delle strutture detentive e ne controlla costantemente l'azione fornendo le risorse necessarie al loro funzionamento.

Al fine di far fronte al cronico sovraffollamento degli istituti penitenziari, la Francia ha avviato un imponente programma per l'implementazione del sistema di monitoraggio elettronico dei detenuti mediante l'uso del cosiddetto "*braccialetto elettronico*". La misura

⁵ Scuola Nazionale dell'Amministrazione Penitenziaria.

si sta rivelando un'alternativa efficace per la reintegrazione dei detenuti all'interno della società civile, senza ledere le necessarie misure di sicurezza, emesse dall'autorità giudiziaria competente, finalizzate a regolamentare i tempi e le modalità di circolazione sul territorio delle persone sottoposte a sorveglianza elettronica.

	<p>FRANCE</p>  <p>Fonte: International Centre for Prison Studies, London, 2011.</p>															
Ministero responsabile	Ministère de la Justice et des Libertés															
Amministrazione penitenziaria	Direction de l'Administration Pénitentiaire															
Indirizzo di contatto	DAP/SCERI 13 Place Vendome, 75042 Paris, France															
Telephone/fax/website	tel: +33 1 49 96 28 15 fax: +33 1 49 96 28 80 Web: www.justice.gouv.fr															
Capo Amministrazione Penitenziaria	Jean-Amédée Lathoud Directeur de l'Administration Penitentiaire															
Popolazione detenuta (compresi i soggetti in custodia cautelare)	71,742 at 1.9.2011 (amministrazione penitenziaria francese – incluse le regioni ed i territori d'oltremare)															
Tasso di popolazione carceraria (su 100,000 della popolazione nazionale)	109 (sulla base di una popolazione stimata nazionale di 66,1 milioni all'inizio del mese di settembre 2011 – ISEE – Istituto Nazionale di Statistica Francese)															
Detenuti in custodia cautelare (percentuale di popolazione carceraria)	22.4% (1.9.2011)															
Detenute (percentuale di popolazione carceraria)	3.5% (1.9.2011)															
I giovani / minori / giovani detenuti incl. definizione (percentuale della popolazione carceraria)	1.0% (1.9.2011 - under 18)															
Detenuti stranieri (percentuale di popolazione carceraria)	18.1% (1.10.2009)															
Numero di stabilimenti / istituzioni	191 (2011)															
Capacità ufficiale del sistema carcerario	56,556 (1.9.2011)															
Livello di occupazione (basato sul valore della capacità ufficiale)	112.5% (1.9.2011)															
I recenti trend della popolazione carceraria (anno, la popolazione carceraria totale, tasso di popolazione carceraria)	<table border="0"> <tr> <td>1995</td> <td>51,623 in metropolitan France</td> <td>(89)</td> </tr> <tr> <td>1998</td> <td>50,744 in metropolitan France</td> <td>(87)</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>44,618 in metropolitan France</td> <td>(75)</td> </tr> <tr> <td>2004</td> <td>55,355 in metropolitan France</td> <td>(91)</td> </tr> <tr> <td>2007</td> <td>60,201 in metropolitan France</td> <td>(97)</td> </tr> </table>	1995	51,623 in metropolitan France	(89)	1998	50,744 in metropolitan France	(87)	2001	44,618 in metropolitan France	(75)	2004	55,355 in metropolitan France	(91)	2007	60,201 in metropolitan France	(97)
1995	51,623 in metropolitan France	(89)														
1998	50,744 in metropolitan France	(87)														
2001	44,618 in metropolitan France	(75)														
2004	55,355 in metropolitan France	(91)														
2007	60,201 in metropolitan France	(97)														

I benefici di tale modalità di esecuzione della pena sono molteplici: se da un lato allieva il peso del sovraffollamento delle strutture penitenziarie, dall'altro consente, per coloro che necessitano di cure sanitarie e di percorsi diagnostico - terapeutici di alta specializzazione, un'ottimale condizione di accesso ai servizi sanitari, con enormi vantaggi sul benessere psico - fisico dei ristretti, in quanto non si limita la possibilità di proseguire l'esercizio dell'attività lavorativa e di coltivare i legami familiari. Il sistema del braccialetto elettronico si è rivelato particolarmente incisivo anche sul trend di spesa del sistema penitenziario francese; mentre il costo medio di detenzione nel 2009 è stato pari ad € 83,86, per coloro che sono stati sottoposti al regime di sorveglianza elettronica è risultato di € 11,89. Le autorità francesi hanno spinto per un incremento del monitoraggio elettronico dei detenuti come emerge dai dati riportati⁶.

Tabella 1 – Dati del sistema penitenziario francese, 2010

Totale delle persone in custodia			
	01/11/2011	01/11/2010	Evoluzione annuale (%)
Totale	73149	67165	8,90%
Detenuti non imprigionati	8438	5737	47,10%
prigionieri in sorveglianza elettronica (ad inizio pena)	7386	4994	47,90%
prigionieri in sorveglianza elettronica (a fine pena)	500	56	-
prigionieri non ospitati in luoghi esterni	552	687	-19,70%
Detenuti imprigionati	64711	61428	5,30%
Imputati	16456	16057	2,50%
condannati in semilibertà	1917	1714	11,80%
condannati in luoghi esterni (domiciliari, comunità)	382	429	-11,00%
condannati non definitivi	45956	43228	6,30%

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Francese – elaborazione propria – dicembre 2011.

⁶ Fonte: *International Centre for Prison Studies*, dicembre 2011 - King's College London, Strand, London WC2R 2LS, England, United Kingdom. Tel +44 (0)20 7836 5454

Tabella sub 1 – Dati del sistema penitenziario francese, 2010

Densità carceraria
7 istituti o distretti hanno una densità uguale o superiore al 200%; 31 istituti o distretti hanno una densità maggiore o uguale a 150 e inferiori a 200% 55 istituti o distretti hanno una densità maggiore o uguale a 120 e inferiore a 150% 25 istituti o distretti hanno una densità maggiore o uguale a 100 e inferiore al 120% 127 istituti o distretti hanno una densità inferiore al 100%

Persone in carcere per esecuzione della pena			
	01/11/2011	01/11/2010	Evoluzione annuale (%)
Totale	10237	7824	30,08%
Condannati in semi-libertà	1917	1714	11,80%
prigionieri in sorveglianza elettronica (ad inizio pena)	7386	4994	47,90%
Condannati in luoghi esterni	934	1116	-16,30%
Incidenza sul totale dei detenuti (%)	18,1	15,3	

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Francese – elaborazione propria – dicembre 2011.

Tableau 3-A
Courbe d'évolution mensuelle de la population écrouée détenue depuis 20 ans

Champ : Métropole et Outre-Mer
Effectif au : 1er novembre 2011
Source : DAP - PMJ5

Evolution mensuelle de la population écrouée puis écrouée détenue depuis 20 ans

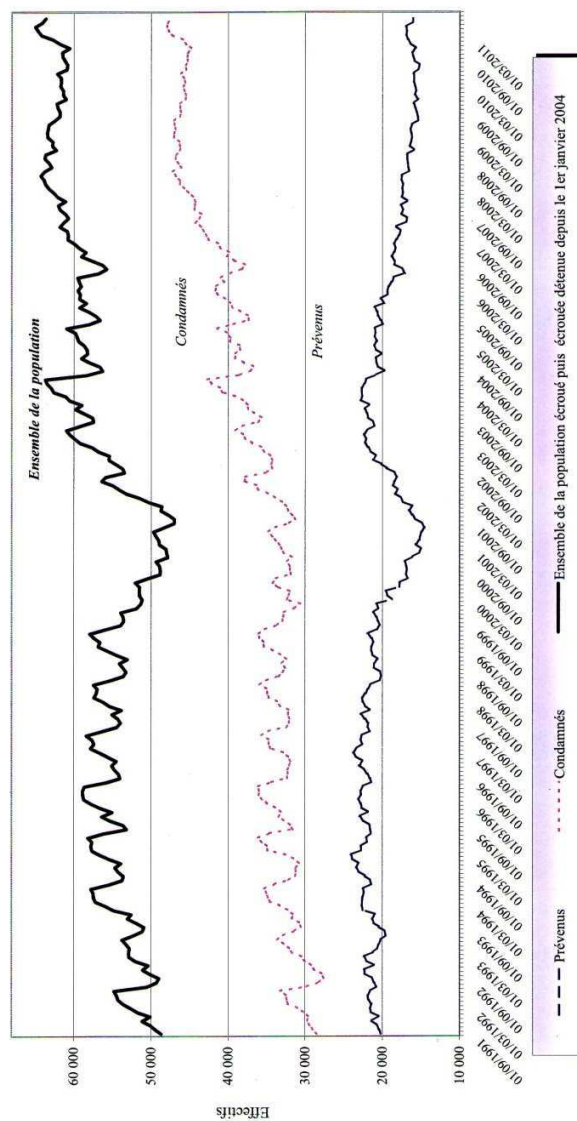
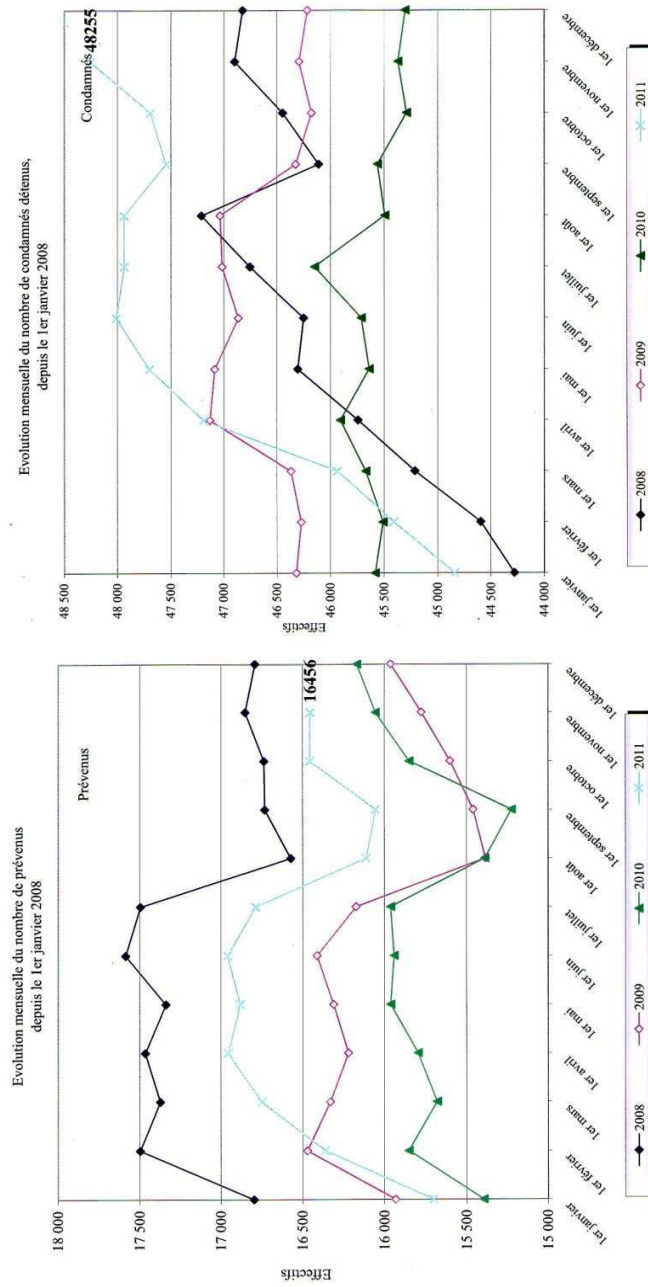


Tableau 3-C
Courbe d'évolution mensuelle de la population écarouée détenue selon la catégorie pénale depuis le 1er janvier 2008

Champ : France entière
 Effectif au : 1er novembre 2011
 Source : DAP - PMIS



Dall'esame dei dati su esposti (tableau 3-A; 3-C) emerge come l'andamento dei flussi detentivi nel sistema penitenziario francese sia in costante crescita nonostante un trend in diminuzione del numero di imputati (prèvenus); tuttavia il crescente aumento di persone condannate (condamnès), ma ammesse al regime di sorveglianza elettronica, ha consentito al sistema di reggere all'impatto del costante incremento della popolazione detenuta. E' evidente che la correlazione tra trend di crescita dei ristretti e l'individuazione di nuovi assetti organizzativi del sistema sanitario penitenziario non possono essere scissi, anzi devono essere resi perfettamente simmetrici anche nel tener conto, sia della particolare e crescente incidenza degli stranieri nella realtà detentiva francese che del numero di soggetti ammessi alle misure alternative alla detenzione (sorveglianza elettronica). E' logico ritenere come non esista più, rispetto al passato, una versione unidimensionale⁷ dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in carcere, ma emerge la necessità di garantire prestazioni sanitarie adeguate sia ai soggetti ristretti all'interno delle mura di un istituto penitenziario che per coloro, ammessi a misure alternative alla detenzione, senza tralasciare in entrambi i casi le criticità legate alla cura di nuove ed imprevedibili patologie di cui possono esserne potenziali portatori i detenuti stranieri, fin dai paesi di origine. Peraltro risulta fondamentale la necessità di garantire ai ristretti percorsi di continuità terapeutica anche dopo l'esecuzione della pena in carcere, mediante la costruzione di percorsi terapeutici post-detentivi, ciò al fine di perseguire effettivamente gli obiettivi di cura della persona.

Peraltro emerge con assoluta evidenza la necessità di avviare politiche di prevenzione sanitaria mediante l'attivazione di percorsi di educazione alla salute, soprattutto per soggetti ad alto rischio di esclusione sociale tra le quali sicuramente vi rientrano i soggetti che sono transitati all'interno del circuito penitenziario. Pertanto, alla luce di queste considerazioni, un nuovo modello organizzativo sanitario carcerario non può che essere pensato ed ideato in una visione multi-dimensionale, in risposta a tutte le istanze imposte dalle dinamiche dei flussi detentivi e dall'evolversi del contesto economico – sociale.

⁷ Si intende, l'erogazione di prestazioni sanitarie orientate esclusivamente a chi è ristretto all'interno della struttura penitenziaria e limitatamente al tempo dell'esecuzione della pena; nella maggioranza dei casi è stata riscontrata una carenza di continuità terapeutica tra i percorsi intrapresi all'interno della realtà detentiva e quello successivamente seguito in stato di libertà. Pertanto, frequentemente i soggetti che per la commissione di nuovi reati rientrano nel circuito penitenziario (fenomeno della recidiva), non solo non hanno completato alcun processo di cura ma presentano standard di salute assolutamente molto più precari rispetto alla diagnosi originaria.

§. 3.4 - L'origine della legge del 18 gennaio 1994 – passaggio della Sanità Penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale.

Nel 1992 l'Amministrazione penitenziaria francese si è trovata in un momento di grande difficoltà per quanto riguarda l'assistenza sanitaria nelle carceri, in quanto le cure dei detenuti erano sostenute esclusivamente dal Ministero della Giustizia ed in costante aumento per effetto del crescente ingresso di reclusi nel sistema penitenziario. Il 15 luglio 1992, i Ministri della Giustizia e della Salute incaricarono l'Alto Comitato della Sanità Pubblica (HCSP) di elaborare una dettagliata relazione sullo stato della sanità penitenziaria francese al fine di giungere alla predisposizione di un nuovo sistema di cura per la popolazione detenuta; alla fine dei lavori l'Alto Comitato propose di riorganizzare il sistema delle cure mediche e di affidare il settore alla sanità pubblica ospedaliera.

L'adozione della relazione dell'HCSP, ha condotto alla promulgazione di una legge nel gennaio del 1994 per implementare un nuovo sistema organizzativo che consentisse standard di qualità nell'erogazione di prestazioni sanitarie alla popolazione detenuta, tramite il sistema di sanità pubblica, equivalenti a quelle offerte a tutta la popolazione. In meno di due anni, il sistema sanitario penitenziario francese è transitato dal Ministero della Giustizia a quello della Salute; a tal fine le linee strategiche rintracciabili nella nuova architettura normativa sono le seguenti:

- Il trasferimento dell'assistenza sanitaria dei detenuti presso le strutture ospedaliere;
- Inclusione dei detenuti nel sistema generale di assistenza sociale.

Questa legge è pienamente inserita nel quadro di una politica globale in materia di sanità pubblica nelle carceri; così, dal 1994, le persone detenute ricevono cure da professionisti ospedalieri (medici, dentisti, psicologi, infermieri, ecc.) all'interno delle carceri, così come negli ospedali, in regime di emergenza, di visita specialistica o ricovero. L'implementazione della nuova normativa ha cambiato radicalmente l'approccio al trattamento sanitario delle persone detenute, garantendo un accesso a cure di qualità equivalenti a quelle della popolazione generale. L'implementazione effettiva delle disposizioni normative è stato reso possibile grazie anche ad un aumento sostanziale delle risorse economiche – finanziarie che hanno consentito la realizzazione di significativi programmi di formazione ed aggiornamento del personale e delle attrezzature medicali. Basti pensare che tra il 1994 ed il 2006 i finanziamenti sono passati da 69 milioni di euro ad oltre 230 milioni con un incremento di oltre il 300%.

Il flusso di risorse investite, ha permesso di procedere alla creazione di nuove unità ambulatoriali per attività primarie di diagnosi e cura (UCSA). Le nuove realtà hanno raggiunto standard di cura qualitativamente più elevati, rilevati attraverso alcuni indicatori legati alle patologie più ricorrenti all'interno del circuito penitenziario (prevalenza di epatite B e C, cura di dipendenze farmacologiche e tossicologiche).

La realizzazione di una strategia di stretta collaborazione con le strutture ospedaliere ha garantito una migliore qualità dell'approccio terapeutico, aumentando l'operatività della Medicina Penitenziaria; gradualmente è stato potenziato l'uso di medici specialisti e si è assistito ad un incremento di nuove professionalità di operatori, con evidenti ricadute anche sulla implementazione di nuove dinamiche gestionali in grado di intercettare e motivare la permanenza di professionisti del settore sanitario pubblico, all'interno del sistema penitenziario, ampliando gli orizzonti di nuove opportunità di sviluppo professionale ed attivando nuovi interessi e spazi di ricerca scientifica in ambito accademico.

Al di là dei suddetti progressi, la legge ha rilanciato una vera e propria etica della medicina in carcere; il trasferimento al servizio sanitario pubblico ha sancito nuove responsabilità verso i detenuti determinando un profondo cambiamento culturale. L'infermeria nelle carceri, dunque non è più strutturata come un luogo detentivo ed il personale non è più dipendente dall'Amministrazione Penitenziaria.

§. 3.5 - *Il sistema di organizzazione ed evoluzione delle cure.*

La cura ambulatoriale; unità di consultazioni e cure ambulatoriali (UCSA)

Le cure ospedaliere (UHSI)

La legge del 1994 ha creato all'interno di ogni carcere centri di consultazione e cure ambulatoriali (UCSA), la cui costituzione si basa su un protocollo, estremamente analitico, ratificato tra le autorità sanitarie e l'Amministrazione penitenziaria; il citato documento, seppur indicativo di un tasso di burocratizzazione piuttosto alto, stabilisce nel dettaglio gli assetti organizzativi della UCSA, sia per quanto concerne i processi di erogazione delle cure che nella gestione delle risorse umane e tecnologiche necessarie alla realizzazione di performance improntate alla massima efficacia, efficienza ed economicità del sistema sanitario.

Le UCSA sono state configurate come delle unità ospedaliere, articolate secondo un puro criterio di territorialità (vicinanza tra la struttura detentiva ed il presidio ospedaliero), in

quanto si avvalgono della disponibilità di personale medico e paramedico altamente qualificato, messo a disposizione della struttura ospedaliera territorialmente più vicina alla struttura detentiva. In sostanza, con l'attivazione delle UCSA, viene consentito ai detenuti di rivolgersi ai Medici negli ospedali, che hanno aderito al protocollo, per ricevere le cure necessarie; è stata possibile la realizzazione di una rete ospedaliera di circa 180 strutture sanitarie, in grado di garantire, a seconda degli specifici bisogni di salute dei ristretti, la possibilità di avvalersi delle attrezzature e delle tecniche mediche specialistiche più avanzate. L'adozione di tale assetto organizzativo ha inciso di riflesso sulle strategie e le modalità di azione delle direzioni delle singole strutture penitenziarie, orientando le stesse verso il perseguimento di due obiettivi fondamentali:

- Il primo è lo sviluppo locale dell'UCSA secondo le norme fissate dalla Direzione ospedaliera;
- Il secondo si occupa della sicurezza del personale ospedaliero che lavora nel progetto UCSA e della sorveglianza dei detenuti durante il periodo di permanenza. Ciò richiede una stretta cooperazione che soddisfi tutti gli elementi propri del rapporto che si rivela, spesso in tensione, tra esigenza di assistenza e bisogno di sicurezza, quando al centro del processo di cura vi è un paziente-detenuto.

Per quanto concerne le cure ospedaliere (UHSI), l'organizzazione è stata definita nell'anno 2000; essa si articola, fondamentalmente su due livelli di ospedalizzazione, ed è stata immediatamente sperimentata per le malattie di salute mentale (che hanno una particolare incidenza tra le malattie che si manifestano all'interno del circuito penitenziario) :

- **1° livello:** urgente ricovero in ospedale, per un breve periodo, presso la struttura sanitaria firmataria del protocollo (ci sono 221 camere di questo tipo, che si trovano entro 180 UCSA);
- **2° livello:** altri ricoveri espletabili mediante un'idonea attività di programmazione: otto unità ospedaliere interregionali (UHSI) situate presso strutture sanitarie della medesima tipologia, però a carattere universitario (CHU).

La UHSI dispone di un medico-chirurgo che ha la competenza di accogliere le persone di entrambi i sessi, adulti e minori per i quali è stata elaborata una diagnosi primaria dal UCSA. I ricoveri in servizi altamente specializzati sono sempre svolti nei dipartimenti interessati ed il trasferimento alla fase successiva presso le strutture ospedaliere UHSI, avviene esclusivamente su parere del medico. Il primo UHSI è stato inaugurato nel

febbraio del 2004, l'ultimo realizzato risale al 2009. Queste unità hanno una capacità di 190 posti per la realizzazione di prestazioni sanitarie ospedaliere ad alta specializzazione, ed in condizioni di massima sicurezza.

La localizzazione di queste unità all'interno della clinica universitaria è stata un'azione strategica fondamentale per consentire un'integrazione ed una collaborazione efficace tra le amministrazioni della giustizia e della salute. Tale assetto organizzativo ha trovato terreno fertile nella cura delle malattie di salute mentale in quanto il numero di detenuti con disturbi psichiatrici è risultato particolarmente incisivo rispetto al totale della popolazione detenuta e risulta, allo stato attuale, in costante aumento, come confermato da alcuni studi epidemiologici⁸ di matrice empirica.

A tal fine già le disposizioni legislative e regolamentari avviate nel 1985, con la legge sulla psichiatria e successivamente sviluppate nel 1994, hanno ulteriormente previsto delle unità di sostegno all'interno delle prigioni in cui affianco al UCSA (costituito da psichiatri e psicologi – 1° livello) sono stati costituiti delle Unità ospedaliere a livello regionale (SMPR), specializzati nel ramo della psichiatria e psicologia, che espletano le loro funzioni in modalità del tutto indipendente rispetto alle UCSA. I SMPR (26 in totale) sono fondamentalmente le cellule operative sia nelle attività di ricovero del paziente-detenuto che durante il successivo ciclo terapeutico; essi hanno un ruolo di coordinamento e di formazione sul personale appartenente alle UCSA della regione di competenza per quanto concerne le discipline psichiatriche e psicologiche.

Attualmente, l'unico modo per effettuare un ricovero ospedaliero in ambito psichiatrico di persone detenute è attraverso un regime di coercizione e di isolamento. Il numero dei detenuti ricoverati in questo tipo di strutture è aumentato considerevolmente nel corso degli ultimi 10 anni con un rapporto di 1 a 15.

Questi ricoveri sono in genere di breve durata e servono spesso per superare una crisi acuta, senza una prospettiva di lunga degenza; tale tipologia di pazienti sono causa di forti tensioni con altri detenuti e con il personale di Polizia penitenziaria; considerata la particolarità e la complessità di tali pazienti, sono state predisposte delle unità mediche di transito (UMD), cui possono essere destinati a seconda della gravità della patologia, per un tempo brevissimo, al massimo una settimana, prima di essere trasferiti alle altre Unità.

⁸ Dominique Peton-Klein – Ministero della Salute – Francia, intervento in occasione del XXXI Congresso Nazionale di Medicina Penitenziaria, Amalfi, 22/24 maggio 2008.

Un dato, assolutamente, molto preoccupante è l'aumento di patologie psichiatriche nelle carceri e la necessità di migliorare l'approccio terapeutico di questi pazienti. I Ministeri della Giustizia e della Salute hanno dato mandato nel 2001 ad un team di studiare le modalità per migliorare le cure mediche dei detenuti con disturbi mentali. In questo contesto, la legge di programmazione del Settembre 2002 ha stabilito la creazione di ospedali appositamente attrezzati (UHSA), per una capienza di circa 750 posti.

§. 3.6 - *Quali insegnamenti si possono trarre da questa organizzazione? l'analisi dei punti di forza e di debolezza.*

È chiaro che la situazione sanitaria delle persone detenute è generalmente peggiore rispetto a quella della popolazione generale⁹. La popolazione penitenziaria continua ad accumulare fattori di rischio, ed alcuni di essi, presentano purtroppo un'elevata stabilità: insicurezza e difficoltà di accesso alle cure; alto consumo di alcol e di dipendenza dal tabacco; accentuazione di fenomeni di violenza.

Oltre ciò, altri cambiamenti rilevanti, sono stati osservati ed in particolare un aumento significativo di poli-tossicodipendenze. È stata anche riscontrata una diminuzione dell'infezione da HIV. L'incidenza di epatiti B e C è elevata e raramente risultano trattate prima del regime carcerario, parallelamente al già citato incremento del numero di persone detenute che richiede sostegno psicologico e psichiatrico (vedasi i dati congiuntamente riportati nelle tabelle 2 – 3 - 4). I miglioramenti nella cura dei detenuti in seguito alla legge del 1994 sono stati ampiamente evidenziati. L'erogazione di risorse dedicate è stata notevole, ma al di là di tutto questo progresso, la legge ha modificato il concetto di etica nella cura in carcere.

La medicina penitenziaria è stata trasformata: da medicina di emergenza umanitaria, a normale cura ospedaliera. I principi di parità di accesso alle cure, l'indipendenza dell'approccio alla salute e il rispetto del segreto professionale si sono progressivamente affermati. Gradualmente si fa strada una dottrina di assistenza sanitaria dei detenuti, coadiuvati dal sostegno ambulatoriale ed ospedaliero, ed è questa la finalità dell'UHSA.

⁹ Vedasi testi in letteratura sui “determinanti della salute: Buccioni Rossano, “Disagio, ambiente e salute”, determinanti della salute nelle società funzionalmente differenziate, in “Disagio ed Ambiente” ed. Vita&Pensiero, Università Cattolica, aut. Agostoni A. & Villa F., ed. 2002; Caroppo Maria Sereni & Turati Gilberto, “I sistemi regionali in Italia”, ed. Vita&Pensiero, ed. Università Cattolica, Milano, 2007; Zanella Riccardo, Manuale di “Economia Sanitaria”, Maggioli Editore, 2011, Acconci Pia, “Tutela della salute e diritto internazionale”, ed. Cedam, 2011.

Tabella 2 - Dati sanitari ed epidemiologici rilevati nel sistema penitenziario francese

Indagine di ricerca sulla valutazione dello stato di salute delle persone che entrano in carcere		
	1997	2003
% di detenuti con condizione di salute:		
Buona	77,10	80,30
Media	21,20	18,00
Cattiva	1,70	1,70
Totale	100,00	100,00
% di detenuti con condizione odontoiatrica:		
Buona	49,70	47,30
da sottoporre ad una cura programmata	47,70	50,00
da sottoporre ad una cura d'urgenza	2,60	2,70
Totale	100,00	100,00
% di detenuti che hanno riferito di avere avuto almeno un contatto con il sistema sanitario nei 12 mesi antecedenti alla carcerazione		
Totale (1)	58,30	56,2
di cui:		
un consulto o esame ginecologico	53,7	52,7
ricovero di almeno 4 giorni per trauma	7,3	6,5
Ricovero psichiatrico (in generale)	8,9	7,7
Regolare ricovero in ospedale psichiatrico per trattamento di cura	8,8	9,1
di cui: trattamento in corso con sostanze psicotrope	5,1	5,8
% di detenuti che dichiara di essere beneficiario di:		
Assegno per disabili adulti	==	2,4
Disabilità o malattia di lunga durata	==	3,3
Esenzione dalle tasse per coloro che hanno una malattia di lunga durata	==	3,8
Almeno una delle tre citate tipologie	==	6,2
% di detenuti che dichiarano un trattamento in corso:		
Broncodilatatori ed anti-asmatici	3,7	4,4
Antitubercolosi	0,1	0
Antiepilettico	1,3	2
Insulina	0,4	0,5
Anti-ipertensione, anti-angina o anticoagulanti	2,3	2,3
Altro antiretrovirale	0,8	0,5
Terapia anti-virale (anti-HCV; anti - HBV, ecc.)	0,3	0,2
Altro trattamento a lungo termine (esclusi i contraccettivi)	==	5,5
% di detenuti che dichiara di aver fatto:		
un tentativo di suicidio nei 12 mesi precedenti la carcerazione	==	5,9
un peircing o tatuaggio	==	24,8
(1) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant ayant pu avoir plusieurs contacts avec le système de soins. Champ : France entière.		
Source : Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees		

Tabella 3 - Dati sanitari ed epidemiologici rilevati nel sistema penitenziario francese

Malattie infettive croniche delle persone che entrano in prigione	1997	2003
<i>% di detenuti che hanno dichiarato di essersi sottoposti ad un esame di screening di AIDS, Epatite B, C prima della carcerazione</i>		
Tre prove	17,10	17,00
Due prove	7,90	11,20
AIDS ed Epatite B	5,70	1,80
AIDS ed Epatite C	1,60	8,60
Epatite B ed Epatite C	0,60	0,80
Un test	24,10	14,50
AIDS	22,10	12,60
Epatite B	1,60	0,90
Epatite C	0,40	1,00
<i>% di detenuti per i quali risulta HIV, HBV e/o HCV Positivo al momento della carcerazione</i>		
Tre sieropositività	0,30	0,10
Due sieropositività	1,20	0,60
HIV e HBV	0,10	0,10
HIV e HCV	0,30	0,20
HBV e HCV	0,8	0,3
Un test singolo	5	3,5
HIV	0,9	0,6
HCV	1,1	0,4
HBV	3	2,5
<i>% di detenuti che hanno dichiarato di aver avuto prima della carcerazione un trattamento completo di vaccinazione contro l'epatite B</i>		
	13,7	31,3
Champ : France entière.		
Source : Enquête « Fiche santé entrant de l'état de liberté », Drees		

Tabella 4 – Dati sullo stato di salute della popolazione detenuta nel sistema penitenziario francese.

Consumo di sostanze psicoattive e trattamento terapeutico sostitutivo	1997	2003
% di detenuti che fumano (frequenza giornaliera)		
da 1 a 5 sigarette	6,40	7,40
da 6 a 20 sigarette	53,40	55,40
più di 20 sigarette	18,50	15,00
fumatori occasionali o ex fumatori	21,70	22,20
Totale	100,00	100,00
% di detenuti che dichiarano un consumo di alcool almeno cinque volte al giorno per gli uomini e tre per le donne (1) e/o almeno cinque bevande alcoliche consecutive almeno una volta al mese	33,30	30,90
% di detenuti che dichiarano un utilizzo prolungato e regolare di stupefacenti nel corso di 12 mesi antecedenti alla carcerazione Totale (2) (3)	32,00	33,30
di cui :		
Cannabis	25,60	29,80
Eroina, morfina ed oppio	14,40	6,50
Cocaina o crack	8,90	7,70
Farmaci utilizzati in modo coinvolgente	9,10	5,40
Altri prodotti (LSD, Ecstasy, Colle, Solventi, ecc.)	3,40	4,00
Poliassunzione (4)	14,60	10,50
% di detenuti che ha assunto droghe per via endovenosa almeno una volta nel corso dei 12 mesi antecedenti alla carcerazione	11,80	6,50
% di detenuti che dichiarano di essere sottoposto a terapia sostitutiva con.		
Metadone	0,60	1,50
Subutex	6,30	6,00
% di detenuti che dichiarano un trattamento in corso con sostanze psicotrope Totale (2)	17,10	14,80
di cui :		
neurolettici	3,50	4,50
antidepressivi	4,00	5,10
ansiolitici o ipnotici	15,20	12,00
(1) >= 5 bicchieri al giorno, indipendentemente dal sesso nel 1997. (2) Il totale è inferiore alla somma delle linee, si può consumare più prodotti in arrivo. (3) L'uso di almeno una sostanza. (4) L'uso di almeno due sostanze. Campo: la Francia.		
Fonte: "I dati che entrano Salute lo stato di libertà", Drees		

Ormai, dopo quasi due decenni, dall'adozione della legge del 18 gennaio 1994, il miglioramento è innegabile, seppur talvolta è ancora insufficiente, soprattutto per quanto riguarda l'efficacia delle partnership tra realtà sanitarie, comunità locali e strutture carcerarie; sussistono ancora notevoli barriere e diversità culturali; il processo di integrazione tra sistema penitenziario e sanitario non è ancora accettato e condiviso da tutti gli attori in gioco; spesso le esigenze di pubblica sicurezza nella gestione dei ristretti prevale e costituisce un ostacolo alla tempestività delle cure. Molte delle asimmetrie che limitano l'operatività dei servizi medici sono legate ad un' insufficiente presenza di personale di Polizia penitenziaria nel garantire i servizi di scorta; ulteriori criticità sono connesse all'impossibilità di garantire una continuità delle cure a causa della lontananza di alcune carceri dalle strutture sanitarie ospedaliere o di alta specializzazione, la prevenzione e l'educazione alla salute non sono ancora sufficientemente sviluppate. L'avvio di progettualità mirate a stimolare l'innesto di una cultura sanitaria preventiva e che stimoli l'attivazione di team multi professionali di alta specializzazione, in grado di garantire l'efficace erogazione di prestazioni diagnostiche – terapeutiche su più strutture detentive, anche mediante l'ausilio delle più moderne tecnologie informatiche sperimentate in campo sanitario, potrebbe essere un'efficace risposta alle citate criticità riscontrate nel sistema francese.

L'organizzazione del servizio sanitario destinato a curare le patologie di salute mentale deve essere ripensato nel suo insieme; infatti, a livello nazionale, nel mese di giugno 2007, è stata istituita una commissione congiunta dei dicasteri della salute e della giustizia. I lavori della Commissione sono stati orientati sulle seguenti priorità strategiche:

- la riorganizzazione dei servizi sanitari di salute mentale, con l'obiettivo di definirne i compiti, e la struttura di coordinamento delle diverse unità operanti sul territorio nazionale;
- l'attuazione di programmi di cura per i reati di natura sessuale;
- l'informatizzazione di tutte queste unità e strutture tra cui UCSA, con l'obiettivo di avere dati affidabili, attività e dati epidemiologici in tempo reale. L'obiettivo è lo sviluppo, all'interno delle UCSA, di nuove tecnologie quali la trasmissione di immagini, la prescrizione/dispensa dei medicinali computerizzata, lo sviluppo di tecnologie di telemedicina. Il processo di riforma portato avanti dal Governo francese è stato realizzato gradualmente, con fasi di adattamento alternate, ad un costante sforzo di unire amministrazioni con culture sostanzialmente diverse. Tuttavia, la riforma della sanità

penitenziaria francese ha consentito di implementare un sistema di servizi di assistenza sanitaria di maggiore qualità originando un ciclo virtuoso sull'aumento di domanda di salute da parte dei detenuti, con evidenti benefici sia sul sistema sanitario nazionale che su quello della sicurezza sociale; l'attuazione di una efficace politica sanitaria nell'implementazione delle cure ai detenuti impatta significativamente sia sull'efficacia dell'attività di reinserimento sociale nella comunità libera che sul sistema sanitario nazionale; un detenuto che a fine pena rientra nella società libera con adeguati standard di salute, consente di facilitare un reinserimento socio-lavorativo ed evitare l'ingresso nei circoli viziosi della recidività nella commissione di nuovi reati.

§. 3.7 - Il sistema penitenziario norvegese

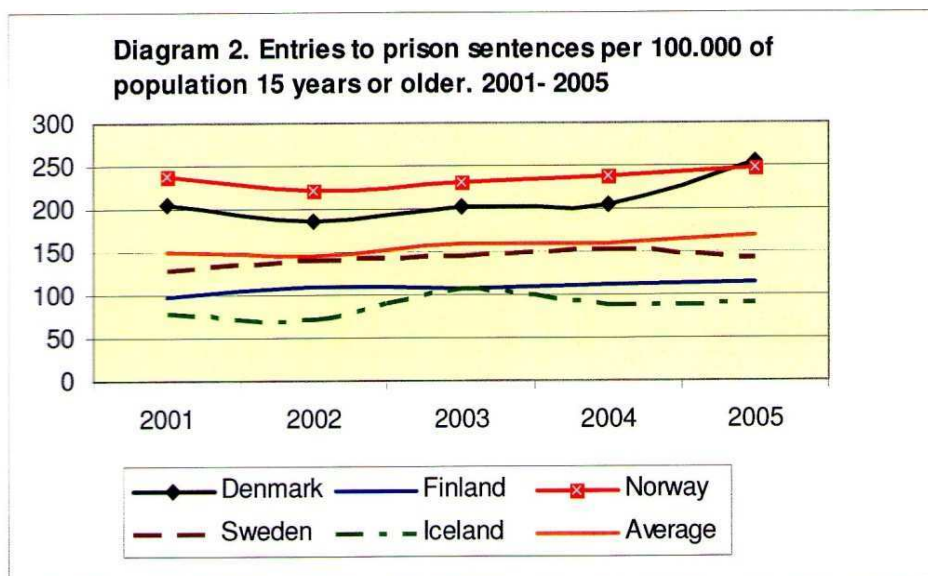
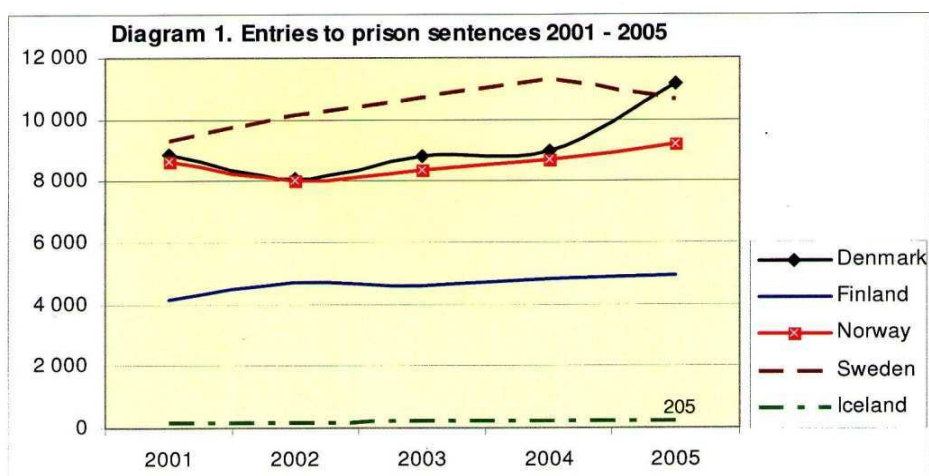
Il sistema penitenziario norvegese risulta strutturato su tre livelli di sicurezza delle strutture detentive (alto, medio e minimo) a seconda della gravità dei reati commessi e della durata residua della pena. La logica dei tre livelli si riscontra anche nella definizione dell'assetto organizzativo dell'amministrazione penitenziaria, articolata per giurisdizioni territoriali di competenza, a livello nazionale, regionale e locale.

Dall'esame dei dati a disposizione, il trend di crescita della popolazione detenuta è compatibile con la capacità di ricettività del sistema penitenziario, infatti non emergono dati critici di sovraffollamento delle strutture detentive, seppur è registrabile soprattutto in Norvegia un trend di costante crescita. Un dato che emerge, particolarmente significativo, è la presenza di detenuti stranieri pari a circa il 32,5% dei ristretti; ciò, indubbiamente, influisce significativamente sulle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria sia all'interno delle strutture detentive, in termini di accoglienza ed efficacia delle prestazioni cliniche primarie, che in considerazione dell'impatto sul sistema sanitario territorialmente competente, soprattutto per quanto concerne i servizi ospedalieri e di alta specializzazione.

Lo studio del sistema penitenziario norvegese non può prescindere da un'analisi comparata con altre realtà detentive nazionali del Nord Europa; nell'ottica di cogliere gli aspetti peculiari della realtà detentiva norvegese, procederemo ad un'analisi di alcuni tratti evolutivi dei servizi correzionali dei paesi nordici nel periodo tra il 2001 ed il 2005¹⁰. Il diagramma 1, mostra come il numero di pene detentive risulta costantemente in crescita nel

¹⁰ Fonte: Report of Correctional Service of Norway Staff Academy, 02/2007, Correctional Statistics of Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden, 2001 - 2005

periodo in esame; il dato risulta piuttosto indebolito dal trend di crescita della Danimarca, piuttosto anomalo, rispetto all'andamento generale dei paesi del nord Europa. Infatti se si confronta il numero delle pene detentive in esecuzione per la popolazione in età minima di reclusione, il quadro di crescita generale né risulta indebolito, mostrando una particolare stabilità se viene depurato dall'andamento anomalo della Danimarca in cui risultano 160 ristretti per ogni 100.000 abitanti (vedi diagramma 2)



Anche nei paesi nordici, come in Francia, per far fronte al crescente aumento della popolazione detenuta è cresciuto il numero di pene alternative alla detenzione, se in Danimarca, Finlandia e Svezia siamo nell'ordine del 8%-9% per il periodo dal 2001 al 2005, l'incremento in Norvegia ed Islanda risulta addirittura del 28% - 30% ; per tale motivo anche in Svezia è iniziato un processo che, attualmente, sta conducendo verso un aumento del monitoraggio elettronico dei ristretti con un trend in espansione nell'area del nord Europa, tale da originare inevitabili ripercussioni anche in Norvegia.

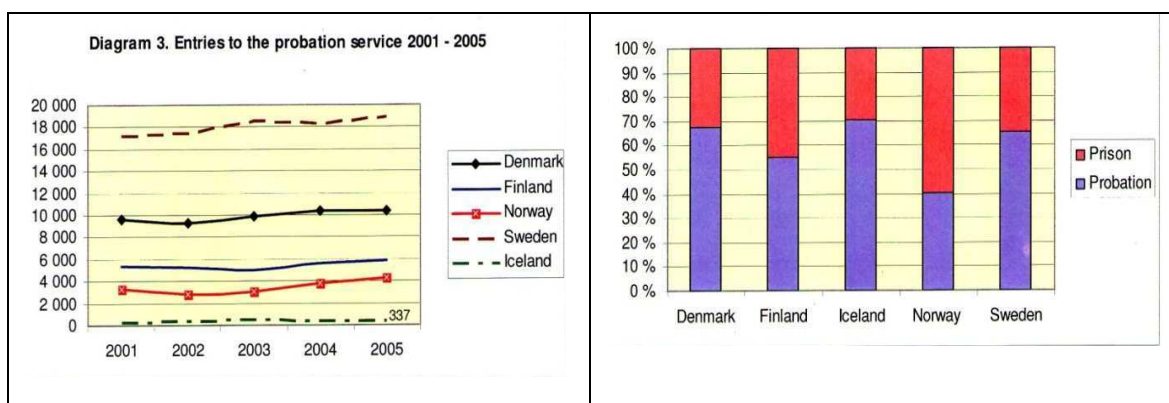
Il progressivo avanzamento di modalità detentive alternative alla detenzione, induce inevitabilmente ad un ripensamento degli assetti organizzativi delle aree sanitarie all'interno delle strutture detentive; non può escludersi che per motivi sanitari particolarmente gravi, il detenuto possa essere sottoposto a regime di sorveglianza elettronica al fine di consentirgli possibilità di cura equivalenti a quelle del cittadino libero, non più entro i limiti spaziali e giuridicamente restrittivi del regime detentivo.

L'analisi dei flussi detentivi nel Nord Europa si manifesta, pertanto, particolarmente incisivo in Norvegia con un incremento costante sia delle presenze di detenuti che sui tempi di permanenza all'interno delle strutture detentive, per il quale si registra il dato più rilevante nel periodo tra il 2001 ed il 2005, con un incremento di circa il 22%, rispetto ai paesi dell'area nordica.

I dati a nostra disposizione evidenziano che, seppur vi siano in assoluto un minor numero di ristretti nelle strutture penitenziarie norvegesi, a fronte della mancanza di criticità legate a dinamiche di sovraffollamento delle strutture, tuttavia il trend in aumento della popolazione detenuta pone evidenti problematiche di impatto sul sistema sanitario penitenziario norvegese, originando di conseguenza un ripensamento degli assetti organizzativi e delle linee strategiche da implementare per far fronte alle nuove sfide che il sistema penitenziario sarà chiamato ad affrontare nei prossimi anni, investendo pertanto anche quelle relative al settore sanitario.



Il grafico che segue (diagramma 3) risulta particolarmente interessante in quanto mostra come, già nel periodo tra il 2001 ed il 2005, nei paesi nordici, sul totale delle persone sottoposte a regime restrittivo pari a 47.963 unità, con un tasso di 195 detenuti per 100.000 persone della popolazione generale, il 62% era sottoposto ad una misura

Diagram 4 . Inmates and clients in percent of total average number of inmates and clients in 2005



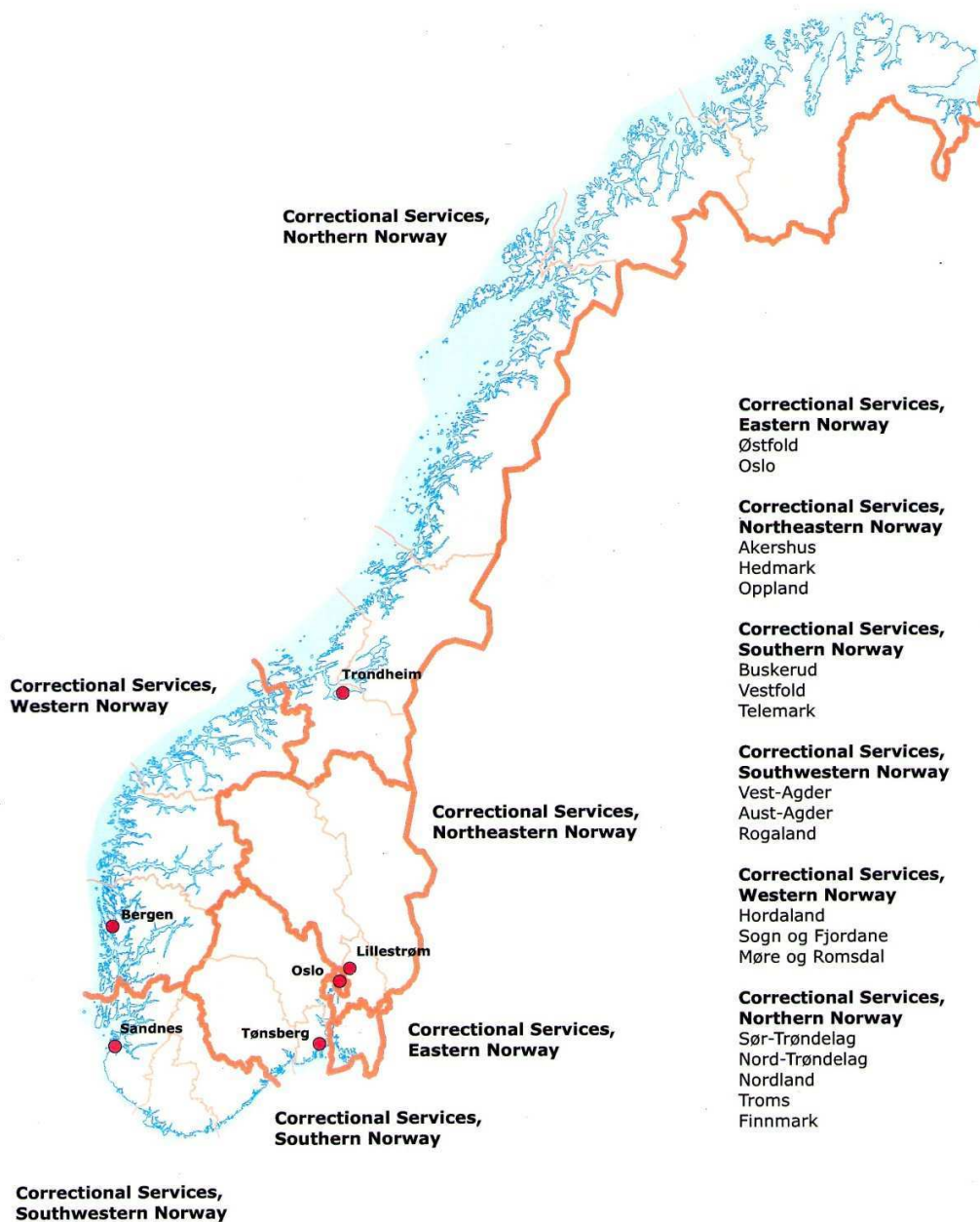
alternativa alla detenzione (regime di libertà vigilata) ed il 38% era sottoposto ad un regime di esecuzione della pena in carcere. Da questi dati generali si discosta la realtà norvegese dove le persone sottoposte al regime di libertà vigilata è peculiarmente rimasto ancorato al 40%, rappresentando significativamente un trend assolutamente in controtendenza rispetto a tutta la realtà del Nord Europa (vedi grafico 4). Anche i dati più recenti ci confermano un trend di costante crescita, seppur moderato, dei flussi detentivi all'interno del sistema penitenziario norvegese, confermando quel carattere di peculiarità che lo contraddistingue rispetto a tutti i paesi nordici e che ci consente però di poter procedere ad un'analisi del sistema sanitario penitenziario in una visione propedeutica all'espletamento di uno studio comparativo con i sistemi sanitari detentivi europei presi in esame in questo lavoro.

Fonte: International Centre for Prison Studies, London, 2011

 KRIMINALOMSORGEN	NORWAY 		
Ministero responsabile	The Royal Ministry of Justice and the Police		
Amministrazione penitenziaria	Prison and Probation Department		
Indirizzo di contatto	P O Box 8005 Dep, N-0030 Oslo 1, Norway		
Telephone/fax/website	tel: +47 22 24 55 01 fax: +47 22 24 55 90 Web: www.kriminalomsorgen.no		
Capo Amministrazione Penitenziaria	Marianne Vollan Director General		
Popolazione detenuta (compresi i soggetti in custodia cautelare)	3,602 at 1.5.2011 (national prison administration – not including 154 prisoners serving their sentences in psychiatric hospitals, drug treatment centres etc.)		
Tasso di popolazione carceraria (su 100,000 della popolazione nazionale)	73 based on an estimated national population of 4.94 million at beginning of May 2011 (from Eurostat figures)		
Detenuti in custodia cautelare (percentuale di popolazione carceraria)	27.2% (1.5.2011)		
Detenute (percentuale di popolazione carceraria)	5.8% (1.5.2011)		
I giovani / minori / giovani detenuti incl. definizione (percentuale della popolazione carceraria)	0.2% (1.5.2011 - under 18)		
Detenuti stranieri (percentuale di popolazione carceraria)	32.5% (1.5.2011)		
Numero di stabilimenti / istituzioni	42 (2011)		
Capacità ufficiale del sistema carcerario	3,826 (1.5.2011 - excluding places in treatment centres)		
Livello di occupazione (basato sul valore della capacità ufficiale)	94.1% (1.5.2011 - excluding prisoners in treatment centres)		
I recenti trend della popolazione carceraria (anno, la popolazione carceraria totale, tasso di popolazione carceraria)	1995	2,610	(60)
	1998	2,466	(56)
	2001	2,762	(61)
	2004	3,028	(66)
	2007	3,420	(73)
	2010	3,536	(72)



Norwegian Correctional Services



§. 3.8 – La sanità penitenziaria in Norvegia

Con una normativa nazionale risalente al 1988, il sistema sanitario penitenziario norvegese ha subito il trasferimento dal Ministero della Giustizia a quello della Salute. In una prima fase tutte le competenze sono state accentrate a livello statale. Il modello sanitario norvegese risulta strutturato su tre livelli: il primo livello è costituito dal Governo Centrale (statale), cui sono state attribuite funzioni prevalentemente di coordinamento; il secondo livello (regionale) è costituito da cinque regioni al quale è demandata la responsabilità delle strutture ospedaliere e dei servizi specialistici; a tale livello sono collocate anche le contee (entità politiche regionali) cui sono state demandate le responsabilità in materia di prestazioni sanitarie odontoiatriche; il terzo livello (municipale) è costituito dalle Amministrazioni municipali, al quale è stata demandata, con la legge “Health Care” del 1994, la responsabilità diretta sull’erogazione dei servizi sanitari all’interno degli Istituti Penitenziari; circa il 10% delle amministrazioni comunali (su un totale di 432) hanno la responsabilità di una struttura detentiva nell’ambito della propria giurisdizione.

All’interno di ciascuna struttura sanitaria penitenziaria opera un team di medici di Medicina Generale, dalle 2 alle 6 unità, in stretta collaborazione con personale sanitario ausiliario. Le persone in custodia cautelare hanno la possibilità di ricevere visite con la facoltà di scegliere liberamente il medico di fiducia, seppur la prescrizione di farmaci deve essere espletata in stretta collaborazione con il servizio sanitario penitenziario.

L’integrazione con la rete sanitaria ospedaliera è di fondamentale importanza nel sistema norvegese, in quanto all’interno delle carceri non viene garantita un’assistenza sanitaria nell’arco delle 24 ore; pertanto, il ricorso alle strutture sanitarie ospedaliere è di routine, sia nei casi in cui si è al di fuori della fascia oraria di operatività dell’èquipe sanitaria dell’Istituto Penitenziario, sia per patologie di particolare emergenza e gravità che sono frequenti nella popolazione detenuta. Il modello sanitario penitenziario norvegese, pur essendo strutturato sui suddetti tre livelli di competenze, risulta fortemente integrato e caratterizzato da un’ottimale strategia di collaborazione e partnership, quali elementi distintivi in grado di garantire un’erogazione delle prestazioni sanitarie all’interno delle strutture detentive entro standard di qualità che permettano a tutti i ristretti di usufruire di cure equivalenti a quelle della comunità esterna.

La forte politica di decentramento a livello locale, mediante la responsabilizzazione diretta delle amministrazioni comunali nell'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle carceri, ha originato una notevole diversificazione nelle modalità di assistenza sanitaria, soprattutto per le patologie di salute mentale, di difficile risoluzione clinica in un contesto restrittivo, sia per la complessità dei percorsi terapeutici percorribili, che per le tensioni che emergono tra la necessità di garantire un livello di cura adeguato ed il mantenimento di standard di sicurezza tali da prevenire disordini all'interno delle strutture detentive. A livello locale sono sorti dei Comitati, costituiti da personale medico, con l'obiettivo di procedere alla definizione di strategie di azione per fornire modelli sanitari assistenziali in grado di risolvere le criticità emerse con tale tipologia di pazienti. Pertanto, anche nel sistema sanitario penitenziario norvegese, il management sanitario è chiamato ad affrontare una serie di sfide uniche, in quanto oltre agli alti tassi di malattie trasmissibili ed alle patologie di salute mentale, si riscontra l'ulteriore criticità dell'elevato tasso di turn-over dei detenuti in cui circa il 54% di questi ultimi permangono per meno di 60 giorni all'interno delle strutture detentive¹¹. I dati sanitari rilevati tra la popolazione detenuta in Norvegia parlano chiaro:

Tabella 5 – Dati sanitari rilevati nel sistema penitenziario norvegese

Patologia	Frequenza/Eventi
Disturbi mentali	3 volte più frequenti rispetto alla popolazione generale
Malattie croniche	2 volte più frequenti rispetto alla popolazione generale
Tossicodipendenze	60% con problemi di droga

Fonte: Norwegian Directorate of Health, 2007

Al fine di cogliere in maniera più esaustiva quali siano le dinamiche epidemiologiche riscontrabili nel sistema sanitario penitenziario norvegese è prezioso uno studio di ricerca pubblicato nel 2009 in cui si è cercato di intercettare il livello di soddisfazione per i servizi sanitari resi nelle strutture detentive del Paese.

E' interessante quanto emerge dai dati riportati nella tabella che segue:

¹¹ Dati riferiti ad un indagine di ricerca condotta nel 2007 dal "Norwegian Directorate of Health – Prison Health Reform in Norway – The "Import Model" aut. Dr. Jon Hilmar Iversen – Head of Division for Primary Health Care Services.

Tabella 6 – Dati sulla soddisfazione delle prestazioni sanitarie erogate nelle strutture detentive

Items/scale	N	Mean (SD)	Frequency				
			0	1	2	3	4
Patient satisfaction							
Help with physical afflictions 1	1085	1,56(1,27)	275	299	232	184	95
Help with mental afflictions 1	933	1,27(1,30)	365	209	174	113	72
Overall treatment outcome 1	1072	1,47(1,03)	192	381	340	117	42
Therapy/treatment suitability ¹	1077	1,36(1,10)	284	331	290	134	38
Say in treatment package 1	1043	1,35(1,14)	294	312	255	139	43
Self-evaluated health							
Mental health 2	1143	2,12(1,29)	159	208	319	247	210
Physical health 2	1148	2,05(1,12)	100	248	442	210	148
Sleeping difficulties 3	1139	2,21(1,38)	203	123	301	254	258
Drug abuse when not incarcerated	1127	1,36(1,49)	530	103	202	139	153
1 0 and 4 represent the worst and best possible patient experiences, respectively. 2 0 = excellent, 1 = very good, 2 = good, 3 = fair and 4 = poor 3 0 = no, 1 = rarely, 2 = yes, sometimes, 3 = yes, often and 4 = yes, all the time (SD)= Deviazione Standard; Mean= media							
Fonte: Johan Håkon Bjørngaard; Åse-Bente Rustad; and Ellen Kjelsberg; "The Prisoner as patient - a health services satisfaction survey", table 4, article research, 2009, tabella riadattata							

In considerazione delle patologie che con maggiore frequenza si manifestano nel sistema penitenziario norvegese è chiara la necessità di adottare modelli organizzativi flessibili e fortemente integrati con le realtà territoriali ove sono presenti le strutture penitenziarie; si è reso assolutamente indispensabile intraprendere strategie di azione orientate alla realizzazione di partnership stabili e durature, sia con le strutture sanitarie ed ospedaliere che in generale con tutti gli stakeholder che direttamente o indirettamente incidono sulla realizzazione del processo di assistenza sanitaria in favore delle persone soggette al regime detentivo.

La rilevanza strategica sulla necessità di garantire proficui processi di sinergica partecipazione delle istituzioni locali con le realtà detentive è evidente nel modello organizzativo norvegese infatti, non a caso, la responsabilità dei servizi sanitari all'interno delle carceri è stata demandata alle cosiddette municipalità o comuni. Tale modello ha inciso in maniera significativa anche sul ruolo e le competenze del medico coordinatore del servizio sanitario carcerario, in quanto il processo di riforma né ha ampliato i margini di azione e di autonomia, quale Autorità sanitaria di raccordo tra la Direzione della struttura detentiva, gli organi della Magistratura e la rete sanitaria ospedaliera presente nella realtà locale. In tale contesto, le tensioni tra il management penitenziario e quello sanitario si

sono inevitabilmente accentuate per effetto della complessa posizione rivestita dal paziente – detenuto, in quanto si intreccia il mantenimento di un difficile equilibrio tra bisogno di salute della persona che ha diritto alla parità di cure rispetto al cittadino libero e le restrizioni che il regime detentivo comporta.

Le istanze di rivisitazione delle Regole Penitenziarie Europee, in parte ebbero proprio l'obiettivo di attenuare, soprattutto nei Paesi ove vi era stato il passaggio della medicina penitenziaria al servizio sanitario nazionale, le tensioni tra il management penitenziario e sanitario, tant'è vero che all'atto dell'adozione del nuovo testo normativo avvenuto l'11 gennaio 2006, il governo norvegese né fu tra i primi firmatari.

Il nuovo modello organizzativo della sanità penitenziaria in Norvegia è stato reso possibile, quindi, sia dalla realizzazione di nuove strategie di partnership sul territorio che ha consentito un avanzato processo di integrazione con la rete ospedaliera, sia facendo leva sulle istituzioni accademiche ed universitarie in grado di garantire adeguata formazione al management sanitario; peraltro l'implementazione di efficaci metodologie di monitoraggio epidemiologico e l'utilizzo di strumenti gestionali innovativi, hanno imposto nuovi assetti organizzativi, soprattutto in termini strutturali, nell'obiettivo di perseguire non solo un minor tasso di burocratizzazione, gerarchia, formalizzazione e standardizzazione delle procedure, ma di giungere, contestualmente, sia ad una maggiore valorizzazione delle risorse umane che a più ampi spazi di autonomia decisionale del servizio sanitario.

Il costante isolamento professionale che caratterizzava il personale medico sanitario delle strutture detentive è stato superato grazie alla costante attività di formazione e ricerca con le istituzioni di alta formazione ed universitarie, che hanno consentito la realizzazione di progettualità in grado di migliorare i servizi mediante l'effettivo utilizzo delle nuove tecnologie informatiche tra le quali anche l'E-Learning e l'archiviazione digitale dei documenti sanitari.

Il progressivo processo di informatizzazione dei servizi ha permesso di migliorare i livelli di collaborazione tra le autorità sanitarie e penitenziarie soprattutto su una delle maggiori criticità riscontrate nel periodo antecedente alla riforma, cioè della necessità di condividere i dati sanitari del detenuto con quelli di natura giudiziaria. Si è resa necessaria, tuttavia, nel nuovo modello organizzativo la costituzione di una Commissione mista costituita da personale medico/sanitario ed di pubblica sicurezza/penitenziario per i casi in cui la condizione sanitaria del detenuto fosse tale da incidere sulle modalità di esecuzione della

pena in quanto la mancanza di adeguate cure presso strutture sanitarie specializzate può comportare un serio rischio di vita; in tali casi la citata Commissione (a livello locale) è destinataria di relazioni congiunte da parte del medico coordinatore del servizio sanitario e del Direttore della struttura penitenziaria. Avverso i provvedimenti emessi dalla citata Commissione è possibile ricorrere ad un organo di livello regionale costituito da un ufficiale medico e da funzionari dell'amministrazione penitenziaria oppure a livello nazionale, in prima istanza, alle Direzioni della Salute e del Servizio Correzionale norvegese ed in seconda istanza ai Ministri della Salute e della Giustizia.

In generale possiamo affermare che anche nel sistema sanitario penitenziario norvegese come per quello francese, la transizione della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale ha apportato degli indiscutibili benefici; anzi dall'analisi di questi sistemi sono emerse le comuni dinamiche che caratterizzano il quadro ambientale, sia per i dati epidemiologici che per quelli relativi al trend di crescita della popolazione detenuta, soprattutto in rapporto alle strutture detentive disponibili nelle rispettive realtà nazionali. Emerge, inoltre, come l'effettiva implementazione del processo di riforma nei due paesi sia stato reso possibile da una comune matrice sia sulla strategia adottata, di partnership con le istituzioni locali e la rete sanitaria ospedaliera, che per quanto concerne la riprogettazione degli assetti organizzativi antecedenti ai rispettivi processi di riforma.

Rispetto alla realtà francese il sistema sanitario norvegese ha mostrato una maggiore sensibilità alle sfide dell'internazionalizzazione con inevitabili ed evidenti spinte sul processo di cambiamento del sistema sanitario penitenziario norvegese, ecco perché nel prossimo paragrafo ci si occuperà del "Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being".

§. 3.9 - Il "Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being" (NDPHS) - "Expert Group on Prison Health (EGPH)"

Il NDPHS è un'organizzazione che riunisce i Paesi del Nord Europa (Danimarca, Finlandia, Norvegia, Svezia ed Irlanda) al fine di facilitare la cooperazione internazionale in attività di particolare complessità e rilevanza, tra le quali rientra anche il settore sanitario all'interno dei rispettivi sistemi penitenziari. La presidenza di tale organismo è affidato al governo norvegese e ciò testimonia la grande apertura alla cooperazione internazionale che

il Paese promuove nella ricerca di soluzioni condivise ed innovative nel settore sanitario ed in particolare in quello penitenziario.

Il ruolo strategico del NDPHS nell'implementazione di una politica sanitaria nell'area del Nord Europa può costituire un importante fattore di stimolo per il processo di armonizzazione e coordinamento che si sta cercando di portare avanti sulle politiche sanitarie nell'ambito dell'area UE.

La struttura organizzativa di tale organismo è stata pensata nell'ottica di rispondere a requisiti di elevata flessibilità, in quanto la necessità di garantire con efficacia rapporti di collaborazione internazionale tra i Paesi aderenti al partenariato comporta un costante processo di coordinamento e di reciproco adattamento rispetto alle dinamiche ed ai vincoli dei rispettivi ordinamenti nazionali. Dall'esame della configurazione organizzativa (vedi organigramma -2-) emerge come l'articolazione della struttura sia stata definita mediante la costituzione di "expert group", tra i quali di particolare interesse, ai fini di questo lavoro, rientra quello sui sistemi sanitari penitenziari (EGPH).

L'azione strategica del NDPHS è la revisione delle procedure, dei regolamenti, nonché l'emissione di linee guida e standard per l'implementazione di attività progettuali finalizzate al miglioramento dell'assistenza sanitaria all'interno delle strutture detentive mediante l'incentivazione di processi di innovazione gestionale ed organizzativa in grado di migliorare costantemente il livello qualitativo dei servizi.

L' "Expert Group on Prison Health" (EGPH) nasce dalla consapevolezza che il miglioramento di un sistema sanitario penitenziario consente di prevenire l'impatto di malattie ad elevato indice di trasmissibilità nella società libera, favorendo, contestualmente, con immediata efficacia, la riuscita di politiche educative e di reinserimento sociale dei ristretti; l'implementazione di una costante politica di prevenzione sulla salute dei detenuti, consentirebbe di restituire alla società non soltanto una persona "giuridicamente libera" ma potenzialmente in grado di affrontare un effettivo processo di reinserimento socio-lavorativo, in grado di prevenire la ricaduta nel circuito penale o forme passive di assistenza socio-sanitaria. L'obiettivo del gruppo di esperti sulla sanità penitenziaria è anche quello di garantire una cooperazione internazionale tra i *professionals* del settore, nell'intento di individuare pratiche condivise e comuni per uno sviluppo sostenibile, soprattutto in un'epoca di crisi economico-finanziaria, che consentano un aggiornamento continuo di formazione e sviluppo professionale.

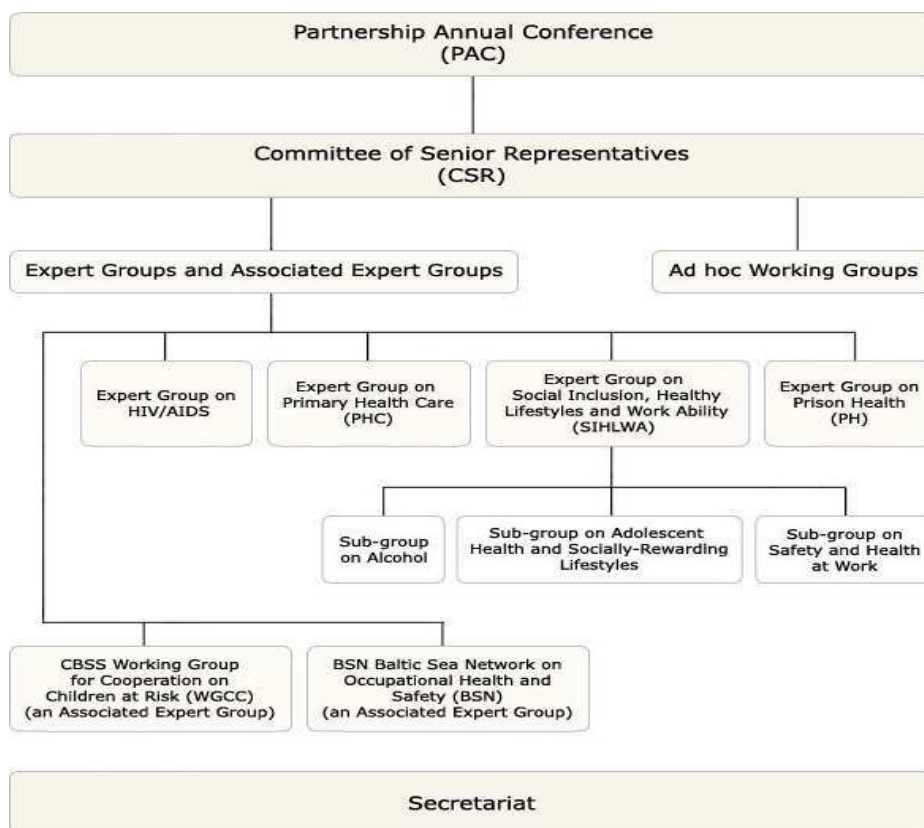
Una delle priorità strategiche del gruppo di esperti è rivolto alla prevenzione e diffusione delle malattie con elevate potenzialità di trasmissione (HIV/AIDS, tubercolosi, HPV), particolarmente diffuse all'interno del circuito penitenziario.

La promozione di approcci integrati per l'implementazione di forme di assistenza sanitaria nelle carceri, in sinergia con le realtà istituzionali ed associative delle comunità locali, costituisce uno dei pilastri per rendere effettivo il diritto alla salute della popolazione detenuta, che deve assolutamente svestire i panni di un'autoreferenzialità nell'ambito del sistema penale per ritrovare piena cittadinanza nelle politiche di strategia sanitaria per l'intera collettività, partendo dal presupposto che la realizzazione di efficaci politiche sanitarie in ambito detentivo costituiscono la base per un riduzione delle disuguaglianze nell'erogazione nell'accesso ai servizi sanitari e pertanto un miglioramento in termini di equità del sistema sanitario pubblico.

Il perseguimento di un obiettivo così ambizioso è partito dall'organizzazione del sistema delle cure primarie, quale cellula fondamentale del sistema sanitario per l'efficace risoluzione e prevenzione delle malattie cardiovascolari e di quelle legate all'abuso di sostanze stupefacenti e di alcool, anch'esse particolarmente diffuse, insieme alle patologie di salute mentale ed alle malattie facilmente trasmissibili, nei sistemi penitenziari dell'area nord – europea, come in genere nella maggioranza delle realtà sanitarie penitenziarie a livello mondiale.

La Dichiarazione di costituzione del NDPHS pone grande enfasi sulla necessità di individuare modalità di erogazione delle cure primarie in rapporto ai bisogni degli individui appartenente ai gruppi più disagiati della società, e non a caso il gruppo esecutivo sulla sanità penitenziaria si è principalmente occupato del settore delle cure primarie in ambito detentivo dal 2004 fino alla metà del 2010, al fine di affrontare l'annoso problema della parità di accesso alle cure tra cittadini liberi e persone soggette a regime detentivo, e di orientare in generale l'implementazione di una politica sanitaria quale pietra miliare per azioni strategiche innovative nel perseguimento di obiettivi di sicurezza sociale, volte all'individuazione di misure alternative alla detenzione che siano realmente orientate ad effettivi processi di reintegrazione.

Organigramma - 2 (fonte: Norwegian Correctional Services – rielaborazione propria)



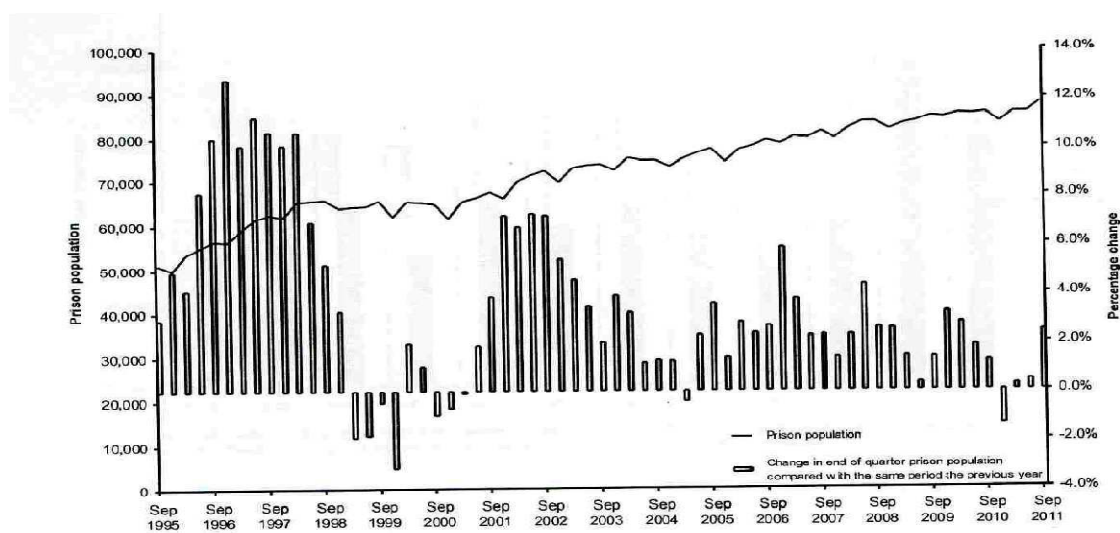
§. 3.10 – Lo stato del sistema penitenziario in Inghilterra e Galles.

In Inghilterra e Galles i flussi detentivi sono rapidamente cresciuti tra il 1993 ed il 2008, con una media del 4% l'anno. La crescita è riconducibile a diversi fattori:

- aumento del numero di condanne ad immediato regime detentivo;
- aumento della durata media della pena detentiva;
- aumento delle presenze legate a violazione di misure alternative alla detenzione ed incremento del tasso di recidività.

Il trend in aumento della popolazione carceraria è rallentato notevolmente dall'estate del 2008, registrando un incremento medio annuo dell'1%, fino ai disordini che si sono verificati a Londra nell'agosto del 2011. Se ci soffermiamo ad analizzare i dati nel periodo che va dal settembre 2010 al settembre 2011, risulta un incremento del 2%, dato influenzato dalla crescita della criminalità verificatesi nella città di Londra nell'estate del 2011.

Diagramma 5 - Quarterly prison population and annual percentage change, England and Wales, September 1995 to September 2011 (fonte: Ministry of Justice – Statistics Bulletin – England, October 2011)









Tuttavia, se analizziamo il trend di crescita della popolazione detenuta rispetto alla durata delle pene emergono dei dati piuttosto stratificati: infatti è registrabile un aumento dell'1% per coloro che sono stati chiamati a scontare pene inferiori ai sei mesi o superiori ai quattro anni. Al contrario le condanne per periodi compresi tra i sei mesi ed i quattro anni sono incisivamente calate.

E' facilmente dimostrabile, come peraltro riportato in diversi documenti ufficiali del "Prison Service" inglese, come l'enorme mole di pene inferiori ai sei mesi non consente l'attuazione di una politica sanitaria efficace all'interno delle strutture detentive per effetto dell'eccessivo turn-over di presenze dei detenuti come evidenziato nella tabella 5).

In tal caso è particolarmente difficile attuare un monitoraggio epidemiologico efficace ed implementare percorsi di cura che conducano ad un miglioramento dello stato di benessere del paziente – detenuto. Il trend di crescita risulta particolarmente accentuato per i condannati a pene ampiamente superiori al quinquennio con un tasso di incremento pari al 3% annuo.

Tabella 7 – Comparazione tasso di turn-over dei detenuti sul tempo di permanenza in una struttura detentiva (tasso turn-over= Entr. + Usc. nel periodo/presenza media nel periodo*100)

Nazione/Amm. Penit.ria	Turn - Over di permanenza nelle strutture detentive	Anno di rilevazione	Fonte dei dati
 	9,70	2010	Les Chiffres Clés de L'Administration Pénitentiaire au 1 janvier 2011 - Ministère de la Justice et des Libertés
 	5,50	2005	Correctional Statistics of Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden 2001 - 2005, ed. Ragnar Kirstoffersen - Report 2/2007
 	10,00	2010	Report of the Prison Population - Ministry of Justice, Statistics Bulletin, ed. 2011

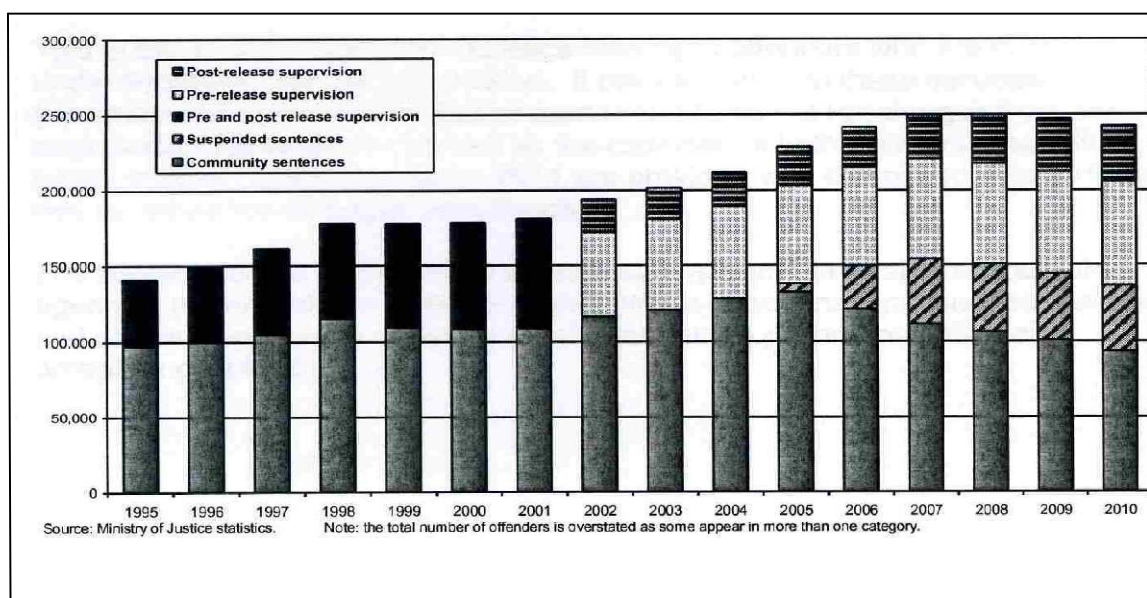
Fonte: Elaborazione propria, 2012

In tal caso è particolarmente difficile attuare un monitoraggio epidemiologico efficace ed implementare percorsi di cura che conducano ad un miglioramento dello stato di benessere del paziente – detenuto. Il trend di crescita risulta particolarmente accentuato per i condannati a pene ampiamente superiori al quinquennio con un tasso di incremento pari al 3% annuo.



Ulteriore fattore che può particolarmente incidere sugli assetti organizzativi del servizio sanitario penitenziario è l'incidenza della popolazione detenuta straniera che al 30 settembre 2011 risultava pari al 13% della popolazione carceraria; chiaramente la consistenza di stranieri nella realtà detentiva inglese influisce sull'erogazione delle prestazioni sanitarie, non solo da un punto di vista epidemiologico con il manifestarsi di patologie contratte nei paesi di origine, ma soprattutto risulta difficile procedere ad una programmazione di percorsi terapeutici post-detentivi (soprattutto quando i detenuti vengono affidati al cosiddetto "Probation Service", cioè a misure alternative alla detenzione), in cui seppur ancora in esecuzione di pena, non sono più soggetti alle restrizioni della detenzione in carcere. Si pensi che soltanto tra il 2000 ed il 2008 il regime

delle misure alternative alla detenzione (libertà vigilata, detenzione domiciliare, affidamento in comunità terapeutiche ecc.) ha registrato un incremento del 39%, per i soli soggetti ammessi al regime della libertà vigilata (“pre-release” and “post-release supervision”), e che la flessione registrata negli ultimi anni è soltanto di un tendenziale flusso in diminuzione della popolazione carceraria, come evidenziato dal grafico che segue.

Diagramma 6 - Number of offenders under Probation Service supervision (fonte: Ministry of Justice – Statistics Bulletin – England, October 2011)



E' chiaro che il flusso complessivo deve tener necessariamente conto degli affidati alle comunità esterne per intraprendere percorsi terapeutici e rieducativi in esecuzione di pena, oltre che di coloro che hanno ottenuto un'ordinanza di sospensione condizionale della pena. Nella tabella su esposta sono riportati i numeri del sistema penitenziario inglese, in cui emergono le criticità già manifestatesi nel sistema francese e norvegese, seppur con modalità differenziate. In sostanza il crescente sovraffollamento delle strutture detentive, l'incidenza notevole di detenuti stranieri, il trend in crescita di misure alternative alla detenzione costituiscono fattori di complessità ambientale non solo per il sistema penitenziario inglese ma costituiscono la matrice comune delle realtà nazionali oggetto di analisi in questo lavoro.

 <p>HM PRISON SERVICE Public Sector Prisons</p>	
	UNITED KINGDOM: ENGLAND & WALES
Ministero responsabile	Ministry of Justice
Amministrazione penitenziaria	Her Majesty's Prison Service/National Offender Management Service (NOMS)
Indirizzo di contatto	Cleland House, Page Street, London SW1P 4LN, England
Telephone/fax/website	tel: +44 207 217 6000 fax: +44 207 217 6961 Web: www.justice.gov.uk/about/hmps
Capo Amministrazione Penitenziaria	Director General/Chief Executive
Popolazione detenuta (compresi i soggetti in custodia cautelare)	86,754 at 28.10.2011 (Ministry of Justice - not including juveniles in Secure Training Centres and Local Authority Secure Children's Homes (462 at 30.9.2011) and persons held in Immigration Detention Centres (819 at 28.10.2011))
Tasso di popolazione carceraria (su 100,000 della popolazione nazionale)	155 based on an estimated national population of 55.81 million at end of October 2011 (from Office for National Statistics figures)
Detenuti in custodia cautelare (percentuale di popolazione carceraria)	15.6% (30.9.2011 - 10.5% untried, 5.1% convicted unsentenced)
Detenute (percentuale di popolazione carceraria)	4.8% (28.10.2011)
I giovani / minori / giovani detenuti incl. definizione (percentuale della popolazione carceraria)	1.8% (30.9.2011 - under 18. In addition to these 1,597 juveniles, a further 288 were being held in Secure Training Centres and 174 in Local Authority Secure Children's Homes)
Detenuti stranieri (percentuale di popolazione carceraria)	12.0% (30.9.2011)
Numero di stabilimenti /istituzioni	140 (2010)
Capacità ufficiale del sistema carcerario	76,848 (30.9.2011 - certified normal accommodation in use)
Livello di occupazione (basato sul valore della capacità ufficiale)	112.9% (30.9.2011)
I recenti trend della popolazione carceraria (anno, la popolazione carceraria totale, tasso di popolazione carceraria)	1992 45,817 (90) ; 1995 51,047 (100) ; 1998 65,298 (126) ; 2001 66,301 (127); 2004 74,657 (141); 2007 80,395 (149) ; 2010 84,725 (153)

Fonte: International Centre for Prison Studies, London, 2011

§. 3.11 - Il sistema sanitario penitenziario in Inghilterra e Galles

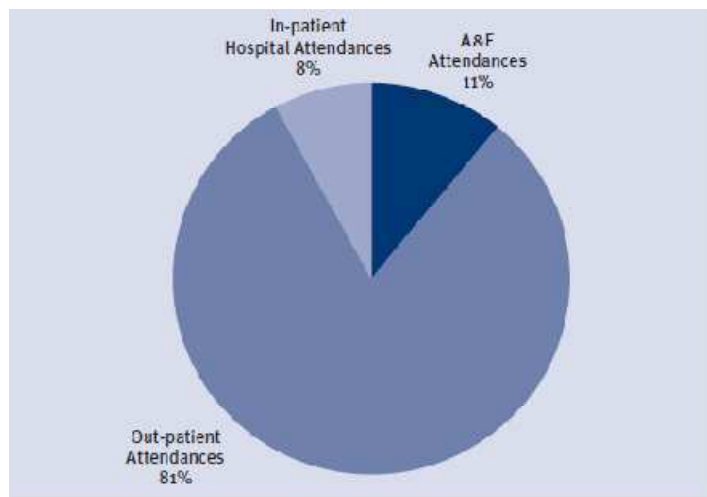
Il sistema sanitario penitenziario in Inghilterra e Galles ha conosciuto un rapido processo di riforma e modernizzazione, soprattutto a seguito del passaggio delle competenze dal “Prison Service”, gestito direttamente dall’amministrazione reale al Dipartimento della Salute . Il sistema inglese presenta, tuttavia, la peculiarità che il trasferimento non è avvenuto drasticamente ma progressivamente: si è avuta una prima fase a partire dal 2000 con l’instaurazione di una *partnership* istituzionale tra il sistema sanitario e quello penitenziario, per giungere definitivamente al transito definitivo e completo, nell’aprile del 2006, in cui il sistema sanitario inglese ha assunto la responsabilità e la titolarità giuridica del sistema sanitario penitenziario, curandone la gestione economica-finanziaria e le connesse attività di controllo. Il trasferimento delle competenze ha originato un profondo processo di riorganizzazione del servizio con evidenti miglioramenti nella qualità di erogazione delle prestazioni sanitarie, mediante il raggiungimento di standard per i ristretti equivalenti a quelli usufruibili dai liberi cittadini, contestualmente alla crescita progressiva del tasso di professionalizzazione del personale sanitario all’interno delle strutture detentive. Prima del trasferimento, come risulta da documenti elaborati dal servizio ispettivo dell’ex “ Prison Service” di Sua Maestà, mancava una formazione adeguata dei medici e degli staff sanitari delle strutture penitenziarie, ed inoltre si rilevava un livello di demotivazione nell’esercizio dell’attività professionale molto elevato¹², legato soprattutto al particolare carattere di autoreferenzialità che caratterizzava il contesto detentivo e l’isolamento professionale che si registrava tra i *professionals* del sistema penitenziario inglese. Notevoli miglioramenti ci sono stati soprattutto nell’analisi e monitoraggio dei bisogni di salute della popolazione detenuta; in tal senso anche la sensibilità e l’impulso del contesto politico – istituzionale e delle associazioni di categoria, è stata una fondamentale leva strategica al cambiamento.

Precedentemente al processo di riforma, il NHS (National Health Service) non riusciva a garantire standard accettabili di cura per i ristretti, anche per problematiche legate all’accesso all’interno delle strutture detentive per motivi di sicurezza. Il sistema sanitario penitenziario inglese ha impostato il processo di riforma nell’ottica di garantire le cure

¹² Paul Hayton, MA, Dip HEd, and John Boyington, American Journal of Public Health | October 2006, Vol 96, No. 10; Report from a conference organised by the Department of Health and the International Centre for Prison Studies, “ Prison Health and Public Health: The integration of Prison Health Services” London, 2 April 2004

primarie all'interno delle strutture detentive, e di puntare sulle strutture ospedaliere del NHS per interventi diagnostici – specialistici di elevata qualificazione professionale. Il miglioramento delle prestazioni sanitarie all'interno delle carceri ha consentito di raggiungere standard di cura per i detenuti pari a quelli assicurati agli altri cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale.

Grafico 1 - Treatment outside prison 1996/97



(Fonte: HM Prison Service, NHS Executive “The Future Organisation of Prison Health Care” – Report by The Joint Prison Service and National Health Service Executive Working Group – Appendix E “Health Activity Data”, London, March 1999)

Il servizio sanitario inglese (NHS) è fortemente articolato sul territorio con circa 300 case di cura, finanziate dal sistema pubblico, ognuna delle quali serve una popolazione di circa 250.000 abitanti e circa l’85% di queste eroga cure primarie anche a più di una struttura detentiva. E’ chiaro che la scelta strategica di sviluppare allo stadio iniziale del processo di riforma, un partenariato tra le strutture sanitarie territoriali ed il servizio sanitario penitenziario rispondeva alla necessità di assicurare con immediatezza prestazioni equivalenti ai ristretti rispetto a quelli previsti per i liberi cittadini. Se a livello locale si è intrapresa, nell’immediato, un’azione di integrazione del servizio sanitario penitenziario all’interno di quello pubblico, a livello nazionale pur essendoci stato il trasferimento di competenze dal “Prison Service” di Sua Maestà al Dipartimento della Salute, il Direttore del servizio sanitario penitenziario continuava ad essere amministrato dall’amministrazione penitenziaria inglese; tale situazione indicava un’assoluta asimmetria, in quanto il trasferimento delle competenze non era idoneamente sostenuto da quello relativo ai vertici istituzionali chiamati ad avere incisive responsabilità sull’assicurare

standard qualitativi sanitari adeguati all'interno delle strutture carcerarie del paese. Tale situazione è stata definitivamente risolta nel 2006, quando l'assetto organizzativo si è ulteriormente evoluto da una fase di partenariato ad una di completa responsabilità gestionale del servizio sanitario penitenziario inglese (NHS).

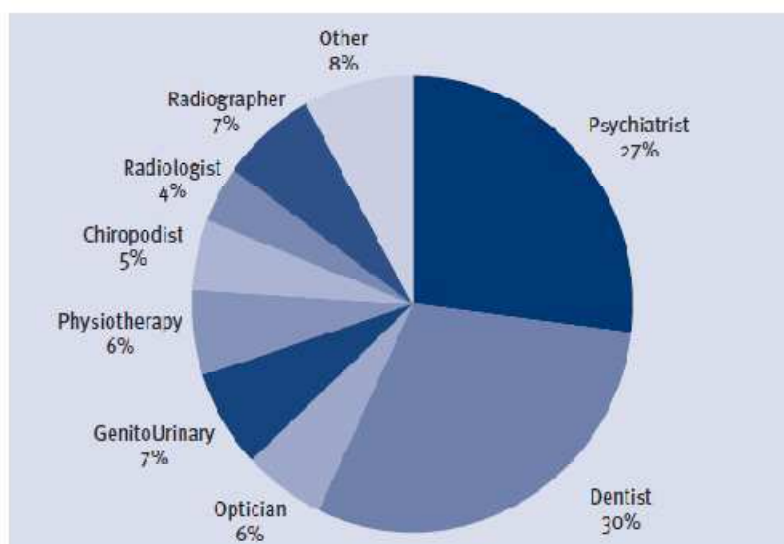
In effetti nel medio – lungo periodo, il trasferimento del servizio sanitario penitenziario in quello pubblico ha apportato indubbi benefici, soprattutto in termini di valutazione dei bisogni di salute della popolazione detenuta oltre che della qualità nell'erogazione delle prestazioni.

Tabella 8 - Dati riferiti al periodo 1996/1997.

<i>Principali patologie che si manifestano nei penitenzieri inglesi e per il quale sono richieste le relative prestazioni specialistiche</i>	
	%
Dentist	30
Psychiatrist	27
Radiographer	7
Radiologist	4
Chiropodist	5
Physiotherapy	6
GenitoUrinary	7
Optician	6
Other	8
totale	100

(Fonte: HM Prison Service, NHS Executive “The Future Organisation of Prison Health Care” – Report by The Joint Prison Service and National Health Service Executive Working Group – Appendix E “Health Activity Data”, London, March 1999)

Grafico 2 – Ripartizione delle prestazioni specialistiche



(Fonte: HM Prison Service, NHS Executive “The Future Organisation of Prison Health Care” – Report by The Joint Prison Service and National Health Service Executive Working Group – Appendix E “Health Activity Data”, London, March 1999)

Annualmente il sistema di valutazione consente di pubblicare una graduatoria dei servizi sanitari penitenziari inglesi, in cui è possibile identificare quelli che hanno reso delle prestazioni insoddisfacenti (identificati con un semaforo rosso), sufficienti seppur con evidenti criticità (semaforo ambra), ed infine le strutture che hanno garantito prestazioni soddisfacenti (semaforo verde). Dalla documentazione raccolta presso il “Prison Service” è oggettivamente riscontrabile il processo di miglioramento dei servizi sanitari: infatti mentre nel 2000, all’inizio del processo di riforma, a 5 carceri fu attribuito l’identificativo con semaforo rosso, a 45 ambra e 83 verde, già nel 2002 non risultò nessuna struttura con prestazioni sanitarie insoddisfacenti, anzi vi fu un calo significativo di quelle alle quali era stato attribuito un livello di prestazioni appena sufficiente (identificate con semaforo di color ambra: le carceri diminuirono da 45 a 28), registrando, pertanto un notevole incremento di strutture identificate con semaforo verde (110), dato ancor più rilevante in considerazione dell’apertura di quattro nuove strutture.

Notevoli miglioramenti si sono registrati anche sul livello di preparazione professionale dei sanitari, raggiunto anche grazie alla rottura del cerchio di autoreferenzialità ed isolamento che aveva caratterizzato il settore prima del processo di riforma. Il personale medico, prevalentemente di medicina generale, è talmente integrato sul territorio che ha l’opportunità di avvalersi di tutte le potenzialità offerte dalla rete sanitaria, grazie anche all’implementazione di piani sanitari locali che consentono di rispondere ai bisogni di salute della popolazione detenuta in rapporto alle specifiche patologie che sono più frequentemente riscontrabili presso la struttura penitenziaria locale. Ciò ha consentito di procedere all’elaborazione di piani sanitari specifici per ogni carcere, quale fase propedeutica all’implementazione di una strategia diversificata per ciascuna realtà territoriale. Anche nel sistema sanitario penitenziario inglese, l’iniezione di nuove risorse economiche – finanziarie ha dato un forte impulso all’effettiva implementazione del processo di riforma, soprattutto nella risoluzione delle criticità legate alle gestione dei pazienti con problemi di salute mentale. Diverse ricerche in Inghilterra testimoniano come 9 ristretti su 10 ha patologie di questo tipo in cui si manifestano almeno uno dei seguenti disturbi: nevrosi, psicosi, disordine della personalità o comunque stati di alterazione psichica legati all’abuso di alcool o di sostanze stupefacenti.

Per far fronte alle criticità delle patologie di salute mentale, il sistema sanitario inglese ha risposto con la creazione di team mobili e flessibili di personale medico ed infermieristico

in grado di prestare assistenza presso più strutture penitenziarie; in pratica il NHS ha investito sulla creazione di team altamente specializzati sia nella cura di tali patologie ma anche rispetto al contesto in cui ci si trova ad operare, in cui spesso non si raggiunge alcun compromesso tra esigenze di sicurezza imposte dal regime restrittivo e diritto alla salute dei pazienti – detenuti.

Rispetto al sistema vigente prima del passaggio della medicina penitenziaria al sistema sanitario nazionale, sono migliorati tutti gli standard qualitativi di prestazione dei servizi sanitari, in particolare nella branca dell'odontoiatria e della cura delle tossicodipendenza. A seguito degli interventi di riforma è cresciuta la consapevolezza di individuare strategie di politica sanitaria preventive all'interno delle istituzioni penitenziarie, al fine di ridurre non solo gli impatti in termini di efficienza, efficacia ed economicità sul sistema sanitario pubblico, ma anche nell'ottica di garantire un'effettiva politica di reinserimento del detenuto all'interno del contesto sociale in stato di libertà mediante una drastica riduzione della recidività, con notevoli e positive ripercussioni sui trend di presenze e transito all'interno del circuito penitenziario, originando così un circolo virtuoso di risoluzione dell'annoso problema del sovraffollamento delle strutture detentive. Il Governo inglese ha riconosciuto come l'attuazione di una politica sanitaria "attiva" all'interno delle strutture penitenziarie contribuisce al miglioramento complessivo dello stato di benessere della popolazione sul territorio e diventa una politica strategica determinante per il miglioramento degli standard di sicurezza della comunità favorendo un'efficace reinserimento dei ristretti nella società libera. La sanità penitenziaria, nel sistema istituzionale inglese, è diventata, pertanto una leva strategica fondamentale per l'attuazione di un'efficace sistema penale in grado di imporre sanzioni limitative della libertà personale ma in grado di potenziare la propria capacità di creare percorsi di reinserimento efficaci ed effettivi per chi si è reso reo di gravi reati e necessita di ritrovare piena legittimazione in un contesto libero.

Purtroppo, come già abbiamo avuto modo di sottolineare, tra le principali criticità che ancora emergono nel sistema inglese, quelle irrisolvibili, almeno allo stato attuale, sono legate al forte tasso di turn – over dei detenuti all'interno delle strutture detentive con una presenza media che risulta inferiore ai sei mesi; tale fattore non consente di individuare un quadro epidemiologico stabile rendendo difficile l'implementazione di un'attività di

controllo delle patologie che possono manifestarsi all'interno del sistema sanitario carcerario e procedere all'attuazione di efficaci politiche di prevenzione.

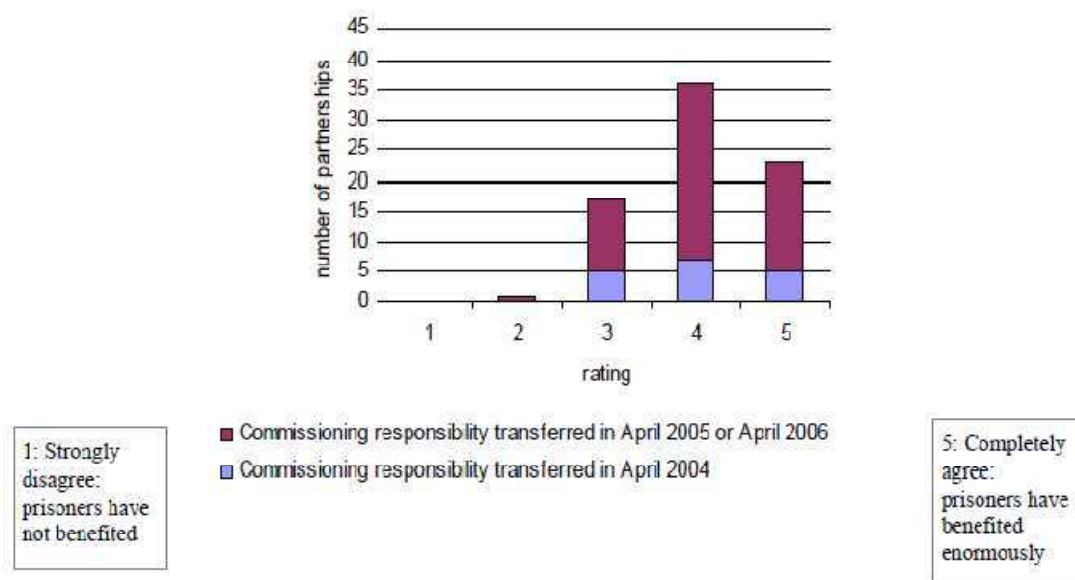
Di notevole interesse è il connubio che il sistema sanitario penitenziario ha intrapreso con le istituzioni di ricerca universitarie: a partire da un progetto pilota del 2005 con le Università di Manchester, Southampton e Sheffield, è in corso il potenziamento di una rete di ricerca e studi scientifici in grado di condurre ad una identificazione certa dei bisogni di salute del sistema carcerario ed all'individuazione di metodologie ottimali di assistenza sanitaria, mediante l'elaborazione di progetti di ricerca finalizzati a garantire dinamiche gestionali altamente qualificate ed in grado di prevenire ogni forma di lesione al diritto alla salute anche per chi, pur trovandosi in un regime di detenzione, ha piena cittadinanza nel sistema sanitario pubblico.

Sicuramente, allo stato attuale, in un contesto di crisi economico – finanziaria crescono istanze preoccupanti di sostenibilità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito dei sistemi pubblici. Tuttavia, la strada maestra è stata intrapresa dal sistema sanitario penitenziario inglese, infatti l'intensificazione di servizi sanitari integrati, mediante l'implementazione di politiche di governance locali, “obbligano” il mondo sanitario e quello della giustizia penale a spezzare le logiche dell'autoreferenzialità e ad intraprendere un percorso comune per la tutela del diritto alla salute del paziente – detenuto, che in un ottica di medio – lungo periodo potrà rivelarsi apportatrice di notevoli benefici rispetto al circolo virtuoso già delineato.

Le innovazioni che hanno consentito in sostanza di migliorare il servizio vanno comunque ricercate a partire dal sistema di rilevazione della qualità dell'assistenza sanitaria in carcere ove viene confermato il ruolo strategico e di primo piano delle unità operative di cura primaria denominate “Primary Care Trusts” (PCT). L'assetto organizzativo che ne emerge risulta piuttosto interessante perché le PCT costituiscono il centro di una partnership ramificata con una serie di Autorità costituite in Agenzie Esecutive, come ad esempio per le attività di monitoraggio ambientale delle realtà sanitarie, la National Patient Safety Agency (NPSA). La progettazione di un'efficace rete organizzativa ha permesso di costituire all'interno delle PCT servizi dedicati al monitoraggio nella gestione efficace dei farmaci in diretta sinergia con il Ministero della Salute (DH) che ha lavorato sulla stesura dei relativi protocolli. Il complesso bisogno di salute del detenuto ha richiesto un approccio coordinato tra la miriade di agenzie che si occupano dei programmi di assistenza sanitaria, soprattutto

nell'ottica di garantire la continuità delle cure quale elemento chiave per ridurre i fenomeni di recidiva ed il reingresso dell'ex detenuto nel circuito penale¹³. E' dimostrabile da uno studio di ricerca¹⁴ condotto sulle partnership intraprese nel sistema penitenziario inglese come ci siano state ricadute estremamente efficaci sulle prestazioni sanitarie in favore dei detenuti; in tal senso la "Clinical Governance" ha giocato un ruolo fondamentale nel creare un ambiente di eccellenza nell'erogazione delle cure cliniche mediante l'attribuzione di specifiche responsabilità ad ogni unità organizzativa operativa del NHS nel processo di miglioramento della qualità dei servizi e degli standard di assistenza.

Grafico 3 – Prisoners requiring healthcare have benefited from the prison health partnership¹⁵



Fonte: "Prison Health Partnership Survey 2006: Final Report – Health Services Management Centre University of Birmingham ed. 2006, London

¹³ Vedasi i risultati di sintesi delle indagini riportate nel testo: "Prison Health Performance and Quality Indicators" - Managing Variation in Patient Discharge (NHS Institute for Innovation and Improvement) <http://www.nodelaysachiever.nhs.k/CaseStudies/CaseStudyItems/CSJB08Managing+variation+in+patient+discharge.htm>; End-to-end offender management (National Offender Management Service) <http://noms.homeoffice.gov.uk/managing-offenders/end-to-end/>, pag. 17, elaborato dal Dipartimento della Salute (DH), "Offender Health Room", ed. Maggio 2009.

¹⁴ **Hugh McLeod**, "Prison Health Partnership Survey 2006: Final Report", Health Services Management Centre University of Birmingham, ed. 2006

¹⁵ L'indagine è stata realizzata su tutte le strutture penitenziarie in Inghilterra per il quale hanno risposto al questionario 77 Istituti; la valutazione è stata realizzata mediante una scala di valori da 0 a 5 rispettivamente indicativi del livello di beneficio che né hanno tratto i detenuti per effetto della partnership tra il sistema sanitario e quello penitenziario. L'indagine ha rivelato che il 77% dei casi esaminati ha dato una valutazione positiva del servizio con un punteggio variabile tra 4 e 5; il 22% ha dato una valutazione neutrale; soltanto l'1% ha ritenuto di non aver tratto beneficio dal sistema di partnership.

Tali dati confermano la rilevanza strategica degli accordi di partenariato per favorire una gestione congiunta dei processi decisionali, delle risorse umane ed economiche, dell'efficace scambio di informazioni nonché della verifica e sviluppo dei servizi. Non a caso al fine di favorire la piena "devolution" delle funzioni sanitarie nelle carceri dall'amministrazione penitenziaria a quella della salute, si è realizzata una struttura organizzativa di coordinamento denominata "Consiglio di Partenariato" co-presieduto dal Governatore locale ed dal Presidente del Servizio di Cure Primarie (Primary Care Trusts). Il ruolo del Consiglio di Partenariato non è di poco conto, perché procede all'approvazione sia del Piano Sanitario per le carceri "Health Plan Prison" che degli atti di bilancio per il finanziamento dei relativi servizi sanitari in collaborazione con il direttore finanziario del PCT (Chief Executive Officer Accountable PCT).

Il sistema di valutazione del bisogno di salute dei detenuti messo a punto all'interno dei "Primary Care Trusts" ha permesso di individuare disegnare un quadro epidemiologico in grado di supportare i processi decisionali che investono il management sanitario nella progettazione o riprogettazione dei servizi sanitari da erogare all'interno delle strutture detentive. Come per le altre realtà esaminate in questo lavoro, le patologie più diffuse sono quelle di salute mentale ("Mental Health"), quelle legate all'abuso di sostanze stupefacenti o alcool, tra le quali vi rientrano anche malattie ad alto potenziale di trasmissibilità (HIV, Epatiti, B e C, infezioni del tratto respiratorio, ecc.) e quelle odontoiatriche.

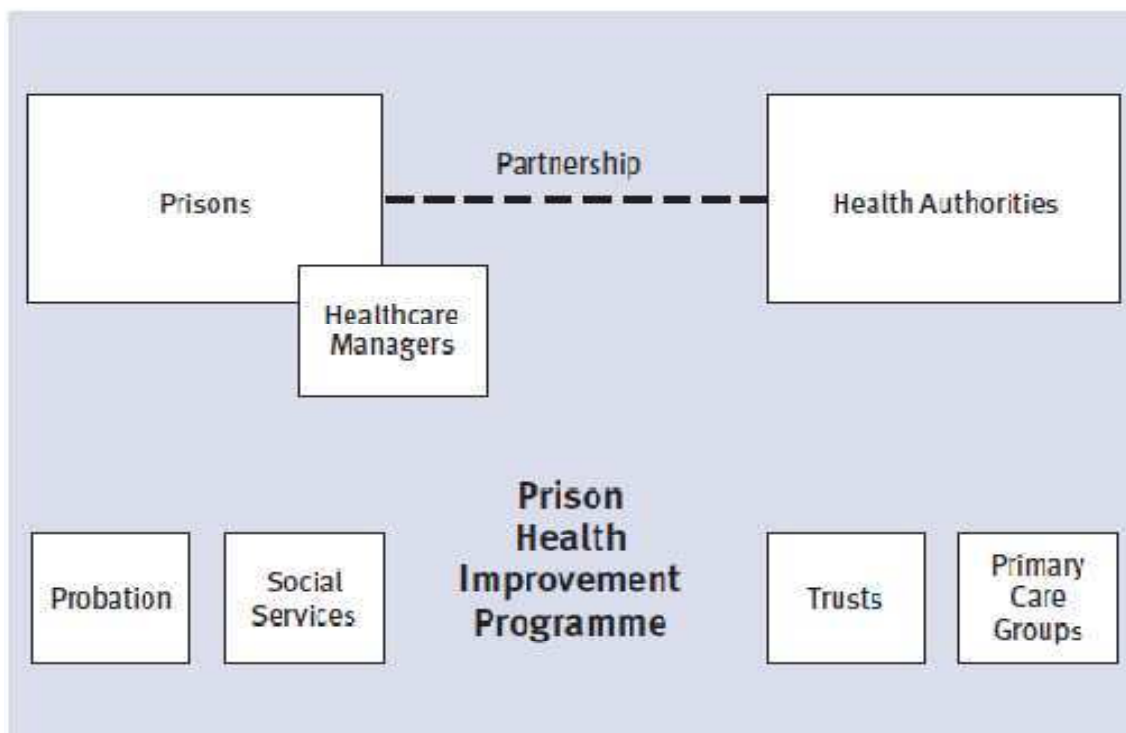
La particolare incidenza delle patologie di salute mentale dimostrabili dalle indagini¹⁶ condotte negli ultimi anni evidenziano come ben il 90% dei detenuti hanno una malattia mentale diagnosticabile e che tale percentuale è ancora più elevata tra i soggetti giovani fino a raggiungere la soglia del 95%. Tali numeri hanno imposto, (in relazione alle

¹⁶ National Service Framework for Mental Health (DH 1999)
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_4009598 PSO 2400 – Democratic Therapeutic Communities
http://pso.hmprisonservice.gov.uk/PSO_2400_democratic_therapeutic_communities.doc; NICE guidance on Bipolar disorders, Eating disorders, OCD, PTSD and Schizophrenia <http://www.nice.org.uk>;
Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion – Policy implementation guidance for the development of services for people with personality disorder (DH 2003)
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_4009546; Mental Health Policy Implementation Guide (DH 2001)
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyandGuidance/DH_4009350.

complesse terapie di cura da intraprendere, sia per la natura delle patologie che per il contesto detentivo ove si trovano ad operare i sanitari) la necessità di predisporre in tale settore più che in altri, un programma di assistenza sanitaria in una logica di approccio sistemico in cui le organizzazioni sanitarie coinvolte devono lavorare insieme per integrare al massimo i percorsi di cura, migliorare la condivisione delle informazioni e procedere alla stesura di protocolli locali per la realizzazione di team multi professionali ed a progetto, finalizzati a raggiungere adeguati livelli di assistenza e di trattamento terapeutico in materia di salute mentale.

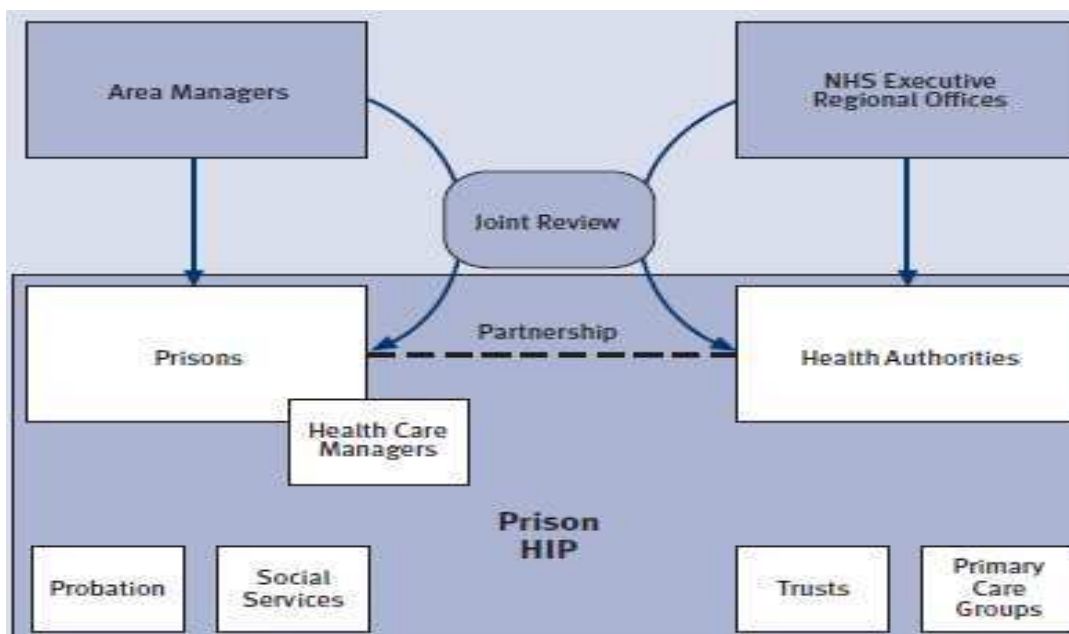
Nei grafici che seguono sono riportati a livello macro le dinamiche organizzative del sistema penitenziario sanitario inglese ove emerge con particolare significatività il ruolo della “Partnership” quale strategia fondamentale per l’attuazione del processo di riforma, sia a livello locale che regionale.

Grafico 4 – Assetti organizzativi a Livello Locale



(Fonte: Report by the Joint Prison Service and National Health Service Executive Working Group - Appendix E “Health Activity Data” in “The Future Organisation of Prison Health Care”, HM Prison Service, NHS Executive, London, 1999)

Grafico 5 - Assetti organizzativi a Livello Regionale



(Fonte: Report by the Joint Prison Service and National Health Service Executive Working Group - Appendix E "Health Activity Data" in "The Future Organisation of Prison Health Care", HM Prison Service, NHS Executive, London, 1999).

§. 3.12 - Conclusioni

Le esperienze internazionali esaminate ci consentono di evidenziare le dimensioni comuni che hanno caratterizzato il processo di riforma della medicina penitenziaria, individuabili nei fattori di complessità ambientale, azione strategica e di "design" della struttura organizzativa delle amministrazioni sanitarie carcerarie chiamate a garantire l'erogazione dei complessi e diversificati servizi nell'ambito delle stringenti limitazioni imposte dai regimi restrittivi. L'analisi dei dati sui flussi detentivi, acquisiti da documenti ufficiali delle amministrazioni penitenziarie oggetto dell'indagine, ci ha consentito di individuare i parametri di complessità ambientale in cui si trova ad operare il servizio sanitario; seguendo il paradigma classico ambiente - strategia - struttura, è emersa una sostanziale condivisione degli obiettivi delle azioni di politica strategica messe in campo dalle amministrazioni analizzate, seppur caratterizzate da tempi e modalità di attuazione piuttosto diversificati in relazione anche allo specifico contesto nazionale. Risulta evidente

in tutti e tre i casi, come il nuovo modello normativo di sanità penitenziaria, abbia inciso significativamente sulla ristrutturazione degli assetti organizzativi del sistema sanitario penitenziario. Più in dettaglio tra i fattori di complessità ambientale abbiamo individuato come indicatori di valutazione il sovraffollamento delle strutture detentive, la percentuale di presenza di detenuti stranieri, i difficili rapporti tra il personale di polizia penitenziaria e quello sanitario per le costanti tensioni tra esigenze di sicurezza e bisogno di salute dei detenuti, nonché la diversificazione e stratificazione dei regimi detentivi (dai circuiti particolarmente restrittivi come “alta sicurezza”, “art. 41 bis”, “Elevato Indice di Vigilanza, a quelli alternativi alla detenzione in carcere come i domiciliari o l’ammissione in comunità terapeutiche esterne ecc.). A tali fattori si aggiunge il particolare contesto di crisi economica – finanziaria che ha investito ad ogni livello gli apparati dello Stato, originando un’accentuata scarsità di risorse con inevitabili ripercussioni sulle potenzialità di cura dei ristretti. Infatti, in tutte le realtà esaminate, il processo di riforma è stato accompagnato dall’immissione di nuove risorse economico – finanziarie con enormi stanziamenti di bilancio sia nel reclutamento di personale medico specializzato, che nella creazione di nuove strutture ospedaliere, particolarmente attrezzate nella ricettività di persone in regime detentivo, oltre che dotate di reparti specializzati nella cura di patologie di salute mentale, quest’ultime particolarmente diffuse tra la popolazione detenuta.

Le strategie messe in atto per l’attuazione del processo di riforma, in tutte le realtà esaminate, sono state ispirate dal principio normativo sancito a livello internazionale di garantire regimi di equivalenza di cure al detenuto rispetto al libero cittadino. A tal fine sono stati riscontrate enormi sinergie tra le istituzioni penitenziarie e quelle territoriali mediante la stipulazione, di accordi di partnership con le strutture sanitarie più vicine agli istituti penitenziari, oltre all’istituzionalizzazione di una rete di attori, dal mondo accademico a quello del terzo settore, nell’ottica di garantire da un lato il necessario rigore scientifico nella ricerca di nuovi assetti organizzativi del settore, dall’altro l’implementazione di processi di continuità terapeutica post - detentivi, tali da consentire il perseguimento di obiettivi di salute che permettano al paziente – detenuto di intraprendere un reale ed effettivo processo di reinserimento nella comunità libera. Ciò consentirebbe di evitare sprechi di risorse umane, logistiche e finanziarie, evitando il duplice impatto negativo che un soggetto in detenzione non curato, può potenzialmente originare sia sul sistema sanitario che su quello penale. Dall’analisi dei dati emersi è ormai

ampiamente documentato come un detenuto non curato sia non solo ad alto rischio di recidiva e quindi di reiterazione del reato, ma tenda a stazionare come soggetto “passivo” della rete sanitaria pubblica, spesso senza avere la possibilità di intraprendere percorsi diagnostici - terapeutici in grado di garantire un’adeguata soluzione di cura .

Le azioni strategiche messe in atto in Inghilterra e Galles. per l’attuazione del processo di riforma, si sono peculiarmente contraddistinte rispetto a quelle attuate sia in Francia che in Norvegia, in quanto mentre in questi Paesi , il passaggio di competenze dal sistema sanitario carcerario a quello di sanità pubblica è avvenuto senza alcuna gradualità come nel sistema italiano, nella realtà inglese si è proceduto con estrema gradualità; infatti, in una prima fase si è dato corso all’attivazione di protocolli di partnership tra le istituzioni penitenziarie e quelle sanitarie delle comunità locali, e soltanto successivamente, in una seconda fase, si è provveduto anche all’effettivo trasferimento della titolarità giuridica, amministrativa e finanziaria del servizio sanitario penitenziario dal Dipartimento della Giustizia a quello della Salute. La gradualità riscontrata nell’attuazione del processo di riforma della sanità penitenziaria in Inghilterra e Galles ha consentito di prevenire casi di shock nel sistema, tali da pregiudicare la regolare erogazione delle prestazioni sanitarie ai ristretti. Infatti, soprattutto in Francia, sono state registrate notevoli tensioni tra il personale sanitario ed il management penitenziario, in parte per motivazioni legate al difficile perseguimento di un efficace equilibrio tra bisogno di salute del detenuto e regime detentivo di appartenenza; sono evidenti le difficoltà di garantire percorsi terapeutici ed assistenziali equi per persone soggette a diversi regimi detentivi in quanto è innegabile il peso che il circuito penitenziario esercita sulle potenzialità di cura della persona ristretta, rispetto all’offerta che le strutture sanitarie possono garantire, per il libero cittadino, sul territorio nazionale. Allo stato, non sono state condotte ricerche per individuare quali possano essere le reali limitazioni al diritto alla salute della persona detenuta per effetto dell’applicazione di un differenziato circuito penitenziario¹⁷. E’ positivo come nei Paesi esaminati si sia giunti alla creazione di una rete scientifica – accademica che ha consentito l’avvio di sistemi di monitoraggio epidemiologico nonché di valutazione delle prestazioni sanitarie rese negli istituti penitenziari, seppur con i limiti imposti dal turn over dei ristretti che, in particolare in Inghilterra e Galles, è risultato inferiore ai sei mesi per la stragrande maggioranza della popolazione detenuta.

¹⁷ Nota sulla circolare circuiti penitenziari.

La crescente partecipazione del mondo accademico alle dinamiche del servizio sanitario penitenziario ha consentito l'avvio di diversificati progetti di ricerca quali fattori di notevole impulso alla valorizzazione della professionalità del medico penitenziario ed all'apertura del settore ad azioni di collaborazione internazionale. Su quest'ultimo fronte sono particolarmente attivi i Paesi dell'area nord – europea tra le quali la Norvegia è tra i principali promotori. In aderenza alla letteratura organizzativa, in tutti i casi in esame, la struttura organizzativa delle aree sanitarie è stata profondamente rivista, in relazione sia ai nuovi assetti strategici che alle diversificate e complesse dinamiche ambientali registrate in ciascuna realtà nazionale.

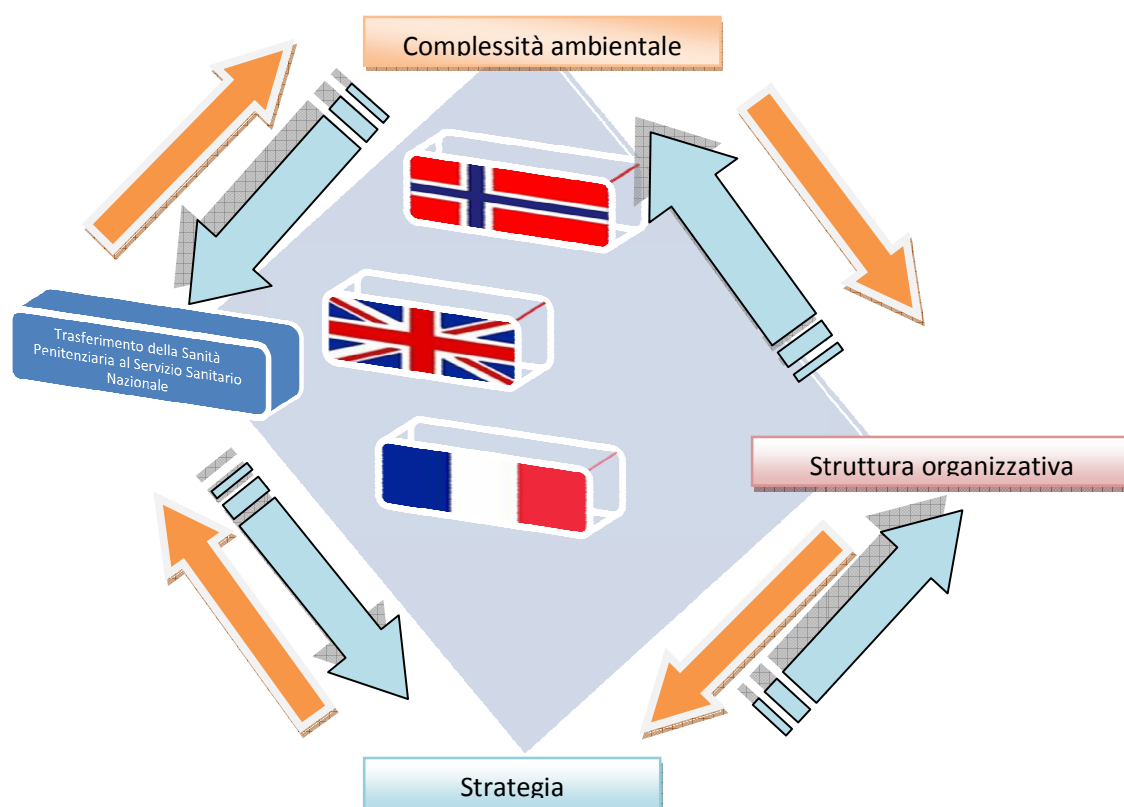
Le aree sanitarie delle strutture detentive sono state chiamate ad operare una vera e propria rivoluzione nelle metodologie di azione rispetto al passato: in particolare l'apertura al contesto territoriale, la partecipazione a dinamiche decisionali con un maggior grado di autonomia e responsabilità sui processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, costituiscono le leve comuni dei processi di riforma del settore sanitario penitenziario che, da un contesto ad alta autoreferenzialità, si è dovuto necessariamente confrontare con nuove realtà istituzionali e territoriali (si pensi, ad esempio, al crescente processo di collaborazione con la rete ospedaliera ed istituti di ricerca universitari per l'implementazione di sistemi di monitoraggio epidemiologico; al passaggio delle responsabilità gestionali ed amministrative dagli uffici di pubblica sicurezza a quelli sanitari), che inevitabilmente hanno richiesto incisive modifiche sugli assetti organizzativi delle Aree Sanitarie, soprattutto sui piani tipicamente strutturali che la letteratura scientifica, sia in ambito pubblico che privato, identifica nel grado di formalizzazione, gerarchia, centralizzazione, professionalità ed indicatori del personale delle organizzazioni. Nei Paesi ove il processo di riforma è stato realizzato con successo, (tra le quali le più significative sono quelle analizzate in questo lavoro), è innegabile che gli standard di progettazione delle unità sanitarie penitenziarie hanno richiesto non solo un maggior grado di flessibilità operativa, soprattutto per far fronte alla crescente complessità ambientale del sistema detentivo ma, il “design” delle nuove strutture organizzative ha dovuto tener conto dell'evoluzione delle rinnovate politiche strategiche che la sanità penitenziaria è chiamata ad implementare nel rispetto delle recenti linee guida emesse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O.).

L'analisi comparata dei sistemi sanitari penitenziari di Francia, Norvegia, Inghilterra e Galles ha unanimemente evidenziato la rottura dei circoli viziosi di isolamento in cui si trovava ad operare il personale medico degli Istituti Penitenziari, innestando interessi scientifici e di ricerca a livello accademico che ha consentito un rinnovamento profondo della professione medica all'interno delle carceri mediante non solo la realizzazione di un crescente potenziamento dei servizi clinici – diagnostici – terapeutici, ma anche attraverso una managerializzazione del dirigente medico coordinatore delle unità sanitarie delle strutture detentive. Pertanto il paradigma classico Ambiente – Norma – Strategia – Struttura, riconosciuto generalmente valido e peculiare per le Pubbliche Amministrazioni (L. Hinna, 2009), trova piena e significativa attuazione sul “campo”, soprattutto come emerge dall'analisi dei processi di riforma dei Paesi esaminati nel presente lavoro, indiscutibilmente protagonisti nell'ambito del contesto politico istituzionale europeo; si può con certezza affermare come si sia evidenziata un'assoluta correlazione tra le complesse dinamiche dei flussi detentivi (complessità ambientale) e l'implementazione di nuove politiche strategiche dei sistemi penali, con inevitabili riflessi sia sugli assetti strategici della medicina penitenziaria che sui parametri per la necessaria riprogettazione delle strutture organizzative delle Unità sanitarie penitenziarie.

E' pertanto chiaro che il percorso di riprogettazione del servizio sanitario penitenziario è un processo originato prevalentemente dall'inadeguatezza dell'originario assetto organizzativo alle nuove istanze che i sistemi carcerari sono chiamati ad affrontare, tra le quali il sovraffollamento delle strutture e l'elevata percentuale di detenuti stranieri; tali fattori, costituiscono tuttora delle criticità tali da indurre ad una dinamica revisione delle priorità strategiche dei servizi sanitari penitenziari, pertanto se, di fronte a tale complessità ambientale, l'obsolescenza dell'organizzazione del servizio sanitario carcerario è emersa con evidenza, è assolutamente ipotizzabile una bi - direzionalità delle relazioni causali tra i fattori esaminati tali da far emergere un modello complesso costituito da azioni e retroazioni, nella quale i deficit della struttura organizzativa hanno inciso sulla necessità di individuare nuove strategie di azione che i nuovi assetti normativi di riforma hanno cercato di intercettare per fornire delle risposte adeguate alla dinamica complessità ambientale dei sistemi carcerari. In definitiva dall'esame delle realtà proposte in questo lavoro è pertanto, altrettanto afferabile un'esatta inversione del paradigma classico ambiente – norma – strategia – struttura, in quanto tutti i processi di riforma esaminati, hanno come punto di

origine la constatazione di una assoluta inadeguatezza degli assetti organizzativi del servizio sanitario in ambito detentivo, come peraltro evidenziato dalla copiosa documentazione reperita sia presso le istituzioni interessate che dall'analisi di articoli pubblicati su riviste nazionali ed internazionali.

Grafico 6 – Interrelazioni tra i fattori di complessità ambientale, strategia e struttura organizzativa.
Fonte: Elaborazione propria, 2012



	<i>Linearità delle interdipendenze secondo il paradigma classico</i>
	<i>Bi-direzionalità delle relazioni causali tra i fattori dalle esperienze esaminate nella ricerca.</i>

L'analisi comparativa espletata in questa parte del lavoro ci ha fornito delle fondamentali indicazioni anche per quanto concerne le direttrici strategiche, gestionali ed operative da seguire nell'implementazione del nuovo assetto organizzativo del sistema sanitario penitenziario italiano sia per quanto riguarda gli aspetti macro – strutturali che per quelli relativi alle nuove sfide del management sanitario. A tal fine, nel prossimo capitolo, saranno forniti i dati della ricerca espletata sull'attuale assetto organizzativo della sanità

penitenziaria campana, condotta secondo una lente di osservazione prevalentemente manageriale.

FONTI

1. A First Class Service: Quality in the New NHS. Department of health . London; the Stationery Office, 1998;
2. Adinolfi P., “L’evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche”, in *Mecosan*, 37/2001;
3. Adinolfi P., Mele R., “L’evoluzione reticolare nelle aziende sanitarie pubbliche”, in Anselmi L. e Saita M. (a cura di) , “La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie, *Il Sole 24 ore*”, Milano, 2002;
4. Adinolfi P., Piscopo G., Picker F., “L’assetto organizzativo delle aziende sanitarie : evoluzione e prospettive future” in “Management e gestione delle aziende sanitarie” (a cura di) Mele R. e Triassi M., *Collana di studi aziendali e marketing*, ed. Cedam, 18/2008;
5. April M.W. Young PhD, “Incarceration as a public health crisis”, *American Journal of Public Health*, vol. 96, No 4, April 2006;
6. Berkman Alan, MD, “Prison Health: The Breaking Point”, *American Journal of Public Health*, Vol. 85 No 12, December 1995, pages 1616-1618;
7. Cheryl E. Easley, “Together we can make a difference: the case for transnational action for improved health in prison”, original research article, “Public Health”, vol. 125, issue 10, October 2011, pages 675 – 679;
8. Condon L., Hek G. Harris F.: “a review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence, *J Clin Nurs*, pages 1201-1209, No 16, 2007;
9. Contracts between the NHS and the Prison Service. Report to the Prison Health Care Working Group dr. T. Exworthy. London, 1998;
10. Coyle Andrew, “A Human Rights Approach to Prison Management, second edition, International Centre for Prison Studies, London, 2009;
11. Coyle Andrew, *Managing prisons in a time of change*”, International Centre for Prison Studies, London, 2002;
12. Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J, Kimber A., Storey L. Thomas H.: “The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature, *Health Technol Assess*, no 6, 2002, pages 1- 244;
13. Decastri M., “Il coordinamento e l’integrazione”, in G. Costa, R.C.D. Nacamulli (a cura di), *Manuale di Organizzazione Aziendale*, vol. 2, La progettazione organizzativa, UTET, Torino, 1997;
14. Decastri M., “Amministrazione pubblica e stereotipi. Alla ricerca della burocrazia perduta”, in M. Decastri, L. Hinna, M. Meneguzzo, F. Mussari (a cura di) *Economia delle Aziende Pubbliche*, Mc Graw-Hill, Milano;
15. Delmestri G. , *Le teorie contingent*, in G. Costa, R.C.D. Nacamulli (a cura di) *Manuale di Organizzazione Aziendale* , vol. I, *Le teorie dell’Organizzazione*, UTET, Torino, 1996;
16. Declaration on Prison Health as part of Public Health, adopted in Moscow on 24 October 2003, at a Meeting in Health on Prisons and Health in Moscow, October 2003;

17. Declaration on Prison Health as part of Public Health, adopted in Copenhagen at a Meeting on Prison and Health, Copenhagen October 2010;
18. Declaration on principles of cooperation between prison health and public health services and development of a safer society, Prison Health Expert Group, 6th Partnership Annual Conference on 25 November 2009, Oslo, Norway;
19. Dirk Van den Boom, Hennefield Vera, "Independent evaluation of the NDPHS Centre for evaluation" – Saarland University – august 2008;
20. Eden C.- Ackermann F. , "Making Strategy: The Journey of Strategic Management, Sage, London, 1998;
21. Fazel Seena, Jacques Baillargeau, "The health of Prisoners" – Review – Lancet 2011; 3771 pages 956-65; published on-line, November 2010. Correspondence to dr. Seena Fazel - Department of Psychiatry, University of Oxford;
22. Forbes Melissa, Carolyn J. Hill and Laurence E. Lynn Jr, "The logic of Governance in health care delivery – an analysis of the empirical literature", Public Management Review, Vol. 9, issue 4/2007, pages 453-477, ed. 2007 Taylor & Francis;
23. Gatherer Alex, MD, Moller Lars, MD, PhD, and Hayton Paul , MA , DipHEd, "The World Health Organization European Health *n* Prison Project after 10 years: Persistent Barriers and Achievements", American Journal of Public Health, Vol. 95 No 10, Public health consequences of imprisonment , Peer review, October 2005;
24. International Centre for Prison Studies, "Prison Health and Public Health: the Integration of Prison Health Services" – Report from a Conference organized by the Department of Health and the International for Prison Studies – London, 2004;
25. Hayton Paul, MA, DipHEd, and Boyington John – "Reform Efforts in Public Services" – American Journal of Public Health", October 2006, vol. 96, No. 10;
26. Health Care Standards for Prisoners in England and Wales. HM Prison Service. London, Prison Service, 1994;
27. Her Majesty's Chief Inspector of Prisons, "Patient or Prisoners? A new strategy for health care in Prisons", London 1996;
28. Hinna A., Organizzazione e Cambiamento nelle pubbliche amministrazioni, ed. Carocci, Roma, 2009;
29. HM Prison Service, NHS Executive, "the future organization of prison health care" – report by the joint prison service and National Health Service Executive Working Group – March 1999;
30. Iversen Jon Ilmar, Norwegian Directorate of Health, "Prison Health Reforms in Norway – The import model", Head of Division for Primary Health Care Services, ed. 11/2009;
31. Jacobi V. John, Prison health, Public Health – Obligations and Opportunities, Seton Hall Law School, ed. 2006;
32. J. Correct Health Care, Expanded Focus Section: "Advance study of quality measurement in Prison Health Care: Selecting Performance Indicators for Prison Health Care" April 2011, pages 138 – 149;
33. Klein-Peton Dominique (Ministero della Salute – Francia), intervento al XXXI Congresso Nazionale di Medicina Penitenziaria, "L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari della Francia alla luce del

- passaggio della Medicina Penitenziaria al Ministero della Salute: analisi e prospettive”, Amalfi, maggio 2008;
34. Kristoffersen Rogenar, “Correctional Statistics of Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden 2001 – 2005” – Report of Correctional Services of Norway Staff Accademy – ed. 2008;
 35. McLeod, Hugh, “Prison Health Partnership Survey 2006” – Final Report – Health Services Managemennt Centre – University of Birmingham, 2006;
 36. Merete Berg Nasset, Ase-Bente Rustad, Kjielsberg Ellen, Almvick Roger, Bjorungaard Haken Johan, «Health care help seeking behaviour among prisoners in Norway », BMC Health Services Research, 2011 ;
 37. Ministere de la Justice, Direction de l’administration Penitentiarie, Bureau des etudies de la prospective ed des methods” Statistique mensuelle de la population ecrouee ed detenue en France” situation on 1er novembre 2011, <http://www.justice.gouv.fr>;
 38. Ministry of Justice, Statistics Bulletin, “Prison Population Projections 2011-2017 in England and Wales”, ed. October 2003;
 39. Ministry of Justice, Statistics Bulletin, “Offender Management Statistics Quarterly Bulletin – April to June 2011 – in England and Wales” ed. October 2011;
 40. Moller Lars, PhD, “Prison Health, WHO Regional Office for Europe”, Conference of Riga, 29 April 2008;
 41. Moller Lars, “Prison Health a challenge to public Health” in “Health Prison Project”, Regional adviser, World Health Organization – Regional Office for Europe - , Ninth Meeting, Oslo, Norway, November, 2009;
 42. Moller Lars, Project Manager World Health Organization, “Prison and Public Health”, NDPH – Expert Group, Oslo, Norway, February 2007;
 43. Northern Dimension Partnership in Public Health (NDPH), and social well-being, “About the NDPHS Expert Group on prison health, Ingrid Lycke Ellingsen (Expert Group’s Chairperson - Norway) and dr. Zaza Tsereteli, (Expert Group’s International Technical Advisor – Estonia) from website: www.ndphs.org, ed. 8/2008;
 44. Norwegian of Justice and the Police: “Report to the Starting no 37 Sentencing that work-less crime – safer society (criminal reestablishment system report). Oslo, 2008;
 45. Office of the Deputy Prime Minister, The Social Exclusion Unit, “Reducing re-offending by ex-prisoners”, London, 2002, p. 23;
 46. Reborra G., “Il cambiamento organizzativo nella Pubblica Amministrazione”, in Azienda Pubblica, 1/1988;
 47. Rosenbloom David, American University, “Privatization and Deadly Health care in Prison, article, American Society for Public Administration, July 2005, page 12;
 48. Rutherford M., Duggan S., “Meeting complex health needs in prison” original research article, “Public Health”, vol. 123, issue 6, June 2009, pages 415 – 418;
 49. Simo Kokko, National Institute for Health and Welfare, “Bridging the gap between the health services in prison and the civilian world - what could he the role of primary health care?, from Conference “Good prison health - better public health - safer society, 2010;

50. Watson Roger, Satimpson Anne, Hostick Tony, "Prison health care: a review of the literature", Review Article, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 41, issue 2, February 2004, pages 119-128;
51. Spaulding Anne C., MD, MPH, Perez D. Sebastian, MPH, Seals M. Ryan, MSE, MPH, Hallmann A. Madhura, BS, Kavarsery Rari, MD, Weiss S. Paul, MS, "Diversity of Release Patterns for Jail Detainees: Implications for Public Health Interventions" *American Journal of Public Health*, Supplement 1, Vol. 101, No S1 – Peer Review Research and Practice, 2010;
52. Stern F. Marc, MD, MPH, Grefinger Robert B. , MD, Mellow Jeff, PhD, "Patient Safety: moving the Bar in Prison Health Care Standards", *American Journal of Public Health*, Vol. 100, No 11, November 2010, peer Reviewed – Framing Health Matters;
53. The European Prison Rules. Recommendation Number R (87) 3 of the Committee of Ministers. Council of Europe 1987;
54. The Madrid Recommendation "Health protection in prisons as an essential part of public health" at a Meeting held in Madrid, Spain, October 2009;
55. The new NHS: Modern and Dependable London: the Stationery Office, 1997;
56. The United Nations Standard Minimum Rules for Prisoners Resolution adopted 30 August 1955. The first UN Congress on the prevention of crime and the treatment of offenders. Department of health 1997;
57. Walmsley Roy, "World Prison Population List" (eight edition), International Centre for Prison Studies - ed. 2008;
58. Watson R., Stimpson A., Hostick T., "Prison Health Care: a review of the literature", *Int. J Nurs Stud*, pages 119-128, ed. 2004;
59. Wismar Matthias, Maier Claudia B., Glinas Irene A., Dussault Gilles, Figueras Josep, "Health Professional Mobility and Health Systems" – evidence from 17 European countries, *European Observatory on Health Systems and Policies*, ed. 2011;
60. World Health Organization Europe (WHO), "Prison Health as part of Public Health", Declaration Moscow, 24 October , 2003;
61. World Health Organization Europe (WHO), "Prison and Health newsletter Moscow" – special edition , www.hipp-europe.org, 2004, p. 10;
62. World Health Organization Europe (WHO), Regional Office for Europe, " Promoting the Health of young people in custody", Copenhagen, Denmark, ed. 2003;
63. World Health Organization Europe (WHO), Hayton Paoul, Gatherer alex, Fraser Andrew, "Patient or Prisoner: Does it matter which Government Ministry is responsible for the health of prisoners?" – a briefing paper for network meeting, Copenhagen, October 2010;
64. World Health Organization Europe (WHO), "Health in Prison" – A who guide to the essentials in prison health - edited by Lars Moller, Heino Stover, Ralf Jurgens, alex Gatherer and Hak Nikogosian; "standards in prison health: the prisoners as a patient out" – Andrew Coyle; "Protecting and promoting health in prison: a setting approach" – Hayton Paul ed. 2010;
65. World Health Organization (Regional Office for Europe) . UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime, "Women's health in prison – action guidance and checklists to review current policies and practices" by Brenda van den Bergh and Alex Gatherer, Copenhagen, Denmark, 2011;

CAPITOLO IV

LA RICERCA SULLA SANITA' PENITENZIARIA IN CAMPANIA: NUOVI ASSETTI ORGANIZZATIVI IN UNA PROSPETTIVA DI INTERNAZIONALIZZAZIONE.

SOMMARIO: 4.1 - Il disegno della ricerca; 4.2 - Metodologia della ricerca; 4.3 – Metodologia di analisi dei dati; §. 4.4 - L'analisi degli elementi in gioco per l'effettuazione dell'indagine di ricerca; §. 4.5 - Analisi delle combinazioni organizzative; §. 4.6 - La combinazioni organizzative che emergono dall'analisi del servizio sanitario penitenziario presso le strutture detentive in Campania; §. 4.7 - La rilevazione del tasso di managerializzazione dei medici coordinatori delle Unità sanitarie degli Istituti penitenziari della Regione Campania; 4.8 – La riprogettazione del Servizio Sanitario Penitenziario – una proposta. Conclusioni.

§. 4.1 - Il disegno della ricerca

L'indagine di ricerca è diretta principalmente ad individuare i fattori di criticità che, almeno allo stato attuale, non hanno consentito l'effettiva realizzazione del processo di riforma disegnato dal Legislatore e concretizzatosi con l'emanazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008. L'inefficacia dell'attuale assetto organizzativo del servizio sanitario penitenziario è conclamato da eventi che con straordinaria quotidianità manifestano l'inadeguatezza del sistema rispetto alle nuove dinamiche ed alle sfide di complessità ambientale che il contesto detentivo, prepotentemente impone al management sanitario in una struttura carceraria. Il crescente sovraffollamento delle strutture, l'elevata incidenza di detenuti stranieri, le limitazioni imposte dai circuiti detentivi, le limitate risorse economiche – finanziarie, le particolari patologie, soprattutto di salute mentale e cardiovascolari, l'inadeguatezza delle strutture sanitarie e l'impreparazione del management rispetto alla nuova realtà di coniugare il mondo della giustizia penale con le dinamiche, già complesse, delle istituzioni sanitarie, costituiscono i fattori più evidenti per i quali è urgente una risposta efficace e quanto il più possibile immediata da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

La scelta di avviare un'indagine di ricerca sulle aree sanitarie degli Istituti penitenziari campani, innovativa sia per il contesto di indagine che per la metodologia adottata, è legata alla forte significatività del campione, sia per il numero di detenuti interessati che per la varietà delle istituzioni penitenziarie presenti sul territorio campano; basti pensare che esistono sedi detentive destinate

ad ospitare reclusi ad alta sicurezza ed altre finalizzate al reinserimento di soggetti che dopo un'esperienza detentiva devono essere ricollocati con piena cittadinanza nel tessuto economico e sociale del mondo libero, in quest'ultimo caso ci riferiamo all'esperienza unica a livello nazionale degli Istituti penitenziari a Custodia Attenuata, non presenti in tutte le realtà regionali del nostro Paese. In considerazione di quanto propone il campione di analisi della Regione Campania è ragionevole pensare come i dati emersi in tale realtà possano assumere notevole rilevanza sia a livello nazionale che internazionale, nel fotografare un "frame - work" di elementi sul quale poter intervenire per riprogettare gli attuali assetti organizzativi delle sanità penitenziaria in un ottica di miglioramento del servizio sia in termini di efficacia che di efficienza.

L'indagine ha ripercorso il processo riportato sinteticamente nel grafico 1), in cui la fase di analisi delle strutture sanitarie è stata espletata sul "campo", mediante accesso diretto alle singole strutture penitenziarie e con la somministrazione di un questionario strutturato (vedi appendice A), principalmente a risposte chiuse, ma con la possibilità di reperire anche informazioni con la formulazione di quesiti a risposta aperta, in cui i medici coordinatori del servizio, in qualità di destinatari dell'indagine di ricerca, hanno potuto fornire un quadro quanto più esaustivo e libero possibile, nell'analisi dei fattori di inerzia in cui si trova il settore nell'attuale contesto storico.

La ricerca può considerarsi particolarmente significativa ed innovativa sia per il contesto di indagine che per il focus organizzativo e manageriale con cui la stessa viene espletata, potendosi considerare a pieno titolo la prima esperienza realizzata nel settore a livello nazionale; peraltro l'accesso alle strutture detentive è stato reso possibile grazie alle sinergie attivate con i vertici delle amministrazioni coinvolte nel processo di assistenza sanitaria ai detenuti, dall'Amministrazione Penitenziaria campana a quelli delle Aziende Sanitarie interessate dall'indagine, con la supervisione e la collaborazione della Regione Campania nell'ambito delle attività espletate dall'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria.

L'individuazione degli elementi di analisi è fondata sull'approccio teorico della "Chimica dell'Organizzazione", in cui oltre a considerare gli elementi burocratici, comunitari e di mercato, si è proceduto ad inserire elementi di tipo strategico, ritenuti in letteratura di particolare rilevanza per il mondo della pubblica

amministrazione, a scapito degli elementi identificativi di “diritti di proprietà” significativi per il contesto privato ma non altrettanto per il mondo pubblico¹. E’ importante che le amministrazioni instaurino un rapporto positivo con l’ambiente esterno in cui agiscono, favorendo la creazione di un tessuto di relazioni, capace di aumentare il livello del capitale sociale collettivo. L’innovazione, infatti, è spesso favorita dalla possibilità di accedere ad opportunità, presenti in contesti attivi, stimolanti, con elevati livelli di fiducia e bassi costi di transazione, dotati di risorse facilmente reperibili.

In molti Paesi le politiche di riforma del settore pubblico sono elaborate in risposta a situazione di crisi, ed il caso classico è dato dalla riforma della sanità penitenziaria in Italia, che evidenziano apertamente elementi di inadeguatezza. Questo atteggiamento rischia di creare una situazione di perenne ritardo rispetto ai nuovi bisogni. L’OCSE raccomanda di adottare un orientamento volto ad anticipare i problemi, che marchi il passaggio da un approccio reattivo ad uno proattivo, focalizzato verso una riforma di tipo strategico, sostenuto da una visione chiara ed a lungo termine .

L’approccio strategico deve essere finalizzato a sviluppare nelle singole istituzioni la capacità di adattarsi costantemente ai mutamenti del contesto a cui si rivolgono, Un’efficace politica di riforma non può essere basata sulla promozione generalizzata di specifiche tecniche, procedure, soluzioni o strumenti, ma piuttosto sullo sviluppo diffuso, all’interno di ogni singola amministrazione, di competenze e capacità di progettare e gestire gli strumenti più adeguati a rispondere ai bisogni del momento. All’interno della nostra analisi abbiamo inserito gli elementi strategici, proprio perché nel mondo pubblico essi hanno una notevole incidenza sullo stato della struttura organizzativa e sui fattori che possono costituire dei driver per la sua riprogettazione.

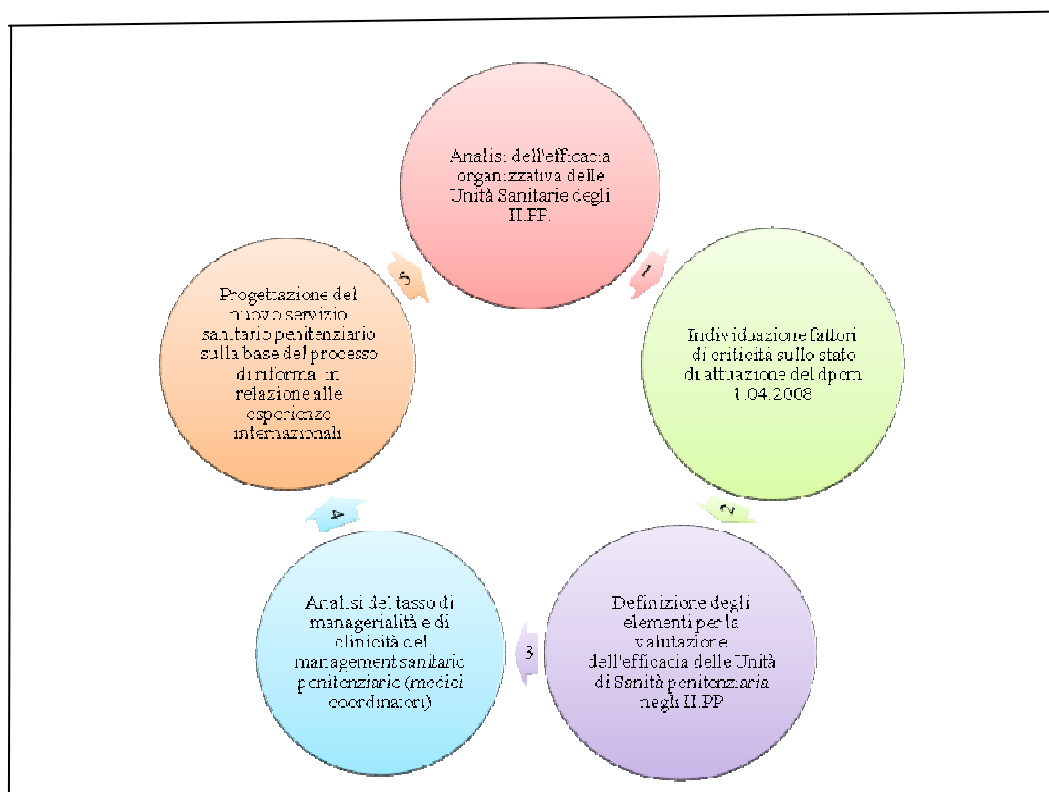
Tuttavia, il ruolo che gli elementi strategici hanno per la pubblica amministrazione, nel determinare le direttrici dell’azione organizzativa quale complemento indispensabile all’attività di progettazione della relativa struttura, si è fortemente consolidato in letteratura, infatti diversi autori hanno sottolineato

¹ OCSE, “Uno sguardo sulla Pubblica Amministrazione”, Parigi, 2010, pag. 102 – 110; Sangiorgio Giorgio, “Management e Governance nella P.A.” ed. FrancoAngeli, collana Economia e Management, 2008; Marchitta Fernando “Strategia del Valore nella Pubblica Amministrazione”, collana Economia & Management, ed. Franco Angeli, 2009.

l'importanza delle politiche strategiche nel mondo pubblico ed in particolare in ambito sanitario².

Autori classici come Gouldner e Selznick, mostrano come l'attenzione estrema dedicata dalla burocrazia alla struttura organizzativa non sia sufficiente a guidare il comportamento delle persone. Il funzionario, in quanto essere sociale, ha caratteristiche che non sono normabili e che vanno oltre la possibilità di formalizzazione dei codici amministrativi: ha interessi, preferenze, pregiudizi, timori, intrattiene relazioni, desidera far parte di gruppi, insomma non può essere totalmente "in scatolato" in un regime che gli chiede di realizzare in modo freddo e neutro una serie di decisioni che altri hanno preso in altro luogo organizzativo.

Grafico 1 – Disegno e fasi della ricerca



Fonte: Elaborazione propria, 2012

² Achard P. O., Castellon V., Profili S., (a cura di), 2004, "Il governo del processo strategico nelle Aziende Sanitarie", Franco Angeli, Milano; Alfano A., Carlucci M., Carniello G.S., Donadon V. Guarnieri S., Mezzarobba A., 2005, "Un modello assistenziale per livelli differenziati di assistenza", in Salute e Territorio, n. 153; Anselmi L., Saita M. (a cura di), 2002, "La gestione manageriale e strategica delle aziende sanitarie", Il Sole 24 Ore, Milano; Marra M., 2006, "Il mercato nella pubblica amministrazione", Carocci, Bari; Organization for Economic Cooperation and Development OECD, 1997, "Comparative Analysis of 29 Health Systems", CREDES/OECD, Paris; Saltman R.B. Figueras J., 1997, (eds), "European Health care reform: analysis of current strategies", WHO Regional Office for Europe, European series, No 72, Copenhagen.

§. 4.2 - Metodologia della ricerca

In questo capitolo illustriamo un'applicazione pratica dell'approccio della "chimica dell'organizzazione", già sperimentato su un campione di alcune grandi imprese italiane³, ma mai effettuato su realtà della pubblica amministrazione e/o in contesti aziendali pubblici.

E' stato somministrato un questionario ai medici coordinatori del servizio sanitario all'interno degli istituti penitenziari della Campania; il campione è particolarmente significativo sia per numero di detenuti serviti pari a circa 8231 unità⁴ che per la tipologia di istituti (Case Circondariali, Case di Reclusione, Trattamento Tossicodipendenze, Sex Offenders ecc.) coperti dall'indagine, pari all'80% delle strutture esistenti sul territorio campano, evidenziando un mix di complessità ambientale e strutturale tra le più intrecciate sia livello nazionale che internazionale.

Il questionario utilizzato per l'indagine empirica ha rilevato:

- Il grado di complessità delle strutture sanitarie penitenziarie: dimensioni, struttura organizzativa, processi manageriali nella gestione delle risorse umane ed erogazione del servizio, strategie di azione rispetto alle comunità territoriali di riferimento;
- l'adozione di una serie molto dettagliata ed ampia di "pratiche organizzative", oltre che ovviamente di elementi strutturali, facilmente identificabili dagli intervistati.

Dal punto di vista concettuale ed interpretativo le pratiche sono considerate come applicazioni o "infusioni" nel sistema organizzativo di quattro classi di elementi di natura qualitativamente differenti: mercatistici, burocratici, strategici e comunitari. Tramite il questionario è stata rilevata l'intensità di utilizzo di ciascuna delle pratiche organizzative, costruendo un indicatore basato sulla presenza/assenza di componenti più elementari per ciascuna pratica organizzativa, misurandone l'intensità sulla base di una scala con valori da 0 a 5, rappresentando rispettivamente il minimo ed il massimo, originando cinque classi su scala

³ Furnari S. Grandori A., "Dalle Forme alle formule organizzative : una chimica dell'organizzazione, in L'Organizzazione: concetti e metodi, aut. Tommaso M. Fabbri, ed Carocci, 2010.

⁴ Dati riferiti al 30 marzo 2011 forniti dal Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

ordinale ; successivamente le scale sono state normalizzate su scala 0-100 per rendere i dati comparabili.

La rilevazione è stata espletata in riferimento ad un periodo temporale fisso, pari a 36 mesi, per gli anni dal 2009 al 2011, in maniera tale da poter indagare con sufficiente esaustività gli effetti del transito della Sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, avente decorrenza giuridica 1 aprile 2008. A ciascuna pratica organizzativa sono stati assegnati dei valori mediante, prima l'elaborazione della media del campione e successivamente con il calcolo della deviazione standard⁵.

L'elenco delle pratiche organizzative e degli elementi strutturali rilevati vengono riportati nella tabella 1), che sintetizza i valori medi di utilizzo e le deviazioni standard per ciascuna variabile.

⁵ La **deviazione standard** o **scarto tipo** o **scarto quadratico medio** è un indice di dispersione delle misure sperimentali, vale a dire è una stima della variabilità di una popolazione di dati o di una variabile casuale. La deviazione standard è uno dei modi per esprimere la dispersione dei dati intorno ad un indice di posizione, quale può essere, ad esempio, il valore atteso o una stima del suddetto valore atteso. La deviazione standard ha pertanto la stessa unità di misura dei valori osservati (al contrario della varianza che ha come unità di misura il quadrato dell'unità di misura dei valori di riferimento). In statistica la precisione si può esprimere come deviazione standard. Il termine "*standard deviation*" è stato introdotto in statistica da Pearson assieme alla lettera greca σ che lo rappresenta. Il termine italiano "deviazione standard" ne è la traduzione più utilizzata nel linguaggio comune; il termine dell'Ente Nazionale Italiano di Unificazione è tuttavia "scarto tipo",

definito come la radice quadrata positiva della varianza per lo meno fin dal 1984 $\sigma_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{N}}$

Se non indicato diversamente, la deviazione standard è semplicemente la radice quadrata della

varianza, la quale viene coerentemente rappresentata con il quadrato di sigma (σ^2). $\bar{x} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N x_i$ dove è la media aritmetica. Formalmente lo scarto tipo di una variabile casuale può essere calcolato a partire dalla funzione generatrice dei momenti (radice quadrata della differenza tra il momento secondo ed il momento primo elevato al quadrato). A partire dallo scarto tipo si definisce anche il coefficiente di variazione o la *deviazione standard relativa* come il rapporto tra

lo scarto tipo σ_x e il modulo della media aritmetica dei valori: $RSD = \sigma_r = \frac{\sigma_x}{|\bar{x}|}$ Questo nuovo

parametro (spesso usato in forma percentuale, cioè come $\%RSD = \sigma_{\%} = 100\sigma_r$) consente di effettuare confronti tra dispersioni di dati di tipo diverso, indipendentemente dalle loro quantità assolute. Esistono argomenti teorici, soprattutto nell'ambito della teoria della stima ovvero nell'ambito della statistica inferenziale (dove è noto solo un campione della popolazione), per rimpiazzare il fattore $1 / N$ con $1 / (N - 1)$ nella definizione, ottenendo come nuova definizione:

$\sigma_x = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}{N-1}}$ Sostanzialmente, poiché non è nota la media dell'intera popolazione, ma solo una sua stima (la media del campione), bisogna utilizzare $N - 1$ per ottenere uno stimatore corretto della varianza della popolazione a partire dai dati del campione. Questa correzione al denominatore fa sì che la nuova definizione sia un po' più grande della precedente, correggendo così la tendenza della precedente a sottostimare le incertezze soprattutto nel caso in cui si lavori con pochi dati (N piccolo). Osserviamo il caso limite di $N = 1$, cioè quando effettuiamo una sola misura: la prima definizione dà il risultato, sensato nell'ambito della statistica descrittiva ma non molto ragionevole nell'ambito della inferenziale, $\sigma = 0$, mentre la nuova dà un risultato non definito del tipo $0 / 0$, rispecchiando così la totale ignoranza inerente all'incertezza su una singola misura. In questo senso, si dice che la statistica non dice nulla sul singolo caso. Peraltro la differenza tra le due definizioni è quasi sempre numericamente insignificante: già nel caso di dieci misure la differenza, ad esempio, tra $\sigma = 0.316$ e $\sigma = 0.301$ è insignificante per la maggior parte degli scopi.

Tabella 1 - Classificazione degli elementi organizzativi

<i>Tipi di elementi organizzativi</i>		<i>Pratiche organizzative ed elementi strutturali</i>	
		<i>Media</i>	<i>Deviazione Standard</i>
ELEMENTI DI MERCATO	Sistema valutazione del personale	0,15	0,27
	Mobilità interna del personale	0,10	0,10
	Turnover	0,38	0,40
	Outsourcing	0,80	0,31
ELEMENTI BUROCRATICI	Numero di livelli gerarchici	0,51	0,08
	Livello standardizzazione (routine)	0,19	0,19
	Regole e procedure formali	0,33	0,20
	Livello di dec./centr. (autonomia)	0,45	0,27
ELEMENTI STRATEGICI	Partnership	0,20	0,16
	Processi di innovazione	0,17	0,12
	Trasparenza e comunicazione	0,47	0,45
	Accountability	0,11	0,10
ELEMENTI COMUNITARI	Processi decisionali partecipati, inclusivi	0,53	0,43
	Team Work	0,35	0,37
	Comunità di pratiche	0,27	0,20
	Project work	0,12	0,10

Fonte: Elaborazione propria, 2012

Si deve necessariamente evidenziare come anche l'attribuzione della quantificazione dell'intensità di utilizzo di una determinata pratica ha seguito criteri puramente logico matematici⁶, ciò al fine di evitare inquinamenti di giudizio, almeno in questa fase dell'attività di ricerca.

⁶ Il livello di formalizzazione, standardizzazione e di autonomia (decentralizzazione/centralizzazione) è il risultato di una media dei valori (variabile tra 0 – minimo - ed 1 – massimo -), opportunamente percentualizzati in base alle cinque classi ognuna delle quali identificata con una fascia di pratiche determinata sulla base di una valutazione empirica sulla quantificazione delle stesse evidenziate nel campione di riferimento. Il valore identificativo del livello di gerarchia, è quello riscontrato empiricamente presso ciascun elemento del campione e rilevato tramite il questionario; dalle informazioni assunte nella rilevazione e dall'esame dell'organigramma (ove presente) delle strutture sono stati riscontrati, da un punto di vista formale, un massimo di 6 livelli gerarchici. Bisogna, a tal riguardo, evidenziare però, che l'indagine ha evidenziato una prevalenza di contatti e di rapporti di natura informale, soprattutto tra i medici coordinatori del servizio sanitario e gli altri stakeholder istituzionali. I valori usciti dalle pratiche di valutazione del personale, turnover, outsourcing ed accountability, sono il risultato della somma dei valori originatesi dalla percentualizzazione delle cinque classi risultanti dalla quantificazione delle fasce di pratiche (componenti elementari) empiricamente riscontrate tramite la somministrazione del questionario di rilevazione; l'assenza di un elemento elementare non pregiudica la presenza/assenza di tali tipologie di pratiche, ecco perché si è scelta la somma aritmetica per l'attribuzione di un valore variabile tra 0 (min) ed 1 (max). Le pratiche di partnership sono il risultato di una media aritmetica costituita dalla somma delle pratiche evidenziate nel questionario con il numero progressivo 9) e 10), e di quelle evidenziate con il numero progressivo 22) e 23), cioè i valori percentualizzati emersi dalla somma [pr. (9)+pr.(10)] + [pr.(22)+pr.(23)]/2, in quanto tale elemento investe campi di applicazione "incrociati", che vanno dalle attività di formazione e ricerca sul personale sanitario ad accordi con strutture ospedaliere sanitarie pubbliche o private, finalizzati a favorire processi assistenziali adeguati ai

Il questionario ha rilevato altri fattori che denominiamo di “salute organizzativa” determinati dalle risorse umane effettivamente disponibili presso ciascun servizio sanitario penitenziario, dal trend di crescita della popolazione detenuta, dai circuiti penitenziari⁷ effettivamente presenti presso ciascuna struttura detentiva che imporrebbero una seria riflessione sulla necessità di individuare trattamenti sanitari differenziati rispetto ai soggetti detenuti in circuiti penitenziari caratterizzati da altrettanti e differenziati livelli di sicurezza.

Il questionario, inoltre, si è posto l’obiettivo di individuare possibili situazioni di conflitto tra la Direzione Sanitaria del singolo istituto penitenziario ed il Management dell’Amministrazione penitenziaria; seppur formalmente non è riscontrabile un significativo contenzioso tra le due autorità, da un punto di vista informale è stato rilevato un accentuato stato di frizioni legate al tentativo di disegnare confini autoreferenziali nella costruzione di distinte autonomie decisionali, trascurando il centro del processo assistenziale – sanitario costituito dalla persona detenuta.

§. 4.3 – Metodologia di analisi dei dati

L’analisi dei dati presenta due fattispecie fondamentali: quella logica e quella statistica. Il limitato numero dei casi che analizziamo nel presente lavoro, in considerazione delle sedi penitenziarie presenti nell’ambito della Regione Campania, non pregiudicando la significatività del campione, ha indotto a condurre l’indagine mediante metodologie di analisi logica.

L’analisi logica rappresenta il versante più forte e specializzato del metodo argomentativo: quello logico formale utilizza algoritmi logici per controllare la sussistenza di relazioni di indipendenza tra le variabili, dato che il basso numero dei casi rende inapplicabile il metodo statistico. Con le tavole di verità e l’algebra di “Boole” si esamina se la presenza o assenza di una proprietà si accompagna alla presenza o assenza di una seconda, nei casi considerati in accordo a specifiche forme di relazione ipotizzate. La scelta di tale tipologia di analisi risulta

detenuti, almeno equivalenti a quelli per i cittadini in stato di libertà. Le altre tipologie di pratiche, quali i processi decisionali inclusivi, di innovazione e di trasparenza e comunicazione sono determinati dalla percentualizzazione della fascia, emergente dalla quantificazione delle pratiche riscontrate empiricamente presso ciascun elemento del campione.

⁷ Vedi circolare del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria – prot. 3619/6069 del 21 aprile 2009

particolarmente efficace in relazione all'assetto teorico scelto per l'implementazione del lavoro di ricerca, anche in relazione al contesto di indagine, sostanzialmente inesplorato, per cui la rilevazione della presenza/assenza di elementi organizzativi risulta allo stato attuale particolarmente significativo da un punto di vista scientifico quale base per ulteriori evoluzioni nel lavoro di ricerca.

Una delle principali applicazioni dell'analisi logica riguarda l'attribuzione del ruolo di condizione (in alcuni casi causa) sufficiente o necessaria a qualche proprietà rispetto ad un'altra. Tale analisi trova origine negli studi sulla comparazione, coltivati soprattutto in scienza politica, per quanto riguarda le discipline sociali. Dal punto di vista del calcolo, nel lavoro di Bacone e di J.S. Mill, successivamente di Von Wright che l'ha posta su un piano nettamente logico-formale, l'analisi si è sviluppata dall'ambito bivariato (solo con 2 variabili) a quello multivariato (dove le variabili sono più di due).

L'analisi sarà fortemente improntata in una logica di natura condizionale nella forma << se....allora>>, in cui l'antecedente <<se...>> ed il conseguente <<allora....>> sono legati dal segno dell'implicazione (\rightarrow).

Il condizionale, infatti, è presente in molte ed importanti forme enunciative: nelle generalizzazioni, nelle leggi ed in tutte le relazioni causali. Per controllare queste espressioni, si utilizza la tavola dell'implicazione che ne definisce la verità in funzione della verità dei loro antecedenti e conseguenti.

Sotto "A" ed "B" si trovano i valori di verità (<<1>> o <<0>>), che asseriscono la presenza o l'assenza delle proprietà; sotto il segno dell'implicazione il valore di verità corrispondente asserisce l'esistenza o meno della relazione "A" \rightarrow "B".

Tavola 1 – esemplificazione delle relazioni tra variabili

Casi	A \rightarrow B		
I	1	1	1
II	1	0	0
III	0	1	1
IV	0	1	0

Fonte: Metodologia della ricerca sociale, Bruschi A., 2005

Come evidenzia la tavola, si osserva che la relazione d'implicazione tra le due variabili sussiste sempre ad eccezione dei casi in cui l'antecedente è presente ed il conseguente assente, pertanto il controllo di un condizionale si effettua

esaminando la presenza o l'assenza della seconda combinazione della tavola, l'unica che può negarlo. Con essa possiamo innanzitutto definire in modo rigoroso i concetti di condizione (causa) sufficiente e necessaria:

- "A" è detta condizione sufficiente di "B" se, ogni volta che si riscontra "A", si verifica "B"; in termini logici, "A" implica "B" ($A \rightarrow B$);
- "A" è condizione necessaria di "B" quando la sua presenza si accompagna costantemente alla presenza di "B". In tal caso "B" implica "A" ($B \rightarrow A$);
- "A" è causa necessaria e sufficiente di B, quando le due variabili si implicano a vicenda ($A \leftrightarrow B$).

Alla luce di quanto esposto, abbiamo pertanto due modalità di analisi, dette corrispondenze, per accertare se una proprietà sia causa sufficiente o necessaria di un'altra. Secondo le corrispondenze "B", i casi vengono selezionati basandosi sulla costante presenza o assenza delle proprietà che distingue l'effetto; su questi casi si esamina allora la presenza o l'assenza della supposta causa. Secondo le corrispondenze "A" i casi vengono selezionati tenendo sempre presente o assente la supposta causa e si esamina la presenza o l'assenza dell'effetto. In quest'ultimo caso il modus operandi è tipico dell'attività dello scienziato naturale che manipola le supposte cause per osservarne gli effetti. In pratica se interessa conoscere quali siano le condizioni necessarie di "B", si procede ad elencare una serie di proprietà di A(i) candidate come sue possibili condizioni necessarie; il passo successivo è selezionare un insieme di casi in cui "B" è sempre presente, esaminando l'eventuale presenza o assenza della A(i).

La tabella (2) mostra che tra le proprietà candidate A(i), soltanto A(2), risulta condizione necessaria di "C", perché la sua presenza si accompagna costantemente alla presenza di "C"; le restanti proprietà candidate non si verificano sempre quando si verifica "C", quindi non possono essere implicate da "C".

Tavola 2 - Esempificazione delle relazioni causali (algebra di Boole) su un numero di casi.

Casi	Proprietà candidate condizionanti				Proprietà condizionata
	Numero	A(1)	A(2)	A(3)	A(4)
1	1	1	0	0	1
2	0	1	1	0	1
3	0	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1
.....	1	1	0	0	1
m	1	1	0	1	1

Fonte: Metodologia della ricerca sociale, Bruschi A., 2005

Mediate l'applicazione degli algoritmi di algebra booleana è stato possibile verificare se i meccanismi che compongono le combinazioni organizzative - presi singolarmente e qualificati con una "dose" (alta o bassa) - possano rappresentare delle "condizioni necessarie" per raggiungere elevati livelli di efficacia organizzativa. Per converso, tramite l'utilizzo di questi metodi, si è potuto capire se l'utilizzo di queste pratiche organizzative (in dosi alte o basse, o in certe combinazioni) è in grado di precludere risultati positivi in termini di efficacia organizzativa.

Inoltre si è cercato di comprendere se i meccanismi identificati come "necessari" possano costituire anche delle "condizioni sufficienti" per il raggiungimento di alti livelli di performance o se a questo scopo i singoli meccanismi (per quanto necessari) debbano al contrario essere combinati con altri meccanismi di diversa natura.

Per condurre l'analisi booleana dei dati si è resa necessaria una riclassificazione dei dati normalizzati su cui era stata applicata la cluster analysis; le tecniche di analisi booleana applicate, infatti, hanno richiesto la trasformazione di ogni variabile in variabili "dummy" (con valori dicotomici 1/0), per questo motivo sia le variabili relative all'utilizzo delle singole pratiche/meccanismi organizzativi, che quelle relative alla performance sono state riclassificate, considerando come cut-off value il valore medio delle variabili corrispondente all'interno del campione analizzato.

In altre parole, nel caso in cui il valore di una variabile fosse superiore alla media della stessa variabile nel campione, il dato in questione è stato classificato come

“1” (cioè, come “pratica/meccanismo utilizzato sopra la media”), in caso contrario il dato è stato classificato come “0”.

La stessa logica è stata seguita per riclassificare i valori dei cinque parametri di efficacia organizzativa utilizzati; inoltre a partire dai dati dicotomizzati di ciascun indicatore di performance è stato costruito un indice unico di performance organizzativa, anch'esso dicotomico (1/0); questo indicatore sintetico di efficacia assume valore di “1” se le unità organizzative indagate hanno registrato valori sopra la media in almeno due indicatori di performance⁸.

In sostanza, anche ai fini della nostra analisi, l'applicazione degli algoritmi di algebra booleana hanno permesso di testare l'ipotesi secondo cui la presenza o l'assenza di una o più condizioni causali sia necessaria a un certo stato della variabile dipendente.

§. 4.4 - L'analisi degli elementi in gioco per l'effettuazione dell'indagine di ricerca.

A questo punto è importante procedere in via del tutto esemplificativa alla descrizione dei singoli elementi che sono stati rilevati tramite il questionario di indagine, nell'ottica di garantire la massima oggettività nell'analisi interpretativa dei dati.

a) Sistema di valutazione del personale: L'implementazione di un sistema di valutazione del personale consente di attivare un processo di valorizzazione della risorsa umana quale presupposto per rendere esplicito e quantificare il valore associato alle sue caratteristiche, ai suoi comportamenti, al ruolo o alla posizione ricoperti, ai risultati ottenuti. Questa visione della valutazione, tuttavia non è per niente scontata (Levy-Leboyer, 1990). Nelle aziende a cultura burocratica prevale la relazione gerarchica, in quelle governate da forte identità prevale la relazione di condivisione, mentre in quelle più tese all'efficienza ed al risultato economico prevale la relazione di scambio. Il mix di queste tre relazioni si riflette sulla scelta delle variabili oggetto di valutazione: posizione, persona e risultati. La valutazione come pratica formalizzata di gestione delle risorse umane può assumere significati e forme diverse a seconda della cultura aziendale e del tipo di personale cui si

⁸ Tale operazione ci consente di individuare almeno la presenza di un elemento per ciascuna macro-classe di elementi: Mercato, Burocrazia, Strategia, Comunità.

rivolge. In un'azienda con un grado di conflittualità elevato e norme contrattuali molto dettagliate e prescrittive, la valutazione assume un ruolo di legittimazione e di certificazione di ruoli e competenze, comportamenti e prestazioni. In un'azienda orientata all'efficienza, la valutazione assumerà essenzialmente il ruolo di procedura di controllo cercando di assicurare il rispetto di standard di produttività prefissati. Invece, in un'azienda orientata all'innovazione ed alla gestione della conoscenza, la valutazione assume un ruolo di apprendimento, condivisione di valori e di conoscenza, individuazione e rafforzamento dei comportamenti ritenuti più coerenti (Klarsfeld e Oiry, 2003). Al di là delle metodologie e degli strumenti di valutazione ampiamente trattati in letteratura⁹ emerge, in particolare per il contesto sanitario penitenziario, la necessità di adottare approcci valutativi differenziati, calibrati sul contesto organizzativo-istituzionale-socioeconomico e capaci di cogliere i vincoli cui singolarmente e come sistema la P.A. italiana è soggetta (Ouchi, 1980; Powell, Di Maggio, 1991; Milgrom, Roberts, 1992; Witt, 2003; Eggerston, 2004; Metcalfe, 2004), mettendo in seria discussione l'impianto normativo previsto dal D.Lgs 150/2009 e successive integrazioni per il quale la trasversalità dei sistemi di valutazione proposti dall'architettura normativa è praticamente assoluta per tutte le realtà della pubblica amministrazione.

b) Turnover: il tasso di turnover, o tasso di rigiro del personale, è un indicatore "di flusso" fondamentale per l'analisi del processo di programmazione e per valutare l'efficacia delle azioni di gestione delle risorse umane. Un certo tasso di turnover è, ovviamente, inevitabile; il flusso naturale di persone che escono ed entrano nell'azienda pubblica o privata che sia, per effetto di normali eventi di pensionamento, assunzione, licenziamento, che non minacciano la continuità produttiva dell'impresa e la sua stabilità organizzativa viene definito "turnover fisiologico". Questo consente, all'azienda di poter gestire con maggiore flessibilità il proprio organico, ed alla persona di poter cogliere occasioni alternative di lavoro. Accanto al turnover fisiologico vi è quello definito

⁹ Metodi di job evaluation per la valutazione delle posizioni: job ranking, job grading/job classification, metodo del punteggio. Metodo Hay; per la valutazione delle persone si può ricorrere al sistema dell'assessment center, approccio per competenze, valutazione a 360°; per quanto riguarda la valutazione delle prestazioni abbiamo il Management by objectives (MBO) o la possibilità di implementare diversi strumenti di valutazione tra scale di valutazione, metodo del confronto, distribuzione forzata, liste di controllo, metodo dell'incidente critico ecc.

“patologico” che segnala un malfunzionamento delle politiche di gestione delle risorse umane (selezione, retribuzione, carriere, organizzazione del lavoro ecc.) e delle politiche aziendali in generale. Le cause di insoddisfazione che possono portare la persona a cercare opportunità occupazionali all'esterno dell'impresa sono molteplici e non sempre possono essere controllate dall'organizzazione. Tra queste vi sono: insoddisfazione rispetto al contesto lavorativo; carichi di lavoro eccessivi e stress, difficoltà con i superiori e con i colleghi, mancanza di un'organizzazione del lavoro flessibile, bassa retribuzione; mancanza di opportunità o avanzamenti di carriera troppo lenti; mancanza di adeguate politiche di formazione e sviluppo; mancanza di risorse per lo svolgimento del proprio lavoro; bassa motivazione ed incentivi ad ottenere un'elevata prestazione; mancanza di un adeguato piano di valutazione del lavoro (Jackson e Schuler, 2003). I dati di turnover sono fondamentali per il processo di programmazione del personale al fine di impostare piani di assunzione, di formazione e di mobilità interna. Diversi sono gli indicatori di turnover che possono essere calcolati per stimare il rigiro del personale nell'organizzazione - vedi tabella 1) -. Elevati tassi di turnover segnalano un veloce ricambio del personale e quindi, a seconda del segmento di popolazione aziendale considerato, una ridotta anzianità aziendale dei collaboratori.

Tabella 1 – Indicatori di turnover

Tasso di turnover complessivo	$\frac{\text{Entrati + usciti nel periodo}}{\text{organico medio del periodo}} \times 100$
Tasso di turnover negativo	$\frac{\text{usciti nel periodo}}{\text{organico inizio periodo}} \times 100$
Tasso di turnover positivo	$\frac{\text{entrati nel periodo}}{\text{organico inizio periodo}} \times 100$
Tasso di compensazione del turnover	$\frac{\text{entrati nel periodo}}{\text{usciti periodo}} \times 100$

(Fonte: Costa G., Giannecchini M., *Risorse Umane, persone relazioni e valore*, 2005)

c) Outsourcing: l'outsourcing è il processo che porta all'esternalizzazione a un fornitore esterno di prodotti o servizi prima realizzati o erogati internamente dall'azienda (Costa e Giuditta, 2004). L'outsourcing, dunque è il processo

attraverso il quale l'azienda affida ad una realtà esterna specializzata, la gestione operativa di una o più funzioni, attività, parti della catena del valore. Il fenomeno dell'outsourcing può essere classificato in base a due parametri fondamentali, collocazione rispetto al core business delle attività da esternalizzare, complessità gestionale delle stesse; combinando queste due dimensioni, si possono individuare quattro tipologie di outsourcing (Ricciardi, 2000):

tradizionale; tattico; di soluzione; strategico. L'outsourcing tradizionale comporta l'esternalizzazione di attività non "core" ed a bassa complessità gestionale; in questo caso il driver fondamentale che guida l'outsourcer è l'abbassamento dei costi di attività di supporto.

L'outsourcing tattico, riguarda invece attività ad alta complessità gestionale ma distanti dal core business, spesso si realizza nell'esternalizzazione di funzioni "specialistiche" quali l'ICT e la logistica. L'outsourcing di soluzione riguarda processi caratterizzati da vicinanza al core business e da bassa complessità gestionale, a differenza di quello strategico che invece viene implementato per attività vicine al core business e ad alta complessità gestionale. Quest'ultimo tipo di attività viene esternalizzata quando l'azienda ritiene di non avere le competenze necessarie per poter svolgere efficientemente ed efficacemente la funzione. L'outsourcing strategico rappresenta la forma di esternalizzazione più complessa, in quanto comporta l'integrazione di culture aziendali generalmente diverse che insieme dovranno affrontare rilevanti problemi, quali il trasferimento del personale, la definizione delle regole contrattuali, la valutazione della performance (De Paolis, 2000); pertanto tale tipologia di outsourcing si caratterizza per l'alto livello di integrazione tra due soggetti, evidenziando caratteristiche di una vera e propria partnership con accordi a lungo termine, trasparenza nella relazione e reciproca fiducia.

d) Trasparenza e Comunicazione: tale elemento è stato inserito in quanto ritenuto strumento essenziale per dare nuovo slancio ai principi di trasparenza, semplificazione dell'attività amministrativa ed orientamento all'utenza. In effetti, si è provveduto ad indagare se siano state implementate pratiche finalizzate ad agevolare l'erogazione di informazioni rilevanti, soprattutto da un punto di vista sanitario, per l'efficace attuazione di politiche di prevenzione, oltre a verificare l'effettiva tutela del diritto di accesso agli atti ed alle informazioni in possesso

della amministrazioni indagate, non solo su richiesta dell'interessato, ma come attività permanente di trasparenza. In tale contesto l'indagine ha verificato lo stato di utilizzo delle nuove tecnologie, (internet, posta elettronica ecc,), come elemento propedeutico a consentire la partecipazione al procedimento amministrativo degli interessati mediante l'apertura anche di possibili canali di consultazione (si pensi alla possibilità di un familiare di un ristretto di conoscere in tempo reale le condizioni di salute di quest'ultimo, per il quale la normativa né riconosce la titolarità all'accesso delle informazioni sanitarie); l'indagine ha anche verificato se sono state implementate pratiche per rendere effettiva la previsione normativa sul protocollo informatico quale opportunità per rendere più trasparente l'amministrazione. La comunicazione è una risorsa distribuita e che compete ad ogni unità dell'organizzazione; tutti gli uffici comunicano per svolgere la propria missione e dovrebbero farlo tenendo conto delle proprie specificità di contenuto e dei propri destinatari di riferimento. E' importante che le amministrazioni istituiscano funzioni di coordinamento con compiti di programmazione, indirizzo e raccordo dell'attività da realizzare¹⁰. E' importante che le politiche di comunicazione pubblica siano riconosciute dai vertici delle amministrazioni come supporto strategico unitario per l'insieme delle attività amministrative.

e) Comunità di pratiche: tale elemento è stato inserito nelle "pratiche" di natura comunitaria, al fine di indagare se esistono, seppur in uno stadio iniziale, delle comunità di apprendimento, cioè gruppi professionali costituiti da persone che si sentono reciprocamente coinvolte nel condividere e sperimentare una cultura dell'apprendimento e dove si cerca di lavorare guardando alla condivisione delle acquisizioni conoscitive (Wenger, 1998). Il valore aggiunto delle comunità di pratiche è che la responsabilità dell'apprendimento è condivisa fra i membri del gruppo; nessun individuo è chiamato a conoscere tutto, anzi le abilità e le conoscenze sono distribuite fra i membri.

f) Accountability: l'introduzione di tale elemento nell'analisi nasce dalla considerazione che è importante per le amministrazioni impostare adeguati sistemi informativi di supporto alle decisioni, progettati tenendo conto dei differenti fabbisogni informativi dei decisori e della natura delle responsabilità assegnate. Si è cercato di indagare se dal passaggio delle competenze dal

¹⁰ Direttiva del Ministro per la Funzione Pubblica del 7 febbraio 2002, in materia di comunicazione delle pubbliche amministrazioni, in G.U. del 28.03.2002, n.° 74.

Ministero della Giustizia a quello della Salute vi siano state pratiche per la realizzazione di un sistema, seppur rudimentale, di programmazione e controllo sia a livello gestionale che strategico¹¹. E' stato rilevato, anche dall'analisi delle esperienze estere, la necessità di implementare costanti sistemi di monitoraggio della spesa, in grado di garantire direttamente l'andamento dei costi aziendali; l'implementazione di sistemi di monitoraggio epidemiologico, consentirebbe di orientare le scelte del management sanitario verso politiche di prevenzione più efficaci e di procedere ad un'azione di controllo indiretto delle risorse economiche – finanziarie. Il controllo deve assumere sempre più valenza economica ed orientarsi verso grandezze misurabili (efficienza, efficacia, qualità) non solo per favorire il contenimento della spesa pubblica e l'innalzamento dei livelli qualitativi delle prestazioni erogate, ma anche per accrescere il livello di accountability delle amministrazioni.

g) Processi di innovazione: con tale elemento si è cercato di individuare delle pratiche relative all'introduzione di nuove tecnologie che vanno ormai considerate come una delle principali leve del cambiamento per qualunque amministrazione: l'informazione e la comunicazione sono importanti fattori produttivi e parte integrante del servizio offerto all'utenza ed alle imprese. L'integrazione delle tecnologie riguardanti l'informatica, la telematica, la telefonia, la multimedialità, permettono di cogliere appieno in ogni amministrazione le potenzialità della convergenza, sia sul versante delle applicazioni interne (es. risparmio dei costi di telecomunicazione derivante dall'integrazione fisso-mobile), sia nell'erogazione dei servizi all'utenza (es. call center evoluti che integrano internet e telefonia tradizionale per un miglior servizio all'utenza). E' stato chiesto nel corso dell'indagine se siano stati attivate esperienze innovative che consentano all'amministrazione di osservare altri contesti (in altri settori, all'estero, nel privato ecc.) dai quali è possibile trarre spunti ed insegnamenti utili per introdurre e sostenere soluzioni innovative. Alcune amministrazioni hanno già avviato programmi di scambio e confronto con

¹¹ Il sistema di programmazione e controllo strategico, deve fornire informazioni utili ai decisori politici, affinché questi siano in grado di formulare gli indirizzi complessivi, verificare gli effetti delle politiche, assegnare gli obiettivi e le leve di attuazione ai centri di responsabilità di primo livello (capi dipartimento o direttori generali), nonché valutare il raggiungimento dei risultati previsti. Il sistema di programmazione e controllo della gestione, deve assicurare ai dirigenti un supporto operativo, necessario a guidare l'amministrazione verso il raggiungimento degli obiettivi definiti.

aziende e amministrazioni di altri Paesi, sia per valutare le proprie criticità che per individuare soluzioni di miglioramento (Benchmarking) sia per condividere esperienze e conoscenze (Knowledge Management). Nel corso dell'indagine è stato rilevato lo stato di attuazione della Carta dei Servizi Sanitari¹², prevista dall'impianto normativo, al fine di consentire tempi certi e modalità omogenee sulle modalità di erogazione e gestione dei servizi sanitari.

h) Team Work: ai fini dell'indagine di ricerca si tratta di un indicatore sulla propensione dell'amministrazione indagata a rivedere i ruoli organizzativi ampliando lo spettro delle attività, arricchendo i contenuti decisionali e professionali del lavoro, favorendo le relazioni orizzontali ed il lavoro di gruppo, stimolando forme di autocontrollo e responsabilizzazione rispetto al raggiungimento dei risultati.

i) Partnership: costituisce un elemento di fondamentale importanza da un punto di vista strategico, in quanto lavorare in partnership consente l'attivazione e l'implementazione di iniziative volte a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi. Si è cercato, con tale elemento, di indagare se l'amministrazione indagata interagisce abitualmente con altre realtà istituzionali e/o ordini professionali, associazioni di categoria ecc., confrontando le prestazioni e le prassi (Benchmarking), scambiandosi le esperienze, creando alleanze stabili e durature con altri soggetti istituzionali, del mondo aziendale e della comunità scientifica. Pertanto, quando né ricorrono i presupposti oggettivi ed istituzionali, è indispensabile andare oltre il ricorso alle più snelle forme di cooperazione (convenzioni ed accordi di programma) per impegnarsi nell'applicazione reale delle norme che suggeriscono o rendono possibile la costituzione di nuovi soggetti attraverso la costituzione di consorzi ed unioni tra più amministrazioni a livello locale.

¹² Il concreto impatto della Carta dei Servizi sulle modalità di erogazione e gestione dei servizi è stato alquanto modesto; buona parte degli Enti non ha ottemperato all'obbligo di dotarsi della Carta, mentre per coloro che lo hanno fatto spesso è prevalso un "effetto fotocopia". Molte Carte sono risultate una mera riproduzione dello schema dettato dalla norma, non disciplinando adeguatamente indicatori, standard e procedure di reclamo e di rimborso (fonte: Proposte per il cambiamento nelle amministrazioni pubbliche – analisi e strumenti per l'innovazione – programma "Cantieri" – Dipartimento della Funzione Pubblica – Presidenza del Consiglio dei Ministri, ed. Rubbettino Editore S.r.l., 2002)

La creazione di un tessuto di relazioni tra le amministrazioni e l'ambiente esterno in cui esse operano, costituisce un fattore propulsivo all'innovazione gestionale ed organizzativa delle amministrazioni.

l) Processi decisionali inclusivi: si configurano come veri e propri sistemi di “social palnning” che sono i luoghi dove: a) si costruisce l'integrazione tra politica, amministrazione, governo dell'impresa, sviluppo delle persone e delle competenze; b) si realizzano i processi partenariali ed inclusivi in modelli/paradigmi/sistemi di costruzione dei processi decisionali; c) si riduce la distanza tra decisori, le politiche pubbliche ed il concreto della realtà locale.

La nascita di una sensibilità verso i processi decisionali inclusivi è uno dei portati più innovativi e meno esplorati, in termini di modelli/strumenti/regolazioni del processo di riforma della pubblica amministrazione.

Questa scelta si fonda su ipotesi di modelli di amministrazione aperta e condivisa, in considerazione che spesso gli attuali processi di riforma della pubblica amministrazione impongono, come emerge anche dall'architettura normativa del nuovo sistema sanitario penitenziario, la realizzazione di politiche pubbliche che non possono essere realizzate senza una co-produzione.

Con l'inserimento nell'analisi di ricerca di tale elemento si è inteso rilevare prevalentemente “pratiche” di coalizione istituzionale su base locale, nello sforzo di promuovere politiche di sviluppo sostenibile, accedendo così , a risorse ed opportunità di crescita che ciascun attore, singolarmente non avrebbe mai potuto cogliere.

Fare coalizione istituzionale su base locale consente quindi: 1) di identificare, rappresentare e promuovere con maggiore forza le ragioni e le vocazioni di crescita delle comunità amministrate; 2) di superare condizioni di subalternità, di dipendenza gerarchica e di assistenzialismo; 3) *di concepire forme organizzative innovative adeguate a reggere il carico del decentramento*¹³; 4) di dare alle classi dirigenti locali il protagonismo ad essere sollecitato dai profondi mutamenti istituzionali, economiche e sociali del nostro tempo.

Fare coalizione locale comporta sostanzialmente, far aumentare la capacità competitiva del territorio stesso permettendo la sua “interazione ed integrazione”

¹³ Carapella Bruno, Mercurio Riccardo, “Efficienza burocratica” in Guida “Gli assi portanti la Campania” Ed. Guida Alfredo, Napoli, 2006

con altri sistemi territoriali, favorendo la competizione delle imprese e del sistema produttivo locale nello scenario dell'economia globale.

Né deriva logicamente che la competitività territoriale dipende anche dalla capacità della pubblica amministrazione di costruire e praticare un modello di filiera istituzionale fondato sulla cooperazione e la responsabilità ove, ognuno dei soggetti istituzionali assume su di sé l'ambito di responsabilità legato alla scala delle sue decisioni ed effetti delle stesse e coopera con gli altri livelli nelle fasi di attuazione e costruzione delle politiche. In tale ambito il ruolo delle Regioni è assolutamente fondamentale, soprattutto nelle azioni di indirizzo, coordinamento e controllo; tale ruolo delle Regioni in ambito sanitario – penitenziario è un fattore determinante per condurre il processo di riforma ad un'effettiva e concreta attuazione.

m) Project Work: Tale elemento è stato inserito in considerazione dell'elevata complessità ambientale che ci troviamo di fronte nelle organizzazioni sanitarie penitenziarie.

Il problema di fondo a cui può effettivamente rispondere l'implementazione di pratiche fondate sulla realizzazione di processi di lavoro per progetti è proprio come governare tale complessità. Lavorare per progetti, significa ai fini della nostra analisi, individuare l'atteggiamento manageriale in grado di intercettare quelle capacità utili ad individuare i bisogni reali di un cliente, saperli analizzare e saper proporre soluzioni efficaci all'interno di vincoli organizzativi, economici, temporali.

Ai fini dell'indagine si è cercato di individuare l'esistenza di pratiche finalizzate a gestire il processo di cambiamento in atto nel mondo sanitario penitenziario, sia di natura strutturale che incrementale, mediante l'attivazione di logiche organizzative che privilegino la soluzione pianificata e scientifica dei problemi piuttosto che l'improvvisazione e l'arte dell'arrangiarsi, come purtroppo spesso si riscontra nel contesto emergenziale delle carceri italiane.

Si è cercato di individuare la presenza di un processo metodologico definito da regole, matrici di responsabilità, tecniche di lavoro derivanti dalla ricerca operativa, (tecniche reticolari, allocazione delle risorse) o dalla gestione aziendale, (budget, analisi degli scostamenti, cash flow), strumenti di previsione (constructive cost model, function points, analisi del rischio), strumenti di

prescrizione (Gantt, WBS, PERT), strumenti di controllo, (standard di reporting e avanzamento lavori); da ciò si evince come il lavorare per progetti non perdoni le improvvisazioni in quanto una sua corretta ed efficace applicazione comporta investimenti formativi ed organizzativi che non sempre vengono effettuati: questo spiega perché i risultati non sono sempre coerenti rispetto alle aspettative.

La disponibilità di competenze adeguate, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, rappresenta uno degli ostacoli più seri alla diffusione di questa modalità¹⁴.

n) Mobilità interna del personale: Con tale elemento si è cercato di capire quale fosse il tasso o livello di flessibilità dell'organizzazione indagata.

L'istituto della mobilità interna ha significato, se orientato alla valorizzazione del personale nell'ambito delle azioni tese alla qualificazione e razionalizzazione complessiva dell'organico a disposizione.

Soltanto in tale logica è possibile avviare azioni di mobilità programmata in relazione alle esigenze derivanti dalla realizzazione degli obiettivi di governo, di gestione operativa ordinaria, e da riassetti organizzativi.

Nel concreto si è cercato di verificare se gli Enti esaminati abbiano iniziato a sviluppare logiche di programmazione miste, sia di tipo negoziale che incrementale, gestibili in situazione di complessità e diminuzione della spesa del personale, come l'attuale contesto storico ci impone, in considerazione anche di un numero ridotto di posti da gestire (ridotto numero di progressione e di assunzioni rispetto all'organico complessivo) e ricercando alti livelli di flessibilità attraverso strumenti diversi, quali l'adozione di contratti atipici e l'attuazione di forme di mobilità interna, in particolare tra enti del gruppo regionale, intendendosi in particolare le diverse realtà detentive del contesto campano¹⁵.

§. 4.5 - Analisi delle combinazioni organizzative

A partire dalle pratiche organizzative rilevate nel campione analizzato, sono state identificate quattro combinazioni di pratiche attraverso una cluster

¹⁴ Baldini M., MIOLA A., NERI P.A., "Lavorare per progetti", Project Management e processi progettuali ed. Franco Angeli, 2007;

¹⁵ Giovanetti R., Ruffini R., "La direzione del personale nelle Pubbliche Amministrazioni, principi, logiche, metodologie, IPSOA 2007;

analysis¹⁶; i valori centrali dei quattro cluster identificati sono sintetizzati nella tabella 2).

Le combinazioni più interessanti in termini di risultati organizzativi sono la n.° 1 e la n.° 4 che presentano i profili più bilanciati ed al contempo selettivi nell'applicazione di pochi elementi organizzativi per classe.

Ugualmente interessanti sono le combinazioni meno efficaci quali la n.° 2 e la n.° 3 che sono tipicamente sbilanciate o ridotte (con tutte le pratiche applicate in misura insufficiente).

Non si registrano, almeno a livello di cluster, ma sicuramente a livello di singole strutture detentive casi di sovra organizzazione, cioè strutture poco efficaci che impiegano tutte le possibili pratiche a livelli alti, tipicamente definite in letteratura organizzazioni alla "moda" (Mintzberg, 1983; Furnari & Grandori, 2008).

¹⁶ **Clustering o analisi dei gruppi** (dal termine inglese *cluster analysis* introdotto da Robert Tryon nel 1939) è un insieme di tecniche di analisi multivariata dei dati volte alla selezione e raggruppamento di elementi omogenei in un insieme di dati. Le tecniche di *clustering* si basano su misure relative alla somiglianza tra gli elementi. In molti approcci questa similarità, o meglio, dissimilarità, è concepita in termini di distanza in uno spazio multidimensionale. La bontà delle analisi ottenute dagli algoritmi di *clustering* dipende molto dalla scelta della metrica, e quindi da come è calcolata la distanza. Gli algoritmi di *clustering* raggruppano gli elementi sulla base della loro distanza reciproca, e quindi l'appartenenza o meno ad un insieme dipende da quanto l'elemento preso in esame è distante dall'insieme stesso. Le tecniche di *clustering* si possono basare principalmente su due "filosofie": Dal basso verso l'alto (*metodi aggregativi o Bottom-Up*): Questa filosofia prevede che inizialmente tutti gli elementi siano considerati *cluster* a sé, e poi l'algoritmo provvede ad unire i *cluster* più vicini. L'algoritmo continua ad unire elementi al *cluster* fino ad ottenere un numero prefissato di *cluster*, oppure fino a che la distanza minima tra i *cluster* non supera un certo valore, o ancora in relazione ad un determinato criterio statistico prefissato. Dall'alto verso il basso (*metodi divisivi o Top-Down*): All'inizio tutti gli elementi sono un unico *cluster*, e poi l'algoritmo inizia a dividere il *cluster* in tanti *cluster* di dimensioni inferiori. Il criterio che guida la divisione è naturalmente quello di ottenere gruppi sempre più omogenei. L'algoritmo procede fino a che non viene soddisfatta una regola di arresto generalmente legata al raggiungimento di un numero prefissato di *cluster*. Esistono varie classificazioni delle tecniche di clustering comunemente utilizzate. Una prima categorizzazione dipende dalla possibilità che un elemento possa o meno essere assegnato a più clusters: *Clustering esclusivo*: ogni elemento può essere assegnato ad uno e ad un solo gruppo. I clusters risultanti, quindi, non possono avere elementi in comune. Questo approccio è detto anche *Hard Clustering*. *Clustering non-esclusivo*, in cui un elemento può appartenere a più cluster con gradi di appartenenza diversi. Questo approccio è noto anche con il nome di *Soft Clustering* o *Fuzzy Clustering* (dal termine usato per indicare la logica fuzzy). Un'altra suddivisione delle tecniche di clustering tiene conto della tipologia dell'algoritmo utilizzato per dividere lo spazio: *Clustering Partitivo* (detto anche *k-clustering*), in cui per definire l'appartenenza ad un gruppo viene utilizzata una distanza da un punto rappresentativo del cluster (centroide, medioide ecc...), avendo prefissato il numero di gruppi della partizione risultato. Si tratta di derivazioni del più noto algoritmo di clustering, quello detto delle K-means, introdotto da MacQueen nel 1967. *Clustering Gerarchico*, in cui viene costruita una gerarchia di partizioni caratterizzate da un numero (de)crescente di gruppi, visualizzabile mediante una rappresentazione ad albero (dendrogramma), in cui sono rappresentati i passi di accorpamento/divisione dei gruppi. Queste due suddivisioni sono del tutto trasversali, e molti algoritmi nati come "esclusivi" sono stati in seguito adattati nel caso "non-esclusivo" e viceversa.

A questo punto è utile descrivere un esempio di combinazione organizzativa efficace (la combinazione n.° 4 nella tabella 2) ed un esempio di combinazione meno efficace (la combinazione n.° 2 nella tabella 2.); ciascuna di esse saranno esaminate a livello disaggregato, mediante il riporto dei valori di tutte le pratiche organizzative che compongono la combinazione e successivamente con l'analisi dei valori medi delle pratiche aggregate nelle quattro classi fondamentali: burocrazia, strategia, mercato, comunità.

Al fine di consentire una percezione immediata dell'efficacia o meno della combinazione organizzativa prescelta, rappresenteremo tutte le pratiche su un grafico a raggiera, riportando l'intensità di impiego di ogni pratica organizzativa su ogni singolo raggio ed ordinandole per "tipi" o "classi"; le leggi di combinazione universale esaminate nell'impianto teorico di questo lavoro, ci permettono di affermare che l'individuazione delle combinazioni organizzative efficaci dovranno assumere la configurazione a "stella", cioè impiegare le pratiche di ogni classe alcune a livelli di intensità alti, altri a livelli bassi, testimoniando un utilizzo bilanciato delle stesse all'interno di ciascuna classe di elementi organizzativi.

Tabella 2 – Combinazioni organizzative rilevate nel campione

Combinazioni di pratiche organizzative					
Tipi di elementi Organizzativi		Pratiche organizzative		Combinazioni organizzative ¹⁷	
		1	2	3	4
ELEMENTI DI MERCATO	Sistema valutazione del personale	0,20	0,20	0,20	0,20
	Mobilità interna del personale	0,10	0,20	0,10	0,10
	Turnover	0,40	0,80	0,20	0,40
	Outsourcing	0,60	1,00	0,40	0,40
ELEMENTI BUROCRATICI	Numero di livelli gerarchici	0,50	0,57	0,50	0,50
	Livello standardizzazione (routine)	0,20	0,33	0,06	0,20
	Regole e procedure formali	0,35	0,50	0,15	0,35
	Livello di dec./centr. (autonomia)	0,40	0,53	0,20	0,20

¹⁷ La metodologia con la quale si procede all'individuazione delle combinazioni organizzative è strutturata sulla scelta di valori centrali per ogni combinazione

ELEMENTI STRATEGICI	Partnership	0,20	0,30	0,05	0,30
	Processi di innovazione	0,20	0,20	0,20	0,20
	Trasparenza e comunicazione	0,40	0,80	0,20	0,40
	Accountability	0,10	0,20	0,05	0,20
ELEMENTI COMUNITARI	Processi decisionali partecipati, inclusivi	0,40	0,40	0,20	0,40
	Team Work	0,40	0,40	0,20	0,20
	Comunità di pratiche	0,20	0,40	0,20	0,40
	Project work	0,20	0,20	0,20	0,20

L'aggregazione delle pratiche nelle quattro classi fondamentali (mercato, burocrazia, strategia, comunità), ci consente di individuare le combinazioni più efficaci mediante l'analisi e la rappresentazione grafica di una figura geometrica che si approssima ad un quadrato con i vertici su valori medi¹⁸.

§. 4.6 - *La combinazione organizzative che emergono dall'analisi del servizio sanitario penitenziario presso le strutture detentive in Campania*

Le aree sanitarie che adottano la combinazione di pratiche organizzative identificata come “combinazione n.º 4” nella tabella 2 sopra riportata sono caratterizzate da indicatori di salute organizzativa positivi, soprattutto se consideriamo le risorse umane e strumentali a disposizione rispetto alla variabile e complessa situazione ambientale che è riscontrabile presso ciascuna struttura detentiva.

Le aree sanitarie che presentano combinazioni vicine a quella evidenziata nell'analisi presentano “costi di conflitto”¹⁹ interno enormemente bassi registrando un buon tasso di collaborazione tra le diversificate risorse umane, quest'ultime peraltro, potenzialmente in grado di implementare progetti di innovazione sia nell'erogazione dei classici processi assistenziali che nelle

¹⁸ Gli esempi riportati a livello illustrativo sono supportate ad un livello più generale con test statistici ed analisi di algebra booleana condotte su campioni di imprese in altri studi (cfr. Grandori, Furnari, 2005, 20089)

¹⁹ Per costo di conflitto si intende soprattutto il livello di contenzioso tra le autorità riscontrabili all'interno della struttura penitenziaria: Direttore, Comandante, Dirigente Sanitario o gli stakeholder esterni tra le quali indichiamo genericamente la Magistratura di Sorveglianza, gli Enti Locali, i vertici delle strutture ospedaliere o dell'Azienda Sanitaria. Durante la rilevazione dei dati sono stati riscontrati bassissimi livelli di assenza per sciopero, malattia, aspettative, permessi ecc. seppur molto spesso le risorse reperite mediante società di lavoro temporaneo (es. GECO S.p.a.) sono inadeguate da un punto di vista professionale e formativo rispetto al contesto in cui si va ad operare.

dinamiche di gestione del servizio rispetto alle risorse finanziarie e logistiche reperibili nella comunità locale.

In termini di pratiche organizzative impiegate, si tratta di unità che fanno fortemente leva su meccanismi di mercato, soprattutto per quanto riguarda l'affidamento in outsourcing di incarichi a medici specialisti esterni o all'espletamento di esami diagnostici – terapeutici a strutture sanitarie pubbliche ospedaliere esistenti sul territorio locale.

L'eccesso di outsourcing ha generato inevitabilmente problemi in merito al trasferimento di competenze e di conoscenze professionali, soprattutto per i ruoli sanitari, (medici ed infermieri), in quanto in Istituti di particolare complessità, si pensi al penitenziario di “Poggioreale” (NA) o al Centro Clinico di Secondigliano (NA), sono emerse delle criticità legate alla stabilità degli incarichi nel tempo; sovente il personale medico ed infermieristico assunto in tali strutture tramite società di fornitura di lavoro temporaneo, ha in diversi casi rinunciato all'incarico per le fisiologiche complessità connesse al contesto sanitario penitenziario.

I medici coordinatori degli Istituti che sono stati sottoposti ad indagine, hanno chiaramente evidenziato come vi sia la necessità di far ripartire strategie di formazione per il personale sanitario penitenziario, ciò al fine di garantire non solo un'efficace trasmissione delle competenze e delle conoscenze acquisite sul campo dal personale attualmente in servizio, ma tale da stimolare le istituzioni universitarie e gli Enti di ricerca ad intraprendere cicli virtuosi di partnership in grado di spezzare l'attuale autoreferenzialità ed isolamento del settore nell'ottica di consentire alla ricerca scientifica di giungere all'implementazione di percorsi sanitari assistenziali e/o terapeutici adeguati alle peculiarità che impone un sistema di esecuzione penale, si pensi, come già abbiamo accennato, alla necessità di individuare percorsi o protocolli diagnostici – terapeutici differenziati in ragione dell'appartenenza dei ristretti ai circuiti penitenziari.

La sostanziale mancanza di progettualità in ambito regionale, nazionale ed internazionale per l'elevazione culturale e la formazione professionale del personale sanitario penitenziario, testimonia come una delle leve strategiche, potenzialmente in grado di contribuire alla concreta attuazione del processo di riforma concretizzatosi con l'emissione del dpcm 1 aprile 2008, non sia stata

assolutamente utilizzata. Dall'esame dei dati emerge in tutte le realtà esaminate come vi sia un'assoluta carenza di strategia, soprattutto nel ricercare sul territorio e con le istituzioni locali forme di partnership in grado di incidere con efficacia sulla cura di particolari patologie che con accertata e documentata frequenza si verificano all'interno del contesto penitenziario (malattie di salute mentale, epatiti, malattie cardiologiche ecc.). E' evidente che lo scarso ricorso a sistemi di accountability sia per finalità di monitoraggio epidemiologico che di analisi dei flussi economici – finanziari legati alla gestione del servizio, non consente all'attuale management sanitario di orientare i processi decisionali al di fuori delle dinamiche dell'emergenza quotidiana e di avviare un reale processo di pianificazione e progettazione di medio – lungo periodo in grado di elevare la sanità penitenziaria al rango di branca specialistica nel panorama sanitario nazionale.

Il deficit strategico rilevato, costituisce una delle mine più incisive nella mancata attuazione del processo di riforma, che ha al contrario nel proprio DNA obiettivi di perseguimento di nuove forme di collaborazione interistituzionale tra le realtà sanitarie e non, operanti nelle comunità locali, volte a garantire non solo percorsi terapeutici efficaci al detenuto nel periodo di restrizione presso l'Istituto penitenziario ma anche a consentire un'effettiva guarigione nell'immediato periodo post-detentivo; non esistono allo stato forme di partnership o accordi di collaborazione tali da garantire ai soggetti che hanno contratto patologie in ambito detentivo o che comunque in tale contesto si sono manifestate, la possibilità di ricevere una continuità terapeutica, necessaria per un'efficace e per quanto possibile, una definitiva risoluzione delle patologie, nell'ottica di consentire alla persona sottoposta al sistema di esecuzione penale di potersi reinserire nel tessuto economico – sociale in condizioni psico-fisiche tali da consentirgli un'effettiva cittadinanza lavorativa.

Il legame tra assetto strategico e strutturale che nella letteratura organizzativa classica trova pieno riconoscimento è riscontrabile anche all'interno dell'organizzazione oggetto della nostra indagine; infatti da un punto di vista strutturale ha sorpreso la rilevazione di livelli di formalizzazione, standardizzazione e gerarchia entro standard che osiamo definire “normali” nonostante il fatto che tali strutture sanitarie operano all'interno di contesto ad

elevato indice di burocratizzazione. Tuttavia, il limitato livello di formalizzazione, standardizzazione e gerarchia non si è tramutato nel miglioramento degli standard di efficacia e di efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ai ristretti e/o nel superamento del modello verticistico ed autoreferenziale che ha caratterizzato la medicina penitenziaria negli ultimi decenni. In sostanza è stata riscontrata nell'indagine la sostanziale "dipendenza" funzionale del medico coordinatore dall'Autorità dirigente della struttura penitenziaria; nonostante il nuovo impianto normativo di riforma, se non per casi di estrema urgenza, il medico coordinatore del servizio sanitario continua ad esercitare delle prassi amministrative che si estrinsecano nell'apposizione di un visto puramente formale su pratiche di gestione del paziente detenuto²⁰ che seppur di natura prettamente clinica – sanitaria, potenzialmente possono avere delle inevitabili ripercussioni sulle modalità di esecuzione della pena sia all'interno dell'Istituto penitenziario che in caso di ricovero o prestazioni specialistiche presso le strutture ospedaliere. Tutto ciò si traduce in una limitata autonomia gestionale ed operativa del medico coordinatore, figura peraltro scarsamente innovata dal processo riformatore, che suppur nei ruoli del Servizio Sanitario Nazionale, sconta un notevole difetto di emancipazione dal Direttore dell'Istituto penitenziario; a ciò si aggiunge una sostanziale impreparazione delle Aziende Sanitarie Locali nel supportare i medici ed in generale il personale addetto alle aree sanitarie delle strutture detentive, sia nella progettazione e realizzazione di percorsi terapeutici ed assistenziali nell'ambito dei limiti e delle peculiarità poste dal regime detentivo, sia nel definire politiche di indirizzo di natura strategica ed amministrativa in grado di riequilibrare il peso istituzionale dell'Autorità sanitaria delle strutture detentive rispetto agli stakeholder istituzionali che tradizionalmente hanno rivestito e tuttora ricoprono ruoli di primo piano nella gestione e regolamentazione del sistema di esecuzione penale: si pensi alla Magistratura di Sorveglianza, Giudiziaria, ed in generale alle forze di pubblica sicurezza operanti sul territorio locale.

Purtroppo, il perdurante e costante deficit strategico, accompagnato da una limitata autonomia dei medici coordinatori, rimasti sostanzialmente ancorati alla

²⁰ Si pensi alla redazione di relazioni sanitarie da inviare alla Magistratura di Sorveglianza e che comportino una modifica dello status detentivo del soggetto, oppure la cui emissione è legata alla concessione di particolari benefici alternativi al regime detentivo.

obsoleta figura del medico incaricato di istituto penitenziario come previsto dalla L. 740/70, costituiscono significativi fattori di inerzia nella ricerca di un'effettiva realizzazione del nuovo sistema sanitario penitenziario secondo i principi e le direttive richiamate dal dpcm 1 aprile 2008. La fase di stallo in cui si trova il sistema sanitario penitenziario campano è legato anche alla scarsa propensione all'attivazione di percorsi progettuali innovativi in grado di stimolare le risorse umane ad un graduale processo di acquisizione di nuove conoscenze tali da consentire una rivalutazione di tutte le professionalità operanti in tale settore, anche al fine di contrastare il costante isolamento cui esse sono soggette rispetto all'attuale contesto sanitario pubblico.

Dall'indagine emergono chiaramente delle notevoli difficoltà ad avviare processi di innovazione, in parte per cause legate alle note carenze di personale, soprattutto amministrativo, per altre connesse alla mancanza di supporto da parte degli Enti di ricerca scientifica e tecnologica e della rete universitaria e formativa in generale.

Tutto ciò è testimoniato dalla presenza palese di diverse inadempienze: dalla mancata attuazione della carta dei servizi sanitari, prevista dal dettato normativo del dpcm 1 aprile 2008, alla sostanziale mancanza di sistemi di valutazione del personale in aderenza a quanto previsto dalla "Riforma Brunetta"; sono stati infatti rarissimi i casi in cui si è riscontrato un timido tentativo di implementazione del sistema di valutazione.

E' chiaro che in un tale contesto, pensare di avviare processi di progettazione di nuove modalità di assistenza sanitaria ai ristretti, in considerazione della tipologia di ciascun Istituto penitenziario in rapporto ai circuiti detentivi²¹ in esso attivati, risulta un'impresa a dir poco impossibile, almeno allo stato attuale.

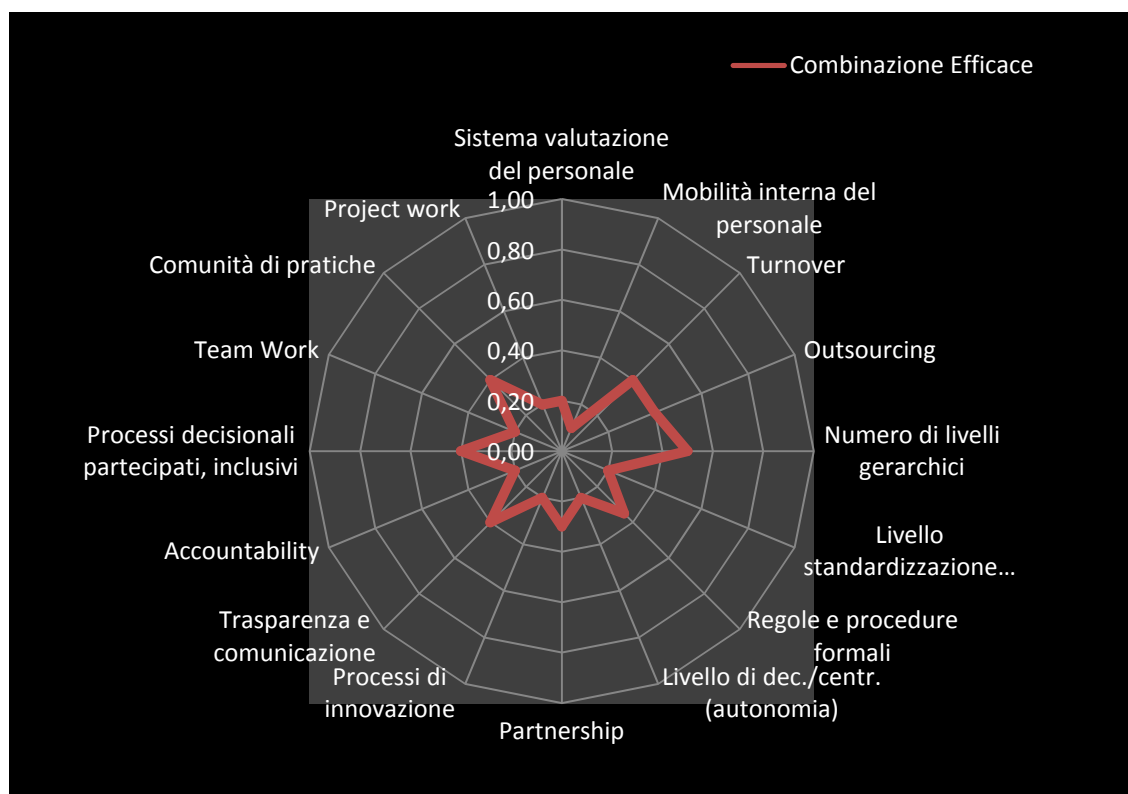
L'indagine, tuttavia, nel rilevare le criticità alla base della mancata attuazione del dpcm 1 aprile 2008, ha cercato di delineare quali potessero essere gli elementi organizzativi sulle quali agire per giungere ad un riprogettazione del servizio sanitario penitenziario e soprattutto per capire con quale equilibrio l'organizzazione in esame possa essere realmente efficace e rispondere con assoluta immediatezza alle pressanti istanze del contesto ambientale.

²¹ Vedi le richiamate disposizioni sulle lettera circolare relativa ai nuovi circuiti detentivi.

A tal fine, la ricerca ha permesso di individuare, sulla base dell'impianto teorico esaminato, una "combinazione efficace" rappresentata nella figura 1); cioè sulla base delle pratiche rilevate sul campo, siamo in grado di indicare quali possano essere le giuste infusioni di pratiche per l'attuale assetto organizzativo, al fine di giungere alla strutturazione di un servizio sanitario penitenziario efficace.

La figura 1) sintetizza graficamente l'intensità di utilizzo dei diversi meccanismi che compongono la combinazione n.° 4 ; la forma riportata in figura appare marcatamente "spigolosa", segnalando come alcuni vertici siano tra di loro più distanti di altri. In particolare, si può notare come all'interno di ciascuna classe di meccanismi si registrano valori alti e bassi, permettendo così di delineare una forma "a stella", tale da testimoniare, comunque, un utilizzo bilanciato dei singoli meccanismi di coordinamento all'interno di ciascuna classe di pratiche, seppur emerge anche nell'identificazione della combinazione più efficace un eccessivo sbilanciamento sulle pratiche di outsourcing.

Figura 1 – Esempio di configurazione organizzativa efficace (disaggregazione per pratiche)
Fonte: Elaborazione propria, 2012



Comparando l'intensità di utilizzo dei meccanismi tra le classi, invece, possiamo notare che le quattro classi di meccanismi appaiono tutte immediatamente rappresentate, anche se emerge a conferma di quanto rilevato nell'indagine un

deficit di strategia per il combinato effetto, sia di scarsa partnership con gli stakeholder istituzionali e non, presenti sul territorio, sia per la carenza di elementi di “mercato” in particolare la scarsissima implementazione di sistemi di valutazione del personale. Tuttavia, riaggregando le pratiche organizzative nelle quattro classi o tipi di elementi organizzativi definiti sulla base della teoria, troviamo conferma dell’ottimalità della configurazione quadrata, con valori medi delle variabili aggregate, rappresentate nelle tabella 3) ed elaborati graficamente così come nella figura 2).

Tabella 3 – Elaborazione propria, 2012

Pratiche organizzative	Valori rilevati	media per classi di elementi	
Sistema valutazione del personale	0,20	0,28	Elementi di Mercato
Mobilità interna del	0,10		
Turnover	0,40		
Outsourcing	0,40		
Numero di livelli gerarchici	0,50	0,31	Elementi Burocratici
standardizzazione formali	0,20		
(autonomia)	0,35		
Partnership innovazione	0,30	0,28	Elementi Strategici
comunicazione	0,20		
Accountability	0,40		
Processi decisionali partecipati, inclusivi	0,40	0,33	Elementi Comunitari
Team Work	0,20		
Comunità di pratiche	0,40		
Project work	0,20		

La combinazione appare molto bilanciata nell’utilizzo dei diversi meccanismi di coordinamento, allineando i meccanismi di tipo strategico e di mercato e comunitari intorno a valori medi di 0,30.

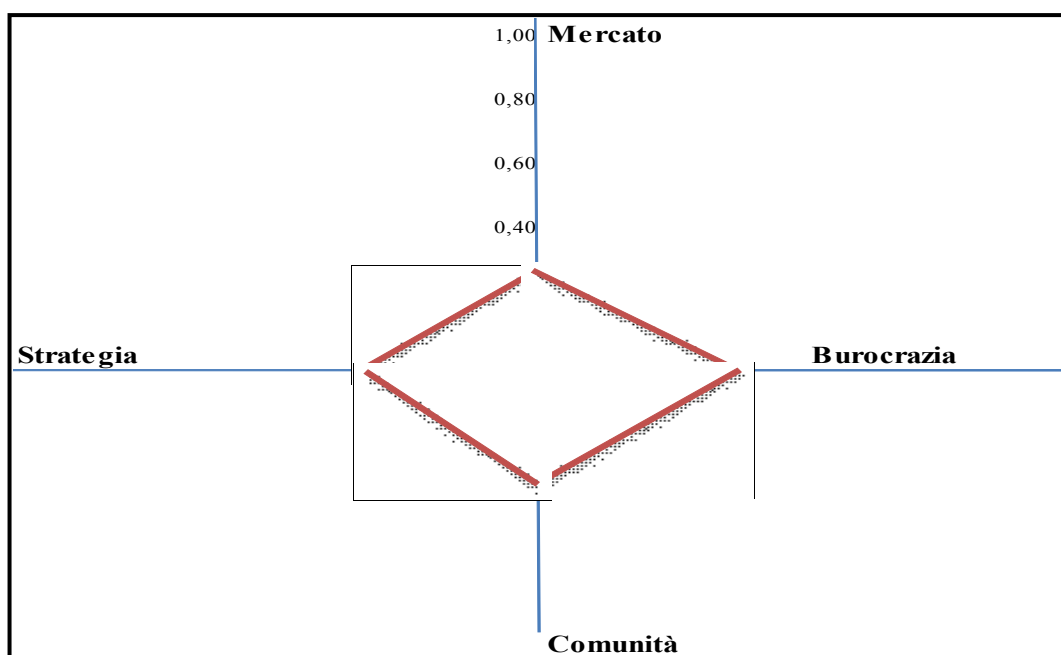
L’ottimalità della combinazione risulta essere maggiormente percepibile dalla rappresentazione grafica,

elaborata mediante l’aggregazione dei valori per classi, in cui è particolarmente evidenziato il tracciato di un quadrato quasi perfetto (linee in rosso), a testimonianza di un efficace equilibrio degli elementi organizzativi.

Le Unità di Sanità penitenziaria che adottano la combinazione di pratiche organizzative identificata come “combinazione n.° 2” nella tabella 2), sono caratterizzate da uno stato di salute organizzativa sicuramente meno efficace rispetto alla precedente analisi.

La seconda combinazione, rappresentata graficamente nella figura 3), è stata costruita sulla base della metodologia già espletata per l’individuazione della combinazione efficace ma, sono stati combinati i valori massimi accettabili per ciascuna pratica organizzativa.

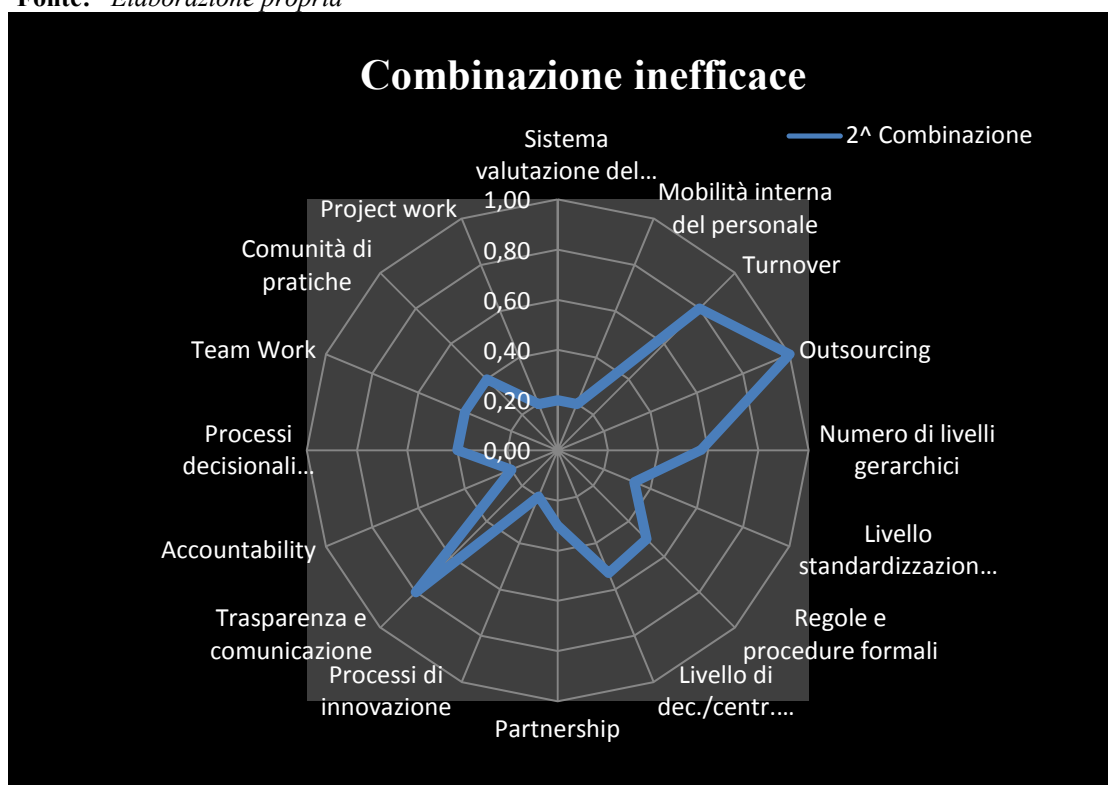
Figura 2 – Esempio di configurazione organizzativa efficace (aggregazione per classi)
Fonte: Elaborazione propria



Dall'esame del grafico, emerge come la combinazione risulti eccessivamente sbilanciata, soprattutto tra gli elementi di mercato e quelli strategici; in effetti, l'analisi conferma che gli attuali assetti organizzativi della sanità penitenziaria campana risultano carenti di strategia soprattutto nel legame con il territorio da parte delle Unità sanitarie operanti all'interno degli Istituti penitenziari e ciò è dimostrato dal basso valore riscontrato sull'elemento "partnership". Lo scarso utilizzo di sistemi di accountability non consente all'attuale management di attivare processi decisionali orientati nel medio – lungo periodo, capaci di far fronte alla costante dinamica emergenziale che caratterizza il servizio sanitario nel contesto detentivo.

L'eccessivo "outsourcing" non consente di patrimonializzare le competenze ed il Know-how acquisito dalle risorse umane "sul campo", per cui in alcune realtà critiche più complesse tra le quali, le Direzioni Sanitarie di Secondigliano (NA) e Poggioreale (NA), si assiste con assoluta frequenza a fenomeni di breve permanenza di personale medico ed infermieristico all'interno delle citate strutture con una spiccata propensione ad assumere altri incarichi per incompetenza o manifesta incompatibilità rispetto alle criticità imposte dal contesto detentivo.

Figura 3 – Esempio di configurazione organizzativa inefficace (disaggregazione per pratiche)
Fonte: Elaborazione propria



Peraltro, un'ulteriore asimmetria è rilevabile nel basso valore assunto dal grado di autonomia del Medico Coordinatore del settore sanitario, infatti se da un lato vi è una spinta notevole ad assumere personale sanitario, mediante società private di fornitura di lavoro temporaneo, dall'altro il management sanitario non ha la possibilità concreta di scegliere i propri collaboratori, anzi nella quasi assoluta maggioranza delle realtà esaminate le Aziende Sanitarie territorialmente competenti ove ha sede la struttura penitenziaria, hanno revocato gli incarichi a personale medico specialistico che da anni prestava la propria opera professionale presso le citate strutture.

Purtroppo, da un punto di vista squisitamente strutturale, l'indagine ha evidenziato come le Unità sanitarie, pur non registrando un tasso di burocratizzazione eccessivamente elevato, hanno una scarsa spinta ad attivare processi di innovazione sia di natura strettamente sanitaria che gestionale; ciò risulta confermato dal basso tasso di innovazione tecnologica che è riscontrabile all'interno delle strutture; si pensi che seppur il Dpcm sia stato emesso il 1 aprile

2008, allo stato non è stata riscontrata né l'entrata a regime del fascicolo sanitario elettronico, né l'implementazione della carta dei servizi sanitari per il paziente detenuto.

Emerge, in sostanza, un assetto organizzativo piuttosto rigido in cui i processi di lavoro presentano un elevato grado di individualità, sia a seguito dell'elevato tasso di isolamento professionale che sconta il settore, sia per il bassissimo ricorso alla costituzione formale di "team work" e/o alla realizzazione di modalità lavorative sperimentali, che implicino il ricorso alla progettazione di interventi formativi o disegni di ricerca in grado di stimolare la rigenerazione e la creazione di nuove conoscenze tali da ampliare le frontiere della medicina penitenziaria.

Bisogna, peraltro, evidenziare che gli attuali assetti organizzativi della sanità penitenziaria campana risultano inadeguati rispetto alle istanze del contesto ambientale anche per effetto di una cronica carenza di personale amministrativo e tecnico, in grado di garantire la presenza di efficaci unità di staff, quali cellule organizzative fondamentali per l'implementazione sia di sistemi di valutazione del personale che la realizzazione di pratiche di accountability che permettano un monitoraggio costante e sistematico sia dei dati di natura epidemiologica che economica-finanziaria, tali da orientare non solo i processi decisionali del management ma capaci di perseguire un'effettiva attività di controllo sugli sprechi e le inefficienze del sistema.

Insomma, le Unità sanitarie che presentano valori di pratiche vicine a quelle emerse con la "combinazione n.° 2" risulta caratterizzata da un assetto organizzativo inefficace che richiede un intervento correttivo sia sui meccanismi di mercato, strategici ed anche comunitari ; ciò risulta evidenziato dai valori riportati nella tabella 4), in cui è necessario un allineamento intorno al valore medio di 0,44 sia degli elementi di mercato per un eccessivo ricorso al "turnover" ed a pratiche di "outsourcing" che per quelli strategici, in virtù del deficit di processi di innovazione, partnership ed accountability.

Il dato sugli elementi comunitari risulta estremamente influenzato dallo scarso ricorso a modalità organizzative orientate a favorire l'implementazione di processi di lavoro per progetti.

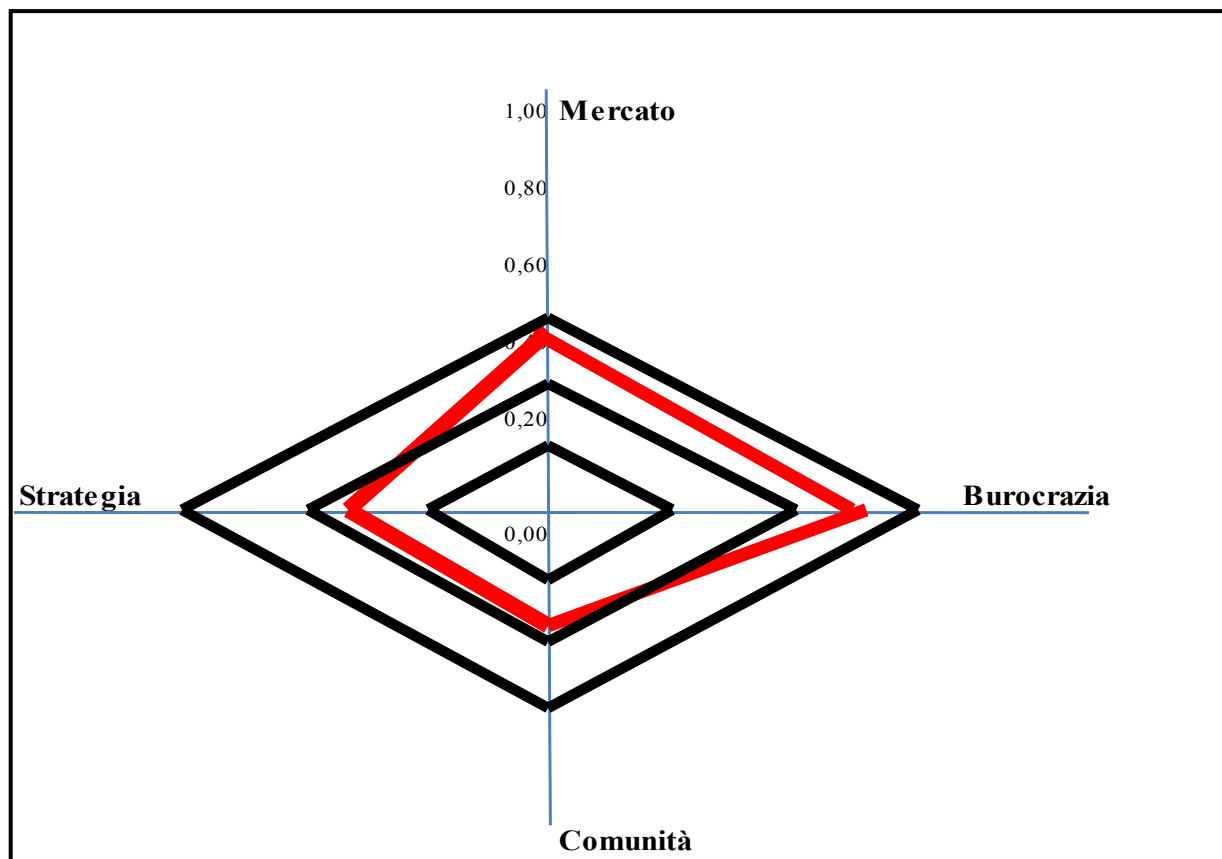
Tabella 4 – Valori degli elementi organizzativi per combinazione inefficace
Fonte: Elaborazione propria, 2012

Pratiche organizzative	Valori rilevati	media per classi di elementi
Sistema valutazione del personale	0,20	0,55 Elementi di Mercato
Mobilità interna del	0,20	
Turnover	0,80	
Outsourcing	1,00	
Numero di livelli gerarchici	0,57	0,48 Elementi Burocratici
standardizzazione (routine)	0,33	
Regole e procedure formali	0,50	
Livello di dec./centr. (autonomia)	0,53	
Partnership	0,30	0,38 Elementi Strategici
Processi di innovazione	0,20	
Trasparenza e comunicazione	0,80	
Accountability	0,20	
Processi decisionali partecipati, inclusivi	0,40	0,35 Elementi Comunitari
Team Work	0,40	
Comunità di pratiche	0,40	
Project work	0,20	

Anche in questo caso, è possibile evidenziare l'inefficacia della combinazione organizzativa in esame, analizzando la figura 4), in cui le pratiche organizzative sono state aggregate nei quattro tipi di elementi organizzativi. Comparando l'intensità di utilizzo delle pratiche organizzative possiamo notare che le quattro classi di pratiche sono rappresentate in modo significativamente diverso con un utilizzo più marcato degli elementi di mercato e burocratici. Rispetto alla forma attesa di un quadrato regolare, osserviamo che la combinazione è rappresentata più chiaramente da un rombo con i valori medi degli elementi prima citati significativamente più alti.

Figura 4 – Esempio di configurazione organizzativa inefficace (aggregazione per classi)

Fonte: Elaborazione propria, 2012



§. 4.7 - La rilevazione del tasso di managerializzazione dei medici coordinatori delle Unità sanitarie degli Istituti penitenziari della Regione Campania.

L'approccio combinativo della "chimica dell'organizzazione" ci consente di avere a disposizione uno strumento di evidente utilità per l'efficace progettazione di nuovi assetti organizzativi della sanità penitenziaria secondo la struttura delineata dal Dpcm 1 aprile 2008. Tuttavia la metodologia di indagine esaminata fornisce anche un contributo alla comprensione della natura delle organizzazioni complesse, mettendone in luce le seguenti caratteristiche:

1. il carattere combinativo dell'organizzazione moderna deriva dagli effetti di complementarità e sostituibilità tra gli elementi organizzativi;
2. alcune caratteristiche dell'organizzazione sono "non contingenti" in quanto sono rintracciabili alcune proprietà universali delle forme efficaci, sia pur a livello di singoli componenti e non dell'intero assetto

organizzativo; altre caratteristiche sono chiaramente influenzate dalla complessità ambientale del sistema sanitario penitenziario;

3. se consideriamo le forme o formule organizzative nel loro complesso e non per singoli elementi, le soluzioni della progettazione sono tipicamente multiple, pertanto non solo non esiste una “*one best way of organizing*”, ma non esiste nemmeno una “*one best way*” in relazione a determinate configurazioni di risultati desiderati e di condizioni di contesto.

Un valore aggiunto che è sicuramente rintracciabile all'interno dell'approccio chimico all'organizzazione è quello di riuscire a delineare una spiegazione dell'eterogeneità strutturale (Grandori, Furnari, 2009), cioè fornire una pluralità di soluzioni ammissibili nelle stesse condizioni di contesto fornendo al contempo strumenti per progettarela.

L'indagine condotta sul sistema sanitario penitenziario campano non si è voluta limitare ad espletare un'analisi dell'efficacia organizzativa esclusivamente in considerazione di elementi strutturali, che seppur rilevanti, non possono considerarsi gli unici fattori determinanti al perseguimento di un'efficace funzionamento delle organizzazioni sanitarie oggetto dell'indagine, ma si è ritenuto che fosse indispensabile l'assunzione da parte del personale medico di responsabilità anche sul fronte economico – manageriale (Cicchetti A., 2004). Fin dal 1967, con il primo “Cogwell Reports”, nel National Health Service britannico si era avvertita un'esigenza forte di coordinamento delle specializzazioni negli ospedali e nelle altre organizzazioni sanitarie. Con la riorganizzazione del 1974²² il NHS apre la strada alla nascita del medico-manager.

La riforma del servizio sanitario nazionale del 1992, che peraltro non intacca in alcun modo l'allora servizio sanitario penitenziario, introducendo la figura del direttore generale dell'azienda sanitaria ed assegnando una responsabilità di tipo gestionale al medico, percorre la strada tracciata dal legislatore britannico. La successiva approvazione del D.Lgs 229/99 nel rilanciare l'aziendalizzazione delle aziende sanitarie, delinea nuovamente i compiti manageriali del dirigente medico. Sorprendentemente, l'evoluzione normativa non ha alcun effetto sugli assetti organizzativi della medicina penitenziaria, in quanto la figura professionale del “medico incaricato” regolamentata dalla legge 740/70 risulta ancorata ad un ruolo

²² National Service Reorganization: England, 1972

puramente clinico senza alcuna implicazione di natura manageriale e gestionale, per le quali con particolare autorevolezza erano riconosciute all'Autorità direttiva delle strutture penitenziarie. Con l'emanazione del Dpcm 1 aprile 2008, la figura del medico incaricato viene sostanzialmente stravolta, in quanto il passaggio del servizio sanitario penitenziario nel sistema sanitario nazionale ha spezzato il vincolo di "dipendenza" gerarchica e funzionale della vecchia figura del medico incaricato dal Direttore dell'Istituto penitenziario, rilanciando nel contempo non solo l'aziendalizzazione di un settore estremamente burocratizzato e gerarchizzato ma delineando all'interno del settore sanitario penitenziario una nuova figura di dirigente medico titolare di responsabilità di carattere penale, disciplinare, amministrativo, patrimoniale, contabile e manageriale (Primicerio, 2004). In particolare, quest'ultima responsabilità si manifesta, da un lato nella necessità di operare in maniera coerente con le direttive "strategiche" della direzione sanitaria e, dall'altro, si mostra nell'assunzione della responsabilità del coordinamento delle altre figure professionali nelle diverse articolazioni.

La particolarissima condizione del paziente-detenuo impone una seria riflessione sull'effettiva possibilità della direzione sanitaria territorialmente competente, ove ha sede la struttura detentiva, di implementare scelte strategiche senza la reale partecipazione del management penitenziario e degli organi di magistratura giurisdizionalmente competenti a seconda del grado di giudizio. Peraltro, l'assunzione di una necessaria e maggiore autonomia nella gestione delle risorse umane a disposizione impone una responsabilità di coordinamento che incontra delle serie criticità all'interno di una struttura detentiva ove vige una stratificazione di profili professionali assolutamente unica nel panorama della pubblica amministrazione italiana; basti pensare all'anomalia della figura professionale del psicologo, che rimanendo per previsione normativa alle dirette dipendenze del Ministero della Giustizia e quindi del Direttore dell'Istituto penitenziario è chiamata ad essere anche funzionalmente legata al Medico Coordinatore o Dirigente medico del servizio sanitario della struttura detentiva. Paradossalmente, quindi, chi esercita la professione di psicologo all'interno del carcere subisce un processo di costante duplicità della linea di comando, da un lato quella giuridica esercitata dal Direttore dell'Istituto, e dall'altra quella funzionale del Medico coordinatore del servizio sanitario; se consideriamo, infine,

che per tutte le questioni di natura strettamente di pubblica sicurezza ed ordine pubblico interno è necessaria la partecipazione al processo decisionale del Commissario di Polizia Penitenziaria, in qualità di responsabile della Sicurezza, si comprende come si possano riscontrare casi di triplicità della linea di comando. Tali elementi farebbero emergere, secondo alcuni, a fianco del tradizionale conflitto tra clinico ed amministratore anche un nuovo “conflitto interno nel medico” (Profili, 2004). Tuttavia, secondo altri, il medico manager sarebbe premiato per questo suo ulteriore sforzo attraverso un nuovo e privilegiato rapporto sia con l’amministrazione sanitaria che penitenziaria per il quale l’effetto netto di questo processo porterebbe la professione medica a guadagnare spazi di autonomia nei confronti del general management (Ferlie, Ashburner, Fitzgerald e Pettigrew, 1996).

Le evidenze nazionali riportate da alcuni studi che hanno revisionato la letteratura precedente in materia, mostrano che il rapporto tra medico e management aziendale (il direttore generale dell’azienda sanitaria ma anche il dirigente della struttura penitenziaria) sia congenitamente conflittuale per l’estrema diversità della formazione e nella cultura di base.

La letteratura sociologica, organizzativa e medica ancora dibattono sulla natura del medico-manager e sull’effettiva possibilità che tale figura professionale possa emergere. Secondo alcuni, infatti, esisterebbero delle motivazioni oggettive perché questa figura professionale ibrida (Fitzgerald, 1994) possa effettivamente affermare il proprio ruolo; Guerra (1992) ad esempio, sostiene che l’assunzione di un ruolo manageriale sarebbe incompatibile con la natura professionale del lavoro medico, l’assunzione di una responsabilità manageriale implicherebbe la riduzione delle competenze specialistiche a favore di competenze di natura gestionale, come in genere accade nelle altre organizzazioni.

Ciò contrasterebbe con il naturale percorso della carriera medica che si basa proprio sulla progressiva specializzazione del lavoro: un medico manager, che occupa posizioni importanti nella gerarchia dovrebbe riuscire a governare senza la legittimazione derivante da una competenza clinica aggiornata. A conferma di questo, secondo alcuni, nel NHS britannico “i veri dottori continuano a trattare i pazienti” (Strong e Robinson, 1990) anticipando una nuova figura medica, diversa da quella tradizionale, per coloro che invece volessero intraprendere la strada “manageriale”.

Seguendo questo filone teorico, allora, anche nel nuovo sistema sanitario penitenziario, almeno in quello delineato dalla recente architettura normativa, si imporrebbe l'integrale sostituzione della obsoleta figura professionale del "medico incaricato" con quella del manager in grado di gestire il servizio sanitario con un visus a 360°. Interessante a questo proposito è lo studio di Kindig e Konver (1992) che hanno analizzato le differenze sistematiche nelle attitudini dei medici e dei manager nelle organizzazioni sanitarie.

Attraverso uno studio empirico gli autori hanno mostrato l'esistenza di differenze sostanziali tra alcune caratteristiche dei clinici e dei manager efficaci, riportate nella tabella 5). La ricerca di un'equilibrata combinazione tra attitudini e caratteristiche professionali tipicamente manageriali ed attitudini emergenti dall'indottrinamento professionale, appare l'unica strada percorribile per giungere alla diffusione piena del modello del medico manager.

Tabella 5 – Principali differenze tra clinico e manager
Adattato dall'autore da Kurtz M.E. 1992. The dual role dilemma, in D.A. Kindig e A. R. Konver Eds. The role of physician executive, Health Administration Press, Ann Arbor Michigan.

MEDICO	MANAGER
orientato all'azione	Pianificatore
interazione 1:1	Interazione 1:N
Professionalità reattiva	Professionalità proattiva
Richiede immediata gratificazione	Accetta gratificazione ritardata
Autonomia=Valore indipendente	Collaborazione=Valore Partecipativo
Orientato al paziente	Orientato all'Organizzazione
Identificato con la professione	Identificato con l'Organizzazione

Fonte: in "La progettazione organizzativa", A. Cicchetti, 2004, pag. 157, ed. Franco Angeli

L'indagine che è stata condotta sulle strutture penitenziarie campane, mediante la somministrazione di un questionario²³ ai medici coordinatori, ha sorprendentemente rilevato un sostanziale equilibrio tra le attitudini cliniche e quelle manageriali.

²³ La rilevazione dei dati è stata effettuata secondo una logica binaria 0-1; per ogni riga della tabella è stato assegnato ad ogni elemento un valore 0 oppure 1 a seconda della presenza o delle assenza di ciascun elemento, sulla base di un tipico meccanismo di algebra booleana. Ad esempio, se l'intervistato si dichiarava con maggiori attitudini a "pianificatore" si è provveduto ad assegnare valore "1" a tale elemento e valore "0" alla corrispondente attitudine di natura clinica "orientato all'azione". Dalla percentualizzazione dei dati si è potuto ricavare per ciascun elemento un tasso di percentualizzazione variabile da 0 a 1, consentendo di identificare un tasso di managerializzazione di medicalizzazione o clinicità per i medici coordinatori degli istituti penitenziari esaminati.

Il campione esaminato è particolarmente significativo, considerato che sono state interpellate l'80% dei medici coordinatori di Istituto penitenziario attualmente in servizio, con una anzianità nel ruolo che per la quasi maggioranza delle unità è superiore ai 20 anni di servizio. Il dato risulta ancora più rilevante se consideriamo la scarsità di processi formativi di natura manageriale a cui sono stati sottoposti, almeno nell'ultimo quadriennio, i medici coordinatori del servizio sanitario penitenziario campano.

Dall'esame della tabella 6), emerge un ottimale equilibrio tra attitudini cliniche e manageriali, pertanto l'indagine empirica condotta sul campione sconfesserebbe quanto enunciato dalle teorie di Srong e Robinson (1990); la presenza di un tasso di managerializzazione (pari ad un valore di 0,479) sostanzialmente equilibrato rispetto a quello di attitudini squisitamente cliniche (pari ad un valore di 0,521), testimonia come i medici coordinatori abbiano tutte le potenzialità necessarie per costituire un fondamentale fattore propulsore alla piena attuazione del processo di

Tabella 6 – Grado di managerializzazione e clinicità dei medici coordinatori del servizio sanitario penitenziario presso gli Istituti della Regione Campania.

MEDICO	punteggi	Tasso di clinicità	MANAGER	punteggi	Tasso di managerializzazione
orientato all'azione	9	0,094	Pianificatore	3	0,031
interazione 1:1	6	0,063	Interazione 1:N	6	0,063
Professionalità reattiva	3	0,031	Professionalità proattiva	9	0,094
Richiede immediata gratificazione	3	0,031	Accetta gratificazione ritardata	9	0,094
Autonomia=Valore	3	0,031	Collaborazione=Valore	9	0,094
indipendente	7	0,073	Partecipativo	5	0,052
Orientato al paziente	9	0,094	Orientato all'Organizzazione	3	0,031
Identificato con la professione	10	0,104	Identificato con l'Organizzazione	2	0,021
totale punteggio	50	0,521	totale punteggio	46	0,479
	0,521			0,479	

Fonte: Elaborazione propria, 2012

riforma, ancora sostanzialmente fermo al palo.

E' pur vero che si rende necessaria l'urgente attivazione di processi formativi e di ricerca in diretta sinergia con il mondo accademico e gli Enti di ricerca per

stimolare l'attuale management sanitario verso la de-cristallizzazione di vecchie prassi o procedure amministrative ormai obsolete nel contesto ambientale ed istituzionale che il processo di riforma ha prepotentemente imposto.

Insomma, si rende necessario l'innesto, a pieno titolo, della medicina penitenziaria nel circuito formativo universitario, soprattutto nelle sue sedi più naturali, cioè presso le facoltà di Medicina e Chirurgia, Giurisprudenza ed Economia. Infatti, è innegabile che trattasi di una branca ad elevata trasversalità, in quanto le competenze che si richiedono ad un dirigente sanitario nell'ambito di un contesto detentivo vanno necessariamente a coprire, in una innovativa e rivoluzionaria integrazione di saperi le tre citate facoltà, per cui sarebbe fisiologicamente realistica la costituzione di percorsi di alta formazione in grado di coniugare una così ampia diversificazione di mondi scientifici, spesso troppo distanti tra di loro e assolutamente scollati dal fabbisogno formativo che il mondo professionale manifesta.

Da un punto di vista logico è evidente che i processi di riforma imposti dal legislatore per potersi concretizzare necessitano della presenza di potenziali condizioni di attuazione sia a livello micro che macro organizzativo; l'indagine ha sicuramente rivelato che almeno per quanto riguarda i medici coordinatori degli Istituti penitenziari della Regione Campania le ragioni di criticità sull'attuale stato di attuazione del Dpcm 1 aprile 2008, sono da ricercarsi a livello macro organizzativo, in considerazione delle attitudini e delle potenzialità rilevate sul management sanitario attualmente operante nelle strutture detentive. Dunque, risulta ancora più chiaro, come sulla base anche delle esperienze internazionali esaminate nelle pagine precedenti, le ragioni di criticità sulla sostanziale non attuazione del processo di riforma sia da ricondursi ad un sostanziale deficit di elementi di strategia e di mercato per il quale la struttura organizzativa esistente costituisce un fattore di inerzia al processo di cambiamento ed innovazione in relazione al difficile processo di acquisizione di autonomia che il settore sanitario deve affrontare rispetto agli organi della magistratura ordinaria e di sorveglianza, nonché delle autorità dirigente e di polizia operanti all'interno di un Istituto penitenziario.

Dall'analisi strutturale delle organizzazioni sanitarie penitenziarie, emerge infatti una limitata autonomia del medico coordinatore nella gestione del paziente –

detenuto, che seppur non emergano dubbi sui margini di operatività a livello clinico, si evidenziano delle notevoli criticità quando le condizioni sanitarie del ristretto sono tali da incidere in maniera significativa sullo stato di detenzione, fino al punto di comportare l'emissione di un provvedimento di concessione di forme di esecuzione della pena alternative al regime detentivo, nei limiti delle possibilità offerte dall'Ordinamento Penitenziario²⁴.

L'indagine di ricerca evidenziando un sostanziale equilibrio tra attitudini cliniche e manageriali impone una visione del rapporto tra medicina e management anche sotto un'altra prospettiva. Secondo molti, infatti, la crescente pressione sul contenimento dei costi e sulla accountability nei confronti dei pazienti e del sistema istituzionale, ha generato un impatto significativo sull'autonomia clinica e sull'autorità professionale (Giarelli, 2003), mettendo in seria discussione il paradigma tradizionale della "dominanza medica" descritto da Freidson (1970) ed ha favorito l'adozione del meccanismo dell'autorità per il governo organizzativo. Questo fenomeno è stato osservato in tutti i paesi industrializzati anche se con diverse modulazioni in Europa e Stati Uniti. Nell'analisi offerta da Giarelli (2003) le riforme dei diversi sistemi sanitari (Francia, Regno Unito, Svezia, Germania e Stati Uniti) sembrano aver inciso sull'autonomia e sull'autorità del medico nei confronti degli altri gruppi professionali e del management, soprattutto per effetto della diffusione di pratiche di standardizzazione dell'assistenza legati alla diffusione dell'approccio, Evidence Based Medicine (EBM)²⁵, della Clinical

²⁴ Vedasi gli artt. 47, 47 bis, 47 ter, 47 quater, 47 quinquies, 48, 49, 50, 51, 51 bis, 51 ter, 54, 56, 57 del capo VI "Misure alternative alla detenzione e remissione del debito" previsti dalla Legge 26 luglio 1975, n.° 354 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà"; artt. 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109 del capo VI "Misure alternative alla detenzione e altri provvedimenti della magistratura di sorveglianza" previste dal Regolamento di Esecuzione della Legge 26 luglio 1975, n.° 354 – D.P.R. 30 giugno 2000, n.° 230

²⁵ Evidence based medicine (EBM) significa medicina basata sulle prove.

È un concetto in lingua inglese che, tradotto in italiano, privo di ulteriore aggettivazione, non trova giustificazione d'essere: la medicina in quanto tale è da sempre basata sull'evidenza *clinica*. Tale concetto in realtà è relativo alla letteratura scientifica e vuole significare che è possibile basare le proprie decisioni, diagnostiche e terapeutiche, sulla valutazione critica dei risultati reperibili dalla letteratura scientifica Secondo la definizione di Sackett D.L. et al.

« È il processo della ricerca, della valutazione e dell'uso sistematici dei risultati della ricerca contemporanea come base per le decisioni cliniche »

Si fonda sul principio della valutazione dei migliori risultati della ricerca disponibili in quel preciso momento di ricerca scientifica. In pratica ciò significa che ciò che interessa specificatamente la EBM non è semplicemente ciò che deriva da ricerche, bensì prevalentemente da Studi clinici (*Clinical Trials*) controllati e linee-guida di pratica clinica; dati quindi ottenuti mediante una valutazione critica degli studi esistenti. La più accreditata fonte sull'EBM, nata nel

Governance²⁶, di meccanismi di controllo sulle performance cliniche (medical audit o sistemi di indicatori) che mettono in discussione autonomia e discrezionalità decisionale.

La ricerca condotta da Giarelli ha evidenziato una perdita di controllo sull'organizzazione del lavoro ancora per l'intervento di forme di standardizzazione dell'assistenza (es. i protocolli diagnostico terapeutici) per l'azione di nuove tecnostutture presenti sia a livello di sistema sanitario²⁷ che di organizzazioni sanitarie²⁸.

La ricerca condotta sulle Unità sanitarie penitenziarie del territorio campano ha evidenziato come pur di fronte ad un basso tasso di standardizzazione dell'assistenza e nella quasi totale assenza di sistemi di monitoraggio epidemiologico, comunque la figura del medico coordinatore ha un margine di autonomia piuttosto ristretto; tale fattore di criticità è stato sicuramente ereditato dall'assetto organizzativo implementato e realizzato dall'Amministrazione della Giustizia nel corso degli ultimi decenni, per il quale gli elementi gerarchici e burocratici hanno avuto un peso di particolare rilievo, soprattutto nella misura in cui tutto il sistema gravitava intorno alla figura del direttore della struttura detentiva e del quale il "medico incaricato" le cui funzioni sono state delineate

1992, è una associazione inglese di volontari che provvedono a raccogliere gli studi randomizzati e controllati, effettuando revisioni sistematiche nella propria area di competenza: *Cochrane Collaboration*. I documenti prodotti si trovano nella *Cochrane Library*. Contiene raccolte di evidenze utili al processo decisionale clinico nei campi della terapia, prevenzione e miglioramento della qualità. Questa biblioteca prende il nome dall'epidemiologo inglese Archie Cochrane, che nel 1972 scrisse un famoso testo (*Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*), sul mancato utilizzo pratico da parte dei sanitari di dati dell'evidenza sperimentale, preferendo piuttosto pratiche consolidate dalla consuetudine ma non sempre di accertato valore scientifico e/o medico. Un'ulteriore fonte, tutta italiana, è GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze). Si tratta di una organizzazione no-profit, fondata nel 1996 con l'obiettivo di diffondere in Italia l'Evidence-based Medicine, attraverso iniziative di formazione, editoria e ricerca.

²⁶ La clinical governance può essere annoverata tra le modalità avanzate per governare l'integrazione organizzativa e per assicurare il conseguimento dei risultati; essa si è sviluppata nel Regno Unito come prospettiva per il governo unificato degli aspetti clinici e di quelli economici gestionali delle prestazioni sanitarie. La clinical governance si basa su tre principi fondamentali: lo sviluppo dell'accountability del sistema sanitario, l'assunzione di responsabilità da parte delle organizzazioni del NHS circa la qualità e le performance, nonché lo sviluppo del miglioramento continuo della qualità (Herbert, 2001). La clinical governance, dunque, non si manifesta come una prospettiva di integrazione di strumenti clinici e gestionali, "per la quale assumono rilevanza l'obiettivo dell'eccellenza della qualità, le connessioni sistemiche, un tessuto organizzativo capace di favorire l'implementazione di modalità cliniche sperimentalmente efficaci, nonché un collante culturale fondato su principi e valori diffusi e condivisi" (Fontana, 2004).

²⁷ Un esempio è rappresentato dal National Institute for Clinical Excellence, nel Regno Unito.

²⁸ Ad esempio le Unità di epidemiologia clinica.

dalla Legge 740/70, costituiva una risorsa “precaria”²⁹ e peraltro alle sue dirette dipendenze.

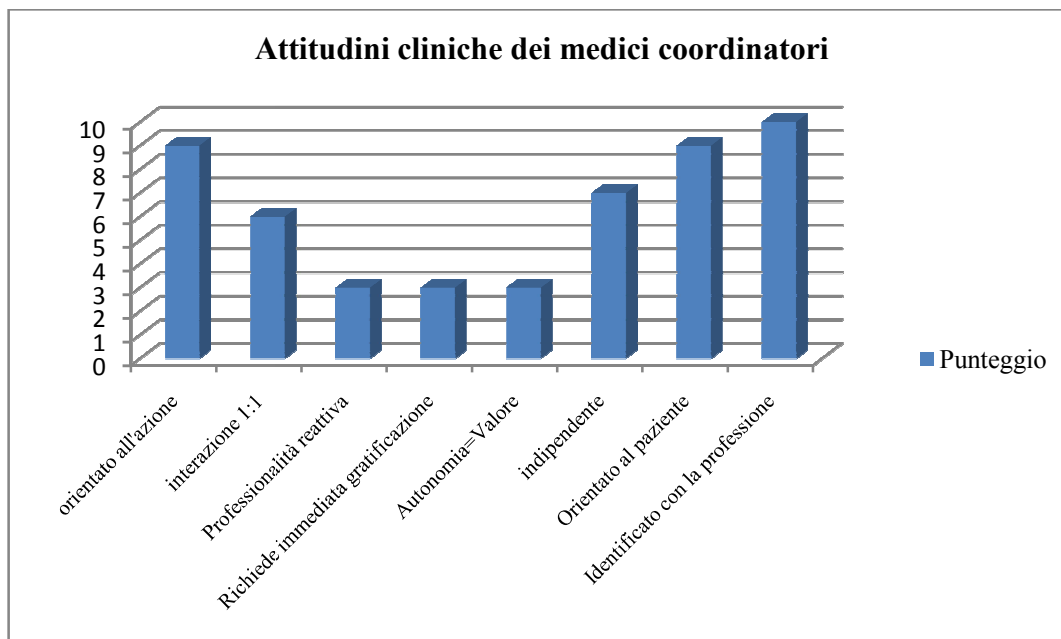
Dall’esame del grafico riportato nella figura 5) si evidenzia come tra le attitudini classificate tra quelle di natura clinica assumono un valore significativo sia l’indipendenza che l’orientamento al paziente e l’identificazione con la professione, testimoniando la sedimentazione di una cultura professionale non integrata nelle radici del sistema organizzativo penitenziario; l’isolamento professionale dei medici coordinatori ed in generale del personale medico di guardia presso gli istituti penitenziari inclusi nel campione di indagine non può essere considerato il frutto di un fallito tentativo di riforma della medicina penitenziaria ma trae le sue origini fin dal concepimento della figura medica all’interno dell’amministrazione penitenziaria italiana.

Il dibattito sul ruolo e le potenzialità che i medici coordinatori possono, attualmente, fornire nell’effettiva implementazione del processo di Riforma della Medicina Penitenziaria, rende attualissima la riflessione scientifica sul ruolo del medico e del suo know-how formativo, quali leve fondamentali per rispondere alle nuove istanze originatesi nell’ambito del contesto detentivo, soprattutto se dall’esame dei nuovi assetti normativi e dagli atti di indirizzo approvati a livello regionale emergono nuove modalità di azione del sistema penitenziario e sanitario in un’ottica di governance³⁰, per le quali si richiedono maggiori attitudini manageriali.

²⁹ Il processo di stabilizzazione dei medici incaricati presso gli Istituti penitenziari è stato piuttosto complesso e duraturo; infatti in una prima fase (anni '70 – '80) il medico incaricato intratteneva con le Direzioni delle strutture detentive un rapporto contrattuale libero – professionale. Soltanto agli inizi degli anni '90 i cosiddetti “medici incaricati” furono assorbiti nei ruoli del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, seppur con il medesimo regime contrattuale di origine e secondo i principi normativi stabiliti dalla Legge 740/70.

³⁰ Quello della Governance è un concetto maturato nell'alveo della cultura Inglese e Statunitense, il quale ha successivamente trovato applicazione nelle politiche pubbliche ed economiche di numerosi stati a regime di economia di mercato. Il termine Governance è l'evoluzione del concetto di "Government", termine che richiama un tipo di azione intrapresa dallo stato centrale con poca possibilità di mediazione delle scelte gestionali politico-economiche da parte di terzi. Storicamente, lo stile del "government" è stato adottato da quei paesi dove lo stato operava in maniera centralizzata e più in generale tale modello ha rispecchiato, soprattutto in epoca contemporanea, lo stile delle politiche statali dei paesi in cui veniva dato poco spessore ai soggetti economici privati. Le politiche di governance nascono soprattutto dalla constatazione dei limiti che uno stato incontra quando il potere pubblico è nelle mani di un solo soggetto, che in piena solitudine realizza scelte "immediate" e spesso poco efficaci a lunga scadenza. Si può perciò affermare che lo stile del government è stato adottato soprattutto in quei paesi a regime di economia pianificata o socializzata come l'ex U.R.S.S. Il modello del government infatti ricalca pienamente le modalità d'azione del soggetto pubblico tipiche del marxismo ortodosso.

Figura 6 – Valori delle attitudini cliniche rilevate tra i medici coordinatori degli Istituti penitenziari della Campania.



Fonte: Elaborazione propria, 2012

La richiesta di accountability, di trasparenza nel rapporto medico-paziente e l'empowerment del paziente stesso, stanno ridisegnando l'approccio che la società richiede alla pratica medica. Anche tra i medici c'è chi sostiene che tale evoluzione non snaturerebbe la funzione ed il ruolo del medico che da sempre si plasma intorno alle esigenze della società (Cosmacini, 1999).

Come ricorda Guerra (1992), però, la costruzione della professione medica è basata su due pilastri: il riferimento esterno, che viene dall'esigenza di rispondere

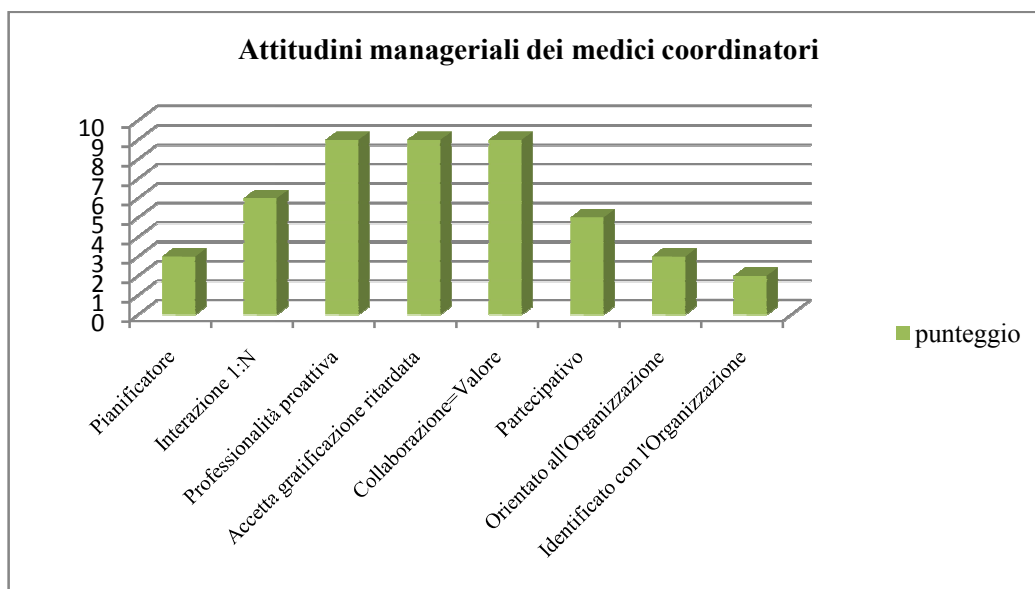
La governance invece potrebbe essere rapportata (con un po' di cautela) alle teorie dell'homo economicus le quali aprirono la strada all'economia di mercato tipica dei paesi a regime capitalistico. La Governance, da questo punto di vista, intende superare l'ottica del government, dal momento che la prospettiva del potere pubblico è demandata a più soggetti.

Si possono già scorgere geniali innovazioni, tuttavia deterministiche, del concetto di governance nelle teorie di sviluppo urbano elaborate in ambito statunitense negli anni 70 da Logan e Molotch nel famoso modello della city as a growth machine. In sintesi, lo sviluppo della città è analizzato dal punto di vista delle imprese e cioè a dire dal punto di vista degli imprenditori privati i quali indirizzerebbero in maniera più congrua le politiche di organizzazione dello sviluppo del territorio. Il modello della city as a growth machine ispirò dal punto di vista delle politiche territoriali il Modello dei regimi territoriali urbani il quale rappresenta oggi la norma per quel che concerne la programmazione e lo sviluppo dei più importanti centri urbani. Infatti le politiche di governance sono al centro del motore di sviluppo regionale odierno essendo fondate sulla compartecipazione di attori plurimi nell'ambito del processo decisionale di organizzazione e sviluppo del territorio.

La governance ha permesso di risolvere e regionalmente e nazionalmente quei problemi di fondo in materia di organizzazione armoniosa indispensabili per la formazione del vantaggio competitivo.

a ciò che la società chiede alla medicina, e quello interno che emerge dalla tradizione, dalla formazione e dall'indottrinamento professionale.

Figura 7 – Valori delle attitudini manageriali rilevate tra i medici coordinatori degli Istituti penitenziari della Campania



Fonte: *Elaborazione propria, 2012*

In tale logica c'è chi sostiene, anche da una parte del mondo medico, che i mutamenti suggeriti dalle dinamiche sociali non possono stravolgere la natura più profonda del lavoro medico, ritenendo inaccettabili le ingerenze che il modello manageriale induce sulla professione. Tuttavia, ciò che emerge dall'analisi della documentazione normativa ed amministrativa prodotta in materia di sanità penitenziaria è la richiesta di un modello di management che non porti nocimento al rapporto di fiducia che necessariamente deve caratterizzare la relazione medico-paziente; allo stesso tempo però, è richiesta al medico l'acquisizione della consapevolezza che la pratica medica, oggi più che mai, ha bisogno di essere organizzata e coordinata, imponendo una nuova responsabilizzazione nei confronti di un attore emergente che è appunto l'organizzazione.

§. 4.8 – La riprogettazione del servizio sanitario penitenziario – una proposta. Conclusioni

Dall'analisi delle aree sanitarie degli Istituti penitenziari della Campania è emersa una bassissima capacità relazionale con le realtà istituzionali e del terzo settore operanti sul territorio. Al contrario un'elevata qualità della relazione può, per esempio, sopperire ad un meno elevato livello di competenze individuali e

conferire all'insieme dell'azienda una notevole capability, come è dimostrato da realtà aziendali molto piccole che pur disponendo di limitate risorse umane, hanno dato prova di eccezionali qualità di sviluppo. Ciò di cui oggi, necessita il settore sanitario penitenziario è un forte processo di apertura al mondo esterno che non può prescindere da un'accentuata internazionalizzazione, il che potrebbe sembrare una follia rispetto alle competenze riscontrate dall'indagine; eppure vi sono state realtà aziendali³¹ in cui la capacità di proporre un progetto con un forte coinvolgimento sia del management che dei partner attorno alla sua strategia, hanno costituito l'arma vincente sul piano dell'internazionalizzazione. Infatti, l'assenza di competenze individuali non particolarmente elevate, come emerso dai risultati dell'indagine di ricerca, associate ad un forte commitment³², hanno dato vita ad una strategia vincente sul piano dell'internazionalizzazione, quale effetto generato dalla cosiddetta "leva relazionale". La gestione delle relazioni è il campo nuovo e tutto da esplorare nella gestione delle risorse umane (Thèvenet, 1992) ed è chiaro come lo sviluppo di relazioni di qualità elevata tra tutti i membri dell'organizzazione, tra gruppi e tra organizzazioni, è in definitiva il compito emergente della Direzione Risorse Umane. E' chiaro che quando ci muoviamo nel mondo della pubblica amministrazione, non c'è dubbio che quando parliamo di commitment dobbiamo considerare il forte intreccio e le reciproche influenze che hanno quello di natura politica, istituzionale e professionale. Infatti, il commitment politico, in assenza di commitment istituzionale e di commitment professionale, produce una degenerazione del ruolo della dirigenza pubblica (cit. Costa/Giannecchini, 2009, "Pianeta Pubblica Amministrazione, il dirigente pubblico ed il commitment", pag. 214, Risorse Umane, Persone, Relazioni, Valore). Per contro, il commitment politico in presenza degli altri due, può far assumere diverse connotazioni al ruolo della dirigenza pubblica, in quanto si trasforma in

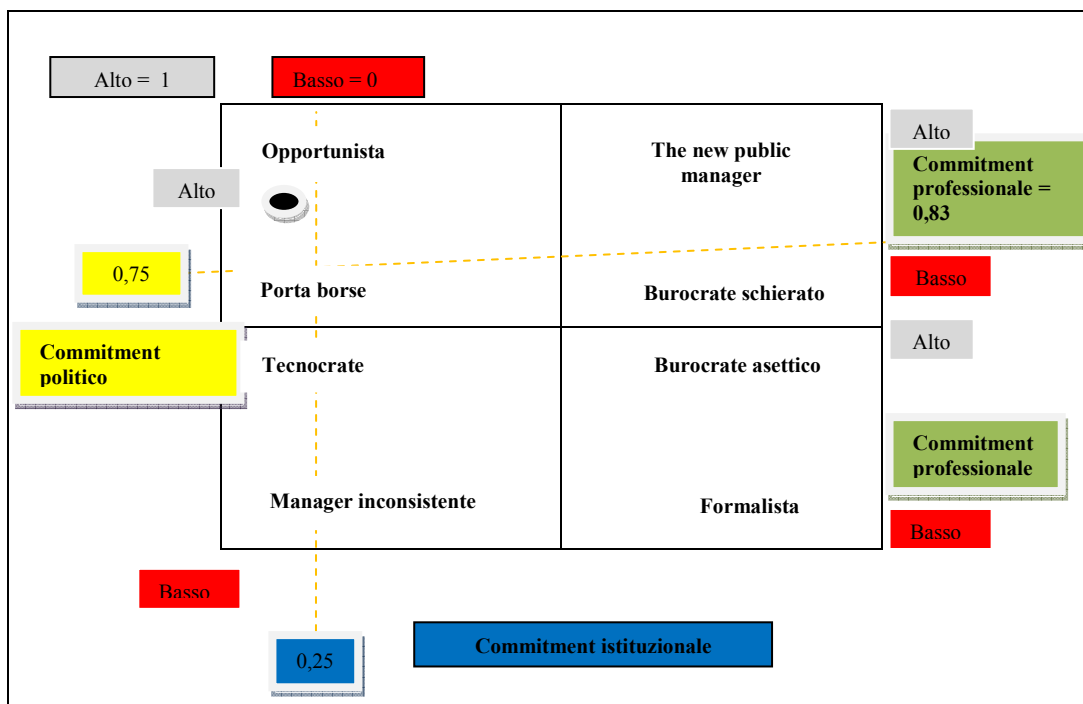
³¹ Ferrari, Benetton ed altre, cit. (Risorse Umane, persone reazioni e valore, 2009, pag. 2139).

³² Con il termine commitment si intende un impegno duraturo, un'assunzione di responsabilità nei riguardi di principi, pratiche e valori che presidono ai comportamenti direzionali. La complessità dei ruoli di governo (Compagno, 2001), visti soprattutto nella funzione di innovazione e cambiamento, può essere analizzata, rispetto ai manager pubblici, isolando tre dimensioni: commitment politico, istituzionale e professionale. Il commitment istituzionale esprime l'impegno assunto verso l'istituzione pubblica, le norme che la regolano, il ruolo che essa assume nella società (senso di Stato); il commitment professionale esprime l'impegno assunto nei riguardi delle norme implicite ed esplicite, delle competenze tecniche, della deontologia che definiscono i criteri distintivi di una professione. Nella concezione tradizionale della burocrazia, la dimensione istituzionale e quella professionale potrebbero anche coincidere. Il commitment politico esprime l'impegno assunto nei riguardi di una particolare visione della società e di un'aggregazione di potere che la persegue.

un'opzione di tipo strategico-culturale. In questa particolare contingenza storica, non è facile, peraltro, porre questa questione a causa del forte desiderio di cancellare ogni traccia della degenerazione partitica nella dirigenza pubblica. Ai fini della nostra indagine, combinando i tre tipi di commitment è possibile proporre una tipologia di ruoli utilizzabile come strumento diagnostico, in grado di farci capire dove si colloca, allo stato attuale, la figura del medico coordinatore di una struttura detentiva, almeno per la realtà esaminata nel campione.

Sulla base del grafico 1)³³, possiamo senz'altro capire come il management

Grafico 1 - La relazione tra “prison health management” e “commitment”



Fonte: (“Dal contratto al commitment” da Risorse Umane, Persone, Relazioni, Valore, pag. 215, aut. Costa/Gianecchini, ed. 2009; rielaborazione propria)

penitenziario sia collocabile nell'area degli “opportunisti”; pertanto se vogliamo creare le condizioni per attuare a pieno titolo e con effettività il processo di riforma è necessario un innesto di nuova managerialità mediante l'attivazione di percorsi formativi in grado di incidere in maniera significativa sul “commitment istituzionale” in modo di ricollocare la figura professionale del medico

³³ Il grafico è stato costruito sulla base della letteratura in materia (Greenhalgh, 2001, Managing Strategic Relationship, Free Press, New York; Thévenet M., 1992, Impliquer les persone dans l'entreprise). I valori attribuiti al commitment professionale sono stati rilevati tramite l'indicatore “orientamento al paziente” che ha riportato 9 punti su 12; il commitment istituzionale è stato rilevato tramite l'indicatore “orientamento all'organizzazione” che ha riportato 3 punti su 12; il commitment politico, (rintracciabile soprattutto nell'Ordine Professionale di appartenenza), è stato rilevato con l'indicatore “identificato con la professione”, che ha riportato un valore di punti 10/12.

coordinatore nell'area del "the new public manager". In tal modo potrà essere garantita l'eliminazione di un sicuro fattore di inerzia alla realizzazione di nuovi assetti organizzativi alla sanità penitenziaria campana.

Un persistente fattore di debolezza si individua nella mancanza di integrazione tra la ricerca scientifica di base ed i relativi percorsi applicativi di miglioramento organizzativo. In tal senso è importante superare l'approccio frammentato e settoriale che ha caratterizzato il passato, ed agire sulle condizioni che determinano la performance complessiva di ciascuna amministrazione, in una visione sistemica e multidisciplinare.

Emerge dall'indagine di ricerca una scarsa implementazione di pratiche che concretizzino nei fatti una maggiore trasparenza del servizio sanitario; si pensi al protocollo informatico, ancora non realizzato, come pure l'attivazione di servizi on-line per agevolare i rapporti con l'utenza esterna o le relazioni con gli stakeholder operanti sul territorio locale. Quello che è emerso, però, è un'assoluta disponibilità di principio ad orientare l'azione lavorativa verso una piena trasparenza degli atti cercando di rendere quanto il più agevole possibile l'accesso alla documentazione sanitaria dei singoli soggetti. Il problema si pone non soltanto con i terzi interessati (in genere i familiari dei ristretti ecc.) ma anche nell'ottica di garantire l'imprescindibile condivisione dei flussi informativi sanitari e dell'esecuzione penale tra le amministrazioni della Giustizia e del Servizio Sanitario Nazionale.

In buona sostanza si intrecciano due mondi sostanzialmente diversi e distanti, in cui l'amministrazione penitenziaria deve cedere parte della sua "sovranità" nella gestione dei dati di esecuzione penale dei soggetti, così come altrettanto deve avvenire per l'azienda sanitaria, nell'attivazione di tutte le procedure necessarie per una efficace fruibilità dei dati sanitari. Siamo in presenza di una "Governance normativa imposta" per il quale però allo stato manca un assetto organizzativo coerente. Ciò è dovuto anche a scarse esperienze di coalizione istituzionale a livello locale, in grado di stimolare il ruolo di coordinamento, di indirizzo e controllo che la Regione dovrebbe esercitare; allo stato attuale, siamo in presenza di uno stato di inerzia, per il quale anche l'organo deputato ad un monitoraggio dell'andamento sullo stato della sanità penitenziaria campana, l'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria, sconta un deficit di legittimazione nella sua

azione oltre che di risorse umane e competenze insufficienti, rispetto alla complessità ambientale delle strutture detentive campane; ciò impone una seria riflessione sulla natura delle funzioni attribuite a tale organo e sul “peso” dei poteri che esso può concretamente esercitare al di là di attività prevalentemente consultive.

L’indagine di ricerca ha inesorabilmente mostrato un deficit strategico, sia nella fase di pianificazione che di implementazione del processo di riforma, a dir poco abissale. Il DPCM 1 aprile 2008 ha imposto un percorso di cambiamento radicale in cui i pilastri fondanti sono facilmente rintracciabili nella letteratura del New Public Management secondo i principi di: orientamento ai risultati e alle performance; maggiore autonomia del management; attenzione all’accountability e orientamento ai “clienti”; introduzione alla competizione e di meccanismi tipo mercato; evoluzione della natura dei rapporti fra livelli di governo; sviluppo delle capacità strategiche e di policy making. Purtroppo, lo stato di inerzia in cui attualmente si trova il processo di riforma della sanità penitenziaria italiana sconta un’insostenibilità del cambiamento per effetto di una mancata politica strategica adatta al peculiare ed atipico contesto sanitario – penitenziario. Come riportato dalle raccomandazioni dell’OCSE, (*Public Sector Modernisation: A New Agenda*, 2002), la strategia deve entrare a far parte dei disegni e dell’implementazione delle riforme al fine di valutarne i risultati e l’efficacia delle stesse. Gran parte dell’inerzia che sta caratterizzando il processo di riforma della Sanità Penitenziaria in Italia è sicuramente da ricondurre ad un approccio poco strategico e di corto respiro, spesso eccessivamente strumentalistico e piegato alla logica “emergenziale” che giustificano molti degli interventi riformatori sia nel servizio penitenziario che in quello sanitario; le esperienze internazionali, esaminate in questo lavoro, ci hanno fornito delle indicazioni preziose su quanto sia fondamentale l’implementazione di strategie di “partnership” tra gli attori istituzionali e della rete sanitaria/ospedaliera presenti sul territorio locale, in cui il processo di riforma del servizio sanitario penitenziario è stato reso possibile grazie ad un approccio strategico di tipo “sistemico”, particolarmente adatto ad un ambiente caratterizzato da incertezza e rischi elevati. Tale approccio consente di tener conto dell’allargamento della prospettiva di modernizzazione dalle strutture

di erogazione ai meccanismi di Governance³⁴, dall'efficienza interna all'efficienza di sistema. Se il processo di riforma non si è rivelato particolarmente incisivo è proprio perché bisognerebbe ripartire dall'esigenze imposte dall'ambiente esterno al fine di definire le politiche di intervento (sviluppo organizzativo, riqualificazione manageriale) rivolte all'interno delle amministrazioni pubbliche; viene così rovesciata una delle ipotesi di partenza del public management in cui è assegnata la precedenza ad azioni rivolte all'interno e solo successivamente si decide di guardare al rapporto fra organizzazioni pubbliche ed ambiente.

In tale logica si impone una visione di "Governance" come *networks* auto-organizzanti (Adinolfi P., 2005), nel senso inteso da Rhodes (1996) di reti di attori (organizzazioni ed istituzioni sociali) che tendono a resistere ad un'azione centralizzata di governo, regolandosi autonomamente e sviluppando proprie policy. Tali forme organizzative sono sorte in relazione al declino della capacità di controllo diretto dal Governo e sono autonome, nel senso che "They are not controller by any single superordinated actor, not even the government. They largely control themselves. Autonomy not only implies freedom, it also implies self-responsibility. Autonomous systems have a much larger degree of freedom of self-governance (Kikckert, 1993, p. 275)

Il processo di innovazione del servizio sanitario penitenziario in Inghilterra e Galles può essere considerato a pieno titolo un caso scuola per il nostro Paese; in effetti le criticità riscontrate nel processo di riforma della sanità penitenziaria inglese sono le stesse che attualmente affliggono il nostro percorso di riforma. Emerge con assoluta evidenza un estrema "incapacità di adattarsi al nuovo", secondo il classico circolo vizioso di Merton (come illustrato nella figura 1) del capitolo 1) in cui le norme pur rendendo possibile l'esercizio di determinate attività, non sono in grado di ottenere una reale partecipazione dei dipendenti e, quindi di motivarli nell'esercizio delle proprie funzioni.

Il tentativo di perseguire una strategia di cambiamento imposta dall'alto, con caratteristiche generali ed universali, quindi senza tener conto delle peculiari

³⁴ Con Governance viene intesa la struttura che assume un sistema sociale e politico a seguito dello sforzo e degli interventi effettuati dai diversi attori in esso presenti; in questa configurazione nessun attore svolge un ruolo di primo piano ma vi sono numerose interazioni tra una pluralità di attori, fonte: "Economia delle aziende pubbliche", Hinna L., Meneguzzo M., Mussari R., Decastri M., in "La strategia e la governance delle amministrazioni pubbliche", capitolo I, pag.25, ed. McGraw-Hill, 2009.

caratteristiche che ciascuna tipologia di istituto penitenziario impone (si pensi al differente grado di sicurezza del regime detentivo), costituisce un ulteriore limite dell'attuale struttura del processo di riforma.

Purtroppo l'attuale assetto normativo non riesce a promuovere un reale cambiamento³⁵, anzi quest'ultimo ha prodotto, almeno in questa prima fase di attuazione del processo di riforma secondo le direttive emanate con il Dpcm 1 aprile 2008, un ulteriore irrigidimento dell'organizzazione burocratica, in quanto le norme sono state emanate prevalentemente in risposta a problematiche di equilibrio interne alla struttura organizzativa (livello di gerarchia, autonomia, formalizzazione, standardizzazione, ecc.), sorte a seguito della "rivoluzione" che ha investito le strutture sanitarie penitenziarie del nostro Paese. Pertanto, possiamo affermare che il processo di riforma intrapreso ha accentuato la proliferazione e la formalizzazione delle regole del gioco, originando un ulteriore circolo vizioso che secondo Gouldner (vedi figura -2-, capitolo 1) ha istituzionalizzato una logica di azione secondo una "prestazione minima accettabile all'interno dell'organizzazione". Tuttavia l'attuale stato di stallo e crisi del servizio sanitario penitenziario ci induce a ripercorrere il pensiero di Crozier secondo il quale il modello burocratico è incapace di mutamento e può cambiare solo attraverso delle crisi che lo investano totalmente, tali da giustificare profondi ed incisivi interventi riformatori. In Inghilterra e Galles ciò è avvenuto, infatti il processo di riforma del servizio sanitario penitenziario è stato realizzato grazie ad un'efficace politica di riprogettazione radicale degli assetti organizzativi mediante la realizzazione di "Executive Agency"³⁶, cioè di strutture autonome con precise missioni, legate ai ministeri di origine da contratti di servizio, in grado di gestire con libertà le risorse assegnate. E' evidente, che uno dei limiti del processo di riforma della sanità penitenziaria in Italia, è da individuarsi certamente nelle modalità di attuazione della stessa, spesso funzione "delegata" alla libera

³⁵ "L'organizzazione reale" secondo Butera (1983) non è modificabile per editto poiché essa è data dall'organizzazione formale ma anche dall'organizzazione di fatto, dalla cultura, dalle prassi di lavoro, dalle comunità, dalle condotte professionali ecc. Esse in condizioni "normali" convivono tacitamente fra loro ma in condizioni di cambiamento occorre tenerne conto perché talvolta una prassi di lavoro divergente è più forte di un ordine di servizio.

³⁶ Nel 1988 un Rapporto destinato al Primo ministro britannico e predisposto all'Efficiency Unit presso la Treasury, intitolato *Improving Management in Government: the Next Steps* raccomandava l'istituzione di Agenzie per svolgere le funzioni esecutive del governo all'interno di una politica e di un quadro di risorse definiti dai dipartimenti. Nel 1990, a due anni dalla pubblicazione del rapporto, le Agenzie Esecutive erano 34, passando ad oltre 100 nel 1994 ed attualmente sono 124 inglobando ora circa il 70% degli appartenenti al Civil Service.

iniziativa delle singole amministrazioni (Ministero della Giustizia, Ministero della Sanità, Conferenza Permanente Stato – Regioni, Regioni a statuto ordinario, ecc.) o, peggio ancora, all’emanazione di “editti” centrali nella forma di direttive e/o di atti normativi che venivano spesso sostanzialmente ignorati nella sostanza. In tale sede non si vuole sconfessare la classica configurazione organizzativa di una Pubblica Amministrazione che non può essere diversa da quella di una burocrazia; ma essa può diventare una burocrazia orientata ai servizi, ai processi, alla valorizzazione delle risorse e soprattutto una “burocrazia che apprende”³⁷. E’ chiaro che l’adozione di un modello istituzionale non è la sostanza della riforma, ecco perché il ricorso ad un approccio chimico all’organizzazione ci consente di avere una lente di analisi al di là delle classiche frontiere configurazioniste del mondo pubblico. Tuttavia, riproporre dopo tante delusioni la “one best way” per la trasformazione sarebbe quanto meno ironico e comunque contrario alle evoluzioni della letteratura organizzativa internazionale, seppur è necessario anche registrare che l’esistenza di vincoli di natura culturale, prima ancora che di ordine giuridico/costituzionale, impongono di trovare una forma il più possibile precisa ai processi di trasformazione che, in modo selettivo e fortemente supportato, si vogliono innescare. Tale forma, sulla base delle esperienze internazionali, ed in particolare di quella sperimentate in Inghilterra e Galles, può individuarsi nelle Agenzie Esecutive in cui la struttura è fondamentale caratterizzata da tre elementi: a) l’autonomia organizzativa interna, soprattutto per quanto attiene al governo delle risorse umane; b) identificazione della missione e delle competenze; c) esistenza di un rapporto convenzionale con gli organi di indirizzo politico. Altri elementi, come la personalità giuridica di diritto pubblico (che il d.lgs 300 attribuiva alle Agenzie fiscali ma non ad altre), la struttura di governance (l’affiancamento del direttore di un comitato direttivo composto o meno anche di soggetti esterni), l’estensione dei poteri di indirizzo e vigilanza del ministro competente, possono variare, ma i tre elementi evidenziati prima definiscono in maniera abbastanza precisa il modello istituzionale che si vuole in questa sede privilegiare.

³⁷ Butera F., Dente B., “Change Management nelle Pubbliche Amministrazioni: Una proposta” ed. Franco Angeli – Organizzazione, persone e tecnologie, progetto a cura della Fondazione Irso e CAPP Politecnico di Milano, pag. 78, 2010.

Il deficit strategico rilevato nell'implementazione dei processi di assistenza sanitaria ai detenuti trae origine dalla mancata creazione di un sistema di governo capace di guidare il transito della medicina penitenziaria nel sistema sanitario nazionale. Il nuovo assetto organizzativo che verrebbe a crearsi con una Agenzia Esecutiva, modulata su due livelli di operatività (Nazionale e Regionale), consentirebbe di colmare il “vuoto” di governo, mediante l'individuazione di una figura professionale molto simile a quella di un amministratore delegato (Chief Executive) in grado di rispondere dei risultati dell'Agenzia rispetto ad un quadro di requisiti prestazionali e di target, stabiliti ad hoc, nella fattispecie dal Ministero della Salute. Ulteriore elemento di particolare importanza è la definizione di meccanismi di reporting e controllo; nella nostra realtà di indagine abbiamo riscontrato non solo un deficit di governo e di strategia ma anche uno scarso ricorso a sistemi di monitoraggio epidemiologico ed alla totale assenza di pratiche per attività di audit e/o controllo di gestione. Sarebbe estremamente interessante come avvenuto nella realtà inglese, che i meccanismi di reporting e controllo sia modulati su una duplice tipologia: il primo, interno tra Agenzia e Ministero, che si realizza attraverso la redazione e pubblicazione di documenti ex ante ed ex post; il secondo invece, un audit esterno affidato al National Audit Office. Gli studiosi sono abbastanza concordi sul fatto che, pur con tutte le differenze tra un caso e l'altro, l'adozione del nuovo modello ha comportato miglioramenti per quanto riguarda l'efficienza, l'attenzione all'output ed all'utenza, la separazione tra potere politico ed esecutivo, l'accountability e la flessibilizzazione del “Civil Service”.³⁸

In questa sede si possono già definire alcuni principi di base che devono presiedere alla progettazione di dettaglio della nuova struttura organizzativa del sistema sanitario penitenziario:

- I. in primo luogo, si deve trattare di un'organizzazione nuova, nel senso che deve evitare di portarsi dietro il pesante bagaglio di tentativi falliti di riforma stratificatisi all'interno della Pubblica Amministrazione;

³⁸Butera F., Dente B., “Change Management nelle Pubbliche Amministrazioni: Una proposta” ed. Franco Angeli – Organizzazione, persone e tecnologie, progetto a cura della Fondazione Irso e CAPP Politecnico di Milano, pag. 67 “Un nuovo modello istituzionale: verso le Agenzie Esecutive”, 2010

- II. in secondo luogo , deve essere un'organizzazione a “termine”; dopo un periodo di 5 anni di attività, una nuova legislatura ed un nuovo governo dovranno decidere, anche sulla base di una valutazione esterna ed indipendente del suo operato - se proseguire l'esperienza, se e come modificarne la missione, se e come mutarne la configurazione organizzativa;
- III. deve, ovviamente, essere una organizzazione di limitate dimensioni caratterizzata da elevata flessibilità nel senso che per procurarsi il personale necessario essa possa liberamente “pescare” all'interno delle Pubbliche Amministrazioni, avviare processi di selezione esterna trasparenti ed efficaci ed avvalersi in modo libero dell'eventuale advice esterno;
- IV. è necessario che la nascente struttura organizzativa operi attraverso la predisposizione di un piano annuale o biennale di attività, da sottoporre all'approvazione da parte del vertice politico, che definisca le amministrazioni delle quali si occuperà e l'utilizzo delle risorse messe a disposizione;
- V. l'organizzazione interna deve evitare qualunque tipo di compartimentalizzazione, ciò significa una particolare sburocratizzazione dell'azione amministrativa nella gestione del servizio sanitario carcerario, contestualmente all'innesto di nuove risorse nei relativi staff formate per fornire efficace supporto al “core” medico e clinico dell'assistenza sanitaria ai detenuti. Ciò comporta la necessità di operare per team multidisciplinari e temporanei specializzati nelle singole amministrazioni ed aperti a contributi esterni (delle amministrazioni interessate, ovviamente, ma anche dei rappresentanti dei “clienti” delle amministrazioni stesse, di esperti accademici ecc.);
- VI. il vertice tecnico scientifico deve essere occupato da un soggetto dotato di notevole esperienza, di indiscussa competenza e di grande autorevolezza; la qualità scientifico/professionale e manageriale del vertice rappresenta, come sempre, un fattore critico di successo di primaria importanza, ecco perché è auspicabile un processo di selezione trasparente, aperto anche alla

dimensione internazionale e tale comunque da assicurare il massimo possibile di autorevolezza al candidato prescelto.

Insomma, se realmente si vuole rendere effettiva l'architettura normativa disegnata per il nuovo sistema sanitario penitenziario è assolutamente necessario i tre poli del processo di cambiamento, cioè il comando politico (il Governo), la domanda sociale (i clienti delle Pubbliche Amministrazioni coinvolti nel processo di assistenza sanitaria, le forze politiche e sociali) e la comunità scientifica e professionale (Università, istituti di ricerca, ecc.) siano guidati da sinergie comuni sia in termini strategici che operativi. Ciò che è ulteriormente mancato nel processo di implementazione della riforma del servizio sanitario penitenziario è la creazione di una figura politica ad hoc in grado di avere la leadership necessaria per giungere alla realizzazione di una nuova struttura organizzativa e di espletare funzioni di controllo sul programma di attuazione del percorso di riforma; tale vuoto poteva essere colmato con l'individuazione di un Alto Commissario presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri in maniera tale da costituire una figura politica ed un capo struttura con competenze e responsabilità di natura tecnico/scientifica/manageriale reclutato con un processo aperto al reclutamento di risorse anche nel contesto internazionale.

La riforma della sanità penitenziaria porta con sé dei livelli di complessità ed elementi talmente rivoluzionari, che è urgente la realizzazione di un serio dibattito scientifico ed accademico sulle possibili evoluzioni dell'attuale assetto organizzativo, al di là delle proposte formulate in questo lavoro, nella consapevolezza che la nuova architettura normativa elaborata dal Legislatore impone il superamento, per una realtà assolutamente peculiare ed atipica nel panorama della Pubblica Amministrazione italiana, dei paradigmi organizzativi sino ad oggi, coscienti dello stretto legame esistente tra riformulazione delle missioni e programmi di riorganizzazione, tenendo conto della necessaria trasversalità e completezza dei piani di cambiamento.

FONTI

AA.VV., “Il quadro della Medicina Penitenziaria”, Il Sole 24 Ore – Sanità – 16 – 22 giugno, 2009;

AA.VV., “In seguito ai tagli alla sanità penitenziaria...arrivano i medici ultraterreni”, da “Ristretti”, periodico di informazione e cultura dal carcere “Due Palazzi di Padova”, anno 12, numero 7, dicembre 2010

AA.VV., Trattato di Medicina Legale e Scienze affini, diretto da Giusto Giusti, vol. VIII cap. CCLII, Roma

Adinolfi P. “Il mito dell’Azienda” – “L’innovazione gestionale e organizzativa nelle amministrazioni pubbliche” ed. McGraw-Hill, Milano, 2005.

Adinolfi P., Piscopo G., “La gestione delle risorse umane nelle aziende sanitarie” in Collana di studi aziendali e di marketing – Sezione imprese di servizi ed aziende pubbliche, diretta da R. Mele – Management e gestione delle aziende sanitarie – cap IX, Ed. Cedam, vol. 18, 2008, Padova

Agodi M.C., La ricerca su base logica, in L. Ricolfi (a cura di), La ricerca qualitativa, NIS, 1997, Roma

Anselmi L., “Percorsi aziendali per le pubbliche amministrazioni”, 2003, Giappichelli, Torino

Anselmi L., Saita M. (a cura di), “La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie: l’evoluzione organizzativa del sistema sanitario nella prospettiva federale. Il Sole 24 Ore, 2002, Milano

Auxilia F., Begamaschi M., Castaldi S., Fattore G., Giugiatti G., Longo F., Meneguzzo M., Pagano A., “Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie”, Egea, 2003, Milano

Azienda Sanitaria Locale Salerno, S.C. Implementazione Cure Primarie, lettera circolare prot. 477/ICP del 5/02/2010, Modello organizzativo della medicina penitenziaria, 2010, Salerno

Bergamaschi M., “Organizzazione nelle aziende sanitarie”, McGraw Hill, 2000, Milano

Bobbio L., “A più voci, Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi” – progetto “Cantieri P.A.” – Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica - Edizioni Scientifiche Italiane, 2004

Bolchini C., Brandolese C., Salice F., Sciuto D., “Reti Logiche” Idee & Strumenti, ed. Apogeo, 2004, Milano

Bruschi A., “Metodologia della ricerca sociale” ed. Laterza, 2005, Roma

Butera F., Dente B., “Change Management nelle Pubbliche Amministrazioni: Una proposta”, Franco Angeli, 2010, Milano

Caramaschi Maristella, Pieri Gian Paolo e Zani Angelo, “Processi decisionali inclusivi e strumenti di supporto alle decisioni” in “Territori della Governance”, alle indagini ed esperienze sulla governance ambientale nella pianificazione territoriale (a cura di), Paolo De Pascali, ed. Franco Angeli, 2008

Cavallo M. C., Berseli S., Vendramini E., Organizzazione e gestione delle cure primarie. Un’indagine nazionale. McGraw Hill, 2001, Milano

Chandler A.D. Jr., “Strategy and Structure”, MIT Press, Cambridge, Mass. (Strategia e Struttura, Franco Angeli, Milano 1981), 1963, Milano

Caselli R., Cerrone A., “Analisi e progettazione organizzativa nella Pubblica Amministrazione. Franco Angeli, Milano, 1981

Corbetta P., Gasperoni G., Pisati M., “Statistica per la ricerca sociale”, Il Mulino, 2001, Bologna

Costa G., Gianecchini M., “ Risorse Umane, persone, relazioni e valore”, McGraw Hill, 2005, Milano

Filosa Martone R., “La formazione manageriale in sanità: obbligo istituzionale o scelta strategica?”, Giappichelli, 2000, Torino

Frassetto G. F., “Il Network sanitario”, Cedam, 1996, Padova

Grandori A., Furnari S., “Dalle forme alle formule organizzative: una chimica dell’organizzazione” in “L’organizzazione, concetti e metodi” (a cura di), Fabbri M. Tommaso ed. Carocci, 2010;

Hinna L., Meneguzzo M., Mussari R., Decastri M., “Economia delle Aziende Pubbliche”, McGraw Hill, 2004, Milano

Lega F., “Gruppi e reti aziendali in sanità”, Egea, 2003, Milano

Longo F. (a cura di), ASL, distretto, medico di base: logiche e strumenti manageriali, 1999, Milano

Lorsch J. W., “La progettazione organizzativa: una prospettiva situazionale”, 1978, Problemi di gestione, 9.

Marchetta F. “Strategia del valore nella Pubblica Amministrazione – sezione Economia e Management – ed. Franco Angeli, 2009, Milano

Marradi A., L’analisi monovariata, Franco Angeli, 1993, Milano

Meneguzzo M., “Strategie e gestione delle reti delle aziende sanitarie”, Egea, 1996, Milano

Miles M.B., Hubermann A.M., Qualitative Data Analysis, Sage, Thousand Oaks 1994

Ministero della Giustizia, Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, Indagine di Ricerca sull’indice dello stato di salute della popolazione detenuta in Italia, Stati Patologici, espletata da Aprile 2004 al Settembre 2005 dalla Direzione Generale Detenuti e Trattamento – Ufficio III - Servizio Sanitario, 2005, Roma

Ministero della Giustizia, Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato, Statistiche sulla popolazione detenuta e sulle misure alternative alla detenzione in carcere, febbraio 2011, Roma

Mussari R., “Il Management delle aziende pubbliche”, Cedam, 1993, Padova.

OCSE, “Uno sguardo sulla Pubblica Amministrazione”, ed. 2010, pag. 102 – 109, Parigi

Passeri R., “Aspetti imprenditoriali dell’attività sanitaria”, 1999, Cedam, Padova

Petroni G., “Nuovi profili organizzativi nell’evoluzione del sistema amministrativo pubblico: le agenzie. Cedam, 1988, Padova

Rebora G., “Economia delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche”, Utet, 1998, Torino

Rebora G. Meneguzzo M., Strategia delle amministrazioni pubbliche, Utet, 1990, Torino

Ricolfi L., “Manuale di analisi dei dati”, Laterza, 2002, Roma-Bari

Sangiorgio G., “Management e governance nella P.A.” ed. Franco Angeli, 2008

Spadarotto L., Introduzione all’analisi organizzativa in Sanità. MacMilan Press, 1990, London

Strauss A.L., “Qualitative Analysis for Social Scientists”, Cambridge University Press, 1987, Cambridge

Thévenet M., Impliquer les personnes dans l’entreprise, Editions Liaisons, 1992, Paris



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SALERNO
DIPARTIMENTO DI STUDI E RICERCHE AZIENDALI**

**RILEVAZIONE DELLO STATO DELL'AREA SANITARIA PRIMA
DELL'EMANAZIONE DEL DPCM 01/04/2008**

LIVELLO DI GERARCHIA DELL'ORGANIZZAZIONE

4 - In base all'attuale configurazione organizzativa dell'Area Sanitaria mi può indicare il numero di livelli gerarchici tra Lei (dirigente medico/coordinatore dell'Area Sanitaria) ed il personale infermieristico/ausiliario addetto all'Area?

Nessun livello/contatto diretto;

uno o più livelli (in tal caso specificarne il numero ed indicare in ordine cronologico di importanza, dall'alto verso il basso, le figure professionali intermedie)

.....
.....
.....

5 - Nell'ambito dell'esercizio delle sue funzioni in qualità di medico coordinatore dell'Area Sanitaria, qualora debba assumere delle decisioni per il quale è necessario la partecipazione dell'Azienda Sanitaria, territorialmente competente, quanti sono i livelli gerarchici tra Lei ed il vertice decisionale dell'Azienda Sanitaria?

Nessun livello/contatto diretto;

uno o più livelli (in tal caso specificarne il numero ed indicare in ordine cronologico di importanza, dall'alto verso il basso, le figure professionali intermedie)

.....
.....
.....

6 - Nell'ambito dell'esercizio delle sue funzioni in qualità di medico coordinatore dell'Area Sanitaria, qualora debba assumere delle decisioni per il quale è necessario la partecipazione del Dirigente della struttura penitenziaria, quanti sono i livelli gerarchici tra Lei ed il vertice decisionale della struttura penitenziaria (Direttore)?

Nessun livello/contatto diretto;

uno o più livelli (in tal caso specificarne il numero ed indicare in ordine cronologico di importanza, dall'alto verso il basso, le figure professionali intermedie)

.....

LIVELLO DI FORMALIZZAZIONE

7 – Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi/ricevuti per regolare l’organizzazione interna dell’Area Sanitaria al fine di migliorare in un’ottica di maggiore efficacia, efficienza ed economicità le dinamiche gestionali (circolari, disposizioni di servizio ecc. relative al personale, modalità di accesso agli uffici, rapporti con l’utenza, gestione amministrativa dei dati sanitari e del personale, ecc.)?

(E’ possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 20; 2= da 21 a 50; 3= da 51 a 80; 4= da 81 a 100; 5= oltre 100 ; barrare con una “X” la risposta che interessa)

PROVVEDIMENTI EMESSI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 – 50 pratiche	51 – 80 pratiche	81 – 100 pratiche	Oltre 100 pratiche

PROVVEDIMENTI RICEVUTI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 – 50 pratiche	51 – 80 pratiche	81 – 100 pratiche	Oltre 100 pratiche

8 - Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi/ricevuti per regolare l’organizzazione interna dell’Area Sanitaria per garantire la massima efficienza, efficacia ed economicità nell’erogazione delle prestazioni sanitarie ai ristretti (circolari, disposizioni di servizio ecc. relative alle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, specialistiche, farmaceutiche ecc.)?

(E’ possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 20; 2= da 21 a 50; 3= da 51 a 80; 4= da 81 a 100; 5= oltre 100 ; barrare con una “X” la risposta che interessa)

PROVVEDIMENTI EMESSI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 – 50 pratiche	51 – 80 pratiche	81 – 100 pratiche	Oltre 100 pratiche

PROVVEDIMENTI RICEVUTI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 – 50 pratiche	51 – 80 pratiche	81 – 100 pratiche	Oltre 100 pratiche

9 - Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi/ricevuti in qualità di titolare dell’Area Sanitaria per finalità legate alla stipulazione di accordi di collaborazione con ospedali o strutture sanitarie o altri Enti pubblici e privati, operanti sul territorio al fine di garantire prestazioni sanitarie alla popolazione detenuta ?

Appendice – A -

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 7; 3= da 8 a 11; 4= da 12 a 15; 5= oltre 15; barrare con una "X" la voce che interessa)

PROVVEDIMENTI EMESSI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 7 pratiche	8 - 11 pratiche	12 - 15 pratiche	Oltre 15 pratiche

PROVVEDIMENTI RICEVUTI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 7 pratiche	8 - 11 pratiche	12 - 15 pratiche	Oltre 15 pratiche

Può indicare quali sono gli Enti o le strutture interessate?.....

.....

(indicare per ognuno il numero di accordi in corso o quelli per il quale è iniziato l'iter amministrativo per l'avvio della partnership)

10 - Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi/ricevuti in qualità di titolare dell'Area Sanitaria per finalità legate alla stipulazione di accordi di collaborazione con ospedali o strutture sanitarie o altri Enti pubblici e privati, operanti sul territorio al fine di garantire attività formative e di aggiornamento al personale, o per attività di studio e ricerca relative all'Area Sanitaria?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 7; 3= da 8 a 11; 4= da 12 a 15; 5= oltre 15; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 7 pratiche	8 - 11 pratiche	12 - 15 pratiche	Oltre 15 pratiche

Può indicare quali sono gli Enti o le strutture interessate?.....

.....

(indicare per ognuno il numero di accordi in corso o quelli per il quale è iniziato l'iter amministrativo per l'avvio della partnership)

LIVELLO DI CENTRALIZZAZIONE/DECENTRALIZZAZIONE

11 - Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di provvedimenti formali (delega) emessi, in qualità di Dirigente/Coordinatore dell'Area Sanitaria, per conferimento di incarichi al personale medico SIAS, o infermieristico, relativi sia all'erogazione delle prestazioni sanitarie che ad attività più strettamente di natura gestionale?

Appendice – A -

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 10; 2= da 11 a 20; 3= da 21 a 30; 4= da 31 a 40; 5= oltre 40; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 10 pratiche	11 – 20 pratiche	21 – 30 pratiche	31 – 40 pratiche	Oltre 40 pratiche

12 - Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi, in qualità di Dirigente/Coordinatore dell'Area Sanitaria, relativi all'erogazione di prestazioni o servizi sanitari per il quale non era necessaria la preventiva autorizzazione dell'Autorità Dirigente dell'Istituto Penitenziario, della Magistratura o dell'ASL di appartenenza?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 20; 2= da 21 a 40; 3= da 41 a 60; 4= da 61 a 80; 5= oltre 80; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 – 40 pratiche	41 – 60 pratiche	61 – 80 pratiche	Oltre 80 pratiche

13 - Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi, in qualità di Dirigente/Coordinatore dell'Area Sanitaria, relativi all'erogazione di prestazioni o servizi sanitari per il quale era necessaria la preventiva autorizzazione dell'Autorità Dirigente dell'Istituto Penitenziario, della Magistratura o dell'ASL di appartenenza?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 20; 2= da 21 a 40; 3= da 41 a 60; 4= da 61 a 80; 5= oltre 80; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 – 40 pratiche	41 – 60 pratiche	61 – 80 pratiche	Oltre 80 pratiche

LIVELLO DI STANDARDIZZAZIONE (ROUTINE)

14 - Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di protocolli diagnostici – terapeutici sottoscritti e/o applicati per la cura di particolari patologie mediche all'interno del contesto penitenziario?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 5; 2= da 6 a 10; 3= da 11 a 15; 4= da 16 a 20; 5= oltre 20; barrare con una "X" la voce che interessa)

15 - Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di protocolli diagnostici – terapeutici sottoscritti e/o applicati, per la cura di particolari patologie cliniche di emergenza tali da creare una situazione di pericolo di vita per il paziente-detenuto, per il quale è necessario l'immediato ricovero presso strutture sanitarie specializzate presenti sul territorio?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 5; 2= da 6 a 10; 3= da 11 a 15; 4= da 16 a 20; 5= oltre 20; barrare con una "X" la voce che interessa)

16 - Con riferimento al triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di protocolli diagnostici – terapeutici sottoscritti e/o applicati, per la somministrazione di farmaci per la cura di patologie cliniche maggiormente riscontrabili all'interno del contesto penitenziario? (casi in cui la somministrazione di farmaci o la realizzazione di un programma terapeutico può comportare problemi di ordine pubblico e sicurezza all'interno della struttura penitenziaria)

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 5; 2= da 6 a 10; 3= da 11 a 15; 4= da 16 a 20; 5= oltre 20; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

SISTEMI DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE

17 - Con riferimento al triennio 2005/2007, sono stati implementati e/ sperimentati sistemi di valutazione del personale?

SI	NO
----	----

(In caso di risposta affermativa)

Indichi il numero di pratiche di :

- *Valutazione della posizione*

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 5; 2= da 6 a 10; 3= da 11 a 15; 4= da 16 a 20; 5= oltre 20; barrare con una "X" la voce che interessa)

- *Valutazione della prestazione*

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

- *Valutazione del potenziale*

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

- *Altro tipo di valutazione (specificare quale)*

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 - 10 pratiche	11 - 15 pratiche	16 - 20 pratiche	Oltre 20 pratiche
-----------------	----------------	-----------------	------------------	------------------	-------------------

.....

LIVELLO DI CONTENZIOSO

18 - Nel triennio 2005/2007, sono state rilevate pratiche di contenzioso tra dirigente medico/coordinatore dell'Area Sanitaria e Direttore dell'Istituto penitenziario o altra tipologia di personale interno non appartenente al settore sanitario?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

19 - Nel triennio 2005/2007, sono state rilevate pratiche di contenzioso tra dirigente medico/coordinatore ed altro personale medico e/o sanitario dell'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

20 - Nel triennio 2005/2007, sono state rilevate pratiche di contenzioso tra dirigente medico/coordinatore ed altre Autorità o terze persone, maturate nell'esercizio delle proprie funzioni in qualità di titolare dell'Area Sanitaria?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

MAPPATURA ED ANALISI DEGLI STAKEHOLDER

21 - Nel triennio 2005/2007 sono state espletate pratiche di mappatura, analisi delle potenzialità e delle risorse degli "Stakeholder" (portatori di interesse) che interagiscono con l'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario?

Appendice – A -

(**stakeholder di processo**: Asl, Magistratura di Sorveglianza ed Ordinaria, Regione, Enti Locali, Strutture sanitarie ospedaliere o di ricovero accreditate dal SSN, Prov. to Reg. le Amm. ne Penit. ria, Laboratori di analisi accreditati dal SSN, ecc.; **Stakeholder di staff**: Università degli Studi, Centri di Ricerca, Ordini Professionali, Farmaindustria, Aziende spec. produzione dispositivi medici, aziende di software e sistemi informatici ecc.; **Stakeholder interni** all'Istituto Penitenziario: Direttore, Comandante della Polizia Penitenziaria, staff educatori, staff amministrativo, personale medico in convenzione o specialistico, collaboratori sanitari organizzazioni sindacali, detenuti ecc.)

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

PARTNERSHIP, "CONTRACT IN", "CONTRACT OUT", CREAZIONE DI NETWORK ecc.

22 - Nel triennio 2005/2007 sono stati siglati, accordi di partnership, "contract in", "contract out" ecc., con Enti o Organismi a livello regionale, per attività di formazione e ricerca in ambito sanitario o nell'individuazione di nuove modalità gestionali dall'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Può indicare quali sono gli Enti o le strutture interessate?.....

.....

(indicare per ognuno il numero di accordi in corso o quelli per il quale è iniziato l'iter amministrativo per l'avvio della partnership)

23 - Nel triennio 2005/2007 sono stati siglati, accordi di partnership, "contract in", "contract out" ecc., con Enti o Organismi a livello nazionale ed internazionale, per attività di formazione e ricerca in ambito sanitario o nell'individuazione di nuove modalità gestionali dall'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Può indicare quali sono gli Enti o le strutture interessate?.....

.....

(indicare per ognuno il numero di accordi in corso o quelli per il quale è iniziato l'iter amministrativo per l'avvio della partnership)

PROCESSI DECISIONALI INCLUSIVI

24 - Nel corso del triennio 2005/2007, sono state espletate pratiche di coinvolgimento dei diversi stakeholder (personale interno, utenti, enti ed organismi operanti sul territorio) per l’assunzione di decisioni “partecipate” nell’ottica di consentire dinamiche gestionali del servizio sanitario non più entro confini di autoreferenzialità, ma innestato in logiche di “governance”?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

(E’ possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una “X” la voce che interessa)

PROCESSI DI INNOVAZIONE

25 - Nel corso del triennio 2005/2007, sono state implementate delle pratiche organizzative finalizzate all’implementazione di processi di innovazione per l’informatizzazione delle cartelle sanitarie, per l’acquisizione di nuove competenze (lingue estere, formazione professionale, management sanitario, ecc), esperienze di internazionalizzazione mediante realizzazione di scambi con altro personale operante all’estero o con l’istituzione di gruppi di studio o di ricerca, convegni, seminari ecc.?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Può indicare quali sono le pratiche realizzate?

.....

TRASPARENZA E COMUNICAZIONE

26 - Nel corso del triennio 2005/2007, sono state implementate delle pratiche organizzative finalizzate a migliorare i processi in termini di trasparenza ed efficacia comunicativa delle attività espletate dall’Area Sanitaria?

(es. agevolare la possibilità di accesso agli atti amministrativi, anche di natura sanitaria, da parte degli utenti e di terzi interessati, limitato ricorso a flussi informativi “riservati”, individuazione di criteri oggettivi nelle procedure di affidamento di incarichi o acquisizione di beni e servizi, semplificazione dei processi comunicativi mediante l’ausilio di moderne tecnologie, internet, posta elettronica; costituzione di unità deputate alle relazioni con il pubblico ecc.)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

(E’ possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una “X” la voce che interessa)

ACCOUNTABILITY

27 - Nel triennio 2005/2007, sono state rilevate pratiche relative all'implementazione di un sistema di Controllo di Gestione, per un monitoraggio costante dell'andamento gestionale dell'Area Sanitaria?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

28 - Nel triennio 2005/2007, sono state rilevate pratiche finalizzate ad indagare la soddisfazione del servizio erogato all'utenza dell'Area Sanitaria (customer satisfaction)?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

29 - Nel triennio 2005/2007, sono state rilevate pratiche finalizzate all'implementazione della carta dei servizi sanitari?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

30 - Nel triennio 2005/2007, sono state rilevate pratiche di implementazione di sistemi di monitoraggio di epidemiologia clinica?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

TURNOVER DEL PERSONALE

31 - Nel triennio 2005/2007, può indicarmi il numero di pratiche di turnover che sono state espletate per il personale appartenente all'Area Sanitaria per ciascun raggruppamento professionale di seguito indicato?

Appendice – A -

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

Medici

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Infermieri

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Collaboratori Amministrativi

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

32 - Nel triennio 2005/2007, sono state espletate pratiche di "outsourcing", tra quelle elencate?

Incarichi professionali a medici e specialisti

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Espletamento di particolari prestazioni specialistiche sanitarie da parte di reparti ospedalieri o strutture sanitarie accreditate

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Manutenzione di apparecchiature medicali, appalti di servizi (es. ristoro, pulizia ecc.)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Altro (specificare)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

33 - Nel triennio 2005/2007 sono state espletate pratiche di mobilità interna (sia in entrata che in uscita) per la seguente tipologia di personale?

Medici

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Infermieri

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Collaboratori amministrativi

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

34 - Nel triennio 2005/2007 sono state espletate pratiche di “pay for performance” individuale o di gruppo?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?

35 - Nel triennio 2005/2007 sono state espletate pratiche di “pay for performance” sui risultati aziendali?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?

36 - Nel corso del triennio 2005/2007 sono state espletate pratiche per la realizzazione di progetti innovativi nel settore sanitario - penitenziario con l'obiettivo di migliorare il livello di efficacia, efficienza ed economicità nei processi di erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari ?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?

37 - Nel corso del triennio 2005/2007, sono stati predisposti (con provvedimento formale) team di lavoro mono - professionali o multi - professionali con l'obiettivo di migliorare il livello di efficacia, efficienza ed economicità nei processi di erogazione delle prestazioni e dei servizi?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?-----

38 - Nel triennio 2005/2007 sono state realizzate delle iniziative finalizzate alla creazione di "comunità di pratiche", (realizzazione di siti web; social network; data base di "best practice"; posta elettronica certificata ecc) tali da agevolare i flussi informativi e comunicativi tra i diversi ruoli professionali impiegati nell'Area Sanitaria, al fine di garantire una proficua condivisione e trasmissione delle conoscenze sulle migliori esperienze maturate nell'espletamento dei processi lavorativi?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SALERNO
DIPARTIMENTO DI STUDI E RICERCHE AZIENDALI

AREA SANITARIA ISTITUTO PENITENZIARIO DI _____

DATI ANAGRAFICI E DI CONTATTO

(Dati facoltativi)

Nome: _____

Cognome: _____

Tel. _____

E-mail: _____

DATI PROFESSIONALI DEL MEDICO COORDINATORE AREA SANITARIA

a) Può indicarmi il/i titolo/i di Studio da Lei posseduti: (indicare Università ed anno di conseguimento)

b) Ha frequentato Corsi di specializzazione/Master/Dottorato di ricerca: (indicare Università ed anno di conseguimento)

c) Ha frequentato Corsi di agg.to professionale in ambito penitenziario: (indicare Istituto di Formazione/Università; denominazione del corso; anno di conseguimento ecc.)

d) Può indicarmi l'anzianità di servizio con l'incarico di medico coordinatore dell'Area Sanitaria di quest'Istituto?

e) Ha maturato altre esperienze in ambito penitenziario prima di assumere l'incarico presso questa struttura penitenziaria? (in caso affermativo indichi il numero di anni e le sedi ove ha ricoperto gli incarichi specificandone le funzioni)

f) Ha altri incarichi professionali oltre a quello rivestito presso questa struttura?

SI	NO
----	----

(In caso affermativo può specificare gli ulteriori incarichi professionali)

g) Può indicarmi il livello di lingua conosciuta ? (che risulti da una attestazione rilasciata da un Ente Formativo Pubblico/Privato)

GRADO DI CONOSCENZA				
	INSUFFICIENTE	SCOLASTICO	BUONO	OTTIMO
PARLATA				
SCRITTA				

h) Può indicarmi il livello di competenze informatiche acquisite? (che risulti da una attestazione rilasciata da un Ente Formativo Pubblico/Privato)

COMPETENZE INFORMATICHE				
	INSUFFICIENTE	SCOLASTICO	BUONO	OTTIMO
Sistema operativo Windows, Macintosh, ecc.				
Pacchetto Office: Word, Excell, Access, ecc.				
Internet, Posta elettronica, strumenti e software telematici				
Altro (specificare)				

DATI ORGANIZZATIVI GENERALI DELL'AREA SANITARIA

1 - Può indicarmi quale tra queste figure professionali sono, attualmente, in servizio presso l'Area Sanitaria da Lei diretta, indicando anche il totale delle ore settimanali previste contrattualmente ?

Personale Sanitario in Servizio	Personale presente al 30/12/2011 (transitato ai sensi del Dpcm 1/04/2008)	
	N.°	Totale ore settimanali
Medici Incaricati (Legge 740/1970)		
Medici di Guardia Medica (SIAS)		
Psicologi di ruolo		
Psicologi a contratto		
Infermieri di ruolo		
Infermieri a contratto		
Personale tecnico di ruolo		
Personale tecnico a contratto		
Personale ausiliario di ruolo		
Personale ausiliario a contratto		
Personale amministrativo di ruolo		
Personale amministrativo a contratto		
TOTALE		

2 - L'Area Sanitaria da Lei diretta, dispone di camere blindate presso reparti ospedalieri o strutture sanitarie accreditate dal SSN nelle immediate vicinanze dell'Istituto?

SI	NO
----	----

(in caso affermativo)

Può indicarmi il numero di posti letto a disposizione?

3 - Può indicare la frequenza mensile di casi di ricovero all'esterno, di un paziente/detenuto, presso una struttura sanitaria pubblica o accreditata dal SSN, per il quale si rende necessaria la sorveglianza di personale della Polizia Penitenziaria con turni di lavoro H 24?

LIVELLO DI GERARCHIA DELL'ORGANIZZAZIONE

4 - In base all'attuale configurazione organizzativa dell'Area Sanitaria mi può indicare il numero di livelli gerarchici tra Lei (dirigente medico/coordinatore dell'Area Sanitaria) ed il personale infermieristico/ausiliario addetto all'Area?

Nessun livello/contatto diretto;

uno o più livelli (in tal caso specificarne il numero ed indicare in ordine cronologico di importanza, dall'alto verso il basso, le figure professionali intermedie)

.....
.....
.....

5 - Nell'ambito dell'esercizio delle sue funzioni in qualità di medico coordinatore dell'Area Sanitaria, qualora debba assumere delle decisioni per il quale è necessario la partecipazione dell'Azienda Sanitaria, territorialmente competente, quanti sono i livelli gerarchici tra Lei ed il vertice decisionale dell'Azienda Sanitaria?

Nessun livello/contatto diretto;

uno o più livelli (in tal caso specificarne il numero ed indicare in ordine cronologico di importanza, dall'alto verso il basso, le figure professionali intermedie)

.....
.....
.....

6 - Nell'ambito dell'esercizio delle sue funzioni in qualità di medico coordinatore dell'Area Sanitaria, qualora debba assumere delle decisioni per il quale è necessario la partecipazione del Dirigente della struttura penitenziaria, quanti sono i livelli gerarchici tra Lei ed il vertice decisionale della struttura penitenziaria (Direttore)?

Nessun livello/contatto diretto;

uno o più livelli (in tal caso specificarne il numero ed indicare in ordine cronologico di importanza, dall'alto verso il basso, le figure professionali intermedie)

.....
.....
.....

LIVELLO DI FORMALIZZAZIONE

7 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi/ricevuti per regolare l'organizzazione interna dell'Area Sanitaria al fine di migliorare in un'ottica di maggiore efficacia, efficienza ed economicità le dinamiche gestionali (circolari, disposizioni di servizio ecc. relative al personale, modalità di accesso agli uffici, rapporti con l'utenza, gestione amministrativa dei dati sanitari e del personale, ecc.)?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 20; 2= da 21 a 50; 3= da 51 a 80; 4= da 81 a 100; 5= oltre 100 ; barrare con una "X" la risposta che interessa)

PROVVEDIMENTI EMESSI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 - 50 pratiche	51 - 80 pratiche	81 - 100 pratiche	Oltre 100 pratiche

PROVVEDIMENTI RICEVUTI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 - 50 pratiche	51 - 80 pratiche	81 - 100 pratiche	Oltre 100 pratiche

8 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi/ricevuti per regolare l'organizzazione interna dell'Area Sanitaria per garantire la massima efficienza, efficacia ed economicità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ai ristretti (circolari, disposizioni di servizio ecc. relative alle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, specialistiche, farmaceutiche ecc.)?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 20; 2= da 21 a 50; 3= da 51 a 80; 4= da 81 a 100; 5= oltre 100 ; barrare con una "X" la risposta che interessa)

PROVVEDIMENTI EMESSI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 - 50 pratiche	51 - 80 pratiche	81 - 100 pratiche	Oltre 100 pratiche

PROVVEDIMENTI RICEVUTI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 - 50 pratiche	51 - 80 pratiche	81 - 100 pratiche	Oltre 100 pratiche

9 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi/ricevuti in qualità di titolare dell'Area Sanitaria per finalità legate alla stipulazione di accordi di collaborazione con ospedali o strutture sanitarie o altri Enti pubblici e privati, operanti sul territorio al fine di garantire prestazioni sanitarie alla popolazione detenuta ?

Appendice - A -

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 7; 3= da 8 a 11; 4= da 12 a 15; 5= oltre 15; barrare con una "X" la voce che interessa)

PROVVEDIMENTI EMESSI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 7 pratiche	8 - 11 pratiche	12 - 15 pratiche	Oltre 15 pratiche

PROVVEDIMENTI RICEVUTI:

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 7 pratiche	8 - 11 pratiche	12 - 15 pratiche	Oltre 15 pratiche

Può indicare quali sono gli Enti o le strutture interessate?.....

.....

(indicare per ognuno il numero di accordi in corso o quelli per il quale è iniziato l'iter amministrativo per l'avvio della partnership)

10 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi/ricevuti in qualità di titolare dell'Area Sanitaria per finalità legate alla stipulazione di accordi di collaborazione con ospedali o strutture sanitarie o altri Enti pubblici e privati, operanti sul territorio al fine di garantire attività formative e di aggiornamento al personale, o per attività di studio e ricerca relative all'Area Sanitaria?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 7; 3= da 8 a 11; 4= da 12 a 15; 5= oltre 15; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 7 pratiche	8 - 11 pratiche	12 - 15 pratiche	Oltre 15 pratiche

Può indicare quali sono gli Enti o le strutture interessate?.....

.....

(indicare per ognuno il numero di accordi in corso o quelli per il quale è iniziato l'iter amministrativo per l'avvio della partnership)

LIVELLO DI CENTRALIZZAZIONE/DECENTRALIZZAZIONE

11 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di provvedimenti formali (delega) emessi, in qualità di Dirigente/Coordinatore dell'Area Sanitaria, per conferimento di incarichi al personale medico SIAS, o infermieristico, relativi sia all'erogazione delle prestazioni sanitarie che ad attività più strettamente di natura gestionale?

Appendice - A -

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 10; 2= da 11 a 20; 3= da 21 a 30; 4= da 31 a 40; 5= oltre 40; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 10 pratiche	11 - 20 pratiche	21 - 30 pratiche	31 - 40 pratiche	Oltre 40 pratiche

12 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi, in qualità di Dirigente/Coordinatore dell'Area Sanitaria, relativi all'erogazione di prestazioni o servizi sanitari per il quale non era necessaria la preventiva autorizzazione dell'Autorità Dirigente dell'Istituto Penitenziario, della Magistratura o dell'ASL di appartenenza?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 20; 2= da 21 a 40; 3= da 41 a 60; 4= da 61 a 80; 5= oltre 80; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 - 40 pratiche	41 - 60 pratiche	61 - 80 pratiche	Oltre 80 pratiche

13 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di provvedimenti formali emessi, in qualità di Dirigente/Coordinatore dell'Area Sanitaria, relativi all'erogazione di prestazioni o servizi sanitari per il quale era necessaria la preventiva autorizzazione dell'Autorità Dirigente dell'Istituto Penitenziario, della Magistratura o dell'ASL di appartenenza?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 20; 2= da 21 a 40; 3= da 41 a 60; 4= da 61 a 80; 5= oltre 80; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 20 pratiche	21 - 40 pratiche	41 - 60 pratiche	61 - 80 pratiche	Oltre 80 pratiche

LIVELLO DI STANDARDIZZAZIONE (ROUTINE)

14 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di protocolli diagnostici – terapeutici sottoscritti e/o applicati per la cura di particolari patologie mediche all'interno del contesto penitenziario?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 - 10 pratiche	11 - 15 pratiche	16 - 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 5; 2= da 6 a 10; 3= da 11 a 15; 4= da 16 a 20; 5= oltre 20; barrare con una "X" la voce che interessa)

15 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di protocolli diagnostici – terapeutici sottoscritti e/o applicati, per la cura di particolari patologie cliniche di emergenza tali da creare una situazione di pericolo di vita per il paziente-detenuto, per il quale è necessario l'immediato ricovero presso strutture sanitarie specializzate presenti sul territorio?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 - 10 pratiche	11 - 15 pratiche	16 - 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 5; 2= da 6 a 10; 3= da 11 a 15; 4= da 16 a 20; 5= oltre 20; barrare con una "X" la voce che interessa)

16 - Con riferimento al triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di protocolli diagnostici – terapeutici sottoscritti e/o applicati, per la somministrazione di farmaci per la cura di patologie cliniche maggiormente riscontrabili all'interno del contesto penitenziario? (casi in cui la somministrazione di farmaci o la realizzazione di un programma terapeutico può comportare problemi di ordine pubblico e sicurezza all'interno della struttura penitenziaria)

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 5; 2= da 6 a 10; 3= da 11 a 15; 4= da 16 a 20; 5= oltre 20; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

SISTEMI DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE

17 - Con riferimento al triennio 2009/2011, sono stati implementati e/ sperimentati sistemi di valutazione del personale?

SI	NO
----	----

(In caso di risposta affermativa)

Indichi il numero di pratiche di :

- *Valutazione della posizione*

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 5; 2= da 6 a 10; 3= da 11 a 15; 4= da 16 a 20; 5= oltre 20; barrare con una "X" la voce che interessa)

- *Valutazione della prestazione*

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

- *Valutazione del potenziale*

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 – 10 pratiche	11 – 15 pratiche	16 – 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

- **Altro tipo di valutazione** (specificare quale)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 5 pratiche	6 - 10 pratiche	11 - 15 pratiche	16 - 20 pratiche	Oltre 20 pratiche

.....

LIVELLO DI CONTENZIOSO

18 - Nel triennio 2009/2011, sono state rilevate pratiche di contenzioso tra dirigente medico/coordinatore dell'Area Sanitaria e Direttore dell'Istituto penitenziario o altra tipologia di personale interno non appartenente al settore sanitario?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

19 - Nel triennio 2009/2011, sono state rilevate pratiche di contenzioso tra dirigente medico/coordinatore ed altro personale medico e/o sanitario dell'Area Sanitaria dell'Istituto Penitenziario?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

20 - Nel triennio 2009/2011, sono state rilevate pratiche di contenzioso tra dirigente medico/coordinatore ed altre Autorità o terze persone, maturate nell'esercizio delle proprie funzioni in qualità di titolare dell'Area Sanitaria?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

MAPPATURA ED ANALISI DEGLI STAKEHOLDER

21 - Nel triennio 2009/2011 sono state espletate pratiche di mappatura, analisi delle potenzialità e delle risorse degli “Stakeholder” (portatori di interesse) che interagiscono con l’Area Sanitaria dell’Istituto Penitenziario?

(**stakeholder di processo**: Asl, Magistratura di Sorveglianza ed Ordinaria, Regione, Enti Locali, Strutture sanitarie ospedaliere o di ricovero accreditate dal SSN, Provv.to Reg.le Amm.ne Penit.ria, Laboratori di analisi accreditati dal SSN, ecc.; **Stakeholder di staff**: Università degli Studi, Centri di Ricerca, Ordini Professionali, Farmaindustria, Aziende spec. produzione dispositivi medici, aziende di software e sistemi informatici ecc.; **Stakeholder interni** all’Istituto Penitenziario: Direttore, Comandante della Polizia Penitenziaria, staff educatori, staff amministrativo, personale medico in convenzione o specialistico, collaboratori sanitari organizzazioni sindacali, detenuti ecc.)

(E’ possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una “X” la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

PARTNERSHIP, “CONTRACT IN”, “CONTRACT OUT”, CREAZIONE DI NETWORK ecc.

22 - Nel triennio 2009/2011 sono stati siglati, accordi di partnership, “contract in”, “contract out” ecc., con Enti o Organismi a livello regionale, per attività di formazione e ricerca in ambito sanitario o nell’individuazione di nuove modalità gestionali dall’Area Sanitaria dell’Istituto Penitenziario?

(E’ possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una “X” la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Può indicare quali sono gli Enti o le strutture interessate?.....

.....

(indicare per ognuno il numero di accordi in corso o quelli per il quale è iniziato l’iter amministrativo per l’avvio della partnership)

23 - Nel triennio 2009/2011 sono stati siglati, accordi di partnership, “contract in”, “contract out” ecc., con Enti o Organismi a livello nazionale ed internazionale, per attività di formazione e ricerca in ambito sanitario o nell’individuazione di nuove modalità gestionali dall’Area Sanitaria dell’Istituto Penitenziario?

(E’ possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una “X” la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Può indicare quali sono gli Enti o le strutture interessate?.....

.....

 (indicare per ognuno il numero di accordi in corso o quelli per il quale è iniziato l'iter amministrativo per l'avvio della partnership)

PROCESSI DECISIONALI INCLUSIVI

24 - Nel corso del triennio 2009/2011, sono state espletate pratiche di coinvolgimento dei diversi stakeholder (personale interno, utenti, enti ed organismi operanti sul territorio) per l'assunzione di decisioni "partecipate" nell'ottica di consentire dinamiche gestionali del servizio sanitario non più entro confini di autoreferenzialità, ma innestato in logiche di "governance"?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

PROCESSI DI INNOVAZIONE

25 - Nel corso del triennio 2009/2011, sono state implementate delle pratiche organizzative finalizzate all'implementazione di processi di innovazione per l'informatizzazione delle cartelle sanitarie, per l'acquisizione di nuove competenze (lingue estere, formazione professionale, management sanitario, ecc), esperienze di internazionalizzazione mediante realizzazione di scambi con altro personale operante all'estero o con l'istituzione di gruppi di studio o di ricerca, convegni, seminari ecc.?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Può indicare quali sono le pratiche realizzate?

.....

TRASPARENZA E COMUNICAZIONE

26 - Nel corso del triennio 2009/2011, sono state implementate delle pratiche organizzative finalizzate a migliorare i processi in termini di trasparenza ed efficacia comunicativa delle attività espletate dall'Area Sanitaria?

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Appendice - A -

Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche
-----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------------

(es. agevolare la possibilità di accesso agli atti amministrativi, anche di natura sanitaria, da parte degli utenti e di terzi interessati, limitato ricorso a flussi informativi "riservati", individuazione di criteri oggettivi nelle procedure di affidamento di incarichi o acquisizione di beni e servizi, semplificazione dei processi comunicativi mediante l'ausilio di moderne tecnologie, internet, posta elettronica; costituzione di unità deputate alle relazioni con il pubblico ecc.)

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

ACCOUNTABILITY

27 - Nel triennio 2009/2011, sono state rilevate pratiche relative all'implementazione di un sistema di Controllo di Gestione, per un monitoraggio costante dell'andamento gestionale dell'Area Sanitaria?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

28 - Nel triennio 2009/2011, sono state rilevate pratiche finalizzate ad indagare la soddisfazione del servizio erogato all'utenza dell'Area Sanitaria (customer satisfaction)?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

29 - Nel triennio 2009/2011, sono state rilevate pratiche finalizzate all'implementazione della carta dei servizi sanitari?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

30 - Nel triennio 2009/2011, sono state rilevate pratiche di implementazione di sistemi di monitoraggio di epidemiologia clinica?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

0	1	2	3	4	5	12
---	---	---	---	---	---	----

Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche
-----------------	----------------	----------------	----------------	------------------	-------------------

TURNOVER DEL PERSONALE

31 - Nel triennio 2009/2011, può indicarmi il numero di pratiche di turnover che sono state espletate per il personale appartenente all'Area Sanitaria per ciascun raggruppamento professionale di seguito indicato?

(E' possibile indicare un valore da 0 a 5 ; 0= nessuna; 1= fascia da 1 a 3; 2= da 4 a 6; 3= da 7 a 9; 4= da 10 a 12; 5= oltre 12; barrare con una "X" la voce che interessa)

Medici

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Infermieri

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Collaboratori Amministrativi

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

32 - Nel triennio 2009/2011, sono state espletate pratiche di "outsourcing", tra quelle elencate?

Incarichi professionali a medici e specialisti

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Espletamento di particolari prestazioni specialistiche sanitarie da parte di reparti ospedalieri o strutture sanitarie accreditate

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Manutenzione di apparecchiature medicali, appalti di servizi (es. ristoro, pulizia ecc.)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Altro (specificare)

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

33 - Nel triennio 2009/2011 sono state espletate pratiche di mobilità interna (sia in entrata che in uscita) per la seguente tipologia di personale?

Medici

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Infermieri

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

Collaboratori amministrativi

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

34 - Nel triennio 2009/2011 sono state espletate pratiche di “pay for performance” individuale o di gruppo?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?

35 - Nel triennio 2009/2011 sono state espletate pratiche di “pay for performance” sui risultati aziendali?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?

36 - Nel corso del triennio 2009/2011 sono state espletate pratiche per la realizzazione di progetti innovativi nel settore sanitario - penitenziario con l'obiettivo di migliorare il livello di efficacia, efficienza ed economicità nei processi di erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari ?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?

37 - Nel corso del triennio 2009/2011, sono stati predisposti (con provvedimento formale) team di lavoro mono - professionali o multi - professionali con l'obiettivo di migliorare il livello di efficacia, efficienza ed economicità nei processi di erogazione delle prestazioni e dei servizi?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?-----

38 - Nel triennio 2009/2011 sono state realizzate delle iniziative finalizzate alla creazione di "comunità di pratiche", (realizzazione di siti web; social network; data base di "best practice"; posta elettronica certificata ecc) tali da agevolare i flussi informativi e comunicativi tra i diversi ruoli professionali impiegati nell'Area Sanitaria, al fine di garantire una proficua condivisione e trasmissione delle conoscenze sulle migliori esperienze maturate nell'espletamento dei processi lavorativi?

0	1	2	3	4	5
Nessuna pratica	1 - 3 pratiche	4 - 6 pratiche	7 - 9 pratiche	10 - 12 pratiche	Oltre 12 pratiche

In caso affermativo può indicare le figure professionali coinvolte?

ALTRE INFORMAZIONI

39 - In base alla Sua esperienza professionale maturata in questi anni, è stato sottoposto ad altre indagini di ricerca di questa tipologia?

SI	NO
----	----

(in caso affermativo indicare, se possibile, anno ed Ente che ha proposto la ricerca)

40 - In quali delle seguenti caratteristiche Lei si riconosce, nell'ambito delle funzioni che esercita in qualità di Medico Incaricato dell'Area Sanitaria di questa struttura penitenziaria?

(E' importante rispondere alternativamente nello spazio vuoto con una "X" per ciascun elemento , indicando la preferenza o per la lista "A" oppure per la "B" es. se Lei si sente più orientato all'azione e non pianificatore deve rispondere con una "X" nello spazio vuoto relativo alla Lista "A")

Spazio per l'opzione elementi della lista "A"	Elementi della Lista A	Elementi della Lista B	Spazio per l'opzione elementi della lista "A"
	Orientato all'Azione	Pianificatore	
	Interazione 1: 1	Interazione 1: N	
	Professionalità reattiva	Professionalità proattiva	
	Richiede immediata gratificazione	Accetta gratificazione ritardata	
	Autonomia = Valore	Collaborazione = Valore	
	Indipendente	Partecipativo	
	Orientato al paziente	Orientato all'organizzazione	
	Identificato con la professione	Identificato con l'organizzazione	