

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO



**DIPARTIMENTO DI SCIENZE AZIENDALI
MANAGEMENT & INNOVATION SYSTEMS**

**DOTTORATO DI RICERCA IN
ECONOMIA E DIREZIONE
DELLE AZIENDE PUBBLICHE**

XIII CICLO

Tesi di dottorato

***“LA SALUTE IN CARCERE: UN DRIVER DI
(RE)INTEGRAZIONE DENTRO E FUORI LE MURA”***

Il Coordinatore
Ch.ma Prof.ssa Paola Adinolfi

Il Candidato
Dott.ssa Gabriella Ambrosino
(Matr. 8880400082)

Il Tutor
Ch.ma Prof.ssa Paola Adinolfi

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

Perché ciascuno possa
"suonare la propria nota distintiva
nel concerto dell'Esistenza"

Paolo Brunello

"Non ho particolari talenti,
sono soltanto appassionatamente curioso."

Albert Einstein

Introduzione	I
1. La salute in Italia dentro e fuori le mura.	
Il sistema sanitario italiano.....	1
1.1 La salute: un concetto statico o dinamico?.....	1
1.2 La sanità pubblica	11
1.3 L'organizzazione del sistema sanitario italiano	13
1.4 La salute reclusa	20
1.5 L'organizzazione della sanità penitenziaria	24
2 L'organizzazione delle aziende private e pubbliche	28
2.1 Il mutevole contesto	28
2.2 .Le risposte organizzative	31
2.3 Uno sguardo verso l'esterno: una rilettura sistemica.....	36
2.4 Le organizzazioni reticolari. <i>Networks</i> formali ed informali	42
2.5 Complessità ambientale e Sistemi Adattivi Complessi	52
2.6 Le rinnovate esigenze organizzative nel mondo delle <i>public administrations</i> . Il <i>New Public Management</i>	64
2.7 Gli sviluppi del <i>New Public Management</i> : la <i>New Public Governance</i> e il <i>New Public Service</i>	73
2.8 L'evoluzione organizzativo-manageriale nel "sistema salute". L'integrazione socio sanitaria	80
2.9 Integrazione sociosanitaria anche per le persone detenute?	85
3 La salute delle persone detenute nel Centro Penitenziario Secondigliano.	
L'analisi macro, meso e micro	89
3.1 Il Centro Penitenziario Secondigliano	91
3.2 <i>Step 1</i> Il passaggio della sanità penitenziaria dal DAP all'Asl	95
3.2.1 Rilevazione e analisi dei dati	97
3.2.2 Conclusioni del primo <i>step</i> di analisi	105
3.3 <i>Step 2</i> . L'analisi "meso".	
Il Network della salute nella realtà penitenziaria	107
3.3.1 Il modello organizzativo istituzionale	108
3.3.2 Il modello organizzativo nella realtà del Centro Penitenziario Secondigliano	113
3.3.3 Metodologia.....	118

3.3.4Rilevazione e analisi dei dati	120
3.3.5Conclusioni del secondo <i>step</i> di analisi.....	128
3.4 <i>Step</i> 3. L'analisi "micro". La motivazione del personale	130
3.4.1Gli studi sulla motivazione al lavoro.	
<i>Background</i> e <i>framework</i> teorico	132
3.4.2Metodologia	137
3.4.3Rilevazione e analisi dei dati	138
3.4.4Conclusioni del terzo <i>step</i> di analisi	147
Conclusioni	149
Bibliografia	156
Ringraziamenti	177

Introduzione

Il tema della tutela dello stato di salute in cui versano i detenuti nelle carceri italiane, oltre ad essere di pressante attualità, costituisce un importante obiettivo di gestione per gli istituti penitenziari il cui fine oggi è quello di ri-educare e re-integrare la persona detenuta. Il passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, disciplinato dal DPCM del 2008, rappresenta un rilevante tassello del percorso, già in atto da anni, di revisione e tutela delle condizioni detentive dei ristretti, i quali ora possono assurgere alle medesima assistenza sanitaria riconosciuta per i cittadini liberi.

L'obiettivo del lavoro è quello di leggere, attraverso la lente organizzativa, il complesso *network* della sanità penitenziaria. Il fine pressante, infatti, di garantire la tutela delle condizioni di salute dei ristretti, rappresenta la molla che spinge tutti i soggetti coinvolti a superare i confini delle proprie organizzazioni e/o competenze e muoversi verso un'azione sinergica che ambisca ad avvicinarsi, seppur gradualmente, al concetto olistico di salute definito dall'OMS coerente, appunto, con il fine di ri-educazione e re-integrazione della detenzione.

Dopo aver rappresentato l'evoluzione dei concetti di trattamento e salute dei detenuti da un punto di vista non solo normativo, ma anche focalizzando i modelli e le teorie organizzative che hanno accompagnato tale cambiamento, si vuole rispondere ad un interrogativo pragmatico: la struttura organizzativa contemplata dal DPCM 2008 per la riorganizzazione della sanità penitenziaria è stata implementata nella realtà delle carceri? Ed ha agito anche sui processi organizzativi che riguardano gli attori coinvolti?

La risposta è stata ricercata in tre direzioni: in termini di macro-struttura, comparando il modello teorico rinvenibile dalle fonti normative esistenti a partire dal 2008 con un'evidenza empirica; in termini di integrazione sia inter che intra – organizzativa, ponendo maggiore riguardo al processo-salute dei ristretti ed in termini di micro-struttura, analizzando le componenti della motivazione del personale sanitario che opera nell'Istituto penitenziario oggetto di analisi.

Partendo dall'analisi di un *case study* (Yin R., 2003; Patton, 1985), di tipo esplorativo applicato ad un istituto penitenziario campano di grandi dimensioni, sono stati adottati strumenti di indagine di tipo misto: quantitativo e qualitativo al fine di fotografare la realtà esistente (Corbetta P., 2003; Sherman e Webb, 1988). La metodologia adottata, nella fase successiva, è quella della *Social Network Analysis* (Salvini A., 2007; Scott J., 2002; Borgatti, Everett, Johnson 2013;

Wasserman, Faust 1994; Cross, Parker 2004) che si esplica nella mappatura delle relazioni nonché dei rapporti di collaborazione esistenti tra i vari soggetti coinvolti nel processo, comparando la rete emergente dalle fonti normative con quella esistente nella realtà. Ciò per immaginare di disegnare i confini del contesto che attiene il sistema-salute (Mascia D., 2009): la composizione degli attori che ne fanno parte, i legami di collaborazione e di partnership esistenti, ma soprattutto potenziali, (Lomi A., 1991). Infine, indagando le componenti della motivazione (Perry, 1990), si è voluto esplorare come il potenziale della risorsa umana possa contribuire alla capacità di auto-adattamento di un'organizzazione resiliente in grado di affrontare la sfida alla complessità. Ciò allo scopo di individuare quale leva consente il reale passaggio da adozione del modello organizzativo dettato dalla norma ad implementazione dello stesso: quale *driver* consente il reale passaggio verso un'ottica di integrazione socio-sanitaria (Starace F, 2011) e di reale ben-essere psicofisico della persona detenuta.

Oltre, dunque, i confini delle singole organizzazioni, nel *caos* e nella complessità (Faggioni, Simone 2009; Simon, 1988; De Toni, 1996) del contesto di riferimento, la risposta organizzativa alle esigenze di struttura (macro) può essere indagata nel processo (meso) della dimensione inter-organizzativa e nella motivazione dello spazio intra-organizzativo (micro).

CAPITOLO 1
LA SALUTE IN ITALIA DENTRO E FUORI LE MURA
IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

“Godere di buona salute”, “essere in salute”, augurare salute: nel lessico quotidiano e negli auspici comuni c’è spesso un rinvio alla “salute”, la cui definizione è difficile cristallizzare in un solo costrutto che possa essere ugualmente efficace a spiegarla nei diversi contesti sociali, economici, politici.

L’obiettivo di questo capitolo è quello di condurre un viaggio nel concetto di salute e nella sua declinazione tra i cittadini liberi per poi trasporlo nel mondo dei reclusi, cercando di coglierne limiti, differenze, stonature.

Varcando più volte il muro di cinta, si vuole esplorare quanto e come la domanda di salute sia espressa, ascoltata e soddisfatta in un cammino immaginario tra interno ed esterno delle carceri, tra formale (degli scritti) ed informale (di chi vive ed opera).

L’analisi muove i passi dal concetto di salute, ampiamente affrontato ed esplorato in letteratura, per poi focalizzare l’attenzione alla risposta organizzativa fornita dal sistema sanitario italiano alle mutate e continuamente mutevoli domande di salute espresse dai cittadini; liberi e reclusi.

1.1 La salute: un concetto statico o dinamico?

La ricerca sulla salute parte da un’indagine condotta sui principali dizionari della lingua italiana che forniscono diverse definizioni, quali:

- complesso delle condizioni fisiche in cui si trova un essere vivente¹
- stato, condizione di un organismo²
- salvezza, soprattutto come stato di benessere, di tranquillità, d’integrità, individuale o collettiva³

¹ http://www.grandidizionari.it/Dizionario_Italiano/parola/s/salute.aspx?query=salute

² http://www.sapere.it/sapere/dizionari/dizionari/Italiano/S/SA/salute.html?q_search=salute

³ <http://www.treccani.it/vocabolario/salute/>

- **1.** stato, condizione di un organismo: *salute fisica, mentale; godere ottima salute; essere in buone, cattive condizioni di salute; avere una salute cagionevole; essere assente per motivi di salute*

2. stato di benessere, di efficienza fisica e psichica di un organismo; buona salute: *essere, conservarsi in salute; scoppiare di salute, sprizzare salute da tutti i pori, essere sanissimo; essere il ritratto della salute, avere un aspetto sano, florido (...)*

3. cosa che contribuisce a tenere qualcuno in buone condizioni fisiche: *respirare aria buona è salute; fare moto è tanta salute*

4. (lett.) salvezza: *la salute dell'anima, della patria* | beatitudine: *vede perfettamente onne salute / chi la mia donna tra le donne vede* (DANTE *Vita Nuova*)

5. (ant.) saluto⁴

- Stato di benessere fisico e psichico, espressione di normalità strutturale e funzionale dell'organismo considerato nel suo insieme; il concetto di s. non corrisponde pertanto alla semplice assenza di malattie o di lesioni evolutive in atto, di deficit funzionali, di gravi mutilazioni, di rilevanti fenomeni patologici, ma esprime una condizione di complessiva efficienza psicofisica.⁵

L'ultimo e più evoluto concetto di salute, che riprende la definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, racchiude quanto già contemplato dai latini. L'etimologia della parola salute⁶, infatti, ne attribuisce l'origine al latino *salus* la cui traduzione fornita dal dizionario Latino di E. Olivetti è:

1. Salute
2. Salvezza, mezzo di salvezza
3. Benessere, prosperità
4. (di uno Stato o popolo) sicurezza dei cittadini, conservazione dei diritti civili
5. Saluto
6. Vita

⁴ <http://www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=salute>

⁵ <http://www.treccani.it/enciclopedia/salute/>

⁶ <http://www.treccani.it/vocabolario/tag/salute/>

Dalla lettura di questi termini si colgono, dunque, diverse sfaccettature che riguardano sia la salute in senso fisico, che di benessere, salvezza, sicurezza, indispensabili per la vita; in altre parole, i latini già avevano considerato i differenti aspetti che hanno caratterizzato anche una sorta di processo evolutivo dell'idea di salute.

Una prima concettualizzazione, infatti, può essere associata ad un'immagine di "normalità" intesa come "*normalità strutturale e funzionalità fisiologica di ogni apparato e organo, con equilibrio globale dell'organismo sotto il profilo anatomico, biochimico, biofisico e neuropsichico*"⁷. Secondo questa prospettiva, la definizione di salute è formulata in senso negativo, ovvero consiste nell'assenza di malattie. Si tratta, però, di una definizione incompleta, in quanto tiene conto solo della dimensione fisica della persona, non considerando altri aspetti più globali della vita di ciascun individuo.

In questa direzione interviene l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che, all'atto della sua costituzione, arricchisce il concetto in esame affiancando alla dimensione fisica aspetti mentali e sociali ed attribuendo, così, allo stesso un'accezione positiva alla definizione, in netto contrasto con l'impostazione precedente.

Nel preambolo della Costituzione dell'OMS, firmata il 22 luglio 1946 a New York ed entrata in vigore il 7 aprile 1948, si legge infatti: "*La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità*"⁸.

Inoltre, l'OMS non formalizza soltanto una definizione, ma riconosce la salute così intesa quale diritto fondamentale di ogni individuo che gli Stati devono adoperarsi affinché venga salvaguardato: "*il godimento del livello di salute più elevato possibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizioni economiche e sociali*".

Affinché ciò accada, sono stati contemplati numerosi strumenti volti a promuovere tale diritto fondamentale a livello internazionale:

⁷ Boroli A. (a cura di), Grande Enciclopedia, Vol. XVII, Istituto Geografico De Agostini, Novara, 1987, voce salute.

⁸ Constitution of the World Health Organization, in www.who.int

In particolare, la Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, adottata dall’Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre del 1948, all’art. 25 afferma che: *“Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all’alimentazione, al vestiario, all’abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, ed ha il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà”*⁹.

Più ampiamente, si occupa del diritto alla salute, il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, firmato a New York il 16 dicembre 1966 ed entrato in vigore in Italia il 23 marzo 1976. L’articolo 12 di tale Patto, al punto 1, afferma che gli Stati parti riconoscono *“il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale”*, mentre, al punto 2, individua, a titolo d’esempio, alcune misure che devono essere adottate dai singoli Stati affinché tale diritto venga salvaguardato¹⁰

In epoca recente, il Comitato per i Diritti Economici e Sociali delle Nazioni Unite, che monitora il relativo Patto del 1966, ha adottato un Commento generale riguardo il diritto alla salute¹¹ In tale Commento viene specificato che il diritto alla salute, inteso dall’art. 12 del Patto come *“il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale”*, non si traduce semplicemente nel diritto ad una tempestiva ed appropriata assistenza sanitaria. Il diritto alla salute, infatti, *“comprende un’ampia gamma di fattori sociali ed economici che promuovono le condizioni in cui le persone possono condurre una vita sana”*, e si estende ad importanti determinanti della salute, quali l’accesso

⁹ Universal Declaration of Human Rights, in www.ohchr.org

¹⁰ All’art. 12, al punto 2, di tale Patto si legge:

“2. Le misure che gli Stati parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini:

a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli;

b) il miglioramento di tutti gli aspetti dell’igiene ambientale e industriale;

c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, professionali e di altro genere;

d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia”.

¹¹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, in www2.ohchr.org

all'acqua potabile e a misure igieniche adeguate, ad un approvvigionamento sufficiente di cibo, alla possibilità di nutrirsi e di avere una alloggio, a condizioni di lavoro sicure e ad un ambiente salubre, l'accesso all'educazione e all'informazione sanitaria, anche nell'ambito sessuale e riproduttivo.

Il diritto alla salute non è, pertanto, inteso solo come diritto ad essere sani, ma è strettamente legato e dipendente dall'effettiva realizzazione di altri diritti umani, quali il diritto al cibo, alla casa, al lavoro, all'educazione, alla dignità umana e, ancora, il diritto alla vita, alla non discriminazione, all'eguaglianza, alla proibizione della tortura, alla *privacy*, all'accesso all'informazione e alla libertà di associazione e di movimento. Tutti questi diritti e queste libertà sono, perciò, componenti integranti del diritto alla salute¹² intesa quale completo benessere¹³ da tutelare e promuovere anche a livello europeo.

Infatti, l'art. 152 del Trattato istitutivo della Comunità europea, statuisce che: *“Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un elevato livello di protezione della salute umana. L'azione della Comunità, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana. Tale azione comprende la lotta contro i grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause, la loro propagazione e la loro prevenzione, nonché l'informazione e l'educazione in materia sanitaria. La Comunità completa l'azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti, comprese l'informazione e la prevenzione”*¹⁴.

La tutela della salute umana costituisce, dunque, uno degli obiettivi fondamentali dell'Unione Europea che la promuove anche incoraggiando la cooperazione degli Stati membri e sostenendo iniziative e collaborazioni in materia sanitaria.

¹² Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, in www2.ohchr.org

¹³ Cilione G., *Diritto sanitario*, Maggioli, Rimini, 2005: “La tutela della salute è un armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'organismo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”, pag. 29.

¹⁴ Trattato istitutivo della Comunità europea, in www.eur-lex.europa.eu

Non meno rilevanti sono le disposizioni contenute nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, che, da un lato, riconosce il diritto alla tutela della salute, affermando che *“ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali”* e ribadendo che *“nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività dell’Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”* (art.35); dall’altro, tutela l’inviolabilità del diritto individuale alla salute in termini di garanzia del *“diritto alla vita”* (art. 2) e del *“diritto all’integrità fisica e psichica”* (art. 3, comma 1), ulteriormente specificato *“nell’ambito della medicina e della biologia, dove devono essere in particolare rispettati:*

a) il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge,

b) il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone,

c) il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro,

d) il divieto di clonazione riproduttiva degli essere umani” (art. 3, comma 2)¹⁵.

Questa visione della salute, che muove i passi dalla definizione fornita dall’OMS nel 1948, riguarda quello che è stato definito uno *“stato”*; è legata cioè ad un concetto statico di benessere psico-fisico.

Tuttavia, per raggiungere il completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni; perciò anche di relazionarsi con l’ambiente circostante¹⁶. Un aspetto fondamentale della salute e della sua promozione è, pertanto, il riconoscimento della *“soggettività”*, introdotta proprio nella definizione dell’OMS che intende la salute come uno stato di ben-essere¹⁷.

¹⁵ Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, Gazzetta ufficiale delle Comunità europee, in www.europarl.europa.eu

¹⁶ Broom e Johnson, 1988 *“Il benessere è la condizione di un individuo rispetto alla capacità di adattarsi all’ambiente”*

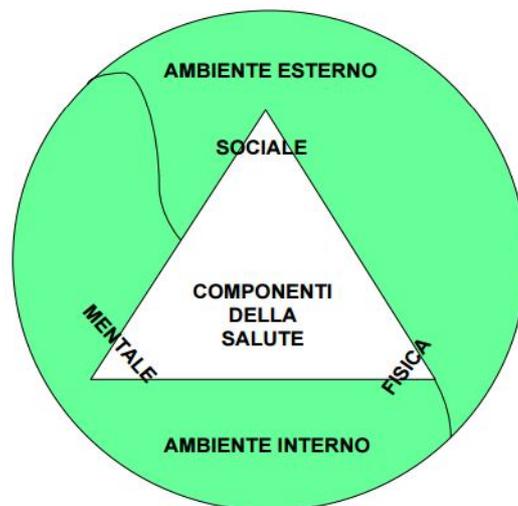
¹⁷ Una recente definizione di benessere (Commissione Salute dell’Osservatorio Europeo sui sistemi e politiche per la salute, OMS), è così enunciato: *“lo stato mentale, fisico, emotivo, sociale*

La soggettività, infatti, incide in modo determinante sulla salute rispetto al modo individuale di percepire la realtà; la salute in tal senso è intesa come una condizione *dinamica* di equilibrio, fondata sulla capacità del soggetto di interagire con l'ambiente in modo positivo, pur nel continuo modificarsi della realtà circostante.

Charles M. Wylie, professore di salute pubblica nell'Università del Michigan, definisce la salute come "*l'adattamento perfetto e continuo di un organismo al suo ambiente*".¹⁸

La chiave "adattativa" introduce così il concetto di equilibrio, che consente di interagire in maniera positiva e sana con le sollecitazioni esterne e che è perseguibile soltanto mediante la combinazione del ben-essere con il proprio corpo (fisica), con la propria psiche (mentale) e con l'esterno (il sociale) (Fig. 1.1).

Figura 1.1 - La salute nell'uomo come unità fisica-mentale-sociale



Coerentemente a quest'impostazione, tra gli obiettivi destinati agli stati membri dell'UE, vi è pure quello di promuovere la salute anche attraverso l'educazione alla salute.

e spirituale di benessere, che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società"

¹⁸ Carta di Ottawa (1986) .

"L'educazione alla salute comprende le opportunità di apprendimento costruite consapevolmente che coinvolgono alcune forme di comunicazione, ideate per conoscere meglio la salute, per migliorare le cognizioni, e per sviluppare quelle capacità di vita che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità." (OMS, 1998, p. 5) L'educazione alla salute, pertanto, si occupa da un lato di trasmettere informazioni in merito ai fattori sociali, economici e ambientali che possono incidere sulla salute, a stili e comportamenti di vita benefici per la salute, incluso il ricorso ai servizi sanitari, dall'altro si impegna a sviluppare e a rafforzare le capacità di vita. L'educazione alla salute rappresenta uno dei principali approcci d'intervento della promozione della salute.

A tal fine, l'OMS ha individuato delle "life skills", ovvero le abilità della vita che favoriscono la salute e allontanano dal rischio sulle quali agire anche mediante percorsi di alfabetizzazione emotiva¹⁹ e sviluppo dell'intelligenza emotiva.²⁰

¹⁹ Marmocchi P., Dall'Aglio C. e Zannini M. – Educare le Life skills – Come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organismo Mondiale della Sanità – Erickson

²⁰ Il concetto di intelligenza emotiva è stato introdotto nel 1990 da professori Peter Salovey e John D. Mayer nel loro articolo "Emotional Intelligence" che l'hanno definita come "La capacità di controllare i sentimenti ed emozioni proprie ed altrui, distinguere tra di esse e di utilizzare queste informazioni per guidare i propri pensieri e le proprie azioni".

Il concetto è stato ripreso ed ampliato che D. Goleman che ne ha studiato l'impatto non soltanto in ambito psicologico, ma anche aziendale ed organizzativo. In particolare, ha individuato le componenti dell'intelligenza emotiva :

1. Consapevolezza di sé, la capacità di produrre risultati riconoscendo le proprie emozioni;
2. Dominio di sé, la capacità di utilizzare i propri sentimenti per un fine;
3. Motivazione, la capacità di scoprire il vero e profondo motivo che spinge all'azione;
4. Empatia, la capacità di sentire gli altri entrando in un flusso di contatto;
5. Abilità sociale, la capacità di stare insieme agli altri cercando di capire i movimenti che accadono tra le persone) e le capacità (competenze personali e competenze sociali) atte ad implementarla nell'agire quotidiano mediante la cd. *Competenza emotiva (Emosia)*

Salovey P. and J. Sluyter D. (a cura di) "Emotional development and Emotional Intelligence: "educational implications" 1997 New York: Basic Books

Goleman D., Lavorare con intelligenza emotiva. Come inventare un nuovo rapporto con il lavoro, Ed. Rizzoli, Milano, 2000.

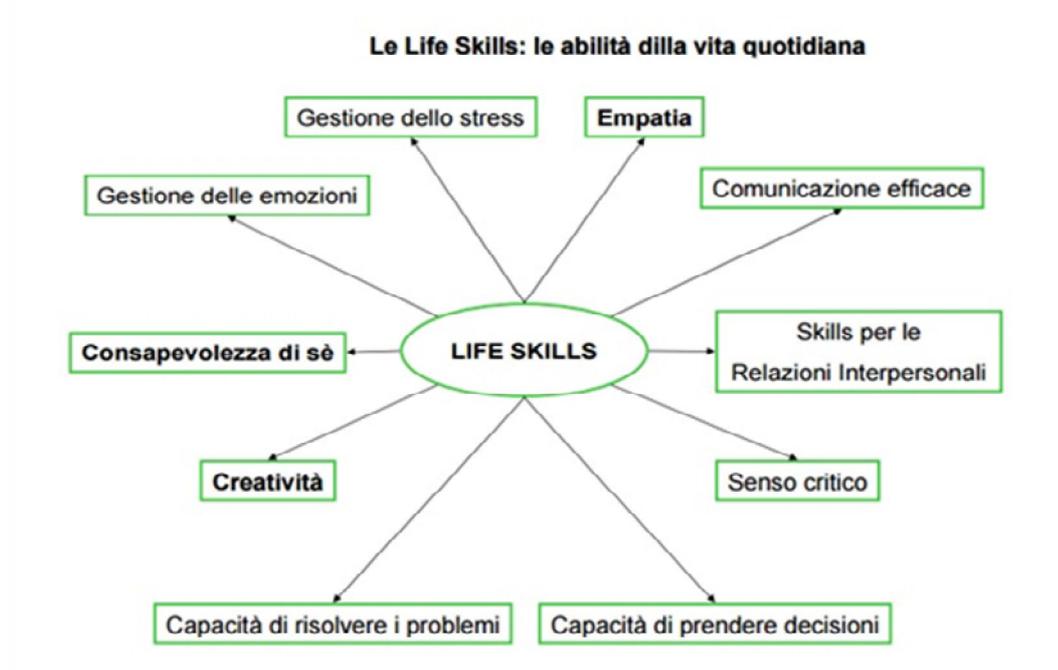
Goleman D., Intelligenza emotiva, Milano, Rizzoli, 1997.

Goleman D., Intelligenza Emotiva che cos'è e perché può renderci felici. Rizzoli 1994

È possibile, infine, immaginare un collegamento tra l'intelligenza emotiva e la capacità di sviluppo di professionalità ed attitudini. Si veda, a tal proposito,:

Vaccani R., 2001, Professionalità attitudini e carriera, Etas, Milano

Figura 1.2 - Le Life skills



In sintesi, nel corso dell'ultimo secolo, il termine-concetto di salute viene gradualmente approfondito, raggruppando le relative definizioni secondo tre approcci: adattativo, funzionale, percettivo.

Per l'approccio *adattativo*:

“La salute è espressa da livelli di resistenza alla malattia”²¹

“La salute è il prodotto di una relazione armoniosa tra l'uomo e la sua ecologia”²²

“La salute è il margine di tolleranza alle insidie dell'ambiente, è il volano regolatore delle possibilità di reazione; essere in buona salute è poter ammalarsi e guarire, è un lusso biologico”²³

“La salute è l'adattamento perfetto e continuo di un organismo al suo ambiente”²⁴.

Per quello *funzionale*:

²¹ Gordon J.: The epidemiology of health. Galdstone ed. N.Y. Health Education Council, 1953

²² Rossdale M.: Health in a sick society. New left review, 34, 1965

²³ Canguilhem G.: Le normal et le pathologique, 130-132, P.U.F., Paris, 1966

²⁴ Wylie CM.: The definition and measurement of health disease. Publ. Health rep. 85, 1970

“La salute è uno stato di capacità ottimale di un individuo per un efficace svolgimento dei ruoli e dei compiti per i quali egli è stato socializzato”²⁵

“La salute è determinata da una capacità di comportamento che include componenti biologiche e sociali per adempiere alle funzioni fondamentali”²⁶

Per l’approccio *percettivo*:

“La salute non semplicemente intesa come assenza di malattia, è qualcosa di positivo, un’attitudine felice della vita ed una lieta accettazione delle responsabilità che la vita stessa comporta”²⁷.

Figura 1.3 - Gli approcci alla salute



Affinché sia perseguito l’ambizioso obiettivo di promuovere la salute e l’educazione alla salute, l’OMS ha predisposto una serie di interventi di sanità pubblica che gli stati membri sono tenuti ad attivare.

1.2 La sanità pubblica

²⁵ Pearson T.: Patients physician and illness. E.Garthy Jaco and Free Press, N.Y., 1972

²⁶ Bonnevie P.: The concept of Health. A social medical approach.Scand.J.Med.1,2,-1973

²⁷ Singerist H.E.: Medicin,Human Welfare,100,Yale University, Press New Haven,1941)

La sanità pubblica (Public Health) è altro concetto nell'ambito delle scienze sanitarie, sviluppatosi nel corso degli anni con il parallelo sviluppo dei Sistemi sanitari ed è stato enunciato da parte dell'OMS (1996) come *“l'insieme di sforzi organizzativi della società per sviluppare politiche per la Salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute, e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile”*. Allo scopo di ottenere la realizzazione di tali propositi è, dunque, necessario seguire le seguenti proposizioni:

- - risanamento dell'ambiente
- - educazione del cittadino all'igiene personale
- - controllo delle infezioni
- - incremento della diagnosi precoce e della prevenzione delle malattie
- - incremento delle strutture sociali, che assicurino a ciascuno nella collettività uno standard di vita ottimale per il mantenimento della salute.

Secondo L. Rychetnik et al. (2004) *“la sanità pubblica è l'insieme degli sforzi scientifici e tecnici, ma anche sociali e politici, volti a migliorare la salute e il benessere delle comunità e delle popolazioni”*. In questa definizione sono compresi la promozione della salute, lo studio dei suoi determinanti, la prevenzione delle malattie, la loro distribuzione, le politiche sanitarie.

Assistenza sanitaria o sanità propriamente detta: prevenzione, diagnosi e trattamento di malattie, infortuni e di altre disabilità fisiche e mentali di esseri umani, forniti da professionisti della medicina, operatori sanitari dei vari settori, e si riferisce alle prestazioni di cure primarie, secondarie, terziarie e quaternarie.

Paesi e giurisdizioni hanno politiche e Sistemi sanitari diversi, con diversi piani di finanziamento, i quali sono tuttavia alla base del funzionamento degli stessi, fermo restando che occorrono una forza-lavoro bene addestrata e adeguatamente remunerata, strutture logistiche in grado di fornire il meglio in tema di tecnologie diagnostiche e terapeutiche, e politiche sanitarie in grado di soddisfare tutto quanto elencato.

I sistemi sanitari *“l'insieme delle organizzazioni, delle istituzioni e delle risorse, che sono dedicate alla produzione di azioni sanitarie”* (OMS, 2000) dove

per azione sanitaria si intende ogni attività, sia nell'assistenza alle persone, sia di sanità pubblica, sia con iniziative intersettoriali, il cui scopo primario è quello di migliorare la salute.

1.3 L'organizzazione del sistema sanitario italiano

Partendo dal concetto di salute fino ad arrivare al ruolo svolto dal sistema sanitario odierno, è possibile ravvisare un profondo cambiamento della struttura organizzativa atta ad erogare, garantire e promuovere un servizio il cui contenuto è stato soggetto a concettualizzazioni differenti nel tempo.

Senza voler affondare le radici in tempi remoti, ma focalizzando la prospettiva di analisi ad un tempo più recente, è possibile collocare il principio di questo approfondimento alla lettura che la Costituzione dà al concetto di salute all'art. 32: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto delle persone umane”.

In quel momento, tuttavia, la salute era “garantita” dal Ministero dell'Interno e si fondava soprattutto sulla presenza di forme di assicurazioni mutualistiche contro le malattie e gli infortuni dei soli lavoratori: bisognerà aspettare la L. 296 del 13/03/58 perché venga istituito il Ministero della Sanità che costituisca, così, una direzione unica della politica sanitaria che solo dalla Legge Mariotti del 1968 si espleta mediante gli “enti ospedalieri e di assistenza ospedaliera”²⁸.

La crescita del sistema sanitario ha riguardato, perciò, in primo luogo i soggetti che potessero essere titolati ad avere un'assistenza, poi i contenuti dell'assistenza sanitaria e, infine, le forme, le modalità con le quali la macchina statale si è strutturata ed ha erogato (di recente promosso) la salute ai cittadini.

Il cuore di questa evoluzione è toccato da tre importanti riforme:

- la prima, nel 1978, con la legge n. 833 del 23 dicembre che istituisce, tra l'altro il Servizio Sanitario Nazionale²⁹;

²⁸ Sistema sanitario di tipo mutualistico – assicurativo (modello Bismarck)

²⁹ Si tratta, quindi di un sistema sanitario di tipo universalistico basato sui principi di welfare state (modello Beveridge). Definizione del SSN: “Complesso delle funzioni, strutture, dei servizi e attività destinati alla promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi”.

- la seconda con la legge n. 502 del 30/12/1992 modificata dal D. Lgs. 517 del 7/12/1993 che comincia formalmente il processo di aziendalizzazione della sanità³⁰;
- la terza riforma è quella che prende avvio con il Decreto Bindi del 1999 con il quale si introducono i principi di autonomia imprenditoriale e responsabilità per le nuove Aziende Sanitarie Locali³¹.

I Principi ispiratori della L.833/78:

- Art. 32 Cost. Comma 1,2 Tutela della salute come diritto individuale e interesse collettivo Cure gratuite agli indigenti Previdenza malattie
- WHO 1948 Salute come: “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente assenza di malattia”
- Diritto universalistico “Tutti i cittadini sono uguali indipendentemente da loro status e dal tipo di lavoro che svolgono

³⁰ Profonda riforma del SSN pur confermando i principi fondamentali introdotti dalla L. 833/78.

PRINCIPI FONDAMENTALI

- Globalità degli interventi
- Uguaglianza dei cittadini
- Tutela della salute (art. 32 costituzione)
- Unitarietà strutturale del SSN
- Programmazione nazionale delle attività sanitarie
- Coinvolgimento dei cittadini

Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione devono essere assicurati a livello di spesa, nel rispetto degli obiettivi di programmazione socio- economica nazionale

Con la svolta manageriale si interviene su: 1. Suddivisione dei compiti fra Stato e Regioni; 2. Metodo di finanziamento 3. Organizzazione e gestione delle strutture

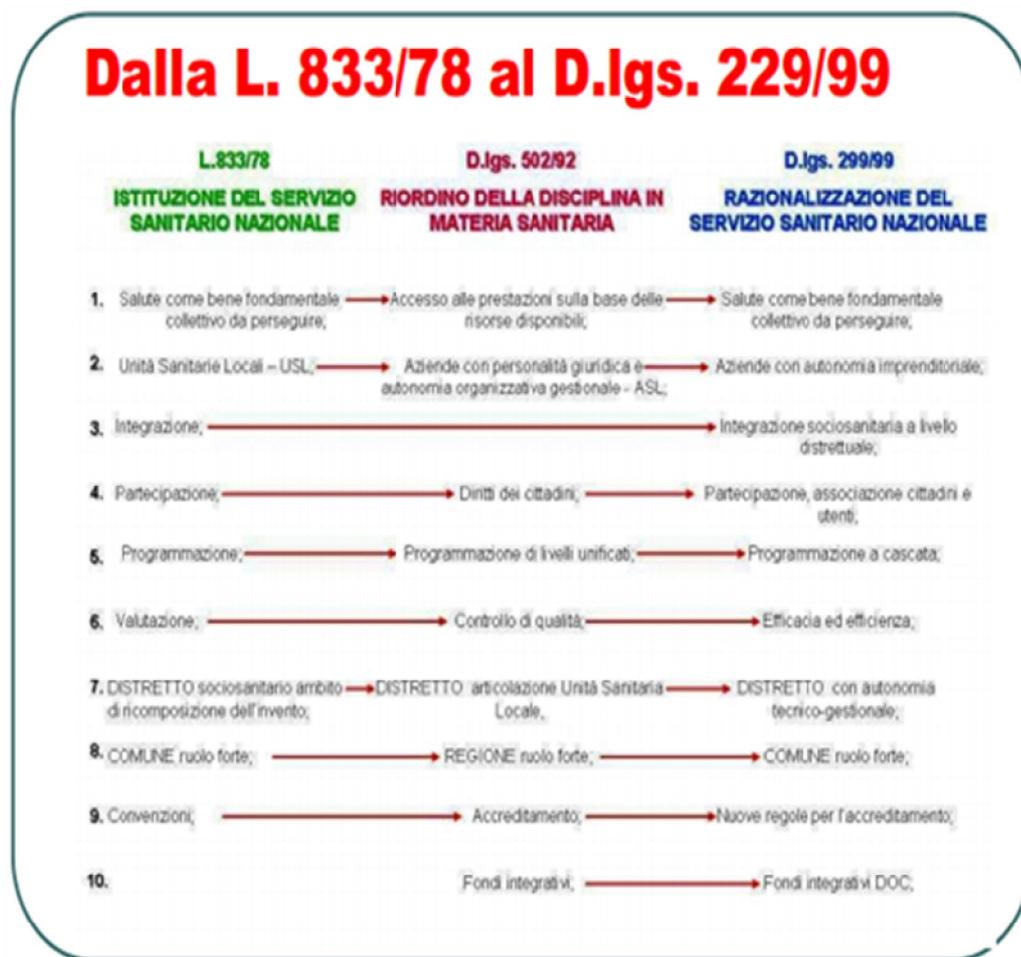
³¹ Le grandi novità: 1. Medici dipendenti e convenzionati 2. Dirigenza medica 3. Finanziamento 4. Aziende 5. Accreditemento 6. Tariffe 7. Distretti 8. Enti Locali.

Ruolo forte del Comune. Ai Comuni vengono assegnate funzioni e capacità programmatiche, partecipano alla formazione dei Piani Sanitari Regionali e Locali. Programmazione coordinata e integrata fra livello nazionale, regionale e locale. **PROGRAMMAZIONE A CASCATA**

Aziende Sanitarie Locali Soggetti privati che operano al fine di garantire un bene pubblico. Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. Seguono i criteri di efficacia, efficienza ed economicità.

La Regione: Assicura i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) attraverso: • presidi ospedalieri • aziende sanitarie aziende ospedaliere • aziende universitarie • IRCS (Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico) • tutti i soggetti accreditati.

Figura 1.4 – Tre importanti riforme del Sistema Sanitario



Questo percorso, evidentemente, conduce verso la riforma costituzionale del 2001³² ed impatta con il più profondo processo di federalismo ed autonomia delle regioni che riguarda differenti aspetti di delega statale alle autonomie locali, provocando, chiaramente, una profonda revisione anche del sistema organizzativo.

³² L. Cost. 3/01 – Modifica del Titolo V parte seconda della Costituzione ha classificato le materie di intervento pubblico in tre gruppi: a legislazione esclusiva dello Stato, a legislazione concorrente a legislazione esclusiva delle Regioni. Tutela della salute appartiene alle materie a legislazione concorrente fra Stato e Regioni

Il “Sistema Salute” identifica l’insieme dei fattori che hanno un ruolo nel determinare la salute degli individui e delle popolazioni, nel senso ampio di benessere sociale, psichico e fisico secondo la definizione dell’OMS.

I FATTORI DETERMINANTI fattori biologici: legati alla costituzione genetica, fisica ed evolutiva dell’individuo; fattori comportamentali: legati alle abitudini di vita (igieniche, alimentari, etc.) che sono fortemente influenzati dal contesto sociale e culturale dell’individuo; Fattori ambientali: legati al contesto in cui l’individuo vive, sia fisico (clima, inquinamento, etc.) sia sociale (reddito, condizioni di lavoro, diffusione della scolarizzazione); Fattori sanitari: legati al sistema dei servizi sanitari disponibili.

Il cosiddetto processo di aziendalizzazione della Pubblica Amministrazione, infatti, ha riguardato la diffusione di concetti, teorie e strumenti tipicamente aziendalistici al mondo pubblico. Questa “ingerenza” è stata provocata dalla necessità di adottare delle soluzioni che, già utilizzate nel contesto privatistico, fossero capaci di ripensare il sistema pubblico alla luce del nuovo sistema di obiettivi, *mission e vision*.³³

Ciò, tuttavia, soprattutto in principio, si è tradotto in un processo fortemente normativo: testimonianza, appunto, della teoria istituzionalista in virtù del quale si è generato un diffuso isomorfismo normativo che ha riguardato in particolare la struttura delle organizzazioni. Le leggi e le altre fonti giuridiche che hanno riguardato questo farraginoso processo di riforma legislativa, infatti, hanno volto lo sguardo soprattutto verso la cosiddetta macrostruttura delle organizzazioni, trascurando, in prima battuta, l’aspetto della microstruttura, ovvero l’attenzione verso il personale.

Più tardi, con la Scuola delle Relazioni Umane, l’attenzione si sposta verso il fattore umano e soprattutto con Mayo, alle relazioni tra le persone, al clima. Questa “nuova” attenzione verso la persona è il *leit motif* dell’approccio delle Risorse Umane, della scuola motivazionale di Maslow e di quella motivazionalistica di Herzberg (1966), fino alle teorie dei valori di Adams (1965), di Vroom (1964) o degli obiettivi di Locke (1968). L’organizzazione, dunque, non è più solo una macchina efficiente ma un organismo che ha anche obiettivi di efficacia. Studi e ricerche organizzativi, infatti, hanno dimostrato che le strutture più efficienti sono quelle con il personale soddisfatto e un clima interno sereno e partecipativo (Mitchell, 1997).

Si gettano, in altri termini, le fondamenta di quella che è stata definita come *Organizational Behaviour*, che negli anni ‘70 si è tradotta soltanto nella cosiddetta “*health protection*”, ovvero la tutela della sicurezza dei lavoratori e la garanzia dell’assenza di malattia. Bisognerà aspettare gli anni ‘80 perché si diffonda un nuovo concetto: quello del *Occupational Health Promotion* (Glasgow e Terborg, 1998) che apra verso l’idea di salute come tutela della condizione fisica

³³ Borgonovi E., 2013, Le aziende del SSN e il processo manageriale incompiuto: le esigenze di cambiamento sono indipendenti dalle caratteristiche del Governo. Mecosan, Numero Speciale Ed. SIPIS

e mentale, ovvero perché si passi dalla “*health protection*” alla “*health promotion*”: perché si introduca davvero il concetto di benessere. In particolare nel 1990 con il contributo di Raymond, Wood e Parick si supera il concetto di salute nei luoghi di lavoro verso quello di salute organizzativa.

Il tema ha un aspetto fortemente interdisciplinare ed apre gli orizzonti economico-aziendali a saperi propri di altre discipline quali la psicologia, creando dei collegamenti tra gli studi sul comportamento, sulla motivazione e sulla performance.

Consapevoli, infatti, che il mutato scenario competitivo ha imposto nuove esigenze in termini di efficacia, qualità delle prestazioni, centralità del cliente/utente anche le aziende pubbliche hanno sposato, tra l’altro, la logica del benessere organizzativo.

Il Decreto Legislativo 150/2009, in attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15, “in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” prevede, al comma 5 dell’art. 14, una rilevazione annuale del benessere organizzativo. Il comma 5 dell’art. 14 specifica che: “L’Organismo indipendente di valutazione della performance, sulla base di appositi modelli forniti dalla Commissione di cui all’articolo 13, cura annualmente la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale, e ne riferisce alla predetta Commissione”. In base a tali provvedimenti legislativi numerose aziende della Pubblica Amministrazione hanno attivato ricerche e studi tesi ad analizzare il benessere e il clima all’interno delle loro organizzazioni.

Per tale motivo l’analisi e alla misurazione dei fattori che influenzano quello che viene definito il “benessere organizzativo”, inteso come la capacità di un’organizzazione di promuovere e conservare il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori, può avere un importante impatto sullo stato di “salute” dell’intera organizzazione.

La rilevazione sul clima e il benessere organizzativo costituisce un’azione positiva che consente alle organizzazioni di avere un osservatorio sulla situazione

lavorativa al suo interno, fornendo al management un quadro informativo aggiornato sulle percezioni del personale, lo strumento può essere particolarmente prezioso in una fase di cambiamento organizzativo. Una organizzazione lavorativa in salute può essere definita come una realtà nella quale cultura, clima e pratiche creano un ambiente che promuove sia la salute e la sicurezza dei lavoratori, sia l'efficacia organizzativa. Un'azienda oggi va considerata come un insieme di talenti, capacità, competenze e idee: un capitale intellettuale, non tangibile, dove l'intelligenza delle persone e delle organizzazioni diviene protagonista. Sebbene un buon clima e un elevato benessere organizzativo non siano garanzia di efficienza organizzativa, è molto probabile che si ottenga una buona performance operativa laddove il personale sia motivato a lavorare in maniera attiva ed efficace. Questi aspetti influenzano la propensione dei lavoratori a concentrarsi sulla performance lavorativa e sulle relazioni personali, e rappresenta le percezioni dei dipendenti riguardo l'intera organizzazione. Il lavoro non può e non deve essere causa di malessere e di disagio da parte dei lavoratori, bensì un'occasione di valorizzazione e di sviluppo della personalità umana³⁴.

Le aziende sanitarie, in particolare, sono chiamate a garantire all'interno un'idea di salute che sia coerente con quella da erogare agli utenti. Così, anche il processo di aziendalizzazione del settore pubblico, può essere riletto indossando la lente dell'attenzione al fattore umano ed della salute dell'organizzazione³⁵.

Affinché ciò sia implementato nella realtà aziendale, oltre le previsioni normative, l'attenzione è rivolta verso indicatori che rivelino lo stato di benessere e/o di malessere. È un nuovo modo approccio alle risorse umane, fondato sull'ascolto individuale e sulla promozione del benessere, appunto, del singolo dipendente che si concretizza anche con indagini volte a conoscere le esigenze dei singoli.

³⁴Franco M., 2012, *Investire sul capitale umano. Benessere Organizzativo e soddisfazione lavorativa* in Franco M., Gregori G.L., Marcone M.R. (a cura di), (2012), *Le opportunità oltre la crisi. Prospettive manageriali e strategie pubbliche dei Paesi dell'Europa del Sud*, Società Editrice Esculapio, Bologna.

³⁵Con il termine di "salute organizzativa" ci si riferisce alla capacità di un'organizzazione non solo di essere efficace e produttiva ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico ed alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora.

Il benessere interno, infatti, può essere raggiunto soltanto favorendo il miglioramento della condizione psico-fisica del dipendente che afferisce direttamente anche alla sua sfera personale e familiare. Di qui l'attenzione verso l'analisi delle soluzioni organizzative e normative che possono conciliare le esigenze di lavoro con quelle di famiglia.

1.4 La salute reclusa

Il mondo penitenziario suscita grande interesse sia da parte della comunità scientifica che dell'opinione pubblica. Numerose sono le branche di studio che approfondiscono aspetti diversi di un universo molto sfaccettato. Forse perché il carcere può essere inteso come un "pezzo di mondo" nel quale gli individui privati della libertà devono trascorrere una parte della loro vita, con tutti i suoi differenti aspetti, in una sorta di azione inglobante (Goffman, 2001). Secondo il Segretariato Generale dello Stato il carcere è "un mondo contiguo e speculare al nostro; contiene persone diverse solo perché private della libertà." Può essere inteso, dunque, come un microcosmo del contesto ambientale nel quale si colloca, rappresentandone uno specchio dei valori, della cultura e riflettendone, pertanto, anche il percorso evolutivo.

L'idea più antica di detenzione è volta alla punizione, anche e soprattutto del corpo, senza alcun riguardo verso le condizioni igieniche³⁶, sanitarie, fisiche dei detenuti; piuttosto con finalità esclusivamente retributiva. Operando in questa direzione il carcere non ha potere deterrente o rieducativo, ma tende a produrre delinquenti ancora più incalliti (Tocqueville, 1833), in quanto il recluso è soggetto alle influenze dannose della cultura carceraria (Clemmer, 1941). Tra il XVI e XVII secolo, infatti, compaiono importanti reclusori in molte città europee. Il gran numero di detenuti ammassati nelle celle si trova in condizioni propizie alla degradazione fisica, morale, rientrando, a fine pena, in società con atteggiamenti ancora più antisociali.

Bisogna attendere il 1931 per ravvisare il primo intervento normativo che volge lo sguardo precipuamente alla condizione del detenuto. Il Regolamento per gli Istituti di prevenzione e pena del 1931 abolisce, infatti, la segregazione e pone alla base della funzione risocializzante il lavoro e le pratiche religiose, prevedendo anche la presenza di un medico all'interno di ciascun istituto penitenziario. I medici, così, accedono in carcere per curare il corpo del detenuto: il loro ruolo è

³⁶ Nel 1773 Howard, già detenuto in Francia, pubblica "Lo stato delle prigioni" destando interesse per le condizioni dei detenuti, sollevando, fra gli altri, il problema delle condizioni igieniche delle carceri. Egli afferma che il lavoro e la religione sono i mezzi migliori dell'emenda "fate che l'uomo diventi diligente e lo avrete fatto onesto"

vario³⁷ e polivalente; infatti, compete loro, fra l'altro, di occuparsi del vitto, controllare l'aerazione, l'illuminazione, il riscaldamento, l'abbigliamento. Intanto si cominciano a tessere relazioni anche con altri professionisti del settore sanitario. A regolamentare l'intera materia dei rapporti di lavoro della maggior parte delle figure professionali del servizio sanitario che svolgono attività lavorativa in carcere interviene la legge n. 40 del 1970 intitolata "Ordinamento delle categorie del personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e di pena non appartenenti ai ruoli organici dell'amministrazione penitenziaria" che, pertanto, pone le fondamenta dell'organizzazione del servizio sanitario nelle carceri.

Specifiche norme relative all'organizzazione del servizio sanitario in carcere sono contenute nella successiva legge n. 354 del 26 luglio 1975 che contempla anche la collaborazione dell'Amministrazione Penitenziaria con i servizi sanitari locali ed ospedalieri. Dunque, abbiamo una disciplina dell'organizzazione della salute in carcere rivolta sia all'interno, alle diverse figure di professionisti che vi operano, che verso l'esterno con le strutture situate al di fuori delle mura di cinta; si tratta di una risposta organizzativa alla "nuova" domanda di trattamento, di non curare più soltanto il corpo del detenuto. La legge 26/07/1975, n. 354, ha allineato, infatti, il trattamento dei detenuti, almeno sul piano delle enunciate normative, ai sistemi più avanzati di privazione della libertà personale pienamente adeguandosi alle Regole minime dell'ONU e del Consiglio d'Europa.

Con la legge del 1975, dunque, si sancisce l'abbandono della logica della de-personalizzazione, per dare ampio spazio ai problemi umani e sociali del detenuto, il cui recupero è obiettivo fondamentale del trattamento. Progressivamente si promuove il concetto di prevenzione oltre che quello della diagnosi e cura e si afferma il diritto alla riabilitazione. Un'attenzione, dunque, ricolta a non vedere il corpo del detenuto distaccato dalla testa, come una sorta di decapitazione morale, ma piuttosto a "ricongiungere la testa a corpo" (V. De Donatis, 2007). Il trattamento detentivo, quindi, si sposta dal solo corpo del

³⁷ Nel 1955, l'allora Ministero di Grazia e Giustizia, anche a seguito di frequenti sommosse, adotta una risoluzione che dispone che in ogni stabilimento penitenziario sia previsto un servizio medico con conoscenze psichiatriche. L'intera materia della salute dei detenuti è attribuita al Ministero di Grazia e Giustizia in quanto il Ministero della Salute è stato istituito solo nel 1958.

detenuto, all'uomo detenuto, verso una dimensione riabilitativa dello stesso. Da un punto di vista organizzativo, ciò ha fatto sorgere la necessità da parte del Ministero di Grazia e Giustizia di implementare forme di collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale³⁸, istituito dalla legge n. 833 del 1978. Tale legge, tuttavia, non ha previsto un preciso riferimento relativo alla sanità penitenziaria: ciò non ha escluso criticità rispetto alle competenze dei singoli ministeri in merito alle specifiche attribuzioni di responsabilità e poteri. Soltanto in questi ultimi anni il legislatore, anche per contemplare un riferimento normativo sempre più aderente alla nuova concezione trattamentale, ha optato per un contemporaneo intervento normativo nell'ambito della sanità nazionale³⁹, del riordino della medicina nelle carceri⁴⁰ e del regolamento penitenziario⁴¹, in una visione unitaria e di insieme che possa finalmente garantire una migliore fruizione dell'assistenza sanitaria.

La legge 419/98, intitolata “Delega al Governo per la realizzazione del Sistema sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e di funzionamento del servizio sanitario nazionale”, contiene quattro distinte deleghe legislative, tra le quali quella volta al riordino dell'assistenza sanitaria in carcere. In forza di questa delega è stato promulgato il D.Lgs n. 230 del 1999, composto da 9 articoli, attraverso i quali si è cercato di risolvere i problemi di collegamento e di coordinamento tra le diverse istituzioni impegnate a garantire il soddisfacimento del diritto alla salute nell'ambito carcerario. A tale proposito, l'articolo 2 precisa che “all'erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda sanitaria locale”, mentre “l'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti”.

Anche al fine di uniformare quanto più possibile il diritto alla salute del detenuto a quello del cittadino libero, è intervenuto il DPCM 2008 che ha dettato il passaggio di tutta la gestione della materia sanitaria nelle carceri alle ASL. Per attuare questo radicale cambiamento, il citato dettato normativo ha considerato un

³⁸Ciò è confortato anche dall'art. 7 della legge 296/1993 che stabilisce l'istituzione di appositi reparti detentivi ospedalieri presso gli ospedali civili.

³⁹ Legge n. 419 del 1998

⁴⁰ D.lgs. n. 230 del 1999

⁴¹ D.P.R. n. 230 del 2000.

modello organizzativo atto ad implementarlo. È evidente che tale passaggio rappresenta una forte evoluzione nel concetto di trattamento del detenuto, ma è altrettanto interessante analizzare se questa norma si sia tradotta in uno strumento volto a garantire un trattamento non più retributivo, ma riabilitativo e addirittura preventivo nella tutela della salute del detenuto⁴².

⁴² Sull'evoluzione della salute in carcere si veda:
Starnini G., 2009, Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario Nazionale, in Autonomie locali e servizi sociali, Il Mulino, pp. 3-14
Esposito M., 2007, *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, FrancoAngeli, Milano
De Donatis V., Sagulo O., Il divenire della medicina penitenziaria attraverso la conoscenza dello stato di salute della popolazione detenuta, 2002, in *Ristretti Orizzonti*
Centonze A., 2006, L'esecuzione della pena detentiva e la ricostruzione sistematica della nozione di gravità delle condizioni di salute del detenuto, in www.rassegnapenitenziaria.it

1.5 L'organizzazione della sanità penitenziaria

L'evoluzione del concetto di detenzione già esposto in chiave normativa, può essere riletto indossando la lente organizzativa. Senza presunzione alcuna di poter trattare in maniera esaustiva le dottrine manageriali che hanno caratterizzato uno spazio temporale così ampio, in questa sede si vuole mostrare quanto anche gli studi organizzativi abbiano accompagnato le fasi salienti dell'evoluzione del concetto di trattamento e detenzione. Partendo, infatti, da una matrice scientifica-dottrinale, gli studi manageriali hanno fornito delle risposte adeguate alle mutevoli esigenze del contesto della sanità penitenziaria.

Ripercorrendo la storia del concetto di detenzione è possibile individuare tre fasi salienti nel processo storico dell'idea di detenzione: da una finalità punitiva a quella restitutiva, fino ad arrivare a quella di ri-educazione e re-inserimento.

L'esame del percorso evolutivo che ha riguardato la sanità penitenziaria può essere riletto, pertanto, anche nell'ottica della dottrina aziendalistica, mostrandone una parallela evoluzione rispetto agli studi afferenti la salute ed il trattamento del detenuto: è possibile, infatti, indagare tre concezioni di uomo *in vinculis*, che hanno dato vita ad altrettanti "miti della salute in carcere" intesi in chiave neo-istituzionale (Meyer, Rowan, 1977).

Il primo stadio del concetto di uomo-detenuto è legato alla visione di "corpo docile" proposta da Foucault (1975) nonché di corpo incarcerato elaborata da Gonin (1994), i quali hanno alimentato una prospettiva che guarda la persona detenuta separata sia dall'anima sia dal contesto carcerario che si trova a vivere: l'attenzione è rivolta esclusivamente al corpo quale destinatario della pena, della punizione. Da ciò consegue che lo scopo prioritario della carcerazione sia di tipo retributivo (Rebora e Meneguzzo, 1990), ovvero quello di infliggere al detenuto una pena proporzionata al reato commesso. Il dolore insito nello status di detenuto costituisce una sorta di "retribuzione" negativa volta a disinnescare il potenziale criminoso dell'individuo (Piscopo & Palumbo, 2012).

Il questa fase, dunque, il concetto di salute è associato esclusivamente all'idea di una cura da prestare alla persona detenuta soltanto in casi di necessità.

Coerentemente a questa impostazione rigida e “meccanicistica” del fine detentivo, la struttura organizzativa confacente è quella propria delle teorie classiche che meglio si adatta al potere gerarchico-autoritario che l’Amministrazione Penitenziaria esercitata nei confronti dei detenuti.

Ciò si riscontra nella prospettiva *mainstream* del razionalismo individualista con il quale la stessa amministrazione ha perseguito, in questo primo stadio evolutivo, una finalità esclusivamente custodialistica, a cui ha fatto seguito un autoritarismo legalista (Magliona & Sarzotti, 1996).

Il successivo passaggio, che intende la salute in carcere come diritto del detenuto costituzionalmente garantito, si traduce in una finalità riabilitativa della pena; da ciò discende il “mito della salute” inteso come diritto autonomo del soggetto, non più accessorio rispetto alla sorveglianza.

È il momento di epocale trasformazione della logica detentiva nella quale comincia a fare capolino l’idea di salute del corpo; di tutela della salute del corpo. Un’idea che cozza col tradizionale concetto di punizione corporale, appunto.

Compare, perciò la figura del medico che “si prende cura” e non che cura delle ferite.

Da un punto di vista organizzativo, sono gli anni del New Public Management, della ingerenza di logiche aziendali nel mondo pubblico, che in questa fase si traducono nei primi interventi normativi che intervengono sulla complessa materia.

Tutto ciò, infatti, trova conforto anche nel D.Lvo. 22 giugno 1999, n. 230, che vede per la prima volta assegnata la competenza per l’erogazione delle prestazioni sanitarie alle ASL e quella per la sicurezza dei detenuti e degli internati all’Amministrazione Penitenziaria.

La terza fase è quella che segna la reale svolta nel trattamento delle persone detenute, alle quali ora è rivolto un trattamento di ri-educazione volta al re-inserimento sociale. I confini della sanità ora si allargano fino a voler abbracciare la promozione del ben-essere quale “antidoto” al mondo del reato.

È l’apertura del carcere sul territorio, che si accompagna alle teorie della *New Public Governance* e che da un punto di vista organizzativo può essere ricondotta al filone dei *Critical Management Studies* (CMS). Infatti, gli autori

CMS sostengono, tra l'altro, che “*il management delle odierne aziende è guidato da obiettivi di breve periodo – il profitto – piuttosto che essere guidato da interessi legati alla società nella sua interezza e che altri obiettivi – ad esempio giustizia, comunità, crescita umana, equilibrio ecologico – debbano essere perseguiti al fine di supportare il governo delle attività economiche.*” (Adler, Forbes, Willmott, 2007).

Nonostante questa affermazione sia rivolta al mondo delle imprese, è possibile applicare tale impostazione anche alle aziende pubbliche, superando, in chiave *critical*, gli assunti del *New Public Management* (NPM). L'analisi della dimensione dei confini dell'organizzazione pubblica (ampliati alla “*società nella sua interezza*”) ed il perseguimento di obiettivi di “*giustizia, comunità, crescita umana, equilibrio ecologico*” evolvono i miti del razionalismo individualista e dell'autoritarismo leghista (Adinolfi, 2005), concetti propri del NPM, che possono ravvisarsi in stadi meno recenti del concetto di detenzione e trattamento, aprendo verso una visione sistemica della sanità penitenziaria.

La finalità riabilitativa della detenzione, volta cioè alla rieducazione e al reinserimento sociale del ristretto si colloca, perciò, da un punto di vista dottrinale, in un superamento dell'impostazione *mainstream*, che diventa ancor più manifesto nell'ultima e più evoluta dimensione culturale che intende l'uomo detenuto in senso olistico e considera la sua salute come un sistema bio-psicosociale in stretta armonia con il proprio sé, con gli altri e con l'ambiente di riferimento (Baccaro, 2007). Il mito associato è quello di salute come stato di completo benessere psico-fisico, soggettivamente e oggettivamente inteso, che rende possibile il mantenimento e la salvaguardia delle capacità individuali di perseguirlo e la personale capacità progettuale nelle scelte esistenziali. A dare veste istituzionale al nuovo mito razionalizzato interviene il DPCM del 1 aprile 2008 che fornisce definitiva legittimazione normativa e sociale circa la competenza del SSN nella gestione dei servizi sanitari all'interno dei penitenziari.

Dalla visione *critical* discende, dunque, il superamento delle determinanti culturali del *New Public Management*; l'Amministrazione Penitenziaria rinuncia ai miti dietro i quali si era barricata nel tentativo di garantire la piena esplicazione delle funzioni di sicurezza a favore della collettività.

La prospettiva dei *Critical Management Studies* (Alvesson, Willmott, 1996; Mercurio, Mangia, 2009), perciò, sposta l'attenzione degli studiosi verso aspetti in precedenza trascurati, quali il perseguimento della giustizia in una prospettiva di equità e di garanzia della dignità umana, la promozione del benessere psico-fisico a favore di tutti i detenuti, l'umanizzazione del servizio di detenzione. La prospettiva *critical*, in sostanza, porta a “de-costruire” la realtà della sanità penitenziaria, come illustrata in chiave *mainstream*, attraverso un'analisi delle ideologie nonché delle forme di pensiero (Alvesson, Deetz, 2000) che hanno accompagnato l'evoluzione del settore.

Gli strumenti interpretativi della lettura *critical* consentono di leggere il travaso delle competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale non come mero “passaggio di consegne”, ma come concretizzazione del concetto di “nuova salute” in carcere, in grado di restituire dignità alla funzione riabilitativa dell'istituzione penitenziaria.

CAPITOLO 2

L'ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE PRIVATE E PUBBLICHE

2.1 Il mutevole contesto

Negli ultimi decenni si sono verificati una serie di cambiamenti economici e sociali che hanno coinvolto l'intero sistema mondiale, provocando la scomparsa dei confini nazionali e l'affermarsi del mercato globale⁴³. Alcune delle caratteristiche peculiari di questo nuovo contesto sono la rapidità e la qualità, le quali rappresentano degli obiettivi che le aziende intendono perseguire al fine di soddisfare e creare valore per il cliente⁴⁴, consolidando, così, la propria posizione sul mercato.

Questo scenario, a livello internazionale, è stato pure favorito dallo sviluppo della ricerca e delle innovazioni, che hanno dato luogo anche al proliferarsi di nuove realtà produttive, le quali mirano a soddisfare bisogni emergenti con prodotti e servizi sempre più innovativi e di qualità. Ciò è stato reso possibile anche dallo sviluppo dei nuovi strumenti della tecnologia dell'informazione: l'informatica, l'elettronica e le telecomunicazioni.

Da un punto di vista aziendale, l'avvento dell'automazione e dall'*information technology*, non hanno provocato effetti solo sulla produzione in senso stretto, ma su tutta la struttura organizzativa⁴⁵: alla staticità della *one best way* proposta dal razionalismo *taylorista* si sostituisce il miglioramento continuo; al tradizionale approccio che guarda all'efficienza delle singole risorse e funzioni

⁴³ Il premio Nobel per l'economia Paul Krugman ha definito la globalizzazione come "fenomeno di unificazione dei mercati a livello mondiale consentito dalla diffusione delle innovazioni tecnologiche, specie nel campo della telematica, che hanno spinto verso modelli di consumo e di produzione più uniformi e convergenti". Krugman P., *International economics: theory and policies*. London Harper and Collins, p.135, 1991

⁴⁴ Sulle modalità di creazione del valore, ed in particolare, del modello di costellazione del valore, si veda: R. Normann, R. Ramirez, *Le strategie interattive d'impresa. Dalla catena alla costellazione del valore*, Etaslibri, Milano, 1995; Ed. orig.: *Designin of interactive Strategy. From value chain to value costellation*, John Wiley, Chichester, 1994.

⁴⁵ Bartezzaghi E., Spina G., Verganti R., *Nuovi modelli di impresa e tecnologie di integrazione*, Angeli, Milano, 1994

si contrappone la visione per processi ed una rinnovata attenzione alla riduzione dei tempi di lavoro (*lead time*⁴⁶ e *time to market*)⁴⁷.

Le imprese, quindi, per rispondere alle sollecitazioni provenienti da una competitività sempre più ampia⁴⁸, devono costantemente tenere in considerazione nuovi imperativi. Ciò al fine di soddisfare le esigenze sempre più specifiche e differenziate del cliente e per aumentare sempre più il grado di soddisfazione⁴⁹ e di appartenenza⁵⁰ dello stesso. Queste esigenze comportano, conseguentemente, dei cambiamenti nell'apparato produttivo e nella coordinazione tra le varie aree funzionali che sono avvinte in un unico processo di creazione del valore. L'effetto a livello organizzativo di questi mutamenti è stata la deverticalizzazione dei processi produttivi con l'affermarsi del modello della *lean organization*⁵¹ ottenuto attraverso manovre di *downsizing*, *delaying*, *outsourcing*⁵² e *reengineering*⁵³ dei processi aziendali attuate al fine proprio di accrescere la flessibilità⁵⁴.

La ricerca di strutture più flessibili è affrontata, in alcuni casi, con il cosiddetto “alleggerimento” organizzativo, governato attraverso processi di decentramento produttivo e focalizzazione sulle parti più critiche del “sistema

⁴⁶ Per *lead time* s'intende il tempo necessario ad attuare il processo produttivo: il tempo che intercorre tra la richiesta di un certo prodotto da parte del cliente ed il momento in cui questo lo riceve. Per indicare il *lead time* del processo di sviluppo di nuovi prodotti è stato introdotto il termine *time to market*.

⁴⁷ Bonazzi G., *Il tubo di cristallo. Modello giapponese e fabbrica integrata alla FIAT Auto*, Il Mulino, Bologna, 1993

Cusumano M.A., *The limits of “Lean”*, in *Sloan Management Review*, Summer, 1994

⁴⁸ Per approfondimenti riguardo le conseguenze dalla globalizzazione sull'economia, si veda: E. Rullani, *L'impresa “reale” e le sue prospettive: una mappa dell'evoluzione in corso*, in *Finanza, Marketing & Produzione*, supplemento n. 4, dicembre 1994

⁴⁹ Dal concetto di “*economie di scala*” si è passati, infatti, a quello di “*economia della diversità*” nel senso che l'impresa attuale non deve puntare su un elevato numero di prodotti standardizzati, ma su una produzione di beni che soddisfino le esigenze specifiche dei diversi clienti. Per approfondimenti si veda: Goldhar J.D., Jelinek M., *Management et nouvelles technologies*, in *Harvard l'expansion*, Autunno 1985

⁵⁰ Sull'evoluzione del rapporto con il cittadino-utente, si veda G. Ambrosino & S. Romanazzi, *Including the Chamber of Commerce customers: satisfaction as trust predictor*, in *8th EuroMed Annual Conference Book of Proceedings*, Verona 16-18 September, ISBN: 978-9963-711-37-6, 2015

⁵¹ È un assetto organizzativo che recupera l'ampliamento e l'aggregazione dei ruoli organizzativi, ed è quindi caratterizzato da un ampio sviluppo di tipo orizzontale.

⁵² Sono manovre consistenti nell'esternalizzazione di alcune attività aziendali al fine di focalizzare l'attenzione sul *core business*.

⁵³ È una diversa impostazione delle modalità produttive e della stessa organizzazione aziendale che deriva dalle nuove esigenze della produzione.

⁵⁴ Boldizzoni D., Serio L., *Lo spin off tra imprenditorialità e management*, in *Impresa & Stato*, n.43

azienda”, le cosiddette “*core competence*”, con l’obiettivo di eliminare i processi aziendali a minor valore.

L’impresa⁵⁵ attuale, infatti, risponde ai nuovi condizionamenti ambientali con una maggiore flessibilità e creatività⁵⁶, talvolta ricorrendo anche ad accordi ed alleanze strategiche⁵⁷.

Le riposte, dunque, più frequenti date dalle organizzazioni alle nuove esigenze derivanti dall’esterno sono state fundamentalmente due: da un lato procedere nel business esistente, facendo leva sui benefici di scala, di ampiezza o finanziari, dall’altro entrare in nuovi business attraverso una significativa campagna di acquisizioni⁵⁸.

⁵⁵ Esiste una differenza tra il concetto di azienda e quello d’impresa, sia da un punto di vista giuridico che aziendalistico. L’art. 2555 cod. civ., infatti, identifica l’azienda come il complesso di beni organizzati dall’imprenditore per l’esercizio dell’impresa, mentre l’impresa è riconosciuta come l’attività economica organizzata al fine della produzione e dello scambio di beni o servizi. Gli studi aziendali, invece, attribuiscono al concetto di azienda un contenuto più ampio di quello d’impresa, intesa quest’ultima più specificamente come impresa di produzione. In tale contesto, tuttavia, si useranno i due termini come sinonimi.

⁵⁶ Rea A., *La gestione creativa dell’impresa. Dalla percezione del contesto ambientale alla costruzione della strategia innovativa*, Cedam, Padova, 1995

⁵⁷ Webster F.E. Jr., *Il nuovo ruolo del marketing nell’impresa* in G. Cozzi, G. Ferrero, *Le nuove frontiere del marketing*, Giappichelli, Torino, 1996; Ed. orig.: *The Changing Role of Marketing in Corporation* in *Journal of Marketing*, n. 56, 1992

⁵⁸ Ghoshal S., Bartlett C., *Building the Entrepreneurial Corporation: new organization processes, new managerial task*, in *European Management Journal*, vol. 13, n.2, 1995

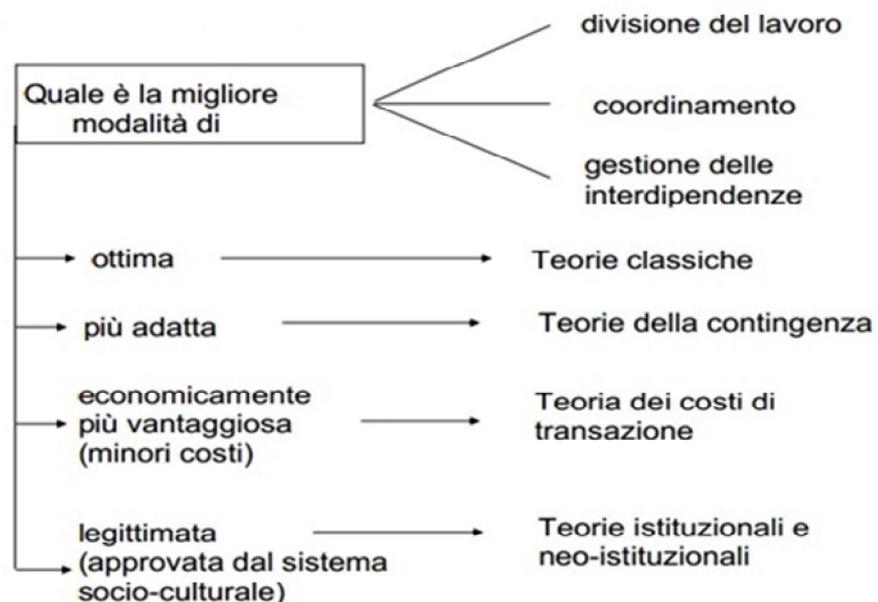
2.2 Le risposte organizzative

Dalla breve disamina del turbolento contesto nel quale spaziano le differenti tipologie di imprese, appare chiaro che l'evoluzione ed il mutare dell'ambiente esterno provochi, in maniera consequenziale e quasi simbiotica, una parallela risposta organizzativa sia in termini di progettazione della struttura interna, che di posizionamento nell'arena competitiva nei confronti degli altri attori: un'esigenza, dunque, di continua ri-progettazione interna ed esterna.

Questo articolato processo è stato accompagnato da differenti impostazioni filosofiche, espresse in teorie organizzative⁵⁹ di cui si esporrà una breve disamina che vuole soltanto rappresentare una rilettura di alcuni aspetti salienti di un percorso evolutivo che può essere interpretato in un'ottica che predilige ora l'aspetto interno degli equilibri aziendali, ora quello di apertura verso l'esterno.

Una possibile sintesi è rappresentata nella figura 2.1

Figura 2.1 – L'organizzazione Aziendale nelle teorie classiche



Trattando l'organizzazione *“dell'analisi e del disegno dei processi di divisione del lavoro e di coordinamento fra più soggetti in un sistema di attività*

⁵⁹ “La teoria organizzativa non è una raccolta di fatti; è un modo di concepire le organizzazioni, di vederle e analizzarle più accuratamente e approfonditamente di quanto si potrebbe fare altrimenti”
R. L. Daft, Organizzazione Aziendale, Apogeo, 2010

*economiche*⁶⁰, i primi studi sistemici in tema organizzativo sono da ricondurre all'epoca della rivoluzione industriale, ovvero alla fase di nascita e, soprattutto, di sviluppo sistema di fabbrica. Coerentemente con il fine aziendale di quel periodo, ovvero quello della grossa produzione industriale e della massimizzazione del profitto, le strutture organizzative congeniali a tale scopo sono fortemente focalizzate sull'efficienza del nucleo operativo, in particolare, nella produzione in serie⁶¹. È l'epoca dell'impresa fordista e della divisione meccanica del lavoro; è l'epoca del cosiddetto *Scientific Management* il cui pioniere fu Frederick Taylor, secondo il quale “i lavoratori possono essere riattrezzati come macchine, ricalibrandone gli ingranaggi fisici e mentali per migliorare la produttività.”⁶² La divisione scientifica del lavoro e di tutto il processo produttivo sottendono alla logica della *one best way*: esiste, cioè, una modalità organizzativa ottima per raggiungere un determinato fine, ovvero per aumentare la produttività. Le organizzazioni capaci di rispondere a queste esigenze sono configurate come delle macchine⁶³, la cui struttura tipica è quella della burocrazia⁶⁴.

Sempre in seno a quella che può essere definita la prospettiva manageriale classica si colloca la *Scuola dei principi di amministrazione*⁶⁵ che con Henri Fayol⁶⁶ sposta l'attenzione dal nucleo operativo alla progettazione nel suo complesso⁶⁷, in particolare all'unità di direzione e di comando⁶⁸.

Tuttavia gli studi organizzativi, si rivolgono da una parte alla progettazione organizzativa, ponendo maggior riguardo alle strutture ed ai processi e dall'altra alla gestione delle risorse umane. Così, alla teoria classica

⁶⁰ Mercurio R., Testa F., 2000, *Organizzazione. Assetto e relazione nel sistema di business*. G. Giappichelli Editore – Torino.

⁶¹ Taylor, F. W., *The Principles of Scientific Management*, NY Harper, (1911)

⁶² Crossen C., 2006, Early Industry Expert soon realized a staff has its own efficiency in *The Wall Street Journal* (6 novembre 2006), B1

⁶³ Morgan G., 2002, *Imagines. Le metaforre dell'organizzazione*. FrancoAngeli

⁶⁴ Weber, M., *Wirtschaft und Gesellschaft*, Mohr, Tübingen, (1922), trad. it. (1986), *Economia e Società, Comunità*, Milano, trad. parz. Ing. (1947), Henderson A. e Parson T., (a cura di) *The Theory of Social and Economic Organization*, Free Press Glencoe

⁶⁵ Mooney J.D. , *The principles of Organization*, in *Papers on the Science of Administration*, a cura di Gulick L. e Urwick L., NY, Institute of Public Administration, Columbia University, (1937), pp. 89-98

⁶⁶ Fayol, H., *Administration Industrielle et générale*, Dunod – Pinat (1916), Paris, trad. ingl. (1949), *General and Industrial Management*, Pitman, London, trad. it. (1973), *Direzione Industriale e Generale*, FrancoAngeli, Milano

⁶⁷ Mooney, J.D. e Reiley, A.C., *The Principles of Organization*, Harper & Brothers, (1939), NY

⁶⁸ Gulick, L. e Urwick, L. (a cura di), *Papers on the Science of Administration*, IPA, (1937), NY <http://home.att.net/~nickols/relationship.pdf>

seguono quasi contemporaneamente da una parte la Scuola delle Relazioni Umane con tutto il filone delle teorie motivazionalistiche che afferiscono, appunto, al rapporto con il lavoratore e dall'altra quelle che focalizzano l'attenzione sul fine dell'organizzazione.

Pertanto, gli anni successivi all'impostazione burocratica delle organizzazioni sono caratterizzati, tra l'altro, dalle teorie sulla motivazione di cui una forte testimonianza è la Scuola delle Relazioni Umane⁶⁹ di Elton Mayo⁷⁰.

Alla rigida divisione del lavoro ed alla considerazione del lavoratore quale una macchina, segue una nuova visione del lavoratore quale leva dell'organizzazione. Le teorie motivazionali si concentrano, appunto, sull'analisi della spinta che muove l'agire del dipendente e che lo proietta verso una maggiore realizzazione lavorativa. Al concetto di efficienza produttiva, si associa, così, quello di efficacia lavorativa, attuato mediante lo studio dei suoi bisogni (con la scala del valore di Maslow⁷¹), della sua necessità di autorealizzazione maturata da Mc Clelland sulla scorta dei contenuti di Freud, del significato del denaro di Abegglen, ed arricchito dai contributi di Barnard, Argyris, Herzberg, Mc Gregor.

Così anche lo studio delle soluzioni organizzative più coerenti con questa nuova visione del lavoratore, contrappone alle strutture meccaniche, tipiche della burocrazia, quelle "organiche"⁷² che consentono di volgere lo sguardo aziendale anche verso l'ambiente in cui opera e vive l'organizzazione⁷³.

Lo sguardo delle organizzazioni comincia a volgersi verso l'esterno.

⁶⁹ Barnard, C.I., *The Functions of the Executives*, Cambridge, Mass., University Press, (1938); trad. it., *Le funzioni del dirigente*, Utet, Torino, 1970

⁷⁰ Mayo, E., *Human Problems of an Industrial Organisation*, (1933), Boston
Mayo, E., *The Social Problemsoof an Industrial Civilization*, Boston, Graduate School of Business Administration, Harvard University, (1945); trad. it. (1969), *La civiltà industriale*, Utet, Torino

⁷¹ Abraham Maslow, *Motivation and Personality*, 1954

⁷² Burns e Stalker (1961) applicando la metafora biologica cercarono di trovare una correlazione fra ambiente e configurazioni organizzative.

Burns T., Stalker G.M., 1961, *The Management of Innovation*, Tavistock, Londra; trad. it.: *Direzione aziendale e innovazione*, Franco Angeli, Milano, 1971.

⁷³ Lawrence e Lorsh (1967) applicando e sviluppando tale approccio arrivano alla determinazione che il sistema organizzativo si compone di sottosistemi e che la differenziazione organizzativa di questi dipende dalle caratteristiche dei sottoambienti di riferimento mentre il loro grado d'integrazione dipende dal loro grado di differenziazione e quindi di complementarità e dal grado di stabilità dell'ambiente globale circostante.

Lawrence P.R., Lorsch J.W., 1967, *Organization and Environment. Managing Differentiation and Integration*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.; trad. it. *Come organizzare le aziende per affrontare i cambiamenti tecnico produttivi e commerciali*, Franco Angeli, Milano, 1976).

È la premessa della Teoria della Contingenza che trova espressione proprio negli anni '50 -'70 rompendo lo schema della *one best way* della scuola classica, con il principio del *one better fit*. Alla soluzione organizzativa ottima, si contrappone, cioè, quella più adatta e coerente a ciascun fattore contingente. Questa teoria fa da sfondo agli scritti di H. Mintzberg⁷⁴, ma trova un'ampia eco espressiva in autori quali Woodworld⁷⁵, Aston, Galbraith, Porter, Miles e Snow e in Chandler con la cosiddetta “mano visibile” che contrasta, evidentemente, la “mano invisibile” di Adam Smith⁷⁶.

La conoscenza dei fattori contingenti soggetta a razionalità limitata espressa da Simon, insieme allo studio delle regole decisionali, dell'ambiguità dei processi decisionali, del conflitto organizzativo di March e quanto postulato dal Karlweik sono alcune espressioni delle successive teorie cognitive o cognitive.

Tuttavia, alla logica della scelta della configurazione più opportuna alle contingenze, segue quella della “convenienza economica”, a cercare forse di dare una risposta a quale debba essere il fine ultimo da seguire nella scelta degli obiettivi organizzativi. La scelta, dunque, tra alternative atte ad aggregare le risorse (che già cominciano a diventare scarse) sarà dettata dalla ricerca della soluzione “economicamente più vantaggiosa”: questa è l'idea della “Nuova economia Istituzionale”, ovvero dell'”Economia dei costi di transazione”, ben espressa da Williamson⁷⁷, Ouchi, Eccles, Buttler.

Sono gli anni in cui la cultura manageriale comincia ad irrompere anche nel contesto statale, così la determinante costituita esclusivamente da ragioni economiche, non appare sufficiente per spiegare la forma più efficiente anche di

⁷⁴ Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs: PranticeHall.

Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall

⁷⁵ Il lavoro di Joan Woodworld ha dato origine alla scuola tecnologica. Questa scoprì che, se non vi era alcun legame fra organizzazione e successo aziendale, vi era una buona correlazione fra struttura organizzativa verticale e tecnologie utilizzate per i sistemi di produzione.

Woodward J., 1965, *Industrial Organization: Theory and Practice*, Oxford University Press, Oxford; trad. it. *L'organizzazione industrial. Teoria e Pratica*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1975.

Woodward J. (ed.), 1970, *Industrial Organization: Behavior and Control*, Oxford University Press, Oxford;

⁷⁶ Smith, A. (1776). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Milano: Isedi.

⁷⁷ Williamson, O. E. (1975). *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York: Free Press

altre tipologie di organizzazioni, quali appunto, quelle pubbliche. Un limite, infatti, per le realtà organizzative sviluppatasi in seno alla teoria istituzionalista è che rispondendo, ad esempio, allo stesso dettato normativo, tutte le organizzazioni assumono configurazioni simili e per questo poco efficienti. È il caso del cosiddetto isomorfismo normativo, che può assumere anche aspetti istituzionali, coercitivi, mimetici, provocando così l'inerzia strutturale delle organizzazioni che vi appartengono.

Una possibile risposta a tale limite è stata proposta dalla Teoria Neoistituzionale⁷⁸. Partendo dall'assunto che le organizzazioni sono conseguenza del contesto in cui vivono (di matrice darwiniana), si considera che esse siano condizionate dal contesto esterno dal quale ricercano legittimazione sociale. Ciò influenzerebbe le scelte dei *managers* che sarebbero condizionate e influenzate dai valori, tradizioni, cultura del contesto in cui operano. Si supera, così, sia la ricerca della soluzione organizzativa migliore, che quella più adatta e più efficiente in favore della soluzione legittimata dal contesto di riferimento.

Al neoistituzionalismo è seguita la corrente critica di Braverman (1974) e Clegg e Dunkerley (1977) e le teorie postmoderne di Cooper, Deetz, Calas⁷⁹

⁷⁸ DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1991). Introduction. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis* (pp. 1-38). Chicago: University of Chicago Press.

⁷⁹ Burns J., Scapens R.W., Conceptualizing management accounting change: an institutional framework, in *Management Accounting Research*, 2000, 11, 3-25
Scapens R.W., 1994, Never mind the gap: towards an institutional perspective on management accounting practice, in *Management Accounting Research*, 1994, 5, 301-321

2.3 Uno sguardo verso l'esterno: una rilettura sistemica

Il rapporto con il contesto esterno, già avvenuto in parte con le teorie cognitive, può essere considerato quale chiave di lettura capace di osservare gli studi organizzativi che si sono sviluppati a partire dalla fine degli anni 60 con la teoria dei sistemi.

A partire, infatti, dalla fine degli anni '60 l'azienda è stata definita come sistema aperto nel quale una delle più significative discriminanti rispetto al passato è il rapporto con l'ambiente⁸⁰, definito da Rugiadini come quell' "insieme di fenomeni di accadimenti che, pur estranei e differenti rispetto all'oggetto di cui ci occupiamo (l'organizzazione), esercitano o possono esercitare su di esso una notevole influenza"⁸¹ la quale può essere più o meno diretta rispetto all'organizzazione se trattasi di ambiente generico o specifico^{82 83}.

⁸⁰ Benassi M., "L'ambiente", in G. Costa, R. Nacamulli (a cura di), "Manuale di Organizzazione Aziendale", Vol. II, Utet, 1997, Torino, pag. 6

⁸¹ Rugiadini A. "Organizzazione di Impresa", Giuffrè, Milano, 1979

⁸² L'ambiente generale ha un impatto indiretto sull'organizzazione. Fanno parte dell'ambiente generale, ad esempio, gli aspetti culturali, tecnologici, educativi, politici, legali, economici, sociologici e così via; si tratta di variabili che non hanno un contatto diretto con l'organizzazione e, pertanto, non possono essere da questa modificate. Le caratteristiche dell'ambiente generale diventano rilevanti per l'organizzazione solo nel momento in cui entrano in contatto con essa attraverso una qualche relazione di scambio, ad esempio l'introduzione di una nuova tecnologia da parte di un concorrente può modificare gli obiettivi dell'unità ricerca e sviluppo dell'azienda considerata. L'ambiente specifico, al contrario, è unico per ciascuna organizzazione in quanto dipende dalle scelte effettuate da quest'ultima. Rientrano nell'ambiente specifico, ad esempio i clienti ed i fornitori di prodotti e servizi offerti, le tecnologie utilizzate.

⁸³ Perrone V. "Le strutture organizzative d'impresa", Egea, Milano, 1990, pag. 253 e seguenti

Figura 2.2 – Dalle teorie sistemiche

TEORIE SISTEMICHE	Teoria dell'organizzazione come sistema aperto	Beer S., (1964)	Beer, S., <i>Cybernetics and Management</i> , John Wiley, (1964), NY
		Haberstroh C., (1965)	Haberstroh, C., <i>Organization Design and Systems Analysis</i> , in <i>Handbook of Organizations</i> , a cura di J.G. March, Chicago, Rand McNally, (1965), pp. 1171-1211
		Katz D., Kahn R. L., (1966)	Katz, D. e Kahn, R. L., <i>The Social Psychology of Organizations</i> , John Wiley, (1966, 1978) 2d edition, NY, trad. it. (1968), <i>Psicologia Sociale delle Organizzazioni</i> , Etas Kompass, Milano
	Teoria delle contingenze strutturali	Burns T., Stalker G.M., (1961)	Burns, T. e Stalker, G.M., <i>The Management of Innovations</i> , Tavistock, (1961), London, trad. it. (1971), <i>Direzione Aziendale e Innovazione</i> , FrancoAngeli, Milano
		Woodward J., (1965)	Woodward J., <i>Industrial Organization: Theory and Practice</i> , Oxford University Press, (1965), Oxford, trad. it. (1975), <i>Organizzazione Industriale: teoria e pratica</i> , Rosenberg & Sellier, Torino
		Lawrence P.R., Lorsch J.W., (1967)	Lawrence, P.R. e Lorsch, J.W., <i>Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration</i> , Harvard University Press, (1967), Cambridge, MA
		Gruppo di Aston (Pugh D.S., Hinings C.R., Hickson D.J, Turner C.), (1969)	Gruppo di Aston (Pugh, D.S., Hinings, C.R., Hickson, D.J. e Turner C.), <i>The Context of Organizational Structure</i> , Administrative Science Quarterly, (1969), 14, 91-114
		Child J., (1972)	Child, J., <i>Organizational Structure, Environment and Performance: the Role of Strategic Choice</i> , in <i>Sociology</i> , VI, gennaio, (1972), pp. 1-22
		Galbraith J., (1973, 1977)	Galbraith, J., <i>Designing Complex Organizations</i> , Reading, Addison-Wesley, (1973), Mass. Galbraith, J., <i>Organization Design</i> , Reading, Addison-Wesley, (1977), Mass.
		Trist E.L., Bamforth K.W., (1951)	Trist, E.L. e Bamforth, K.W., <i>Social and Psychological Consequences of the Long-Wall Method of Coal Getting</i> , in "Human Relations", 4, febbraio, 1951, pp. 3-28

		Emery F.E. (contributi di: Ackoff Russell L., Angyal A., Ashby W. R., Bertalanffy Von F., Fleibeman J., Friend J. W., Hirshman A. O., Kahn R. L., Katz D., Koehler W., Kremyanskiy V. I., Lindblom C. E., Nagel E., Schutzenberger M. P., Selznick P., Simon Herbert A., Sommerhoff G., Trist E. L., Ways M.), (1959)	Emery, F.E., <i>Characteristic of Socio-Technical Systems</i> , Tavistock Document, 527, London, (1959), <i>La teoria dei sistemi: Presupposti, caratteristiche e sviluppi del pensiero sistemico</i> , FrancoAngeli, (1974), Milano
	Scuola socio-tecnica	Emery F.E., Trist E.L., (1960)	Emery, F.E. and Trist, E.L. <i>Socio-technical Systems</i> , in C.W. Churchman and M. Verhulst (eds), <i>Management Science, Models & Techniques</i> , vol. 2, Permagon, 1960, pp. 83-97
		Emery F.E., Thorsrud E., (1964)	Emery, F.E. e Thorsrud, E., trad. ing. <i>Form and Content in Industrial Democracy</i> , London, Tavistock, 1969 (1 ^a ed. 1964)
ECOLOGIA DELLE POPOLAZIONI		Hannan M.T., Freeman J.H., (1977)	Hannan, M.T. e Freeman, J.H., <i>The Population Ecology of Organizations</i> , American Journal of Sociology, 83, 929-984, (1977)
		Aldrich H.E., (1979)	Aldrich, H.E., <i>Organizations and Environments</i> , Prentice Hall, Englewood Cliffs, (1979), NY
		Carrol G.R., (1984)	Carrol, G.R., <i>Organizational Ecology</i> , in Annual Review of Sociology, 10, 1984, pp. 71-93
TEORIA DELLA DIPENDENZA DALLE RISORSE		Pfeffer J., Salancik G.R., (1978)	Pfeffer J. e Salancik, G.R., <i>The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspectives</i> , Harper Row, (1978), NY
TEORIA DEI COSTI DI TRANSAZIONE		Williamson, (1975)	Williamson, O. E., <i>Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications</i> , NY, Free Press, 1975; trad. it. <i>Mercati e gerarchie</i> , in Organizzazione e Mercato, a cura di R. Nacamulli e A. Rugiadini, Bologna, Il Mulino, 1985
NEOISTITUZIONALISMO		Meyer J. Rowan B., (1977)	Meyer, J. e Rowan, B., <i>Institutionalized Organizations. Formal Structure as Myth and Ceremony</i> , American Journal of Sociology, 83, 340-363, (1977)
		DiMaggio P., Powell W.W., (1983)	DiMaggio, P. e Powell, W.W., <i>The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields</i> , American Sociological Review, 48, 147-160 (1983)

	Meyer J.W., Scott W.R., (1983)	Meyer, J.W. e Scott, W.R., con l'assistenza di B. Rowan e T.E. Deal, <i>Organizational Environments: Ritual and Rationality</i> , Beverly Hills, CA, Sage, Inc., (1983)
	Zucker L.G., (1977, 1991)	Zucker, L.G., <i>The Role of Institutionalization in Cultural Persistence</i> , <i>American Sociological Review</i> , 42, 726-743, (1977)
		Zucker, L.G., <i>The Role of Institutionalization in Cultural Persistence</i> , in W.W. Powell & P.J. DiMaggio (eds.). <i>The New Institutionalism in Organizational Analysis</i> . Chicago and London: The University of Chicago Press, (1991), pp. 83-107

Con le Teorie dei Sistemi, dunque, l'attenzione si orienta verso le modalità con le quali le organizzazioni, in quanto appunto sistemi aperti, si rapportano al proprio ambiente con il quale hanno continue interazioni.

Tale impostazione è da alcuni definita la "svolta" sistemica ad intendere proprio la rottura rispetto ad uno sguardo rivolto esclusivamente alle azioni e alle politiche progettate all'interno dell'impresa stessa, ma rivolto ora ad un orizzonte più ampio nel quale la visuale comprende anche le relazioni interorganizzative che completano⁸⁴ l'agire della singola impresa⁸⁵. Secondo questa prospettiva, infatti, l'organizzazione ora è intrappolata (*embedded*⁸⁶) in un tessuto relazionale nel quale si analizzano i membri che ne fanno parte e le eventuali relazioni che li legano: è l'immagine di una rete, di un *network*.

È complesso individuare con precisione un principio degli studi reticolari⁸⁷ posto che un'impostazione in tal senso è ravvisabile in diversi scritti che sono stati precursori di teorie differenti, alcune delle quali in quegli anni si sono poi concentrate su altri aspetti, quale il risvolto più progettuale di Mintzberg nella teoria delle contingenze.

⁸⁴ Scott R., *Organizations*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1981

⁸⁵ Galsberg D., Schwartz M., *Ownership and Control of Corporations*, in "Annual Review of Sociology", 9, pp. 311-332, 1983

⁸⁶ Aldrich H.E., *Organizations and Encironments*, Prentice Hall, 1979

⁸⁷ A. Lomi, 1991, *Reti Organizzative. Teoria, tecnica e applicazioni*. Il Mulino

Tuttavia, uno degli studi pionieristici in tal direzione può essere ricondotto a Levine e White (1961) e riguarda i processi di scambio effettuati da un'agenzia per la gestione della sanità e della sicurezza sociale: sarà la premessa dei successivi sviluppi in senso transnazionale (Williamson, 1975) e della dipendenza delle risorse (Pfeffer e Salancik, 1978). I contributi di questo periodo sono particolarmente concentrati ai rapporti interorganizzativi tenuti da organizzazioni pubbliche con gran riguardo alla sanità ed hanno come oggetto comune lo studio della struttura del particolare oggetto sociale che è la "comunità", tipica della cultura sociopolitica statunitense (Warren, 1963; Van de Ven, Walker e Liston, 1979; Galaskiewicz, 1979).

Ciò ha comportato che tali studi siano stati fortemente concentrati su un aspetto normativo-legale e su organizzazioni con un elevato grado di omogeneità strutturale tipico di realtà fortemente istituzionalizzate (Thompson, 1970)

Sono numerose, tuttavia, le teorie organizzative che nel corso degli anni hanno affrontato il tema delle relazioni interaziendali, ciò che spesso manca, però, è un filo conduttore che conferisca loro omogeneità e sistematicità⁸⁸. I primi studi organizzativi in materia risalgono agli anni '50 – '60, ma è solo nella seconda metà degli anni '60, con Emery e Trist e con Thompson che essi iniziano a vedere la luce, per seguire poi due filoni principali rappresentati dalla teoria della contingenza strutturale e dalla teoria della dipendenza dalle risorse⁸⁹. Si assiste poi all'affermazione definitiva alla fine degli anni '70 con la Teoria dell'ecologia delle popolazioni. In relazione a tali approcci, tenendo conto degli ambienti nei quali le organizzazioni sono inserite, i manager possono adottare diverse strategie legate sia al tipo di organizzazione, sia alla competitività o cooperazione delle relazioni esistenti⁹⁰

La Teoria delle contingenza strutturale e la Teoria della dipendenza dalle risorse, pur con i loro limiti, rappresentano il fulcro degli studi sulle relazioni interorganizzative. Entrambe infatti, si basano sulla forte convinzione che il funzionamento di una singola impresa non può essere analizzato solo in

⁸⁸ Martinez M. "Teorie di Organizzazione in Economia Aziendale- Dall'Organismo al network", Franco Angeli, Milano, 1997, pag. 122

⁸⁹ Lomi A. "Reti Organizzative. Teoria, Tecnica e Applicazioni"

⁹⁰ Daft R. "Organizzazione Aziendale", op. cit., pag. 158

riferimento alle politiche interne all'azienda, ma è necessario uno studio interorganizzativo. Con le teorie Contingenti, elaborate da Burns e Stalker nel 1961, da Lawrence e Lorsch nel 1967, dal gruppo di Aston e da Mintzber nel 1979, si completa il processo attraverso il quale l'ambiente viene considerato a tutti gli effetti come un'entità indifferenziata

Le Teorie Contingenti nascono con l'obiettivo di analizzare le connessioni tra la struttura interna delle organizzazioni e fattori mutevoli (o contingenti), siano essi interni o esterni alla stessa organizzazione. Si pensi nel primo caso alla tecnologia e alla dimensione e, nel secondo caso all'ambiente⁹¹. In altri termini, con le teorie contingenti si cerca di spiegare le caratteristiche strutturali, i meccanismi operativi e gli stili di direzione propri di ciascuna impresa tenendo conto della situazione in cui gli individui e le imprese stesse operano⁹².

In un contesto di riferimento più ampio, l'atteggiamento delle organizzazioni è stato indubbiamente quello modificare il focus d'interesse, il fine aziendale, la nuova considerazione del cliente e dei differenti "portatori di interessi". L'orientamento che le aziende hanno assunto è stato in prima battuta un contatto relazionale di forma "diadica", poi sistemica.

È possibile riscontrare, in proposito, come le impostazioni degli economisti d'impresa facciano sovente riferimento a concetti di valore che si delineano secondo una prospettiva "diadica", inerente cioè il rapporto tra l'impresa ed una singola categoria di portatori di interessi. Poca attenzione, viceversa, viene attribuita alla ricerca di una concezione del valore riferita all'impresa come entità sistemica e che riesca, con una visione d'insieme, a conciliare interessi "soggettivi" ed interesse "sistemico".

⁹¹ Bonazzi G., "Sociologia dell'organizzazione: un quadro generale", in G. Costa, R. Nacamulli (a cura di) "Manuale di Organizzazione Aziendale", Vol. I, op. cit, pag. 21 e seguenti

⁹² Delmestri G., "Le teorie contingenti", in G. Costa, R. Nacamulli (a cura di) "Manuale di Organizzazione Aziendale", Vol. I, op. cit, pag. 150

2.4 Le organizzazioni reticolari. *Networks* formali ed informali

Lo studio delle relazioni organizzative nel quadro precedentemente delineato introduce, in maniera consequenziale, il concetto di “organizzazioni reticolari”⁹³, rimandando ad un’immagine lontana da quella delle strutture organizzative gerarchiche.

Restando coerenti al ragionamento fin qui condotto, è possibile osservare tale tipologia di organizzazione a livello macro, ovvero in termini di relazioni che l’organizzazione può intrattenere con altre realtà presenti sul territorio o, più precisamente, nell’ambiente in cui opera, che sono definite inter-organizzative.

Tuttavia, anche all’interno delle medesime organizzazioni, è possibile condurre un’analisi delle relazioni che si tessono tra le unità organizzative o, semplicemente, tra i dipendenti: sono relazioni inter-organizzative. In tal senso ci si riferisce più precipuamente alla ricerca micro-organizzativa⁹⁴ che conduce anche verso la capacità di *bonding* dell’organizzazione, ossia la capacità di stringere legami al proprio interno, che si contrappone a quella di *bridging* (Putnam, 2001), ovvero l’abilità di creare ponti con l’esterno dei propri confini organizzativi.

In letteratura vi è un’ampia e soprattutto diversificata presenza di contributi in materia di reti che, forse, è anche da ricondurre all’assenza di una definizione univoca dell’oggetto di studio. Probabilmente il motivo è da ricercare nel fatto che è quanto mai complesso cristallizzare in una sola definizione ciò che non è solo un concetto, ma una straordinaria rappresentazione della realtà che ci circonda: il mondo come lo conosciamo è una rete⁹⁵.

⁹³ Miles R., Snow C., 1986, Network organizations: new concepts for new forms, in *Californian Management Review*, 28, pp 62-73;

Powell W., 1990, Neither market nor hierarchy: network forms of organizations, in *Research in Organizational Behavior*, 12, pp 295-336;

Backer W., 1992, The network organization in theory and practice, in *Networks and organizations: structure, form and action* a cura di N. Nohria e R. Eccels, Cambridge, Mas., Harvard Business School Press, pp 397-429

⁹⁴ Lomi A., 1997, *L’analisi relazionale delle organizzazioni. Riflessioni teoriche ed esperienze empiriche*. Il Mulino

⁹⁵ Il world wide web, dove miliardi quotidianamente delle persone sono collegati e lavorano su, è una rete; ma anche la catena alimentare e il suo ecosistema, il sistema delle cellule e il sistema neurale del nostro corpo.

Alcune significative definizioni che la dottrina attribuisce al concetto di rete sono:

“la rete è un insieme di nodi legati da relazioni o connessioni”

(Wellmann, Berkowitz, 1988)

“Le reti risultano essere delle organizzazioni indipendenti e autonome che assumono congiuntamente decisioni integrando i loro sforzi allo scopo di progettare, realizzare, produrre beni e servizi, sviluppare nuovi processi e prodotti, accorciare i tempi di innovazione o di ingresso nei mercati, scambiare informazioni e altre risorse in forme stabili e garantite” (Alter, Hage, 1993)

“una rete rappresenta un selezionato, stabile, e strutturato insieme di imprese autonome impegnate a creare prodotti o servizi basati su contratti impliciti e di durata indeterminata al fine di adattarsi alle contingenze ambientali e per coordinare e salvaguardare i cambiamenti, imponendo vincoli di tipo sociale e non legale”;

(Jones, Hesterly e Borgatti, 1997)

È da considerare, tuttavia, che alcuni autori (per esempio Salancik, 1995) sostengono che lo studio delle reti in materia di ricerca organizzativa non abbia ancora portato ad una teoria di rete, ma, semplicemente, abbia sviluppato una metodologia che contiene un numero rilevante di strumenti, utile solo per spiegare altre teorie. Tuttavia, nuove scoperte nel campo della fisica, l'ecologia, la medicina e il comportamento sociale ha di recente portato gli studiosi a parlare di "scienza della rete".

Le reti non sono delle realtà statiche: la loro trasformazione, crescita, evoluzione e disaggregazione seguono regole precise, e probabilmente queste regole permettono di parlare di teoria delle reti (Barabasi, 2004). Alcuni scienziati, tra cui i principali rappresentanti sono Duncan Watts e Albert-Laszlo Barabasi, hanno approfondito affascinanti studi utili a descrivere le dinamiche di rete.

Nondimeno, 70 anni di ricerche sui social network, provenivano dal campo di ricerca psicologica Gestalt, a causa delle prime ricerche di Jacob Moreno

(1934) e le prime scuole di Harvard e Manchester, hanno prodotto risultati straordinari. Ad esempio, i primi sono i sei gradi teoria (Stanley Milgram, 1967), la forza dei legami deboli e la teoria radicamento (Mark Granovetter, 1973; 1985) e le misure di centralità della rete (Linton Freeman, 1979). Più di recente, i contributi fondamentali alla teoria delle reti è stata proposta da Daniel Brass (leadership strutturale, 1984), da Ronald Burt (teoria buchi strutturali, 1992) e da David Krackhardt (la forza dei legami forti, 1992 e cravatte Simmelian, 1999) .

Al fine di circoscrivere la ricerca al campo economico-aziendale, è possibile sintetizzare che il termine *network* è stato utilizzato in diversi modi, forme e significati, tuttavia nella sfera delle discipline manageriali, le definizioni di rete convergono verso alcuni elementi costitutivi comuni:

- una pluralità di unità partecipanti, interdipendenti ma autonome;
- una struttura relazionale basata su meccanismi specifici di comunicazione e regole, norme di coordinamento;
- un pluralismo strategico e progettuale.

L'analisi organizzativa a livello di *network* conduce, dunque, verso l'approfondimento delle interdipendenze esistenti tra l'azienda e gli altri attori del sistema economico e lo studio dei principali meccanismi di coordinamento⁹⁶.

Nel tentativo di sistematizzare i contenuti dei vari contributi, i *network* possono essere studiati seguendo due prospettive differenti:

- *network* come espressione sintetica di una struttura, una configurazione organizzativa;
- *network* come strumento di rappresentazioni e studio delle relazioni intra-organizzative o inter-organizzative;

Nella prima prospettiva il *network* è concepito come una forma di organizzazione delle attività economiche in grado di governare la ragnatela di interdipendenze che connette individui, organizzazioni o comunità. In questo caso l'accento è posto sulle reti come modalità concreta di organizzazione. Alcuni ricercatori hanno considerato i *network* come “forme di organizzazioni intermedie” (Hennart, 1993), ossia “forme organizzative ibride” (Torelli, 1986;

⁹⁶ M. Martinez, 2000, L'analisi organizzativa: il *network*. In Mercurio R., Testa F., *Organizzazione. Assetto e relazione nel sistema di business*. G. Giappichelli Editore – Torino

Powell, 1990). “ Le forme ibride rappresentano reti di relazioni di potere e di fiducia attraverso cui le organizzazioni possono scambiarsi influenza e risorse, o possono ottenere dei vantaggi di efficienza economica” (Borys, Jemison, 1989). Altri invece, considerano la rete come nuova e distinta forma di organizzazione, che si pone come alternativa alla forme pure del mercato e della gerarchia, e che quindi, in quanto tale necessita di approcci di ricerca e teorie specifiche ed uniche (Podolny, Page), o come forma di organizzazione “superiore” che emerge dall’interazione di soggetti che investono nel coordinamento delle loro specifiche attività⁹⁷. Zukin e Di Maggio (1990), infine, hanno classificato i network in quattro forme: strutturale, cognitiva, politica e culturale. Mentre la prima si preoccupa di come la qualità e l’architettura dei rapporti di scambio influenzino la vita economica, le altre tre forme riflettono le prospettive sociali.

Nella seconda prospettiva di ricerca, quindi, il *network* nasce come strumento concettuale per esplorare il vasto mondo delle relazioni sociali e si afferma, in seguito, come importante strumento analitico (*Social Network Analysis*) atto a descrivere le strutture relazionali tra attori organizzativi, contribuendo così in maniera determinante a comprendere la struttura, la natura, il contenuto e le condizioni di contesto delle relazioni che un attore organizzativo intrattiene con altri.

Da un punto di vista strettamente relazionale, e seguendo la logica di osservazione dicotomica interno/esterno, è possibile analizzare le relazioni intra ed inter-organizzative. Seguendo la prima prospettiva di analisi, una parte importante della ricerca organizzativa considera il comportamento individuale come il risultato di una serie di fattori, da ricercare in particolare nelle relazioni dell’individuo stesso con altri. Questo ragionamento è ancorato a due proposizioni che stanno alla base della moderna teoria dei network: “le relazioni che un attore organizzativo detiene verso l’esterno possono condizionare o determinare, in modo più o meno consapevole, una rete di obbligazioni che modifica il comportamento e le decisioni” (Bott, 1957); “ le relazioni rappresentano una risorsa che l’attore può utilizzare e manipolare per ottenere benefici” (Burt, 1992). Altri teorici economici sostengono, al contrario, che i rapporti sociali influenzano

⁹⁷ Knocke D., Kuklinsky J.H., *Network Analysis*, Sage London, 1982

minimamente le transazioni economiche o creano inefficienze. Ma ciò conduce inesorabilmente ed in maniera quasi intrecciata all'altro focus di osservazione: quello rivolto verso l'esterno. Ciò trova fondamento nella consapevolezza che l'organizzazione è un sistema aperto, cioè non è più concepita come una scatola nera, bensì i comportamenti organizzativi dipendono anche dal contesto istituzionale entro cui l'organizzazione si colloca (Perrow, 1967; Thompson, 1967). L'unità di indagine degli studi organizzativi non è più l'organizzazione concepita come sistema chiuso, ma è l'insieme delle relazioni che connettono l'organizzazione al suo interno e con soggetti del contesto istituzionale. Se viste al loro interno, le organizzazioni funzionano attraverso schemi di relazioni tra individui o unità organizzative che rappresentano, di volta in volta, un intreccio di gerarchia e norme formalizzate, di regole e di prassi non codificate, di fiducia, di amicizia, di aiuto, di cooperazione e di competizione. Verso l'esterno le organizzazioni instaurano relazioni molteplici necessarie alla sopravvivenza, strumentali alla crescita e importanti per l'innovazione con una vasta gamma di controparti (concorrenti, fornitori, clienti, istituzioni finanziarie, comunità locali, Università, ecc.) che nel complesso definiscono il suo ambiente relazionale. Tali relazioni possono avere la natura di relazioni di scambio di bene/servizi o informazioni, di associazione basate, cioè, sulla comunanza di certi obiettivi, la messa in comune di risorse, sulla divisione dei rischi o sulla realizzazione di attività innovative e possono tendere ad obiettivi eterogenei, economici e competitivi o riguardanti la sfera del consenso e della legittimazione. Comunque sia anche le relazioni tra organizzazioni possono rappresentare l'intreccio di scambi, di norme e di regole, di contratti, l'esistenza di un orientamento reciproco, la presenza di fiducia tra le parti, la condivisione delle informazioni. La ragnatela di interdipendenze che un'organizzazione si trova a dover gestire verso l'esterno può essere governata attraverso modalità organizzative diverse dal mercato o dalla gerarchia, poiché sostanzialmente fondate sulla collaborazione stabile, sulla cooperazione, sulla negoziazione, sulla fiducia e sulla reputazione (Soda).

Così, l'analisi organizzativa a livello di network segue concettualmente la contrapposizione tra prospettiva interna ed esterna, che ha caratterizzato anche le

fasi precedenti di questo lavoro, affiancando ad essa una nuova dicotomia: formale ed informale.

Nella ricerca organizzativa, si è detto che lo strumento che ha consentito di indirizzare la ricerca su tutto ciò che è definito genericamente “informale” o “sociale” all’interno e tra le organizzazioni è la *social network analysis*. La costruzione di una rete organizzativa, infatti, presuppone anche uno sforzo in termini di progettazione organizzativa. In questo senso l’uso della *Social Network Analysis* può essere inteso quale strumento adatto a rappresentare la specificità del modello di rete (Wasserman e Faust, 1994). Tale approccio di studio consente, infatti, di comprendere quanto i confini aziendali e professionali esistenti tra le diverse organizzazioni possano inibire l’efficace flusso di conoscenza professionale o quanto vi sia una efficace azione di network.

L’intreccio tra il formale e l’informale, ossia tra la strutturazione e la formalizzazione delle modalità di azione collettiva con le norme tacite e le relazioni sociali e comunicative, è un tema ricorrente negli studi organizzativi. Lungo tutto il percorso di sviluppo del pensiero organizzativo, l’intreccio tra “organizzazione formale” e “organizzazione informale” ha continuato ad essere al centro dell’attenzione degli studiosi. Anche la componente più normativa della ricerca in campo organizzativo, ha tenuto sempre presente questa distinzione. A tal proposito Mitzberg afferma: “*il formale modella l’informale, mentre l’informale influenza grandemente il modo attraverso il quale si fanno le cose, e talvolta il formale riflette l’informale*”. Mitzberg osserva che tutte le organizzazioni sono costruite sulle reti di relazioni sociali, anche le forme più prescrittive come le burocrazie, anch’esse dipendenti dalle strutture relazionali, amicali, ecc.

Molte ricerche in organizzazione, inoltre, hanno posto in evidenza l’importanza delle relazioni non formalizzate e degli schemi di azione non codificati. Ad esempio, è certo che da una più analitica comprensione delle relazioni non codificate all’interno di un’organizzazione si possano ricavare interpretazioni approfondite di importanti fattori quali: le performance dei gruppi e delle organizzazioni; l’innovazione e l’apprendimento; i processi di formulazione delle strategie; i conflitti e la mobilità.

In particolare, il tema dell'impatto delle reti informali di organizzazione sulle performance aziendali, suscita notevole interesse sia da parte del mondo accademico e studiosi sia dai dirigenti, anche se solo negli ultimi 30 anni è fiorita in pubblicazioni accademiche internazionali.

I vantaggi derivanti dal "*networking*", come l'insieme dei rapporti (soprattutto quelli informali) sono stati ampiamente sottolineati nella gestione. Per quanto riguarda la gestione, una teoria di rete dovrebbe fornire interpretazioni innovative, complementari o alternative a comportamenti e fenomeni sociali, economici e organizzativi con i concetti e le teorie precedenti. Inoltre fornirebbe anche strumenti e suggerimenti su come affrontare la complessità nella gestione di un'impresa. Ogni persona è inserita in un sistema sociale e possiede una rete sociale; la struttura e la posizione può dargli un vantaggio competitivo (o svantaggio) identificare, raccogliere e interpretare informazioni fondamentali. Queste informazioni possono essere utilizzate per sviluppare nuove competenze e per innovare le procedure, prodotti e servizi. Tuttavia, la rete di relazioni informali ha un costo e la messa in rete non è sempre vantaggioso: ogni legame ha bisogno di tempo e di risorse energetiche, non solo per essere creato, ma anche per essere mantenuta. L'esistenza ed il valore di queste relazioni rimanda a un concetto proprio dello studio di rete, che costituisce anche un concetto chiave su cui si fondano tutte le teorie di rete: il capitale sociale⁹⁸ (Bourdieu, 1985; Coleman, 1988; Putnam, 1993).

Questo concetto è stato utilizzato per "misura" il valore dell'individuo rete sociale definita come "la somma delle risorse effettive e potenziali incorporati all'interno, disponibile attraverso, e derivato dalla rete di relazioni possedute da una singola unità o sociale [...] comprende sia la rete e le attività che possono essere mobilitati "(Nahapiet e Ghoshal, 1998: 243). Il capitale sociale è una risorsa sia per un individuo e sia per le organizzazioni, da un punto di vista organizzativo è una "risorsa che riflette il carattere dei rapporti sociali all'interno della società [...] realizzata attraverso i livelli dei membri di orientamento scopo collettivo e di fiducia comune, che creano valore facilitando l'azione collettiva di

⁹⁸ Sulla relazione tra capitale sociale e reti, in particolare informali, si veda:
De Toni A.F., Nonino F., 2009, La misura del capitale sociale attraverso le reti informali in Sviluppo&Organizzazione Luglio/agosto/settembre 2009

successo [...] un bene che possono trarre beneficio sia per l'organizzazione e i suoi membri "(Leana e Van Buren, 1999: 538).

Il capitale sociale di una società include le istituzioni, le relazioni, gli atteggiamenti e i valori che governano le interazioni fra persone e contribuiscono allo sviluppo economico e sociale. E' importante sottolineare che il capitale sociale non è semplicemente la somma delle istituzioni che caratterizzano una società, bensì il collante che le mantiene unite. Esso include i valori condivisi e le regole di condotta sociale espresse attraverso le relazioni interpersonali, la diffusione della fiducia, ed un senso comune di responsabilità "civica" che rende la società un "quid pluris" rispetto ad un mero agglomerato di individui. Senza un grado di identificazione comune con forme di governo, norme culturali e regole sociali è difficile immaginare una società funzionale.

A livello microeconomico il capitale sociale incide sul miglioramento dei mercati, limitandone, nello specifico, i casi di fallimento. Il capitale sociale può contribuire per esempio ad aumentare le conoscenze reciproche in ordine alle scelte decisionali degli aspetti economici così determinando una riduzione dei costi e un miglioramento del mercato: le decisioni degli agenti economici sono spesso infatti inefficienti perché questi ultimi non hanno a disposizione informazioni adeguate o accurate (asimmetrie informative); in alcune circostanze un agente può trarre beneficio da informazioni scorrette.

A livello macroeconomico il capitale sociale si focalizza sul ruolo di governo delle istituzioni della struttura legislativa che amplificano la performance economica degli stessi. Al riguardo sono state elaborate differenti nozioni di capitale sociale che ne hanno evidenziato la multidimensionalità.

Putnam (Putnam 1993; Putnam ed altri, 1993) accogliendo una definizione particolarmente restrittiva di capitale sociale lo descrive come "*l'inseme di associazioni orizzontali*" che si creano tra gli attori: il capitale sociale consisterebbe secondo l'autore in reti sociali "*Networks of civic engagement*" e norme associate che hanno un effetto sulla produttività delle comunità. Questa prima definizione esalta la capacità della capitale sociale di facilitare la coordinazione e la cooperazione per il beneficio reciproco dei membri di un'associazione (Putnam, 1993). Originariamente, questo concetto di capitale

sociale fu limitato ad associazioni che hanno effetti positivi sullo sviluppo; recentemente è stato esteso ai gruppi che possono aver conseguenze anche indesiderabili, come le associazioni mafiose.

Un secondo concetto, più ampio, di capitale sociale fu proposto da Coleman (1988) che lo definì come “una varietà di entità diverse che si organizzano in una struttura sociale e facilitano certe azioni degli attori – sia attori personali che sociali – che ne fanno parte” (p.598). Questa nozione più estesa di quella elaborata da Putnam, include nel capitale sociale anche associazioni a struttura verticale, caratterizzate da relazioni gerarchiche e da una distribuzione di potere disuguale fra i membri. Questa prospettiva cattura la struttura sociale nella sua grandezza, esaltando la varietà di norme che governano i comportamenti interpersonali: “una data forma di capitale sociale può essere preziosa nel facilitare alcune azioni, ma allo stesso tempo, può essere inutile o addirittura dannosa per altre” (Coleman).

Il terzo, e ancor più ampio, concetto di capitale sociale proposto da Olson e North (1982 e 1990) include l’ambiente sociale e politica che plasma la struttura sociale e favorisce lo sviluppo delle norme, Oltre al grande numero di relazioni informali e spesso locali, orizzontali e gerarchiche dei primi due concetti, questa definizione comprende anche le relazioni istituzionali più formalizzate e le strutture, come il governo, il regime politico, il sistema legislativo, il sistema giudiziario, le libertà civili e politiche.

L’accento su questo tipo di istituzioni è stato posto in primis da North (1990) ed Olson (1982) che ne hanno anche sottolineato il rilevante effetto sul tasso di crescita economica⁹⁹.

Le nozioni di capitale sociale illustrate non dovrebbero essere considerate alternative, ma come differenti e complementari manifestazioni del capitale sociale in una società: associazioni a struttura orizzontale, a struttura verticale e

⁹⁹ In particolare per North l’essenza dello sviluppo economico moderno è nell’unione di scienza e tecnologia. Egli sottolinea che questa unione è stata possibile grazie non solo agli sviluppi delle discipline scientifiche e ai contratti tra scienziati e inventori, ma specialmente all’evoluzione di un sistema di istituzioni che attraverso la tutela dei diritti di proprietà favorivano l’introduzione delle invenzioni nell’attività economica. Secondo North queste istituzioni sono sorte durante la rivoluzione industriale inglese a cavallo dei secc. XVII e XIX

macro istituzioni dovrebbero coesistere per massimizzare l'impatto del capitale sociale a livello economico e sociale.

Per esempio, le macro istituzioni possono creare un ambiente idoneo allo sviluppo di associazioni locali che a loro volta possono sostenere le istituzioni regionali e nazionali procurando loro stabilità, determinando così un circolo virtuoso. Questo tipo di complementarità aumenta il contributo che il capitale sociale dà allo sviluppo¹⁰⁰. È possibile, infatti, analizzare e soprattutto identificare le relazioni che legano il capitale sociale alla crescita economica, prendendo le mosse dalla definizione, e dall'analisi degli elementi costitutivi del capitale sociale.

In prima approssimazione, il capitale sociale può essere qualificato come insieme delle caratteristiche della organizzazione sociale, quali fiducia, norme, e *network*, che aumentano l'efficienza della società, facilitandone cooperazione e coordinazione per un mutuo beneficio. Da queste sintetiche definizioni appare evidente come il capitale sociale costituisca una risorsa che non è depositata né negli individui né nei mezzi di produzione, ma è intrinseca al tessuto relazionale della collettività. Ciò determina un crescente interesse per l'influenza esercitata dagli aspetti culturali, propri di una determinata comunità, sui meccanismi che governano lo sviluppo economico della stessa.

A partire dalla metà degli anni ottanta, si assiste, infatti, ad una rivisitazione delle determinanti della crescita economica. In particolare, nell'ambito di quella che comunemente viene definita la nuova o moderna teoria della crescita, vengono realizzati diversi studi empirici nei quali ai tradizionali *inputs*, capitale fisico e lavoro, si affiancano capitale umano ed una serie di indicatori finalizzati a cogliere le differenze istituzionali e geografiche che contraddistinguono i diversi Paesi.

¹⁰⁰ Serageldin e Grooteart, *Defining social capital: an integration view*. Washington DC, The world Bank, 1997

2.5 Complessità ambientale e Sistemi Adattivi Complessi

La contrapposizione diadica interno/esterno che, insieme a quella formale/informale, sta costituendo la prospettiva di analisi fin qui condotta, ha accompagnato una naturale metamorfosi delle relazioni e delle strutture organizzative.

Un'evoluzione che si è sviluppata a partire dal volgere lo sguardo verso il contesto esterno, osservarne le dinamiche, sentirsene pian piano parte, fino a considerarsi completamente avvinto in una fitta rete che quasi assume una nuova identità. Ciò ha prodotto degli effetti sulla propria struttura, dapprima capace di rispondere in forma simbiotica, e talvolta camaleontica, al mutato quadro di riferimento, fino a diventare quasi un'osmosi con una realtà con quale ora le organizzazioni si identificano, e che ha reso sempre più sfocati i confini di ciascuna di esse.

Le immagini che si disegnano nella mente sono capaci di rappresentare infinite metafore terminologiche, tante quanti gli approcci scientifici che rimandano a questa crescita. Aspetti della biologia, della fisica, della chimica, addirittura della filosofia possono rileggere questo processo che accomuna le scienze dell'organizzazione alle scienze naturali e sociali proprio perché questa prospettiva guarda le strutture organizzative come individui, come organismi, come insiemi fatti di infinite particelle e al tempo stesso facenti parte di sistemi più grandi, come cellule fatte di atomi e che insieme costituiscono un corpo. Esattamente ciò che nella fisica si è manifestata come la necessità di estendere una descrizione semplice da un singolo oggetto (l'atomo o la molecola) al collettivo che forma un corpo, di trovare un modello dinamico che dal lineare, con andamento rettilineo di fine '800, fosse capace di dare una descrizione "globale" di un sistema fisico reale: una descrizione modellistica definita "intrattabile" o "complessa" perché la realtà osservata "è modificata da agenti esterni che forzano il sistema ad assumere un solo stato finale. Si dice, allora, che il sistema si è organizzato¹⁰¹.

¹⁰¹ Per un approfondimento riguardo le "declinazioni della complessità, si veda: Faggioni F., Simone C., 2009, Le declinazioni della complessità. Ordine, caos e sistemi complessi. In Sinergie n. 79/09

Secondo alcuni quella che così si è sviluppata, più che una teoria è stata definita una “sfida della complessità” che, a partire da una nuova concezione dell’evoluzione naturale, ha determinato una “nuova alleanza tra filosofia e scienza”. Superando, infatti, la tradizionale divergenza tra scienza e filosofia, dalla seconda metà del XX secolo, si fanno luce i primi segni di una inversione di tendenza che si manifestano dapprima con la scienza cognitiva, poi con i post-positivisti ed i post-empiristi, fino alla più recente epistemologia della complessità¹⁰². La sfida della complessità, infatti, da un punto di vista strettamente epistemologico, comporta tre novità fondamentali: una nuova alleanza tra filosofia e scienza, un nuovo modo di fare scienza, ovvero mediante anche l’utilizzo dei computer, gli esperimenti di laboratorio e l’applicazione delle teorie della matematica, una nuova concezione dell’evoluzione naturale¹⁰³; una eloquente sintesi soprattutto degli ultimi due aspetti appena citati è data da una definizione di complessità proposta da Brian Arthur: “*Complexity is what happens when you give Charles Darwin a computer*”¹⁰⁴.

I primi approcci alla complessità possono essere attribuiti ad Edgar Morin con la sua opera (1921) *Introduzione al pensiero complesso* nella quale ha dedicato grande attenzione ai problemi di una "riforma del pensiero", concentrandosi su alcuni aspetti: la specializzazione e l'interdisciplinarietà, la cesura tra cultura scientifica e umanistica, la distinzione tra i valori e le conoscenze/competenze di una cultura, l'importanza della formazione e della preparazione degli educatori ad un pensiero della complessità. Attingendo dalle diverse branche del sapere, l’origine di questo nuovo pensiero nelle altre scienze si può ricondurre agli anni '40, ovvero agli studi della cibernetica e della biologia ai quali si sono intrecciate gradualmente altre scienze che nel '78 hanno

¹⁰² Tinti T., 1998, La “sfida della complessità” verso il Duemila in *Novecento* anno 18 n.12

¹⁰³ Questo nuovo approccio, infatti, capovolge la realtà e soprattutto il metodo scientifico di matrice deterministica e meccanicistica di derivazione newtoniana in favore di una nuova prospettiva di osservazione più aderente al modello platonico.

Ciò è reso manifesto anche da due dimostrazioni di “impossibilità fisica”: la teoria della relatività e la meccanica quantistica manifestatesi nel Novecento e di cui trattano Prigogine in due contributi: Prigogine I., Stengers I., *La nuova alleanza*, Einaudi, Torino, 1981, p. 217.

Nicolis G., Prigogine I., *Exploring Complexity: an introduction*, W.H. Freeman, New York, 1989, pp. 2-3.

¹⁰⁴ Arthur B.W., “An Interview with W. Brian Arthur”, *The development of complexity perspectives*, part I, 31 August 2005, p. 29.

determinato l'affermarsi del “pensiero della complessità” in un articolo pubblicato su *Scientific American* nel 1978. Partendo dagli studi sull'auto-regolazione degli animali e delle macchine in particolare, il movimento cibernetico trova le sue fondamenta nell'analisi dei meccanismi di controllo e comunicazione presenti nei sistemi umani e nelle macchine che si basa su meccanismi circolari di retroazione, ovvero feedback. Tali processi si svilupperebbero senza interazioni con l'esterno oppure sviluppando attività di input-output con l'ambiente: è la prima distinzione tra sistemi aperti e chiusi.

Negli stessi anni il prof di biologia Von Bertalanffy formulava la Teoria generale dei sistemi e nel 1954, sulla base della sua convinzione dell'esistenza di similarità strutturali, di isomorfismi tra campi differenti, fondava la Society for General System Research (SGSR) il cui scopo è quello di “incoraggiare lo sviluppo dei sistemi teorici applicabili a più di un settore tradizionale”. Gli studi che si sono sviluppati in quegli anni hanno approfondito il tema dell'auto-regolazione e dell'auto-organizzazione di matrice cibernetica, dei meccanismi di feedback e retroazione osservando gli stessi in ottica di linearità, e non solo, attraverso gli studi sulla biforcazione¹⁰⁵.

La diffusione di questa “innovazione della complessità” in Europa si è sviluppata dapprima solo sotto forma di dibattiti e confronti, mentre nel nuovo continente ha assunto aspetti più concreti ed applicativi in un centro di studi della complessità: il Santa Fe Institute. La nascita di questo centro ha rappresentato un'importante testimonianza scientifica in quanto coerente con il “nuovo approccio” della visione olistica della complessità. Al Santa Fe Institute, infatti, sono stati superati i differenti linguaggi specialistici ed i confini delle singole conoscenze, approdando ad un terreno comune: la scienza della complessità.

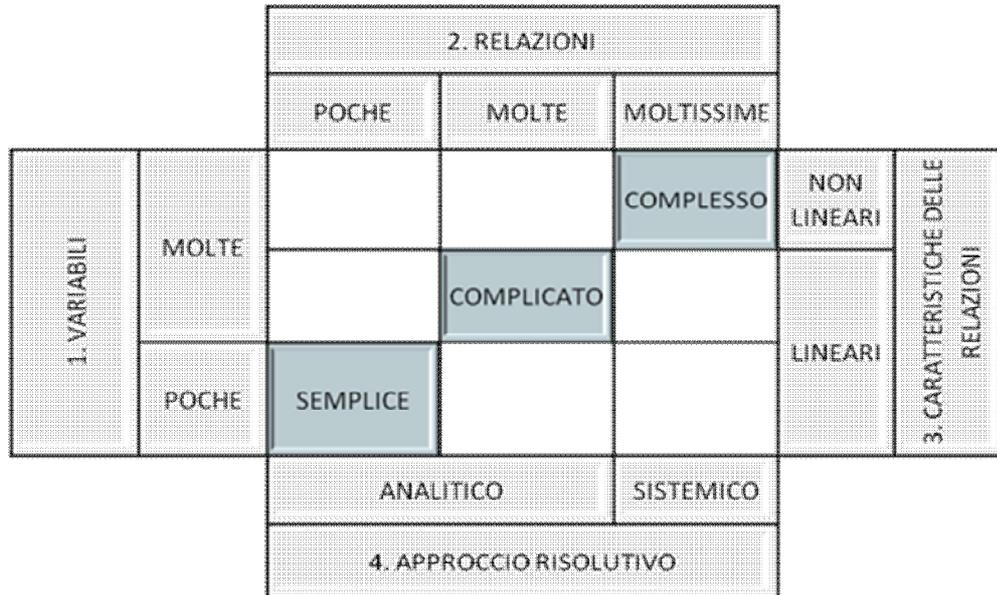
La complessità, dunque, nasce quando numerosi elementi interagiscono in contemporanea creando numerose interconnessioni e si auto organizzano a livello locale (cioè dal basso): sono gli stessi elementi del sistema che si auto-organizzano optando per la combinazione dei suoi componenti con la quale

¹⁰⁵ L'albero delle biforcazioni proprio degli studi biologici può ben rappresentare l'evoluzione di un sistema dinamico non lineare.
F.T. Arecchi, Complexity, complex systems and adaptation” in F.T. Arecchi, A. Farini, Lexicon of Complexity, Firenze, 1997, pp. 7-41

interagire in maniera ordinata e coerente senza che vi sia l'intervento di alcun agente esterno nella selezione. Volendo riprendere un concetto aristotelico secondo cui "il tutto è più della somma delle sue parti"¹⁰⁶, si può desumere che con il processo di auto-organizzazione, emergono delle proprietà collettive, o meglio sistemiche, ossia proprietà attribuibili al sistema nel suo complesso, ma non possedute da nessun membro, da nessun elemento individualmente considerato: si tratta di proprietà globali, ossia di qualità inesistenti e non deducibili logicamente prima della formazione del sistema, e constatabili empiricamente solo dopo la sua formazione¹⁰⁷.

Pertanto, per dare una chiara rappresentazione di ciò che scientificamente è inteso come complesso e di distinguere tale accezione da ciò che è semplice o complicato, la figura 2.3 fornisce un intreccio delle: variabili, relazioni, caratteristiche delle relazioni e approccio risolutivo in grado di sintetizzare quanto espresso.

Figura 2.3 – Semplice, complicato e complesso



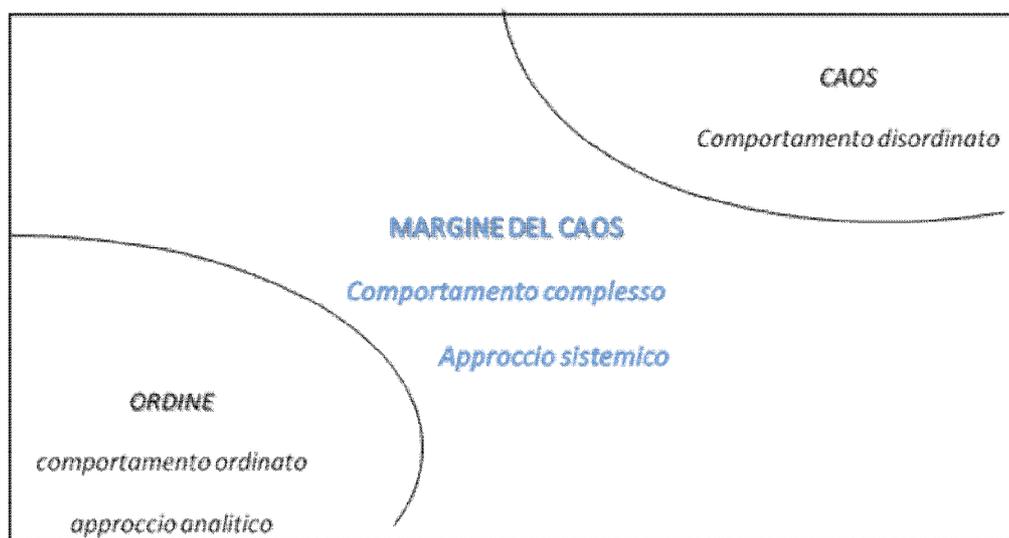
¹⁰⁶ Aristotele, *Metaphysica*, X, 1045a

¹⁰⁷ Morin E., "Le vie della complessità", in Bocchi G., Ceruti M. (a cura di), *La sfida della complessità*, Bruno Mondadori, Milano, 1985, p. 51

La presenza di poche variabili e poche relazioni lineari è tipico di un approccio lineare; al contrario la presenza di molte variabili alle quali si associano moltissime relazioni non lineari è compatibile con un approccio risolutivo sistemico, che, viceversa, non sarà coerente con la presenza molte relazioni lineari. A questi approcci e situazioni corrispondono dei comportamenti più coerenti: così all'approccio analitico, tipico di situazioni di ordine, sarà più coerente un comportamento ordinato, mentre in situazioni di caos, si assocerà un comportamento disordinato; il comportamento complesso sarà la risposta, invece in quelle situazioni definite "al margine del caos".

Trattare di complessità e di caos, infatti, non significa utilizzare delle metafore, piuttosto significa attingere terminologia specifica di altre scienze per declinarla in una prospettiva sistemica, appunto. A tal fine risulta indispensabile effettuare una precisazione scientifica sui termini di caos e complessità: Packard e Langton spiegano che i sistemi adattivi complessi evolvono verso una regione intermedia tra l'ordine e il caos: il cosiddetto margine del caos.

Figura 2.4 – Il margine del caos



Un sistema si trova nella zona di margine del caos quando una perturbazione può:

- non avere conseguenze

- condurre verso nuovi attrattori (nuovo ordine): si dice che il sistema è *resiliente*
- condurre verso il caos

Un aspetto di studio è capire come si possono sviluppare i sistemi al margine del caos, ovvero individuare le condizioni che possono rendere compatibile lo sviluppo globale della società umana con il suo precario equilibrio al margine del caos¹⁰⁸. Allo stato, l'unico elemento sul quale convergono gli studi è che nello stadio di margine del caos le organizzazioni si auto-organizzano; ciò è semplicemente giustificato dal fatto che l'ordine cristallizza¹⁰⁹ il sistema in regole tipicamente standardizzate e *top-down*, mentre il caos rende impossibile qualsiasi organizzazione¹¹⁰: solo l'equilibrio al margine del caos ha le caratteristiche giuste per l'organizzazione spontanea.

Questa chiave di lettura, tuttavia, incontra il limite dell'individuazione delle zone di confine tra ordine, caos e margine del caos che, soprattutto, in funzione dello stadio di approccio alla contingenza, può assumere confini labili e comunque soggettivi.

Oltre il possibile approfondimento scientifico in questa direzione, ciò che in questa sede risulta interessante è lo studio del comportamento e l'approccio delle organizzazioni nelle differenti situazioni considerate, interessante anche per gli impatti strettamente organizzativi¹¹¹.

Come si colloca, dunque, la teoria della complessità negli studi organizzativi e quando ha trovato eco anche in questa branca del sapere?

¹⁰⁸ Speth, J.G. (2008). *The Bridge at the Edge of the World: Capitalism, the Environment, and Crossing from Crisis to Sustainability*. New Haven, USA: Yale University Press.

¹⁰⁹ in questa situazione di ordine assoluto è inibita al sistema qualsiasi attitudine creativa o evolutiva, anche se non mancano piccole isole caotiche i cui agenti però, non essendo interconnessi con gli altri agenti al di fuori dell'isola, non possono influenzarli e né esserne influenzati.

Gandolfi A., Formicai, imperi, cervelli. Introduzione alla scienza della complessità, Universale Bollati Boringhieri, Torino, 1999, p. 56.

¹¹⁰ è un comportamento assolutamente disordinato e qualunque tentativo di formare strutture organizzate fallisce inesorabilmente, anche se non mancano piccole isole cristallizzate. Anche in tal caso, i comportamenti creativi ed evolutivi non sono possibili: il sistema non ha la necessaria stabilità per poter configurare schemi organizzativi di alcun tipo ed evolvere.

Gandolfi A., Formicai, imperi, cervelli. Introduzione alla scienza della complessità, Universale Bollati Boringhieri, Torino, 1999, p. 56.

¹¹¹ Esposito V., 2012, *Ciclo direzionale e complessità organizzativa nelle pubbliche amministrazioni*, Centro Studi Cesit working paper series n. 10-2012

Dall'analisi precedentemente condotta, si evince che già dopo l'approccio classico, vi è stata una graduale apertura delle aziende verso l'ambiente e verso l'esterno. Da un punto di vista dottrinale ciò era ravvisabile già nella metafora della "mano invisibile" di Adam Smith, tuttavia i primi interventi dottrinali in direzione sistemica possono essere ricondotti ad Herbert Simon¹¹². Egli, infatti, parte dall'analisi dei sistemi, e individuando negli stessi un'architettura, una struttura gerarchica: in altre parole, un tentativo di semplificazione gerarchica o comunque strutturale della realtà complessa. L'intervento di Simon è stato rilevante nel dibattito degli studi organizzativi, non soltanto per l'importanza scientifica del suo contributo, quanto anche per essere stato precursore del pensiero complesso che ha trovato successivamente¹¹³ grande eco nel contesto manageriale e che è appieno esploso negli anni 90 con la visione delle organizzazioni quali sistemi complessi¹¹⁴ che si evolvono nel tempo, dunque sistemi adattivi complessi¹¹⁵.

¹¹² Simon H.A., *The Science of Artificial*, 3rd ed., MIT Press, Cambridge, MA, 1996; "The Architecture of complexity", *Proceedings of the American Philosophical Society*, 106(6), Dicembre, 1962, pp. 467-482.

¹¹³ Senge P., *The Fifth Discipline: the art and practice of the learning organization*, 1990, New York; Stacey R.D., *The Chaos frontier: Creative strategic control for business*, Butterworth-Heinemann, Oxford, 1991.

¹¹⁴ Lewis R., "From chaos to complexity: implication for organizations", *Executive development*, 7(4), 1994, pp. 16-17; Brown S.L., Eisenhardt K.M., "The art of continuous change: linking complexity theory and timepaced evolution in relentlessly shifting organizations", *Administrative Science Quarterly*, n. 42, 1997, pp. 1-34; McIntosh R., MacLean D., "Conditioned emergence: researching change and changing research", *Journal of Operation and Production Management*, 21(10), 2001, pp. 1343-1357.

¹¹⁵ In realtà, l'adozione di un costrutto sistemico in luogo di un altro è stata variegata quanto le teorie originarie; in questa sede si rileva che gli approcci maggiormente orientati alla teoria generale dei sistemi, alle teorie del caos ed alle strutture dissipative si sono concentrati principalmente sulla struttura e sulla dinamica del sistema nel suo complesso, mentre l'approccio adattivo è maggiormente agent-based e cerca di interpretare il comportamento individuale dei componenti del sistema; Stacey R.D., Griffin D., Shaw P., *Complexity and Management: fad or radical challenge to system thinking*, Routledge, London, 2002.

Figura 2.5 – Il *management* della complessità

	PRINCIPI DELLA COMPLESSITA'	DECLINAZIONI NEL MANAGEMENT
1	auto-organizzazione	auto-organizzazione
2	orlo del caos	disorganizzazione creativa
3	principio ologrammatico	condivisione
4	impossibilità della previsione	flessibilità strategica
5	potere delle connessioni	<i>network organization</i>
6	causalità circolare	circoli virtuosi
7	apprendimento <i>try&learn</i>	<i>learning organization</i>

Ciò ha determinato la nascita e lo sviluppo di un modello manageriale complesso il quale si affianca a quello tradizionale, al fine di puntare all'elasticità imposta dal mutate esigenze conservando la stabilità.

La scienza della complessità, dunque, ha aperto nuove prospettive di osservazione e fornito nuovi strumenti alla ricerca ed alle pratiche manageriali perché essa si basa su assunti differenti rispetto a quelli tradizionali¹¹⁶.

¹¹⁶ La stessa prospettiva è adottata anche in De Toni A.F., Comello L., Prede o ragni, Utet, 2005, parte IV, in cui gli autori declinano sette principi della complessità nel management.

Figura 2.6 – Il *management* tradizione vs il *management* complesso

Il modello manageriale tradizionale	Il modello manageriale complesso
Approccio analitico	Approccio sistemico
Modello meccanicistico	Modello sociale (sistema a "molte menti")
Successo come equilibrio e stabilità	Successo da non equilibrio e innovazione
Processi decisionali determinati	Processi decisionali indeterminati
Strumenti logici e analitici	Strumenti intuitivi e basati su analogie
Apprendimento basato su dati storici	Apprendimento <i>try&learn</i>
Controllo basato su regole razionali	Controllo basato su processi politici e sociali
Ruolo negativo delle differenze interne	Ruolo positivo delle differenze interne
Orientamento esecutivo dei manager	Orientamento esplorativo dei manager
Emergenza di nuove strategie evitata	Emergenza di nuove strategie ricercata
<i>OBIETTIVO: STABILITÀ (ridurre la complessità)</i>	<i>OBIETTIVO: ELASTICITÀ (assorbire la complessità)</i>

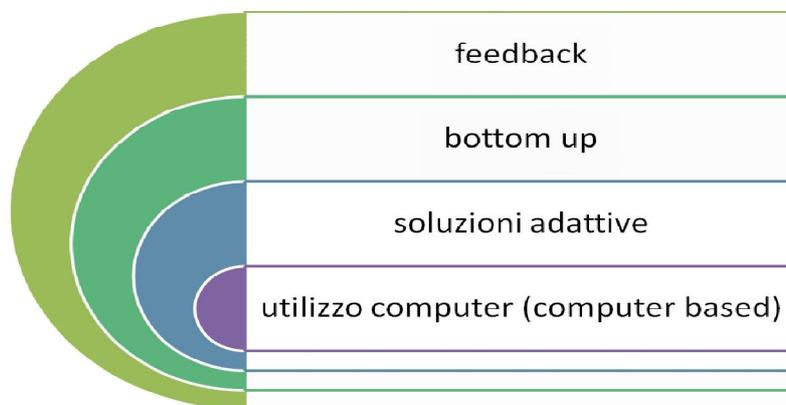
La nuova sfida alla complessità, come sintetizzato nella figura 2.6, genera una radicale cambiamento nell'operatività delle organizzazioni a ciascun livello: le nuove esigenze di management, infatti, impattano su tutti i livelli organizzativi. Soprattutto, l'elemento che apparare più dirompente rispetto al passato, è l'obiettivo di assorbire la complessità, non di limitarla, ridurla, ma di accettarla, e ciò stimola un atteggiamento accogliente in virtù del quale è gradito lo stimolo all'innovazione. Questo lascia ampio spazio all'apertura delle menti,

all'esperienza che viene dal basso, alla partecipazione a tutti i livelli, in una sola parola alla creatività.

Tuttavia, l'aspetto relazionale ed, in parte, l'apertura dei confini delle singole organizzazioni, era già stato approfondito nell'analisi del network, dunque, c'è da chiedersi della rilevanza scientifica di questo approccio ed, in particolare, dell'evoluzione rispetto a quanto già esistente. La risposta può essere trovata declinando linguaggi di altre discipline, ovvero nella distinzione tra relazioni lineari e circolari: mentre infatti, l'analisi della rete indaga la presenza/assenza di relazioni approfondendo la conoscenza della tipologia di queste relazioni, con la prospettiva complessa, si vuole ricercare una dimensione circolare delle relazioni e del sistema nel suo insieme.

La relativa giovinezza di questo approccio, probabilmente, non consente di dare risposte precise in termini di misurazione capaci di addivenire o ravvisare uno strumento metodologico atto ad osservare in ottica quantitativa o qualitativa le dimensioni della complessità. Evidentemente ciò è strettamente coerente ed intriso nella natura stessa del concetto di complessità e dalla difficoltà, o forse, impossibilità, posta nell'analizzarne soltanto alcuni aspetti, cosa che comunque già avviene con approcci sistemici quali l'Approccio Sistemico Vitale e la System Dynamics.

Dalla rilettura dei concetti salienti di questo approccio seppur brevemente esposti, è possibile, in estrema sintesi focalizzare l'attenzione su alcune parole-chiave caratterizzanti la complessità e particolarmente atti ad avere effetti sulle strutture organizzative:



Mescolando queste idee chiave è possibile ottenere una nuova definizione: approccio basato su un pensiero aperto, multilogico e multiprospettico che, basato su un linguaggio semplice e replicabile mediante computer, integri punti di analisi diversi e relazioni multiple in un sistema nel quale le singole componenti, autoregolandosi ed adattandosi siano capaci di adottare dei meccanismi di autoregolazione *bottom up* per superare l'orlo del caos.

Da un punto di vista strettamente organizzativo, è possibile scomporre questa visione "d'insieme" in tre livelli di analisi: una dimensione macro, meso e micro organizzativa. All'analisi, infatti della nuova configurazione, fatta di scomparsa dei confini delle singole organizzazioni, discende il binomio competizione-cooperazione, ovvero il superamento dei rapporti competitivi in favore della collaborazione e della cooperazione. A questa dimensione di macro-struttura è resa possibile da una rete di relazioni, non sono lineari, che regolano le relazioni a livello meso-organizzativo. Ma la vera realizzazione di questo cambiamento è reso possibile da processi auto-organizzativi che provengono dal basso, ovvero dalle singole componenti dei sistemi, dunque, anche dalle singole unità facenti parte delle organizzazioni. In tale prospettiva si enfatizza la forza propulsiva del personale afferente le singole realtà organizzative, senza il coinvolgimento del quale il cambiamento sarebbe difficilmente realizzabile. Di contro, trattandosi di un processo *bottom-up* può essere coerente analizzare la motivazione del personale in quanto spinta propulsiva ai processi di cambiamento: punto di partenza e punto di arrivo del circolo del sistema complesso.

Se, infatti, la sfida alla complessità da un punto di vista organizzativo si gioca nella dimensione macro e meso nei rapporti con l'esterno, ciò in chiave sistemica è realizzabile solo grazie alla scintilla proveniente dal basso, ovvero a livello di micro-struttura.

L'approfondimento, in quest'ottica, delle teorie della motivazione, può costituire una lente di ingrandimento capace di focalizzare una risposta concreta alla sfida di complessità richiesta alle organizzazioni moderne, favorendone la resilienza.

Rileggere le componenti motivazionali, non con il fine di agire su di esse come strumenti su cui far leva per enfatizzare i fini aziendali, ma come

conoscenza di fattori predittivi della realtà da parte delle terminazioni capillari dell'organizzazione: di coloro che quotidianamente operano "sul campo" e sono capaci di coglierne aspetti capaci di spingere il dipendente verso un maggiore o minore coinvolgimento al vissuto lavorativo. La lettura delle componenti della motivazione può in questa chiave rappresentare la risposta ai limiti delle strutture gerarchiche, alle soluzioni top-down, la trasposizione dell'ottica sistemica nella singola organizzazione. Solo, infatti, implementando al proprio interno un'apertura sistemica si può immaginare di traslare questa nuova impostazione verso l'esterno e, allo stesso tempo, soprattutto di avere una struttura organizzativa capace di recepire la chiamata alla reale integrazione sistemica proveniente dall'esterno.

Il valore aggiunto che si vuole attribuire a questo contributo è, dunque, quello di considerare l'autorganizzazione delle risorse umane, la spinta propulsiva della motivazione del personale quale forza per affrontare delle dinamiche complesse, derivanti nel mondo pubblico da retaggi fortemente istituzionalisti.

2.6 Le rinnovate esigenze organizzative nel mondo delle *public administrations*. *Il New Public Management*

Una delle conseguenze dell'allargamento della competitività a livello internazionale è stata una maggiore attenzione verso il cliente, le sue esigenze, la sua soddisfazione, attuata innovando di continuo i prodotti ed i processi¹¹⁷ apportando una maggiore flessibilità e creatività¹¹⁸, talvolta ricorrendo anche ad accordi ed alleanze strategiche¹¹⁹.

Tali esigenze, che hanno provocato un allontanamento dalle logiche esclusivamente legate al profitto a favore di una maggiore attenzione del cliente, hanno influenzato anche il mondo delle pubbliche amministrazioni. Il nuovo ruolo più consapevole del cliente/utente influenzato della tendenza in atto nel settore privato, ha creato, in questa fase, maggiori aspettative anche verso i servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni.

Inoltre, l'evoluzione economica e sociale degli ultimi decenni ha evidenziato alcuni fenomeni come la globalizzazione e la creazione di macro regioni sopranazionali. Questi processi evolutivi richiamano in modo differenziato le tematiche delle funzioni dello stato sociale e della loro modernizzazione, elementi che la stessa Unione Europea ha definito come obiettivi prioritari della propria strategia di sicurezza sociale¹²⁰.

Lo Stato, perciò, in questo contesto, ha riscoperto di essere protagonista nel risolvere i problemi dei cittadini che dalle Pubbliche Amministrazioni centrali e periferiche si attendono un ruolo attivo per la crescita del benessere comune. Vi è, dunque, un avvertito bisogno di una Pubblica Amministrazione rinnovata che

¹¹⁷ Mercurio R., Testa F., *Organizzazione. Assetto e relazione nel sistema di business*. G. Giappichelli Editore – Torino, 2000

¹¹⁸ Rea A., *La gestione creativa dell'impresa. Dalla percezione del contesto ambientale alla costruzione della strategia innovativa*, Cedam, Padova, 1995

¹¹⁹ Webster F.E. Jr., *Il nuovo ruolo del marketing nell'impresa* in G. Cozzi, G. Ferrero, *Le nuove frontiere del marketing*, Giappichelli, Torino, 1996; Ed. orig.: *The Changing Role of Marketing in Corporation in Journal of Marketing*, n. 56, 1992

¹²⁰ Si veda anche il Comitato dei Ministri per la Società dell'informazione del 13/02/2002 ove venivano fissate le priorità per il miglioramento dell'efficienza interna alla P.A., alla valorizzazione delle risorse umane, alla trasparenza e verifica della soddisfazione degli utenti.

trasformi e ammoderni le strutture centrali e periferiche, nonché le forme di gestione ed erogazione dei servizi alla collettività¹²¹.

Questo è stato l'obiettivo primario del legislatore nazionale che, sulla spinta del sistema europeo, è stato ed è impegnato in un complesso processo di ammodernamento del sistema amministrativo per un'applicazione statale che risponda effettivamente ai bisogni dei cittadini, anche con l'ausilio di nuove tecnologie di informazione e comunicazione¹²².

Tale esigenza di rinnovamento, tuttavia, si è tradotta non solo in una serie di interventi normativi volti a dare attuazione a questi cambiamenti, quanto soprattutto ad una nuova cultura che si avvicina molto di più al cittadino-cliente, alla sua soddisfazione e, pertanto, ad un'ottica tradizionalmente aziendalistica¹²³.

Lo Stato, infatti, nonostante tutte le sue peculiarità, in quanto azienda composta pubblica¹²⁴, alla pari di qualsiasi altra impresa, impiega i principi tecnico-aziendali relativi alla gestione, organizzazione, rilevazione ed al controllo¹²⁵. Dunque, nella gestione dell'acquisizione delle risorse i principi guida sono l'economicità, la valutazione della produttività, l'efficienza e l'efficacia¹²⁶.

¹²¹ L'esigenza di rinnovamento, l'ottica di integrazione europea, la qualità nella P.A., i nuovi obiettivi che essa intende raggiungere sono alcuni degli aspetti considerati nel Forum P.A. '05 tenutosi a Roma dal 9 al 13 maggio 2005.

¹²² L'esigenza di rinnovamento della P.A. per affrontare la competitività internazionale era già emersa allo SMAU 2001. Si veda, infatti, PubliSmau 2001, E-government, per la competitività del Sistema Paese, settembre 2001

¹²³ E' possibile, infatti, distinguere diverse tipologie di aziende sulla base di differenti criteri. Ad esempio in base alla funzione economica si individuano le aziende di produzione e quelle di erogazione. In base, invece, alla natura del soggetto aziendale le aziende private e quelle pubbliche. Lo Stato può essere, perciò, definito un'azienda composta pubblica in quanto svolge in prevalenza una "funzione del consumo" ed il soggetto economico è pubblico.

¹²⁴ Nell'ottica dello Stato anche in quanto azienda produttrice di servizi, si veda: Cercola R., Bonetti E., Il cambiamento nella produzione dei servizi. Ediz. Etas. 1999

¹²⁵ Da qui in poi focalizzeremo la nostra attenzione sulla struttura organizzativa aziendale pubblica, secondo una visione sistemica (G. Reborà 1998) G. Reborà. "Organizzazione Aziendale", Carocci Editore, 1998

¹²⁶ L'economicità si sostanzia nell'ottenere il massimo risultato con le risorse a disposizione, dato un certo orizzonte temporale; la valutazione della produttività è misurata dal rapporto tra la quantità del prodotto impiegato e la quantità totale di output ottenuto; l'efficienza In un'azienda pubblica l'efficienza della propria gestione può essere misurata attraverso il risultato che essa riesce a realizzare in termini di soddisfazione della domanda dei beni e servizi, di qualità dei servizi erogati nonché in termini di tempo di erogazione e distribuzione dei servizi o dei beni; l'efficacia Si sostanzia nella capacità dell'azienda pubblica di realizzare gli obiettivi dell'attività di gestione in coerenza con quelli stabiliti dalla programmazione aziendale (efficacia interna) ovvero, la capacità di far coincidere gli obiettivi fissati dalla programmazione aziendale con la domanda collettiva complessiva dei servizi o dei beni erogati e distribuiti dall'azienda (efficacia esterna).

Questa strada presuppone un grande impegno umano, risorse adeguate, un'impostazione culturale avanzata e disponibile al cambiamento, una visione strategica compiuta e attenta ai bisogni della gente, un'idea chiara sul significato di essere istituzione pubblica. Questa tendenza, che in Italia si è sviluppata a partire dagli anni 90, era già in atto da circa un decennio e si può ricondurre al più ampio filone del *New Public Management*¹²⁷ (NPM). In generale, infatti, il NPM può essere considerato come la risposta alle esigenze di rendere il settore pubblico meno burocratico, inefficiente ed inefficace attuata mediante l'integrazione di concetti di management del settore privato in quello pubblico¹²⁸; ovvero, sintetizzato nel "to make the public sector more business-like"¹²⁹.

Ad esempio, estremizzando l'invocazione di regole di gestione "more businesslike" o, nelle storiche parole di Woodrow Wilson, "less unbusinesslike"¹³⁰, si è diffusa l'idea che la pubblica amministrazione dovrebbe accostarsi alla logica dell'impresa privata

Cominciatosi a diffondere intorno agli anni '80 negli Stati Uniti con il *Reinventing Governments Reforms* iniziate dall'amministrazione Clinton-Gore e in Gran Bretagna in seno al movimento neo-liberale *New Right* di M. Thatcher, il *New Public Management* ha trovato un'ampia diffusione negli scritti scientifici. È tanto pretenzioso quanto inutilmente pericoloso cercare di dare una valida sistematizzazione¹³¹ in questa sede dell'ampia letteratura esistente sul tema; tuttavia è possibile associare a tale filone culturale una metafora grafica. L'immagine può essere rappresentata da un imbuto nel quale confluiscono quelli che possono essere considerati i principali input, quali:

¹²⁷ Hood C., 1991, *A public management for all seasons?*, Public Administration, 69(1), pp. 3-19
Osborne D., T. Gaebler T. (1993), *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, New York: PLUME, Penguin Books USA Inc.

¹²⁸ Reichard C., *New Public Management*, in Anheier H.K. & Toepler S. (Eds.), International encyclopedia of civil society, Berlin, Springer, 2010

¹²⁹ Lapsley I., *Accounting and the new public management: instrument of substantive efficiency or a rationalising modernity?*, in Financial Accountability and Management, Vol.15, No.3/4, 1999, pp.201-207

¹³⁰ Wilson W., 1887, *The Study of Administration*, in Political Science Quarterly, 2(2), pp. 197-222. "[...]There should be a science of administration which shall seek to straighten the paths of government, to make its business less unbusinesslike [...]" (Wilson 1887, p. 201).

¹³¹ Una sintesi dei contenuti del NPM si trova in: Marcon G., 1998, *The New Public Management: lessons from the Italian experience*, opening paper presentato alla EIASM International Conference Accounting for the New Public Management, Venice International University, settembre 17-19.

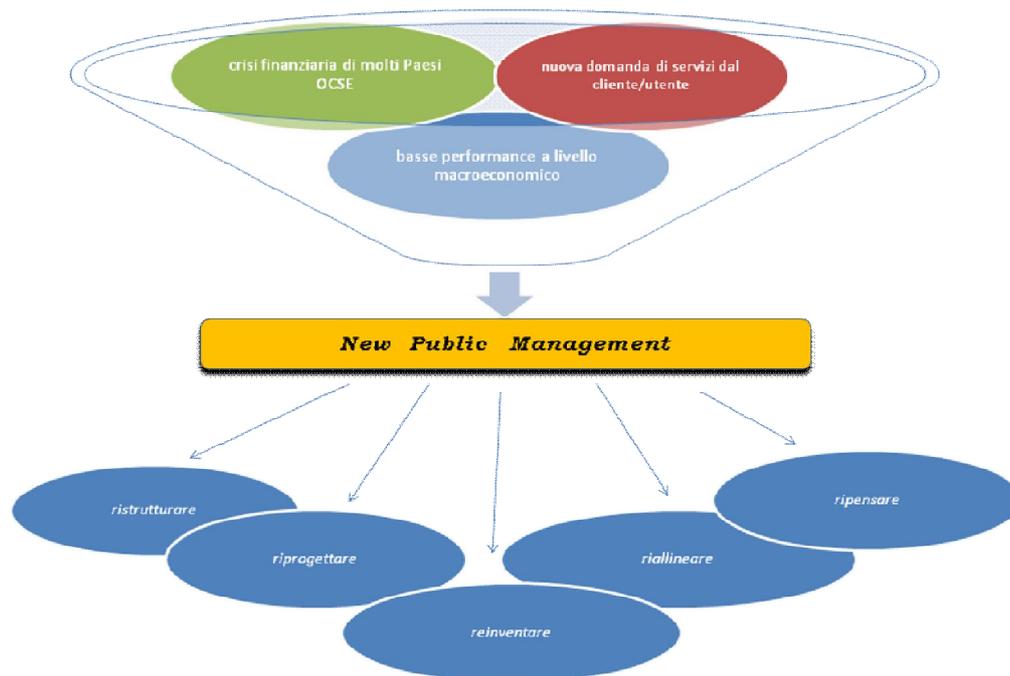
- nuova domanda di servizi dal cliente/utente
- crisi del “*big government*”, ovvero esigenza di risanamento dei conti pubblici, delle competenze, delle professionalità
- crisi funzionale del settore pubblico
 - input : crisi della spesa pubblica, deficit e debito pubblico
 - processi: impiego di risorse e distribuzione centralizzata dei servizi. Logiche di *decision making*. No *customer-oriented*
 - output: necessità di crescita. Qualità dei servizi e soddisfazione del cliente/utente
- Diffusione dell’economia liberale di M. Thatcher
- Esigenze di sussidiarietà derivanti dal Trattato di Maastricht del 1992
- Necessità di crescita e sviluppo del territorio: esigenza di rete e coinvolgere il terzo settore

Queste “ragioni” principali del NPM in che in letteratura (cfr. De Magistris et al., 2004¹³²) vengono identificate come le cause che hanno condotto alla nascita dello stesso sono, perciò, così sintetizzate:

- crisi finanziaria di molti Paesi OCSE e conseguente necessità di ridurre i costi delle amministrazioni pubbliche;
- inadeguatezza delle prestazioni e dei servizi erogati rispetto alle richieste dei cittadini sempre più consapevoli dei propri diritti;
- basse *performance* a livello macroeconomico (basso PIL pro-capite, alto tasso di disoccupazione, alta inflazione etc.).

¹³² De Magistris V., Ongaro E., Valotti G. (a cura di) (2004), *La public governance in Europa*, Quaderni Formez, scaricabile dal sito www.formez.it

Figura 2.7 – Il processo del *New Public Management*



Secondo questo schema, gli output intesi quali azioni da porre in essere se si vuole modernizzare la Pubblica Amministrazione ed in virtù degli input considerati sono: *ristrutturare*, *riprogettare*, *reinventare*, *riallineare* e *ripensare*. I principi alla base del NPM sono, infatti, spiegati da Jones e Thompson¹³³, attraverso il modello delle “5R” che individua anche strumenti operativi per la sua implementazione a livello strategico:

1. **RISTRUTTURAZIONE:** eliminare tutto ciò che è già presente nell’organizzazione ma non contribuisce a creare valore nel bene o nel servizio prodotto;

2. **RIPROGETTAZIONE:** non intervenire su ciò che è già esistente con soluzioni tampone, bensì implementare soluzioni ex novo per migliorare la qualità delle performance e così ridurre i costi ed aumentare la soddisfazione dell’utente;

3. **REINVENTARE:** sviluppare nuovi strumenti come ad esempio le ricerche di mercato o sistemi di *budgeting*;

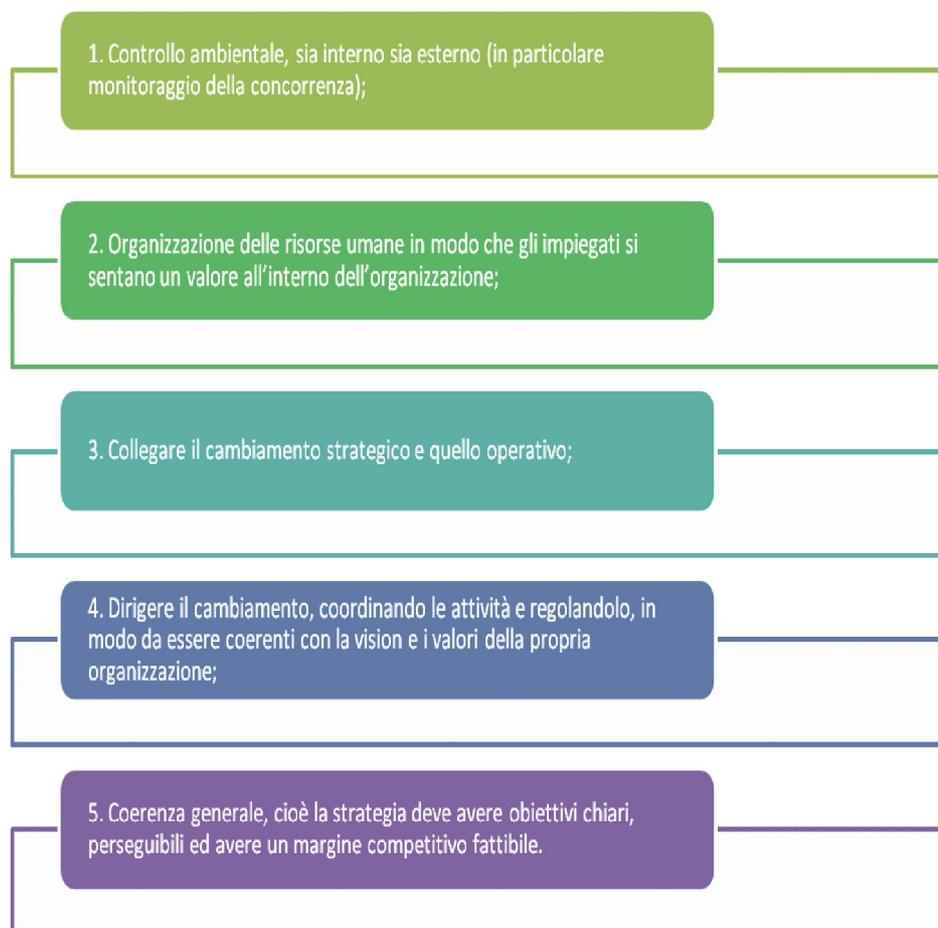
¹³³ Si veda, per esempio, Jones L.L., Thompson F., *L’implementazione strategica del New Public Management*, Azienda Pubblica, n.6, 1997

4. **RIALLINEAMENTO**: significa allineare ed armonizzare la struttura organizzativa alla strategia adottata, in modo da motivare il personale e il management;

5. **RIPENSARE**: valutare la performance erogata e valutarne i feedback, per costruire una organizzazione che apprende dalle proprie attività e in grado di adattarsi.

Per raggiungere tali obiettivi, Pettigrew e Hipp¹³⁴ sintetizzarono in cinque punti i fattori che dovrebbero guidare la ricerca manageriale verso un cambiamento strategico:

Figura 2.8 – Elementi del cambiamento strategico



¹³⁴ A. Pettigrew e R. Whipp (1991) "Managing Change for Competitive Success".

Qualsiasi siano i valori di riferimento del settore pubblico, l'aspirazione a riformarlo ha assunto le connotazioni di una "pandemia" (Boyne 2003, 211)¹³⁵, e i valori del *New Public Management* sono stati propagandati dalle più influenti organizzazioni transnazionali (Ocse, Fmi e Banca mondiale) come il metodo brevettato per costruire governi e amministrazioni moderni (Wollmann 2002, 152)¹³⁶.

Partendo dall'assunto che il settore privato "tende a essere migliore nello svolgimento di attività economiche, nell'innovazione, nel replicare gli esperimenti di successo, nell'adattarsi ai cambiamenti più rapidi, nell'abbandonare le attività obsolete e nello svolgere compiti complessi o ad alto contenuto tecnico" (Osborne e Gaebler 1992, 45-46)¹³⁷, si tenta di importarne i valori nel mondo pubblico. Valori, che sono riassunti nella dottrina delle tre "e": economia, efficienza ed efficacia (Maesschalck 2004, 466).

Il *New Public Management* rappresenta, così, un tentativo di introdurre nel settore pubblico i meccanismi del mercato e della competizione (Rhodes 1997)¹³⁸ e per stimolarli si ricorre anche alle privatizzazioni (Flynn 1995, 62)¹³⁹. Costituisce un nuovo paradigma, come sostenuto da Pollitt¹⁴⁰ e Hood¹⁴¹, nonostante le critiche mosse da alcuni autori, tra i quali Gruening¹⁴² (1998 e 2001) che lo riteneva una sintesi unitaria di precedenti concetti¹⁴³.

Infatti, le nuove tendenze privatistiche e managerialistiche hanno incontrato delle critiche che si raccolgono sotto quello che viene definito il

¹³⁵ Boyne, G. A. (2003), "What Is Public Service Improvement?" *Public Administration*, 81 (2): 211-227.

¹³⁶ Wollmann, H. (2001), "Germany's trajectory of public sector modernisation: continuities and discontinuities", *Policy & Politics*, 29 (2): 151-170.

¹³⁷ Osborne, D. e T. Gaebler (1992), *Reinventing government*, Reading, Addison Wesley.

¹³⁸ Rhodes, R. A. W. (1997), *Understanding governance. Policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Buckingham, Open University Press.

¹³⁹ Flynn, N. (1995), "The Future of Public Sector Management. Are There Some Lessons from Europe?" *International Journal of Public Sector Management*, 8 (4): 59-67.

¹⁴⁰ Pollitt, C. (1990). *Managerialism and the public services: The Anglo-American experience*. Oxford, Blackwell.

Pollitt, C. (1995). *Justification by Works or by Faith?* *Evaluation* 1 (2): 133-154.

¹⁴¹ Hood, C. (1991). *A Public Management for all Seasons?* *Public Administration* 69 (1): 3-19

¹⁴² Gruening G., 'Origini e basi teoriche del New Public Management', in Meneguzzo M., *Managerialità, Innovazione e Governance: La Pubblica Amministrazione verso il 2000*. II ed., Aracne

¹⁴³ Kuhn definisce un paradigma come l'insieme dei valori, delle convinzioni e delle tecniche condivise dai membri di una determinata comunità, perciò il NPM avendo contribuito al cambiamento di valori, convinzioni e tecniche nello studio delle PA, può essere considerato un paradigma nuovo.

movimento della *Traditional Public Administration*. Secondo questi oppositori del *New Public Management* la privatizzazione impedisce il lavoro di squadra nell'amministrazione e annulla la dimensione etica del *decision making* pubblico (Maesschalck 2004, 467 e 478)¹⁴⁴. A lungo tuttavia nessuno è parso in grado di fornire nuove alternative al managerialismo anglosassone (Kickert 1997, 750)¹⁴⁵, e chi contava su un rapido esaurimento delle spinte liberistiche indotte dall'internazionalizzazione è rimasto deluso (March e Olsen 1998)¹⁴⁶.

Pollitt e Bouckaert¹⁴⁷ sollecitano ad introdurre una prospettiva di studio alle riforme che valorizzi la «conoscenza artigianale», cioè fondata sull'esperienza, sulle specificità locali e sui «materiali con cui si lavora». Anziché fermarsi ad un livello macro composto da enunciazioni di principio, modelli e formule che aspirano all'assoluto, gli autori sollecitano a scendere ad un livello più micro di analisi, ammettendo che molti miglioramenti (e talvolta peggioramenti) sono imprevedibili e imprevedibili dai riformatori.

Le conclusioni metodologiche a cui giungono Pollitt e Bouckaert nello studio comparato delle riforme del management pubblico trovano un'eco significativa nei lavori di Rhodes¹⁴⁸ sulla *governance*. Questi ritiene imprescindibile uno studio decentrato dei mutamenti delle forme del governare che esplori ogni processo di riforma come «un prodotto contingente di un contesto di significati in azione» (Rhodes, 2007, 1254¹⁴⁹). Situandosi in esplicita continuità con la svolta interpretativa impressa da Weick agli studi organizzativi, la proposta metodologica di Rhodes tende a spiegare i mutamenti della *governance* concentrando l'attenzione «sulle interpretazioni di ciò che credono e che praticano

¹⁴⁴ Maesschalck, J. (2004), "The Impact of New Public Management Reforms on Public Servants' Ethics: Towards a Theory", *Public Administration*, 82 (2): 465-489.

¹⁴⁵ Kickert, W. J. M. (1997), "Public Governance in the Netherlands: an Alternative to Anglo-American 'Managerialism'", *Public Administration*, 75 (Winter): 731-752.

¹⁴⁶ March, J. G. e J. P. Olsen (1998), "The Institutional Dynamics of International Political Orders", *Exploration and Contestation in the Study of World Politics*, P. J. Katzenstein, R. O. Keohane and S. D. Krasner, Cambridge, MIT Press: 303-330.

¹⁴⁷ Pollitt C., Bouckaert G., *La riforma del management pubblico*, Milano, Università Bocconi Editore, 2002 (ed.or.Public management reform: a comparative analysis, Oxford, Oxford University Press, 2000)

¹⁴⁸ Rhodes R.A.W., *Understanding governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Buckingham, Open University Press, 1997

Rhodes R.A.W., *Governance and public administration in Pierre J., (ed.), Debating governance: authority, steering and democracy*, Oxford University Press, 2000

¹⁴⁹ Rhodes R.A.W. (2007), *Understanding governance: ten years on*, in *Organization Studies*, Vol.28, 8, pp.1243- 1264

gli attori» (Rhodes, 2007, 1260). Questo insieme di osservazioni possono essere consolidate se si considerano alcuni risultati degli studi contemporanei sul mutamento organizzativo.

2.7 Gli sviluppi del *New Public Management: la New Public Governance* e il *New Public Service*

Il NPM rappresenta solo una prima fase del processo di riforma culturale della pubblica amministrazione che, a sua volta, ha subito importanti sviluppi. Una prima evoluzione si può ricondurre al filone della *New Public Governance*¹⁵⁰ la quale ha tratto origine nel radicale cambiamento introdotto dal NPM implementando, però, processi orientati maggiormente agli interessi della collettività in un'ottica multi-settoriale che consideri, cioè, i differenti *stakeholders*¹⁵¹.

Ciò è da ricondursi probabilmente alla diffusione del principio di “sussidiarietà”, di vicinanza delle istituzioni, collegato anche alla Carta europea delle autonomie locali e ai Trattati di Maastricht e Amsterdam. Questi principi richiamano le tematiche delle funzioni dello Stato sociale e della loro modernizzazione, elementi che l'Unione Europea ha definito come obiettivi prioritari della propria strategia di sicurezza sociale¹⁵².

Alle sfide poste dal *New Public Management*, dunque, l'Unione Europea sembra aver risposto con la *governance* e nel 2001 la Commissione ha pubblicato il Libro bianco sulla *governance* europea (COM/2001/428), elencando anche i

¹⁵⁰ L'assunzione di fondo della *new public governance* è rappresentata dall'esigenza di partire dall'ambiente esterno per definire le politiche di sviluppo organizzativo e riqualificazione manageriale rivolte all'interno delle organizzazioni pubbliche.

Kickert (1995) individuò quali contenuti distintivi del *new public management* nella prospettiva della *governance*: 1) la centralità delle interazioni con gli attori del contesto politico sociale, 2) il governo e il coordinamento di network e reti complesse nel sistema sociale, 3) l'orientamento all'esterno verso l'ambiente politico sociale (Meneguzzo, 1995).

Si veda: Aquino S., “Aziendalizzazione”, nuova *governance* e performance delle Amministrazioni Pubbliche: un confronto internazionale, in *Business and Management Science International Quarterly Review*, Pavia University Press, n.3-4, 2012.

Cepiku D., (2006), “Le reti di amministrazioni pubbliche nella prospettiva economico-aziendale”, in RIREA: Rivista Italiana di Ragioneria E di Economia Aziendale, luglio-agosto, fascicolo 7/8

¹⁵¹ La più nota interpretazione della teoria degli *Stakeholders Approach* risale al 1984 e fu fornita da Robert Edward Freeman nel suo saggio “*Strategic Management: a Stakeholder Approach*”, Pitman, London 1984.

In Italia ad essa si ispira anche il modello concettuale della *Corporate Social Responsibility* che si è rapidamente affermato nella disciplina economica dando vita, negli ultimi anni, a numerosi filoni di studi, come le ricerche sui sistemi di rendicontazione degli intangibles portati avanti in Italia dal Gruppo di studio per il Bilancio Sociale (Gruppo GBS), i sistemi di rating etico, i modelli di *governance* proposti dalle autorità pubbliche, o gli impatti sulla reputazione e sul valore della marca industriale.

¹⁵² Si veda anche il Comitato dei Ministri per la Società dell'informazione del 13/02/2002 ove venivano fissate le priorità per il miglioramento dell'efficienza interna alla P.A., alla valorizzazione delle risorse umane, alla trasparenza e verifica della soddisfazione degli utenti.

sette principi fondamentali di una buona *governance*: partecipazione, responsabilità, efficacia, politiche coerenti, sussidiarietà, proporzionalità e accuratezza.

Muovendosi dall'assunto che gli attori privati influiscono fortemente sulla definizione delle politiche e sull'amministrazione, lo slogan "*Governance without government*"¹⁵³ diventa espressione della nuova filosofia delle politiche pubbliche "negoziate" capaci di rispondere alla necessità di incrementare la partecipazione pubblica e di stabilire contatti con i livelli di governo inferiori. Si è così sviluppato un processo di cooperazione tra i governi nazionali (in questo senso la *governance* europea rappresenta una specificazione del principio di sussidiarietà (Schout e Jordan 2005, 204)¹⁵⁴) e, all'interno di ciascun stato membro, tra la macchina pubblica e i vari *stakeholders*.

In questo senso, ciascuno stato riscopre di essere protagonista nel risolvere i problemi dei cittadini che dalle Pubbliche Amministrazioni centrali e periferiche si attendono un ruolo attivo per il miglioramento del benessere comune. Vi è, dunque, un avvertito bisogno di una Pubblica Amministrazione rinnovata che trasformi e ammoderni le strutture centrali e periferiche, nonché le forme di gestione ed erogazione dei servizi alla collettività¹⁵⁵. Questo è stato l'obiettivo primario del legislatore nazionale che, sulla spinta del sistema europeo, è stato ed è impegnato in un complesso processo di ammodernamento del sistema amministrativo per un'applicazione statale che risponda effettivamente ai bisogni dei cittadini, anche con l'ausilio di nuove tecnologie di informazione e comunicazione¹⁵⁶.

Le più evidenti ricadute hanno avuto un impatto in numerosi interventi legislativi finalizzati ad un maggiore "decentramento amministrativo" ma anche "politico", con le leggi 59/1997 e 295/1999, per citarne alcune, e con le riforme

¹⁵³ Peters, B. G. e J. Pierre (1998), "Governance without government? Rethinking public administration", *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8 (2): 223-244.

¹⁵⁴ Schout, A. e A. Jordan (2005), "Coordinated European Governance: Self-organizing or Centrally Steered?" *Public Administration*, 83 (1): 201-220.

¹⁵⁵ L'esigenze di rinnovamento, l'ottica di integrazione europea, la qualità nella P.A., i nuovi obiettivi che essa intende raggiungere sono alcuni degli aspetti considerati nel Forum P.A. '05 tenutosi a Roma dal 9 al 13 maggio 2005.

¹⁵⁶ L'esigenza di rinnovamento della P.A. per affrontare la competitività internazionale era già emersa allo SMAU 2001. Si veda, infatti: *PubbliSmau 2001, E-government*, per la competitività del Sistema Paese, settembre 2001

del Titolo V della Costituzione, che hanno evidenziato un nuovo ruolo delle amministrazioni regionali e locali, centrato su una maggiore “vicinanza” ai cittadini con nuove logiche organizzative e gestionali. In particolare, la *ratio* ispiratrice della riforma del Titolo V della Costituzione (2001), è stata proprio quella della prossimità territoriale. Infatti, sono state trasferite competenze e poteri ai livelli sub-centrali di governo proprio nella convinzione che gli stessi, essendo più “vicini” alle collettività amministrate, siano maggiormente e meglio in grado di interpretarne i bisogni e di mettere a punto più idonee offerte di servizi per soddisfare gli stessi.

Analogamente, un'altra direzione di innovazione legislativa – con la L. 142/1990 e il D.Lgs. 29/1993 – con rilevanti influenze sull'organizzazione e gestione delle amministrazioni pubbliche è stata quella relativa alla distinzione tra competenze e livelli decisionali “politici” e competenze e livelli decisionali “amministrativi e tecnici”¹⁵⁷.

Tale nuova tendenza, molto vicina al cittadino-utente, consente, dunque, al soggetto politico e a quello amministrativo di aderire ai principi sanciti dalla Costituzione in materia di organizzazione dei poteri e delle funzioni pubbliche e di gestione del rapporto tra lo Stato e i cittadini; gli stessi principi dovrebbero facilitare, inoltre, la ricerca di soluzioni organizzative idonee a fronteggiare le sempre più forti richieste di efficacia, efficienza e trasparenza nella gestione della “cosa” pubblica.

¹⁵⁷ Con il D.Lgs. 29/1993 è definitivamente stato elevato a norma il principio della separazione tra potere di indirizzo politico e potere gestionale. Il primo, appunto, viene attribuito agli organi elettivi, mentre il secondo alla tecnostruttura. Si tratta di una distinzione che nel corso degli anni non sempre è stata così netta come il Decreto in parola prescrive. La cronaca non ha infatti mancato di portare alla luce casi di commistioni a vari livelli tra i due poteri. Il potere di indirizzo politico, in particolare, dovrebbe farsi interprete dei bisogni espressi dalla collettività amministrata di riferimento per formulare idonee linee di indirizzo per il management pubblico. Quest'ultimo, invece, una volta ricevute le linee guida dall'organo politico, è chiamato a tradurre le stesse in obiettivi strategici (tipicamente di medio periodo) ed obiettivi operativi (tipicamente annuali). Così come anche diverso è il controllo su tali poteri: il potere politico soggiace ad un controllo “sociale” da parte degli elettori, mentre il management (dirigenza) è soggetta al controllo strategico ed alle altre tipologie di controllo previste dal D.Lgs. 289/1999. Per una trattazione in chiave aziendalistica del punto, è utile la consultazione di: Mercurio R., *Efficienza e managerialità nella pubblica amministrazione*, in Ferraro G., *Sviluppo e occupazione nell'Europa federale*, Milano, Giuffrè, 2003, pagg. 255-268

Ciò a testimoniare in maniera ancora più incisiva la trasposizione nel mondo pubblico del concetto di *accountability* già noto in quello privato¹⁵⁸ che, a partire dal XX secolo si è trasformato, in particolare nel mondo anglo-sassone, in una più ampia forma di *public accountability*¹⁵⁹ caratterizzata, tra l'altro, dall'aspetto, peculiare per l'epoca, che vede un capovolgimento nella relazione del "rendere conto": non sono più solo i "sovrani" che controllano i sudditi, ma anche le autorità stesse possono essere controllate dai cittadini. Questa tendenza si diffonde presto nel resto d'Europa in coerenza al quadro economico-istituzionale di riferimento nei differenti paesi, ma che dovunque incontra la criticità di modificare radicalmente lo *status* relazionale precedente. Ciò, infatti, si manifesta nell'ampio divario che si crea tra quello che si prevede e ciò che concretamente si implementa ed offre agli utenti¹⁶⁰.

Resistenze, contrapposizioni di interessi, *gap* di competenze e visioni diverse sembrano fraporsi tra gli ideali di funzionamento delle organizzazioni pubbliche e le concrete possibilità di sviluppo che amministratori e cittadini sperimentano nelle loro esperienze quotidiane¹⁶¹. Lontani dal voler indagare le motivazioni di tale *gap*, ciò che si intende analizzare in questa sede è la "nuova

¹⁵⁸ Secondo Dubnick (2002) l'origine dell'*accountability* è anglo-normanna: si può far risalire al 1085, quando il re normanno Guglielmo I, divenuto re d'Inghilterra nel 1066, fece redigere un elenco dettagliato di tutte le sue proprietà in Inghilterra e richiese ad ogni soggetto di permettere l'accesso ai funzionari reali incaricati di elencare e valutare tutti i terreni. L'indagine fu completata in meno di due anni e fu documentata nel celebre "Domesday Book" che censiva i territori del re con una modalità mai applicata prima. Ciò che distingueva questo censo, rispetto alle pratiche dell'epoca, era l'adozione di standard e regole che, sebbene non venissero applicate in maniera omogenea, erano state fissate a livello centrale. Ai proprietari terrieri veniva quindi richiesto di "rendere conto" delle loro terre, e non seguendo i propri criteri, ma dovendo seguire i criteri dettati dal re.

Si veda: Dubnick M.J., Seeking Salvation for Accountability, paper presented at the 2002 Annual Meeting of the American Political Science Association, Boston, 2002

¹⁵⁹ Harlow C., Accountability in the European Union, Oxford, Oxford University Press, 2002

¹⁶⁰ Bauman Z., La solitudine del cittadino globale, Milano, Feltrinelli, 2000

Inoltre, circa il passaggio dall'adozione "razionale" ad una implementazione "politica" del concetto di accountability, più vicino a quello di "care" verso il cittadino, si veda:

de Lancer Julnes P., Holzer M., 2001, "Promoting the utilization of performance measures in public organizations: An empirical study of factors affecting adoption and implementation." Public administration review 61.6 (2001): 693-708.

de Lancer Julnes, P., 2008, Performance-based management systems: Effective implementation and maintenance. CRC Press, 2008.

de Lancer Julnes P., 2006, "Performance measurement an effective tool for government accountability? The debate goes on." Evaluation 12.2 (2006): 219-235.

¹⁶¹ Cammelli M., La pubblica amministrazione. Che cos'è, cosa fa e come è cambiata la pubblica amministrazione, Bologna, Il Mulino, 2004

cultura” nella gestione pubblica, che in quest’ottica assume un approccio multidisciplinare¹⁶².

Tale strada presuppone un grande impegno umano, risorse adeguate, un’impostazione culturale¹⁶³ avanzata e disponibile al cambiamento, una visione strategica compiuta e attenta ai bisogni della gente, un’idea chiara sul significato di essere istituzione pubblica. Per la realizzazione di questa complessa riforma si richiede anche un’incisiva capacità di fare “rete”, di essere, cioè, presente in modo omogeneo su tutto il territorio per assicurare la coesione sociale che rappresenta una grande risorsa per il nostro paese, senza la quale riesce impossibile convivere con il fenomeno della globalizzazione. La necessità è, quindi, quella di far crescere nelle comunità locali la capacità di integrare l’attività dell’amministrazione con quella della cittadinanza attiva¹⁶⁴.

Da qui l’ulteriore passaggio dalla *New Public Governance* (NPG) al *New Public Service* (NPS).

Se, infatti, la NPG postula essenzialmente (Marcon e Russo 2008¹⁶⁵):

- Il passaggio da una visione “monocentrica e monorazionale”, in cui la pubblica amministrazione guida i processi sociali dall’alto di una posizione sovraordinata e usando il suo potere d’imperio, ad una visione “policentrica e poliforme”, il cui cardine è costituito dalla nozione di interazione fra gli attori sociali nell’ambito dell’“azione collettiva” (Kickert 1997)¹⁶⁶: ovvero, il passaggio “da una logica di governo ad una logica di *governance*”;

¹⁶² Legewie H., Utopie concrete di comunità: città sana, sostenibile e sociale, in *Rivista di Psicologia di comunità*, 2005

¹⁶³ Sulla cultura organizzativa e valori etici, si veda R.L. Daft, “Organizzazione Aziendale” Apogeo, 2010

¹⁶⁴ Si definisce, infatti, Government to citizen la semplificazione dei rapporti tra Stato e cittadini; Government to Business la semplificazione dei rapporti tra Stato e imprese e Government to government per riferirsi alla nuova struttura, i ruoli, le interazioni tra amministrazioni locali e centrali.

¹⁶⁵ Marcon G., Russo S. (2008), “Significatività dell’informazione contabile nel banco sociale delle aziende pubbliche”, *Azienda Pubblica*, 2 (2- 3), pp. 199-233.

¹⁶⁶ Kickert W.J.M. (1997), “Public Governance in the Netherlands: an Alternative to Anglo-American ‘Managerialism’”, *Public Administration*, 75(4), pp. 731-752.

Kickert W.J.M., Klun H., Koppenjan J.F.M., 1997, “Introduction: a management perspective on policy networks”, in W.J.M. Kickert, E.-H. Klun, J.F.M. Koppenjan (a cura di), *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*, London: SAGE Publications, pp. 1-13.

- il passaggio dalla democrazia rappresentativa alla democrazia partecipativa o "deliberativa" (o "dialogica") (O'Dwyer 2005, p. 29)¹⁶⁷;
- la concezione dell'ente pubblico come "nodo" di un sistema di reti, e come "gestore di reti", che deve soprattutto coordinare, stimolare, convincere, incentivare (e disincentivare).

Il secondo sviluppo, proposto più recentemente, è conosciuto come *New Public Service* (NPS) e rappresenta un ulteriore adattamento rispetto alla visione del cambiamento sia del NPM che della NPG. Secondo questo modello, la funzione della pubblica amministrazione non è più né quella di produrre ed erogare direttamente beni e servizi, né quella di coordinare o guidare e stimolare la società, ma quella di "servire", dove "servire" significa "aiutare i cittadini ad articolare e soddisfare i loro comuni interessi" (Denhard e Denhard 2000¹⁶⁸). In altri termini, in questa concezione il cittadino (ri)diventa parte attiva nei rapporti con la pubblica amministrazione, non in quanto "cliente", ma in quanto "persona"¹⁶⁹.

La missione della pubblica amministrazione si realizza attraverso l'*empowerment* del cittadino: è il superamento della visione assistenzialistica dello stato sociale, ovvero il passaggio dal *welfare state* alla *welfare community*. La garanzia della "cittadinanza attiva" è affidata alla promozione dei processi di creazione di *capitale sociale*, inteso come insieme delle condizioni - fiducia¹⁷⁰, norme/comportamenti e reti - che facilitano l'azione sociale. La pubblica amministrazione accetta e cerca forme di *partnership* con il privato, e segnatamente con il privato sociale, allo scopo di mobilitare risorse umane, di progettazione e finanziarie per garantire le tutele sociali.

Le "ricette" del NPM e dell'"aziendalizzazione" che abbiamo conosciuto nella fase della modernizzazione che si è aperta negli anni '90, si rivelano parziali

¹⁶⁷ O'Dwyer B., "Stakeholder democracy: challenges and contributions from social accounting", *Business Ethics: a European review*, 14(1), pp. 28-41.

¹⁶⁸ Denhardt R.B., Denhardt, J.Y. (2000), "The New Public Service: Serving Rather than Steering", *Public Administration Review*, 60(6), pp. 549-559.

¹⁶⁹ Cepiku D., Giordano F. (2014). "Co-production in developing countries. Insights from the Community Health Workers experiences". *Public Management Review*. Vol. 16. Issue 3. pp. 317-340.

¹⁷⁰ Sulla fiducia con il cittadino-utente si veda: S. Romanazzi & G. Ambrosino, "La CCIAA e gli utenti: la gestione di un dialogo"; in Uricchio A.F., Mongelli G., Partipilo A.P., Petrucci S. (a cura di), *Le Camere di Commercio. Profili istituzionali e gestionali degli Enti al servizio delle imprese*, Roma, Aracne, ISBN: 978-88-548-7857-0, 2015

e insufficienti, anzi in parte potenzialmente fuorvianti. Ad esempio, la logica della NPG e della sua visione partecipativa sospinge verso *l'adozione di strumenti di rendicontazione sociale e di bilancio partecipativo*. Le risposte alle nuove domande di *accountability* non possono venire né dalla contabilità finanziaria, né da quella economica. Il principio di pubblicità dei bilanci pubblici va arricchito tenendo conto della necessità di corrispondere pienamente alla *responsabilità sociale* delle pubbliche amministrazioni.

Entrambi i modelli richiamati in ultimo, la NPG e il NPS, interpellano gli studiosi e gli operatori sul concetto di *valore* da porre alla base delle decisioni pubbliche e dei processi di misurazione e valutazione dei risultati. Emerge il concetto di *valore pubblico*, che comprende il valore prodotto per gli utenti dei servizi, ma ha anche altre componenti, quali l'impatto *sociale* dell'azione pubblica, oltre l'utilità individuale della fruizione dei servizi (*outcome* delle politiche pubbliche quali sicurezza, sanità pubblica, riduzione della povertà) e la *fiducia/legittimazione* (Kelly e Muers 2002)¹⁷¹. In altri termini, oltre al valore traibile dagli *utenti* dei servizi, il valore pubblico comprende utilità generate dall'azione pubblica riferibili ai *cittadini* (ovvero alla comunità) a prescindere dalla fruizione diretta di servizi. NPG e NPS si saldano con la *teoria del valore pubblico* elaborata originariamente da Mark H. Moore e poi ripresa e sviluppata da numerosi altri autori¹⁷².

¹⁷¹ Kelly G. , Muers S. (2002), *Creating Public Value. An Analytical Framework for Public Service Reform*, London, Strategy Unit, UK Cabinet office, in: http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/seminars/public_value.aspx

¹⁷² La prima teorizzazione di M.H. Moore sul tema del valore pubblico, *Creating Public Value*, risale al 1995. Un interessante aggiornamento e una pregevole raccolta di successivi contributi di altri autori si trovano in Benington e Moore (2011). Moore M.H. (1995), *Creating Public Value*, Cambridge, MA: Harvard University Press. Benington J., Moore M. H. (a cura di) (2011), *Public Value. Theory and Practice*, Palgrave Macmillan.

2.8 L'evoluzione organizzativo-manageriale nel "sistema salute". L'integrazione socio sanitaria

L'evoluzione delle teorie organizzative ha portato al superamento di regole univoche di "corretta" organizzazione ed ha coinvolto, in questo continuo processo, anche strutture pubbliche di servizio¹⁷³. Parimenti, l'evoluzione dei bisogni sociali e, in particolare di quelli sanitari¹⁷⁴, avvenuta nel corso degli ultimi decenni ha richiesto un cambiamento radicale delle politiche di intervento e della struttura dei servizi sanitari e sociali¹⁷⁵.

Il sistema di assistenza tradizionale, che affidava in larga misura le risposte sanitarie e assistenziali rispettivamente all'ospedale e alla famiglia, non è in grado di rispondere ai bisogni attuali di salute. Ciò che muta è la finalità: non più la cura di una patologia, ma la prevenzione della malattia e il perseguimento del benessere della persona¹⁷⁶.

Le prestazioni sanitarie, come le cure mediche di base, i servizi diagnostici, le visite specialistiche, i ricoveri ospedalieri e i farmaci, sono rivolte a curare uno stato di malattia con l'intento di pervenire ad un certo livello di salute individuale. Quest'ultimo, nella classica accezione coniata da Amartya Sen, rappresenta un "funzionamento" (*functioning*) in grado di influenzare, al pari, o forse anche di più, di altri come la nutrizione, l'istruzione di base, il livello individuale di *well-being*.

Il livello di salute non dipende, tuttavia, direttamente ed esclusivamente dalle prestazioni sanitarie, quanto da un processo produttivo che avviene

¹⁷³ G. Serpelloni, E. Simeoni "Principi sull'organizzazione dell'azienda socio-sanitaria pubblica" della pubblicazione Quality Management. Indicazioni per le aziende socio-sanitarie e il dipartimento delle dipendenze. (Agosto 2002)"

¹⁷⁴ Tanese A., 2001, L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie, in Hinna L., (a cura di), Management in sanità, Aracne, Roma

¹⁷⁵ La visione dell'azienda socio-sanitaria pubblica, non è univoca e molte sono le interpretazioni e gli orientamenti. Si veda, T. Burns, G. M. Stalker, "The management of innovation", Tavistock Publication, Ltd., London, 1961

¹⁷⁶ Ceraudo F., 1993, La carcerazione-Eventi psicologici, Atti del I° Congresso Nazionale AMAPI di Psichiatria Penitenziaria, Parma

Ceraudo F., 1995, Carcere e salute, "Medicina Penitenziaria", n° 24, 67.

Ceraudo F., 1997, La pena e la salute in carcere alla ricerca di un sostanziale equilibrio, "Archimedia", Pisa, 1997.

Ceraudo F., 1998, Principi fondamentali di medicina penitenziaria, "Archimedia", Pisa, 1988.

all'interno del nucleo familiare, a sua volta inserito in un contesto sociale, che dipende, in modo rilevante, dalle condizioni ambientali, dal livello delle conoscenze, dallo stile di vita, dalla cultura ecc.

L'evoluzione storica ha testimoniato un passaggio da una nozione individuale (necessità del singolo di essere curato) ad una collettiva (interesse della comunità ad avere individui sani): lo Stato è passato da un intervento meramente assistenzialistico di fine secolo ad una piena gestione della sanità con assunzione di un preciso dovere di intervento in questo settore¹⁷⁷, sancendo in qualche modo il passaggio dalla "sanità" alla "salute" (B. Gualco, 2006), ossia dall'atto di risposta nei confronti della singola persona colpita da una patologia, allo sviluppo delle condizioni di qualità della vita che consentono a ogni cittadino il pieno benessere fisico, psichico e sociale, e di evitare il più possibile il ricorso alla ospedalizzazione attraverso la prevenzione della patologia e la presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari¹⁷⁸.

Da qui il passaggio dal *welfare state* alla *welfare community*: ossia da uno Stato che, al vertice della piramide, non riesce più a distribuire assistenza e benessere, a una rete di attori che assume la responsabilità dello sviluppo del benessere della comunità attraverso servizi di prossimità¹⁷⁹.

Lo scenario che si apre è, dunque, quello del passaggio da un sistema di protezione sociale che ha affidato allo Stato il compito di produrre benessere, e con esso la salute della popolazione, ad una realtà nella quale produrre benessere – e con esso salute – diventa un compito anche della società civile, all'interno di un sistema relazionale che connette le varie dimensioni del benessere (sociale,

¹⁷⁷ Le direttive fondamentali stabilite dalla Conferenza internazionale della Sanità tenutasi a New York nel 1946, fatte proprie dalla relativa Organizzazione Mondiale (OMS), ben riassumono questo processo e affermano che "la sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non costituisce soltanto l'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi, per farvi parte, devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate".

¹⁷⁸ Giarelli G., 2006, Terzo settore e governante sanitaria comunitaria: tre modelli di partnership a confronto in *Salute e Società*

Farinella, D., & Saitta, P. (2012). *Sanità e governance territoriale: il caso dell'assistenza integrata all'ictus* (Vol. 40). FrancoAngeli.

¹⁷⁹ Corsalini E, Vendramini E., 2010, Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia., Egea, Milano.

economico, ambientale, oltre che meramente sanitario) fra le sfere civili e fra queste ultime e il sistema politico-amministrativo¹⁸⁰.

Una prospettiva nella quale la funzione principale dell'azione pubblica è quella di "incrementare l'autonomia dei soggetti" secondo principi di equità, di solidarietà, di partecipazione e sussidiarietà. Il modello cui si fa riferimento è quello della "comunità solidale"¹⁸¹, o di "*welfare community*", per indicare un modello di politica sociosanitaria che, modificando profondamente i rapporti tra istituzioni e società civile, garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla comunità civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune¹⁸².

Ciò è realizzabile, da un lato, attraverso la costruzione di sistemi di sostegno delle persone fondati sul rafforzamento delle reti naturali di comunità, sulla qualificazione degli interventi di solidarietà organizzata e sulla migliore integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari, "capaci" di fare "Comunità; dall'altro, attraverso la ridefinizione di approcci, metodologie e tecniche per conseguire efficacia e appropriatezza dell'assistenza, dei servizi e delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, relative alle specifiche esigenze delle persone in condizioni di disabilità sociale conseguente o concomitante a malattie psichiche o fisiche e a marginalità socio-ambientale¹⁸³.

Si delinea, quindi, un programma di trasformazione progressiva degli interventi: da modalità prevalentemente sanitarie di risposta al bisogno socio-sanitario, a forme partecipate e di cogestione, con gli "attori privati" (persone,

¹⁸⁰ Foglietta F., Toniolo F., 2012, *New models of governance and health system integration*, in *Salute e Società* n. 1/2012, FrancoAngeli, Milano

¹⁸¹ Il Governo Inglese, nel maggio 2010, ha lanciato il *civil society programme*, il cosiddetto *Big Society policy programme*.

<http://www.cabinetoffice.gov.uk/news/governmentlaunches-big-society-programme>.

L'obiettivo previsto è quello di creare un clima che consenta alle persone ed alle comunità locali di promuovere la costruzione di una "grande società" che "toglie potere ai politici per darlo alle persone". L'idea sottostante è alleggerire il ruolo e la presenza diretta dello stato nelle politiche sociali e restituire potere alle comunità, alla loro capacità di autoaiuto ed autorganizzazione. Riconoscendo le capacità inclusive delle comunità locali, rimette al centro dell'azione sociale le persone dando loro più potere e incoraggiandole ad assumere un ruolo attivo nelle comunità stesse.

¹⁸² F. Starace, (2011), "Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute", Carocci Faber Editore

¹⁸³ Degani L., Mozzanica R., 2009, *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*. Maggioli Editore

famiglie, terzo settore, imprese profit), di progetti terapeutico-riabilitativi individuali, mediante investimenti economici (c.d. *budget di salute*), orientati allo sviluppo di aree di intervento prognosticamente determinanti per la salute della persona evitando, così, il più possibile il ricorso alla ospedalizzazione attraverso la prevenzione della patologia e la presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari.

Come si attua?

L'adozione da parte dei servizi sanitari e sociali di modelli di intervento commisurati ai cambiamenti sociali e sanitari è stata oggetto, nei paesi occidentali, di riforme e di iniziative innovative a livello locale e regionale. In generale, si tratta di interventi orientati alla costruzione di un sistema articolato, coordinato e integrato di risposte (strutture, servizi e attività) a diversa intensità sanitaria e sociale, capaci di incontrare i diversificati bisogni dei singoli e della collettività. A questo riguardo, *l'International Journal of Integrated Care* ha dedicato un volume speciale all'argomento, che riporta le esperienze, le evidenze scientifiche e gli insegnamenti provenienti da diverse realtà operative americane ed europee¹⁸⁴.

All'interno del continuum assistenziale sociosanitario previsto da questi modelli, le cure domiciliari integrate forniscono un'opzione terapeutica alternativa al ricovero ospedaliero, laddove la presenza di patologie cronico-degenerative e le condizioni familiari e socio-ambientali consentono l'erogazione di un trattamento sociosanitario a domicilio.

L'erogazione di questa forma del "servizio salute" è garantita dalla promozione di effettivi percorsi abilitativi individuali nelle aree (corrispondenti al tempo stesso ai principali determinanti sociali della salute e a diritti di cittadinanza costituzionalmente garantiti): apprendimento / espressività, formazione / lavoro, casa / habitat sociale, affettività / socialità¹⁸⁵.

¹⁸⁴ Int J Integr Care, Special 10th Anniversary Edition 2011

¹⁸⁵ All'integrazione socio sanitaria sul territorio, si affiancano diversi modelli di gestione delle cronicità, quali il *Chronic Care Model* che è stato adottato dall'OMS e introdotto nelle strategie d'intervento di numerosi paesi.

Gareri G., P. Giarelli, et al., 2012, "Il Chronic Care Model: un progetto in fase di sperimentazione sui percorsi assistenziali integrati per la prevenzione del decorso della Malattia di Alzheimer nell'ASP di Catanzaro." in *Psicogeriatría* 41.

L'investimento economico, definito "budget di salute", rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.

2.9 Integrazione sociosanitaria anche per le persone detenute?

L'evoluzione storica testimonia come il passaggio da una nozione individuale di salute (necessità del singolo di essere curato) ad una collettiva (interesse della comunità ad avere individui sani), abbia significato un diverso atteggiamento delle istituzioni verso la questione sanitaria. Lo Stato, infatti, è passato da un intervento meramente assistenzialistico di fine secolo ad una piena gestione della sanità con assunzione di un preciso dovere di intervento in questo settore¹⁸⁶.

La sanità consiste, dunque, nell'efficienza psico-fisica dell'individuo quale presupposto indispensabile per una completa espressione della sua personalità e socialità e la "tutela della salute" si esprime nell'azione dello Stato diretta a prevenire e reprimere quelle situazioni che, causando la malattia, impediscono al soggetto una vita piena e dignitosa. La Costituzione italiana ha recepito i principi della Conferenza internazionale della Sanità collocando la salute nel dettato costituzionale dove viene definita come "fondamentale diritto dell'individuo" e come "interesse della collettività"¹⁸⁷.

La giurisprudenza ritiene che questo diritto debba essere garantito a qualsiasi cittadino, anche a quello sottoposto a misure restrittive della libertà personale¹⁸⁸. La stessa Corte Costituzionale ha ritenuto che "il diritto alla salute, così come garantito dalla Costituzione Italiana, è anche il diritto alla salute della persona detenuta"¹⁸⁹ pur se la tutela garantita dal precetto costituzionale può

¹⁸⁶ Le direttive fondamentali stabilite dalla Conferenza internazionale della Sanità tenutasi a New York nel 1946, fatte proprie dalla relativa Organizzazione Mondiale (OMS), ben riassumono questo processo e affermano che "la sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non costituisce soltanto l'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi, per farvi parte, devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate".

¹⁸⁷ Art. 32 Cost.: "La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...".

¹⁸⁸ Aristigueta M.P., 2002, *Managing Human Behavior in Public & Nonprofit Organizations*, Thousand Oaks, CA: Sage

¹⁸⁹ Cfr. sentenza della Corte Costituzionale n. 414/1990 che, nel dichiarare costituzionalmente illegittimo l'art. 47-ter L. 354/1975, nella parte in cui non prevede che la reclusione militare sia espiata in detenzione domiciliare quando trattasi di "persona in condizioni di salute particolarmente gravi che richiedono costanti contatti con i presidi sanitari territoriali", ha affermato che "... il valore della dignità e della salute di ciascun essere umano è valore supremo

incontrare limiti oggettivi sia nell'organizzazione dei servizi sanitari sia nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi (sent. Corte Costituzionale 175/82). È un richiamo al concetto di equità nella salute che significa garantire a tutti l'opportunità di raggiungere un buon stato di salute indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e territoriali. L'obiettivo è consentire il recupero della funzionalità fisica, l'assenza di complicanze e garantire adeguate attese di vita. Il concetto è quindi relativo ad una nozione generale di Uguaglianza dei risultati (Williams e Cookson 2000)¹⁹⁰, poiché, sviluppando le *human capabilities*, si consente a tutti di raggiungere un livello adeguato del "funzionamento salute". Le vie concretamente percorribili per raggiungere questo risultato sono però relative ad alcuni obiettivi più immediati e quindi di natura intermedia¹⁹¹. Alcuni di questi obiettivi intermedi sono più facilmente ottenibili di altri, ma, in ogni caso, raggiungono condizioni di equità vincolata, diciamo di *second best*, rispetto a quella di *first best* connessa al livello del funzionamento salute.

La tutela della salute della persona reclusa assume, dunque, una valenza positiva in relazione all'art. 27, terzo comma: "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato". Tale articolo, infatti, sancendo il principio della umanizzazione e della funzione rieducativa della sanzione penale, impone una concezione della pena non meramente retributiva e preventiva ma attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale. È naturale osservare come allora tutto ciò postuli necessariamente la tutela del suo diritto alla salute.

che non conosce distinzioni e graduazioni di status personali e dunque annienta ogni separazione tra cittadini e soldati" (in Riv. It. Dir. Proc. Pen., p. 1444, 1992).

¹⁹⁰ A. Williams, R. Cookson (2000), "Equity in Health", in A.J. Culyer, J. P. Newhouse (a cura di), *Handbook of Health Economics*, North Holland, Amsterdam.

¹⁹¹ Si tratta di perseguire, a seconda dei casi e degli strumenti utilizzabili, le seguenti nozioni di:

- Uguaglianza della spesa pro-capite; quando viene contemplata una quota-capitaria "secca" per il finanziamento delle agenzie periferiche (regioni e aziende sanitarie);
- Uguaglianza delle prestazioni in relazione al bisogno (fabbisogno standard), quando si fa riferimento alla prestazione di livelli essenziali di assistenza e al relativo finanziamento tramite una quota-capitaria "ponderata", cioè corretta da variabili socio-demografiche di contesto;
- Uguaglianza dell'accesso alle prestazioni, quando sono garantiti dagli erogatori accreditati uguali trattamenti ex-ante ai pazienti, indipendentemente dal rischio individuale (no cream-skimming) e dal reddito;
- Uguaglianza dei pagamenti individuali quando si richiede un costo uniforme per ricevere le cure mediche e i trattamenti
- Uguaglianza del consumo quando si richiede, per alcune prestazioni uno stesso livello di utilizzazione ex-post, date le preferenze, il reddito individuale e le patologie di riferimento.

La condizione di benessere psico-fisico diviene, infatti, strumentale all'attività volta al recupero sociale dell'individuo e cioè al cosiddetto "trattamento".

Facendo un riferimento al percorso evolutivo che ha riguardato l'argomento, si può osservare un passaggio dalla "sanità" alla "salute": ossia dall'atto di risposta nei confronti della singola persona colpita da una patologia, allo sviluppo delle condizioni di qualità della vita che consentono anche al cittadino recluso il pieno benessere fisico, psichico e sociale, favorendone così la reale re-abilitazione.

Il cambiamento che oggi si può osservare riguardo la promozione della salute del detenuto è parallelo e, come già analizzato, strettamente interdipendente a quello che si rileva da un punto di vista trattamentale. Se da una parte si è assistito al passaggio da un fine meramente punitivo della detenzione a quello rieducativo, dall'altra si è passati da una totale assenza normativa riguardo la tutela della salute negli istituti penitenziari, al proliferarsi di norme (promosse anche a livello europeo)¹⁹² volte a promuovere il concetto di salute quale stato di ben-essere anche per le persone detenute¹⁹³.

Parlando di assistenza sanitaria non si può non fare riferimento agli aspetti rieducativi della pena, finalizzati ad un intervento sul singolo per modificarne le tendenze devianti e facilitarne un'utile reinserimento nella società. Infatti, con il venir meno dello "spettacolo della punizione", il corpo si affranca dall'essere¹⁹⁴ bersaglio unico della repressione penale e gli istituti di pena divengono i protagonisti di una nuova era punitiva dove prevale la certezza di essere puniti più che la visibilità della punizione¹⁹⁵.

¹⁹² Møller, L., Gatherer, A., Jürgens, R., Stöver, H., & Nikogosian, H. (2007). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. WHO Regional Office Europe.

Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

UN Office on Drugs and Crime (UNODC), *Good governance for prison health in the 21st century: A policy brief on the organization of prison health*, 2013, ISBN: 978-92-890-0050-5, available at: <http://www.refworld.org/docid/5375e708a.html>

¹⁹³ Giarelli G., 2008, La centralità della persona e partecipazione dei cittadini nei processi d'integrazione socio-sanitaria. In *Politiche Sociali e Servizi* n. 1/2008, Ed. Vit e Pensiero

¹⁹⁴ Una delle opere che ha maggiormente influenzato l'opinione pubblica circa la politica correzionale è stata l'analisi secondaria effettuata da Martinson et al. *The effectiveness of correctional treatment: a survey of treatment evaluation studies*. New York: Praeger, 1975.

¹⁹⁵ Si veda, a proposito: Foucault M. *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino: Einaudi, 1977.

In questo modo al boia si sostituisce un esercito di “tecnici” – sorveglianti, educatori, criminologi, medici, psichiatri – che, pur garanti dell’“annullamento del dolore”, portano con sé un nuovo carico di problematiche e una nuova “morale” dell’atto di punire.

Questo significa che al passaggio dal *welfare state* alla *welfare community* si affianca quello da *Value chain* a *Value constellation* (Normann, Ramirez, 1993) nel considerare il detenuto al centro di una costellazione di attori sanitari che attraverso il loro agire sinergico contribuiscono a soddisfare il suo bisogno di salute.

Ciò inevitabilmente provoca un ripensamento sia della struttura organizzativa (macro), sia di gestione del personale (micro) che delle relazioni che intercorrono tra i diversi attori coinvolti (meso) in questo ampio e nuovo processo di promozione della salute “detenuta”, che forse le sole previsioni normative non sono capaci di realizzare.

CAPITOLO 3

LA SALUTE DELLE PERSONE DETENUTE NEL CENTRO PENITENZIARIO SECONDIGLIANO. L'ANALISI MACRO, MESO E MICRO.

"Il luogo o il contesto sociale nel quale le persone si impegnano nelle attività quotidiane nelle quali i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono per ripercuotersi sulla salute e sul benessere."

(definizione di *setting*, ovvero di ambiente organizzativo, per la salute. OMS, 1998, p. 23)

La definizione appena riportata di *setting* per la salute può apparire anacronistica in questa fase del lavoro, tuttavia vuole proprio enfatizzare l'importanza che assume l'ambiente nel quale ciascun individuo vive nella tutela e nella promozione della salute; diventa perciò "forte" se calata nel mondo del carcere.

La realtà in esame è quella del Centro Penitenziario di Secondigliano e lo studio che si è voluto approfondire in questo lavoro riguarda tre livelli di analisi: macro, meso e micro. Da un punto di vista macro, si esplora la struttura organizzativa prevista per l'area sanitaria dell'istituto in esame, focalizzando l'attenzione sul cambiamento previsto ed attuato per effetto del passaggio della sanità penitenziaria dal DAP all'Asl. Si procede, dunque, ad esplorare l'impatto avvenuto sulla struttura e sulle eventuali economie di costo derivanti da tale rivoluzione normativa.

La fase successiva ha l'obiettivo di porre in parallelo quanto previsto dal citato dettato normativo e quanto avvenuto nella realtà non soltanto in termini di struttura, ma anche di processi. Focalizzando l'attenzione sulle relazioni previste ed esistenti tra gli attori coinvolti nel percorso salute del detenuto, si vuole effettuare una mappatura della rete ego centrata dell'istituto considerato al fine di trarre utili informazioni riguardo il livello di integrazione della rete socio sanitaria.

Le relazioni, evidentemente, si basano sugli attori, sulle singole persone chiamate ad operare in un contesto così delicato ed al tempo stesso affascinante. Per questo motivo, lo sguardo di analisi non poteva evitare di posarsi sulle singole persone. Da uno studio basato sulla conoscenza delle aree componenti la motivazione, si è voluto indagare sulla spinta che può provenire dal “basso”, dalla prospettiva micro, dal desiderio di esplorare non solo l’integrazione a livello socio sanitario sul territorio, ma il livello di integrazione anche “dentro le mura”.

In virtù di quanto esposto, il presente capitolo è articolato seguendo i tre *step* di analisi appena rappresentati.

3.1 Il Centro Penitenziario Secondigliano

Ai fini della ricerca è stato scelto il Centro Penitenziario Secondigliano in forza di alcune caratteristiche strutturali e organizzative, che lo rendono particolarmente rappresentativo nell'ambito del panorama nazionale. In primo luogo esso è stato concepito come un carcere "moderno" dal punto di vista strutturale¹⁹⁶: progettato negli anni '80 e inaugurato nel 1992¹⁹⁷, è nato con il primato di essere il più grande istituto penitenziario in Italia in termini di superficie occupata. Situato in uno dei quartieri più noti alla cronaca nera partenopea, Scampia, si estende prepotente su un territorio di circa 500.000 mq¹⁹⁸ con un perimetro di circa 1,5 km.

La capienza regolamentare è di circa 650 detenuti, ovvero uno per ciascuna cella. Oggi ospita in media circa 1400 detenuti di cui circa 200 semiliberi. Sotto il profilo dell'assistenza sanitaria, l'istituto in esame si distingue nel panorama italiano per aver costruito un percorso di salute particolarmente attento alle esigenze dei ristretti.

Ciascun reparto, infatti, è dotato di un'*infermeria di reparto* dove presta servizio un medico di reparto e un infermiere. È possibile, pertanto, garantire una visita medica generica al detenuto che eventualmente ne faccia richiesta oltre all'assistenza infermieristica disponibile quotidianamente.

In casi di maggiore gravità, poi, il medico di reparto può avvalersi dell'*infermeria centrale*. Situata nell'edificio centrale dell'Istituto, l'*infermeria centrale* è costituita da sei sezioni detentive e ospita in media 65 detenuti; è costituita dal pronto soccorso e dalla sala di infermeria, oltre che dagli ambulatori di odontoiatria, cardiologia, oculistica.

¹⁹⁶È costituito da quattro reparti strutturati in blocchi antisismici, in ciascuno dei quali vi sono spazi destinati alla socialità. E' dotato di strutture sportive (2 campi di calcio, 1 di calcetto, 3 di tennis/pallavolo, 3 palestre), ricreative (teatro, cinema), religiose (3 chiese), lavorative (5 serre, 1 falegnameria, 1 officina fabbri, imbianchino, radio tv, elettricisti) e di spazi sociali: sale per socialità, sale per colloqui, area verde per colloqui.

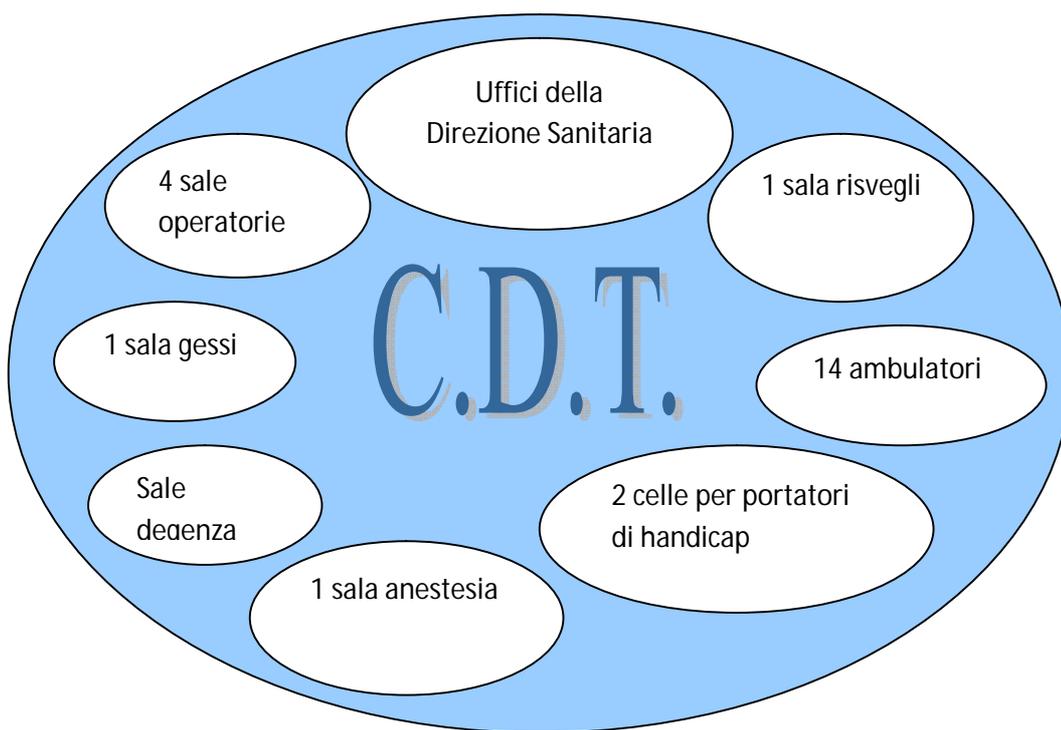
¹⁹⁷ I lavori sono stati ultimati nel 1994 con la consegna dell'ultimo lotto.

¹⁹⁸ Negli anni parte del suolo occupato dal Centro Penitenziario è stato limitato a favore del Comune di Napoli per la costituzione di campi Rom e dello stesso Ministero della Giustizia per ospitare l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Napoli.

Le sezioni detentive di ricovero sono suddivise in base alla tipologia di detenuto¹⁹⁹, tenendo comunque in considerazione la patologia degli stessi (ad esempio una sezione di 11 celle è destinata ad osservazione psichiatrica ed una ai portatori di handicap).

La parte della struttura che, senza dubbio, contraddistingue il modello organizzativo della sanità penitenziaria al Centro Penitenziario Secondigliano è il *Centro Diagnostico Terapeutico (CDT)* che ospita in media un centinaio di detenuti (oltre agli uffici della Direzione Sanitaria) ed è dotato di un notevole impianto strutturale costituito da sale operatorie, ambulatori specialistici attrezzati, sale specializzate in degenza, gessi, anestesia, risvegli, celle per portatori di handicap.

Fig. 3.1 – Il Centro Diagnostico Terapeutico del Centro Penitenziario Secondigliano.

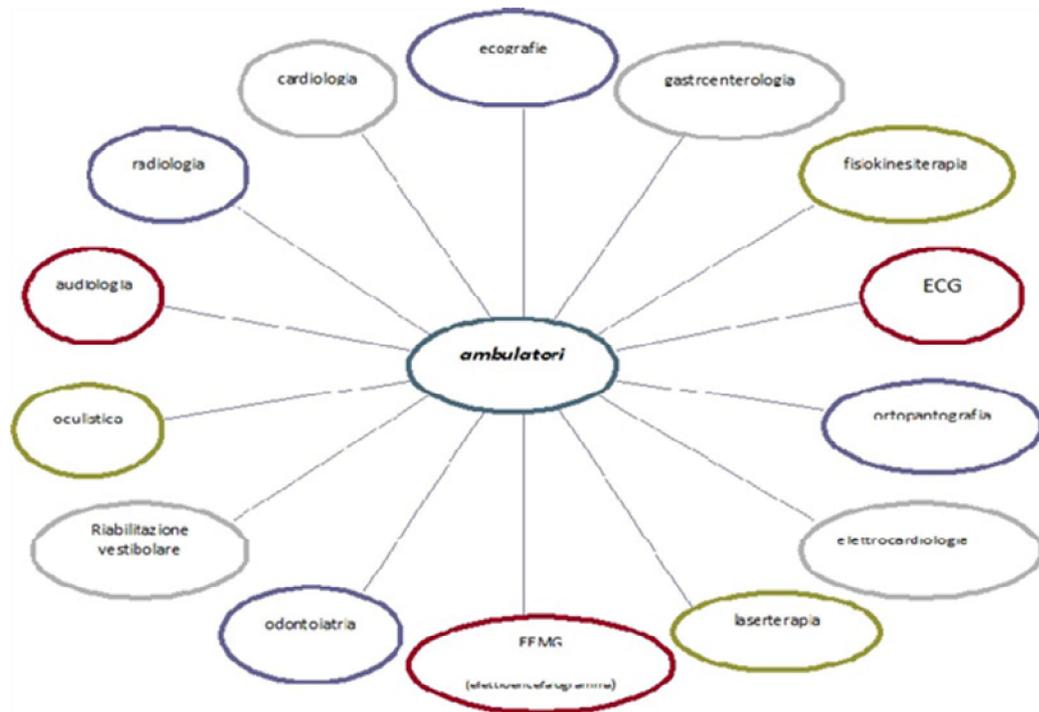


Fonte: elaborazione dell'autore.

¹⁹⁹ Il Centro Penitenziario di Secondigliano accoglie differenti tipologie di detenuti: alta sicurezza, comuni, collaboratori di giustizia, sottoposti al regime del 41bis.

Sia le sale operatorie che gli ambulatori specialistici sono dotati delle relative ed adeguate attrezzature ed apparecchiature. In particolare gli ambulatori sono rappresentati in figura 3.2:

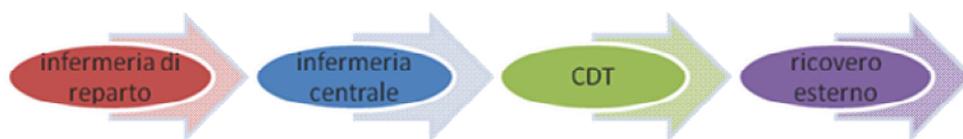
Fig. 3.2 – Gli ambulatori presenti al CDT del Centro Penitenziario di Secondigliano.



Fonte: elaborazione dell'autore.

L'organizzazione del processo di cura prevista strutturalmente per l'istituto in esame può essere, pertanto, schematizzata nel modo seguente²⁰⁰:

Fig. 3.3 – Organizzazione del processo di salute prima del DPCM 2008.



Fonte: elaborazione dell'autore

²⁰⁰ L'ultima fase è costituita dal ricovero esterno perché sono presenti, sul territorio, sezioni detentive ospedaliere, oltre alla possibilità di ricovero con piantonamento a vista.

Il corretto evolversi di tale “percorso salute” viene garantito dal medico di reparto, medici specialisti, personale tecnico e infermieristico. Nel caso di necessità di visita ambulatoriale o di esame diagnostici, si è evinto un importante mutamento derivante dall’entrata in vigore del DPCM 2008.

A tal fine, il primo *step* di analisi si pone l’obiettivo di osservare come il cambiamento normativo abbia impattato nella realtà osservata, più precisamente quali cambiamenti abbia provocato nell’erogazione della salute alle persone detenute e nell’eventuale obiettivo di contenimento della spesa.

3.2 Step 1: Il passaggio della sanità penitenziaria dal DAP all'ASL

Per comprendere se e quanto la struttura organizzativa contemplata dal DPCM sia stata implementata nella realtà penitenziaria e come abbia modificato lo status preesistente, è stato condotto uno studio volto ad indagare l'effettivo "cambiamento" avvenuto e/o percepito. Interviste sottoposte a testimoni-chiave hanno consentito di affiancare un'osservazione di natura qualitativa ad un'indagine condotta con strumenti quantitativi finalizzata a declinare il passaggio di consegne tra le due pubbliche amministrazioni quale "risparmio di spesa".

La metodologia prescelta ai fini dell'indagine, che può essere ritenuta di tipo esplorativo, è quella del *case study* (Yin R., 2003), in quanto ben si adatta a cogliere l'unicità del settore indagato nonché le sue peculiari interazioni (Patton, 1985).

In un primo momento di analisi, al fine di indagare l'aspetto relativo alla misurazione della spesa sanitaria²⁰¹ derivante dall'implementazione del nuovo modello organizzativo, viene condotto uno studio sulle sequenze temporali (Yin R., 2003) relativo al totale della spesa²⁰² in esame, riferito al triennio antecedente il DPCM 1 aprile 2008 (2007/2009) e quello seguente (2010/2012). A ciò segue uno studio della spesa osservata, esplosa nelle differenti categorie di professionisti sanitari che compongono il dato esaminato in precedenza (medici specialisti, infermieri, medici di guardia, personale tecnico), con specifica indicazione della spesa di ciascun aggregato distinta per modalità di calcolo (pagamento a prestazione oppure ad ore). Le rilevazioni relative a questa fase di indagine concernono dati di prima mano raccolti direttamente presso archivi informatici e cartacei dell'istituto considerato.

Nella seconda fase del lavoro, al fine di esplorare l'impatto generato dalla riforma su chi opera quotidianamente nel processo di salute dei detenuti, sono state condotte interviste in profondità ai principali *stakeholders* che sono stati individuati nel:

²⁰¹ Si specifica che ai fini della presente analisi per spesa sanitaria s'intenderà soltanto il costo del personale sanitario.

²⁰² La spesa sanitaria viene intesa quale somma dei costi relativi alle prestazioni erogate da ciascun professionista. E' rilevata da fonti di natura contabile (parcelle liquidate) e di natura extra-contabile (ore di presenza rilevate in istituto).

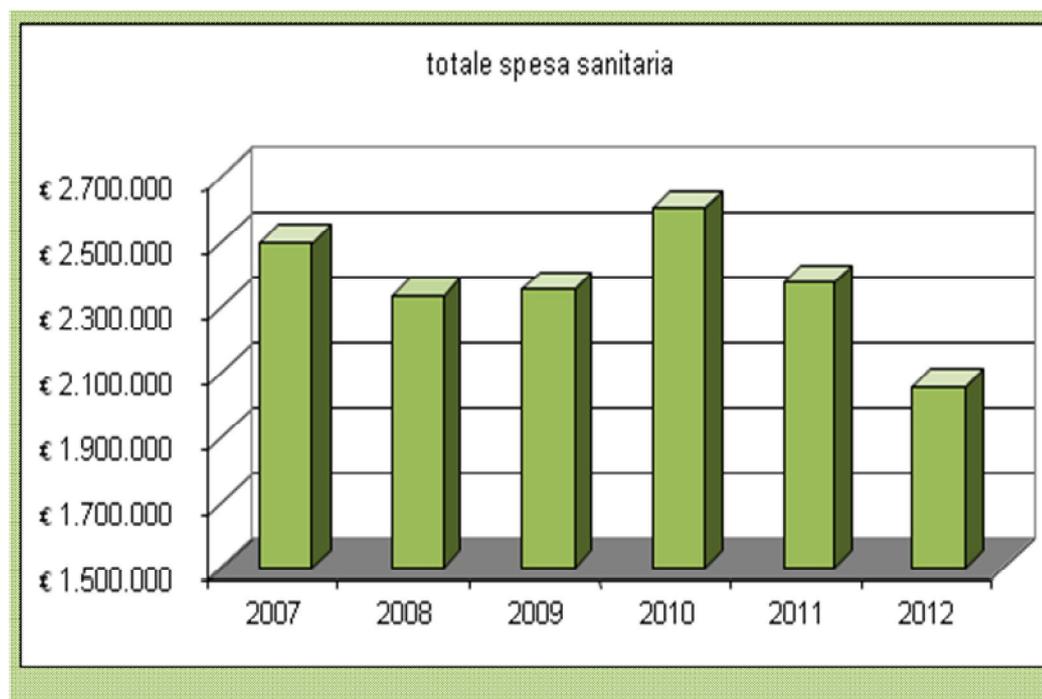


Si è deciso di sfuggire all'angusta "gabbia" di un questionario strutturato investendo molto sulla qualità dell'interazione tra intervistatore e intervistato, al fine di arricchire con ulteriori commenti le risposte fornite e stimolare l'individuazione di altri argomenti ritenuti interessanti (Corbetta P., 2003). Sebbene consapevoli del limite di tali interviste, costituito dal fatto di non rilevare dati strutturati da poter integrare con quelli quantitativi, si è voluto cercare "il significato" della nuova concezione di salute nel vissuto esperienziale degli individui che vivono l'organizzazione, nella consapevolezza che tale vissuto può essere compreso solo attraverso la lettura delle "esperienze così come sono vissute o sentite o subite" dai singoli soggetti (Sherman e Webb, 1988). L'osservazione partecipata all'interno dell'istituto penitenziario prescelto ha, inoltre, fornito strumenti interpretativi ulteriori delle dinamiche organizzative emergenti nel modello di gestione della sanità penitenziaria.

3.2.1 Rilevazione e analisi dei dati

La prima evidenza empirica dell'analisi quantitativa (Fig. 4) riguarda l'ammontare totale, per ciascun anno, della spesa sostenuta per il personale sanitario²⁰³.

Fig. 3.4 - Spesa per il personale sanitario penitenziario nel periodo 2007 – 2012

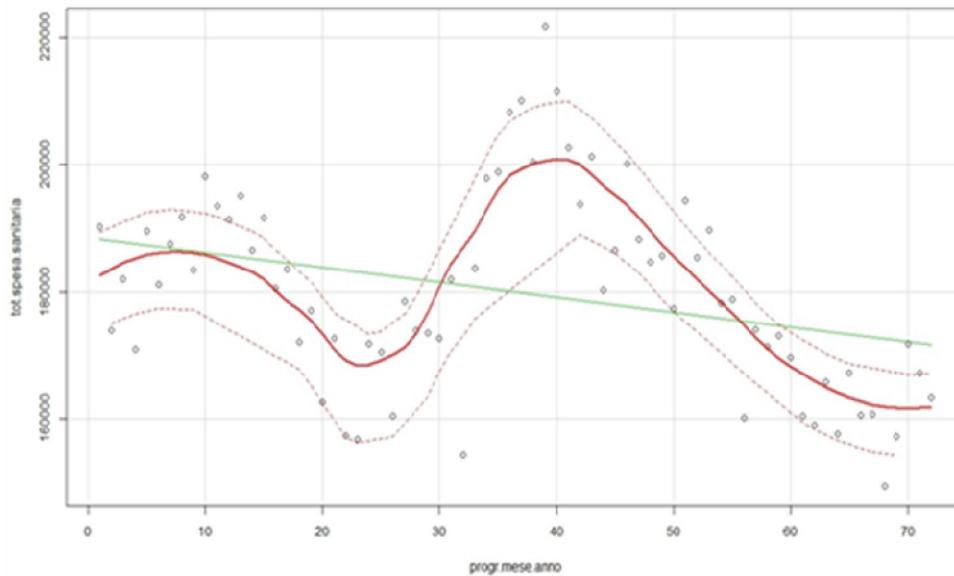


Fonte: Direzione Centro Penitenziario Secondigliano - Ufficio Amministrazione Sanitaria

Dalla figura 3.4 si evince un calo della spesa per il personale sanitario nell'anno 2012; tuttavia, al fine di addivenire ad un risultato più approfondito riguardo l'andamento della spesa sanitaria (Y) al variare del tempo (X), è stata effettuata una prima analisi di regressione lineare (Ricci V., 2006) mediante l'utilizzo del software statistico R i386 3.0.0. Nella rappresentazione grafica che segue, effettuata mediante l'utilizzo di un diagramma con linee di Smooth, è stato posto sull'asse delle ascisse il progressivo dei mesi da gennaio 2007 a dicembre 2012 (72 mesi):

²⁰³ La rilevazione è stata effettuata incrociando i dati relativi alle fatture liquidate a ciascun professionista con quelli relativi alle ore di presenza in istituto.

Fig. 3.5 – Spesa sanitaria dal 2007 al 2012 con linee di Smooth.



Fonte: elaborazione dell'autore

Dall'analisi della figura 3.5 si evince in maniera chiara che vi è una notevole dispersione dei punti rispetto alla retta di regressione, che come rappresentato dai risultati statistici che seguono, trova espressione nella funzione: $Y = -233,72 X + 188.472,25$:

Call:

lm(formula = tot.spesa.sanitaria ~ progr.mese.anno, data = Dataset.2)

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-26728	-10905	-1040	8552	42337

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	188472.25	3533.71	53.336	< 2e-16 ***
progr.mese.anno	-233.72	84.13	-2.778	0.00701 **

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

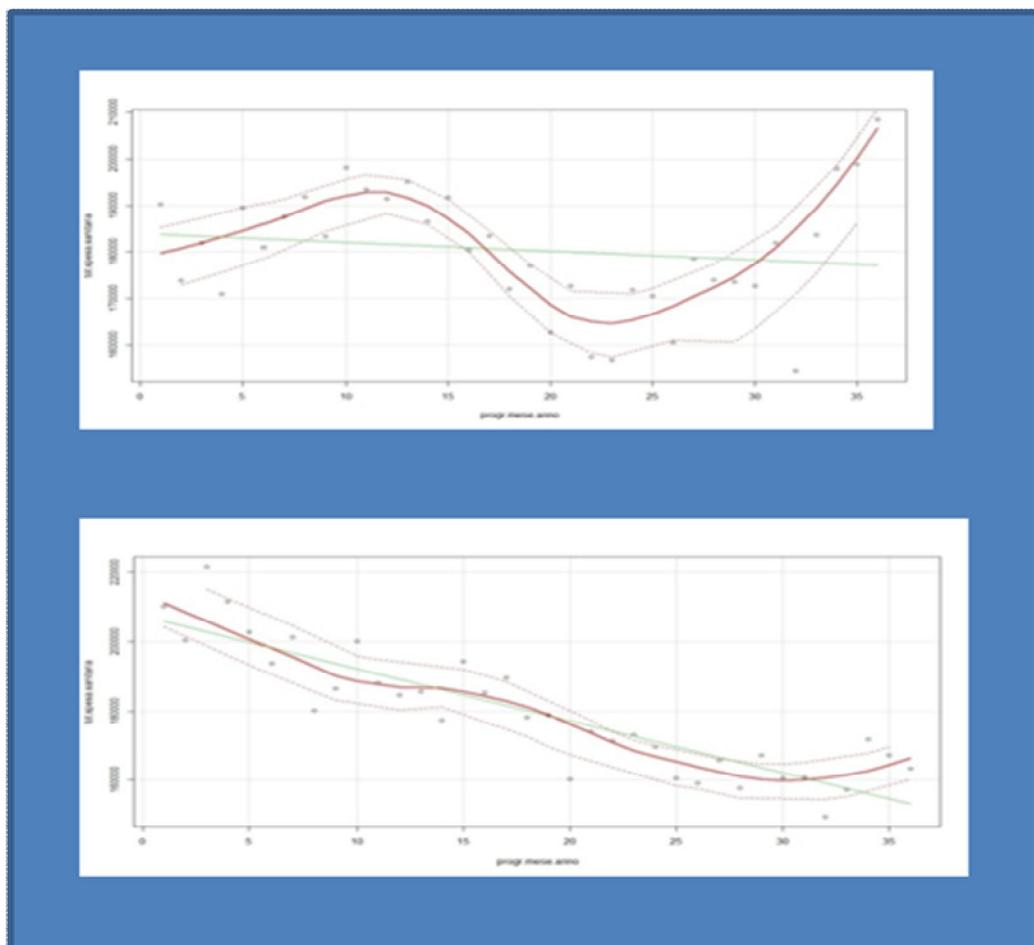
Residual standard error: 14840 on 70 degrees of freedom

Multiple R-squared: 0.0993, Adjusted R-squared: 0.08643

F-statistic: 7.717 on 1 and 70 DF, p-value: 0.007015

Dalla regressione dei dati disponibili nel periodo considerato è emersa, dunque, una riduzione del costo del totale della spesa sanitaria stimata in circa €233 al variare dell'unità X considerata, ovvero il mese. Tuttavia, la misura dell'errore standard di 84,13 e quella dell'R2 pari a -0,08643 inducono a considerare la retta di regressione non esplicativa rispetto al fenomeno osservato; esse, perciò, non consentono di individuare una funzione che possa avere un carattere predittivo rispetto al fenomeno esaminato. Tale trend, inoltre, non sembra avere un andamento costante negli anni considerati; pertanto, è stato osservato prima e dopo l'implementazione del DPCM, ovvero nei trienni 2007-2009 e 2010-2012.

Fig. 3.6 - Totale spesa sanitaria triennio 2007-2009 e 2010-2012

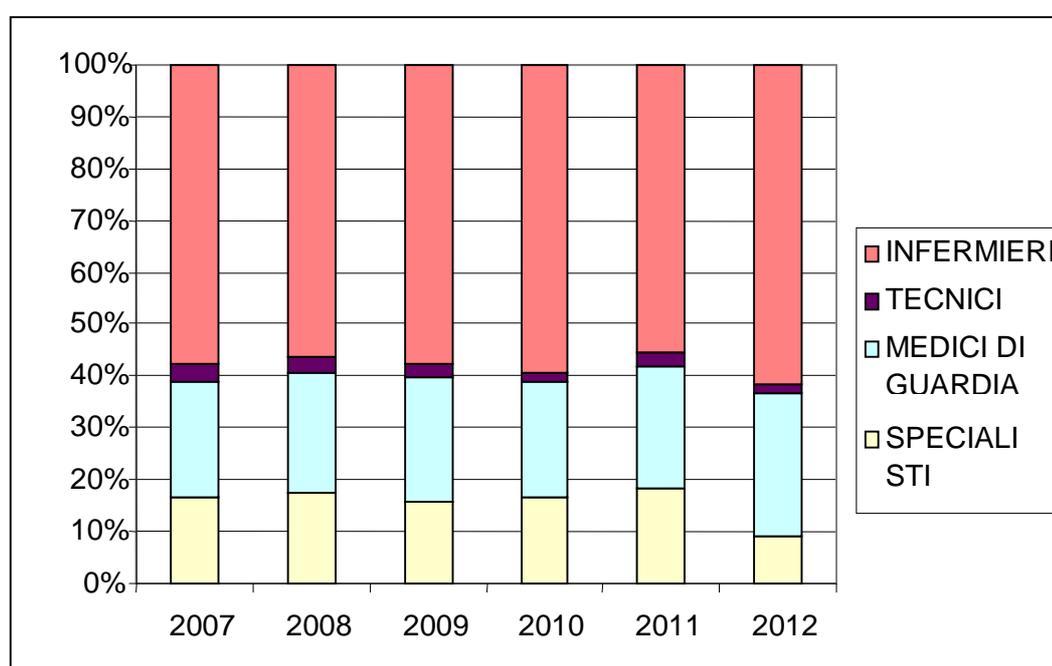


Fonte: elaborazione dell'autore.

Dall'analisi dei trend dei singoli periodi, è evidente un calo della spesa sanitaria nel suo complesso, soprattutto nel secondo triennio; pertanto, al fine di

approfondire lo studio, si è voluto indagare in maniera più approfondita la singola voce di spesa componente il dato aggregato, procedendo con l'analisi dei compensi corrisposti (Figura 3.7), nel medesimo intervallo temporale, alle differenti categorie di professionisti appartenenti al settore sanitario: medici specialisti, medici di guardia, infermieri e tecnici sanitari (fisioterapisti, tecnici di laboratorio, radiologi, neurofisiatri).

Fig. 3.7 - Composizione della spesa del personale per tipologia professionale

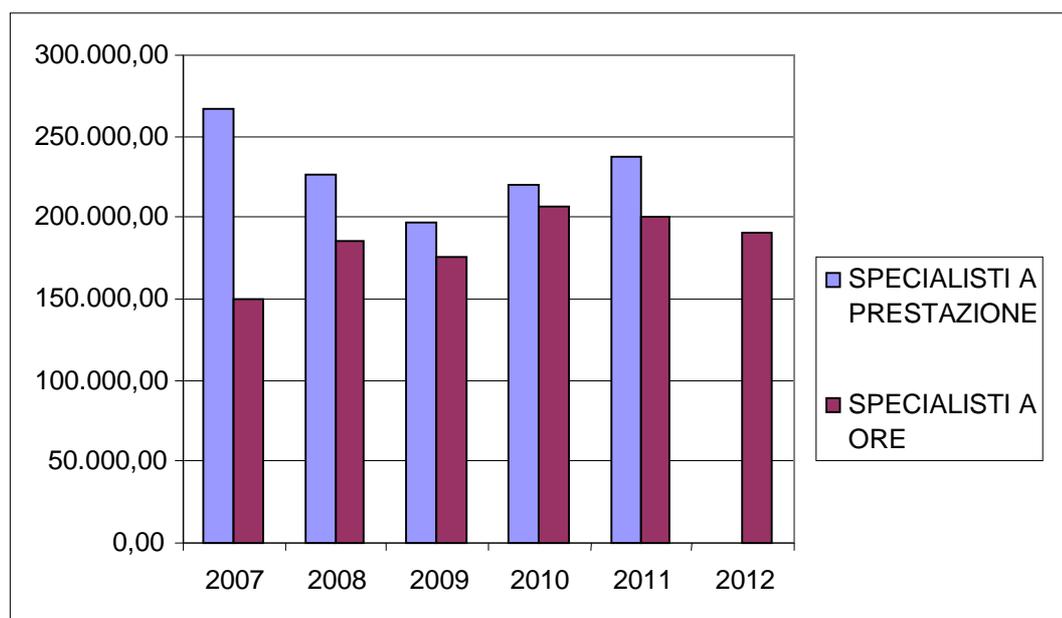


Fonte: Direzione Centro Penitenziario Secondigliano - Ufficio Amministrazione Sanitaria

Osservando la figura 3.7, si evince che sul totale della spesa per il personale, vi è una significativa incidenza degli infermieri, misurabile, in termini statistici, da un R2 pari a 0,92 a fronte, di contro, di una bassa incidenza dei tecnici misurata da un R2 pari a 0,19. La spesa relativa al personale medico specialistico, invece, ha riportato un importante calo nell'anno 2012. Tale dinamica è motivata dal mancato rinnovo delle convenzioni stipulate a tali professionisti a decorrere dal gennaio 2012. Per quanto concerne, infatti, i medici specialistici, essi si

distinguono in due categorie in funzione della modalità di pagamento delle rispettive prestazioni: coloro che percepiscono il compenso in funzione delle ore di lavoro prestate e coloro che invece vengono liquidati in funzione del numero di prestazioni effettuate.

Fig. 3.8 - Spesa del personale sanitario distribuita tra specialisti a prestazione e specialisti a ore



Fonte: Direzione Centro Penitenziario Secondigliano - Ufficio Amministrazione Sanitaria

Dalla Figura 3.8 si rileva chiaramente l'assenza di medici specialisti "a prestazione" nell'anno 2012, la cui attività lavorativa è stata sopperita da quella svolta dai professionisti ambulatoriali ASL che, nel caso illustrato, operano in regime di lavoro straordinario. Anche per quanto riguarda gli specialisti "ad ore", è significativo rappresentare il profilo di professionalità che compone tale aggregato: fino ad aprile 2009 vi era la presenza di infettivologi e psichiatri; successivamente si sono aggiunte altre professionalità, ma il dato da cogliere è che nel 2012 si è registrata l'assenza dell'infettivologo.

Da questa prima analisi, dunque, è possibile rinvenire un cambiamento avvenuto nella composizione e nell'organizzazione del personale sanitario, da attribuire al passaggio di competenza dal Ministero della Giustizia (DAP) all'ASL.

Prima dell'entrata in vigore del DPCM 2008, quando ancora il processo era gestito dal DAP, tutti i rapporti lavorativi con le diverse categorie di professionisti analizzate in figura 3.7 erano disciplinati da apposite convenzioni che la Direzione dell'Istituto stipulava con gli stessi (ad eccezione di alcuni medici specialisti, infettivologi e psichiatri, il cui rapporto lavorativo era disciplinato da un contratto orario).

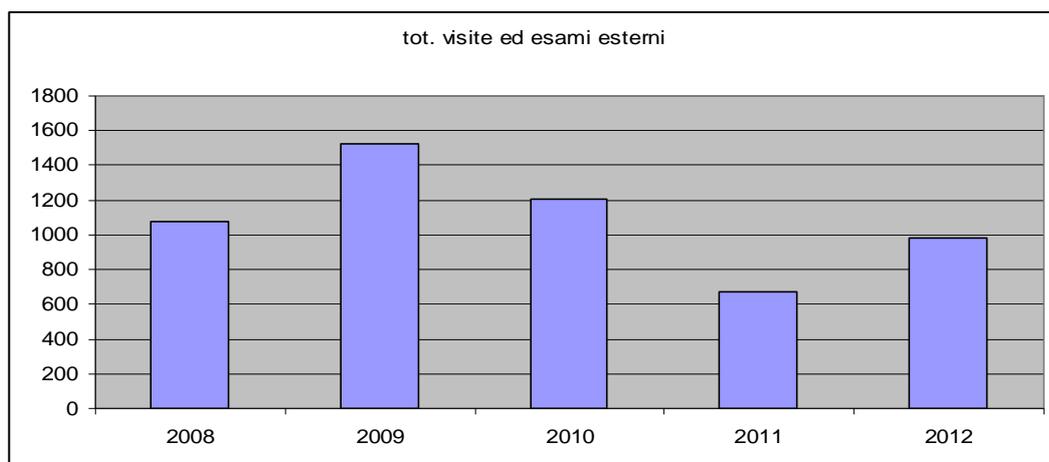
Dall'analisi qualitativa emerge che, nonostante la messa a regime del nuovo modello organizzativo, nel biennio 2009-2010 l'ASL ha rinnovato le convenzioni in essere per quel che concerne i medici specialisti; ha stipulato una nuova convenzione per quanto riguarda gli infermieri e ha implementato un "servizio di continuità assistenziale" per quanto concerne la guardia medica.

Da gennaio 2012 non sono state rinnovate le convenzioni in scadenza e in luogo di tali prestazioni l'ASL ha previsto che fossero gli stessi medici ambulatoriali dipendenti di strutture pubbliche a prestare visite presso l'istituto penitenziario a fronte della pagamento dell'attività quale lavoro straordinario.

Per quanto concerne, invece, l'intera diagnostica ambulatoriale, non disponendo l'ASL di fondi sufficienti per consentire il corretto utilizzo o ripristino dei macchinari e delle sale esistenti, si è verificato il blocco totale delle relative attività con il conseguente abbandono di tutte le sale ambulatoriali precedentemente rappresentate.

A fornire una chiara motivazione rispetto a tale evidenza è stato il Dirigente Sanitario il quale ritiene che, nell'ottica di garantire al detenuto lo stesso servizio sanitario previsto per il cittadino libero, l'ASL ha presumibilmente preferito effettuare visite ed esami diagnostici presso le strutture pubbliche esistenti sul territorio piuttosto che investire nella manutenzione e nel ripristino di beni e attrezzature esistenti in istituto. Per trovare riscontro di tale tendenza, è stato individuato come parametro il numero di uscite dei detenuti per esami e visite esterne, rilevato sia dall'ufficio matricola che dal locale Nucleo Provinciale di Traduzioni e Piantonamenti.

Fig. 3.9 - Totale visite ed esami esterni all'Istituto



Fonte: Ufficio Matricola Sanitaria CPS

È sufficiente una rapida osservazione della Figura 9., per rilevare che le evidenze delle interviste sembrano non convergere con quelle esplicitate in tabella; tuttavia, da un'analisi qualitativa più approfondita è stato rilevato che, sebbene non sia aumentato il numero delle uscite dei detenuti per motivi sanitari, ciò che è aumentato è la richiesta di visite ambulatoriali e diagnostiche esterne, che non sempre è soddisfatta. Infatti, sulla scia della nuova tendenza dell'ASL di usufruire delle strutture pubbliche presenti sul territorio, non si tengono nell'opportuna considerazione le esigenze organizzative del processo relativo alla sicurezza del detenuto, di competenza del DAP.

Come hanno rappresentato sia il Direttore dell'Istituto che il Comandante della Polizia Penitenziaria, infatti, effettuare una traduzione rappresenta un costo per l'Amministrazione Penitenziaria composto da: costo della traduzione derivante da personale di Polizia Penitenziaria, carburante e costo connesso all'uso degli automezzi, ore di eventuale straordinario, ma soprattutto costo derivante dalla sicurezza. Inoltre, non disponendo l'Amministrazione di sufficienti fondi atti a garantire tutte le traduzioni richieste sia in termini di uomini di scorta che di mezzi, spesso è necessario stabilire una priorità che è indispensabile attribuire alle traduzioni per motivi di giustizia in luogo, ad esempio, di quelle per visite di controllo ambulatoriali. Ciò si traduce anche in un costo per l'ASL, per il detenuto e per il benessere della collettività.

Dalle interviste effettuate al personale attivamente coinvolto nel processo è emerso uno stato di malcontento diffuso derivante dall'assistere all'incapacità della macchina pubblica nel favorire un miglioramento dei processi ed una semplificazione delle procedure. Come testimonia, infatti, un infermiere intervistato, ricorrere alla visita esterna per il detenuto significa anche attivare una macchina burocratica fatta di comunicazioni all'esterno, predisposizione di pratiche, visti, carteggi, per la quale non è prevista la presenza di personale precisamente addetto. Ciò, pertanto, ricade sul personale sanitario, distogliendo lo stesso dal dedicare esclusivamente il proprio tempo all'effettiva attività di cura e assistenza del detenuto bisognoso.

3.2.2 Conclusioni del primo *step* di analisi

L'analisi esplorativa effettuata in questa fase ha consentito di fornire delle risposte all'ambiziosa nonché difficile domanda di fotografare il dinamico passaggio di testimone tra il DAP e l'ASL. Le evidenze emerse possono essere sistematizzate in prima battuta ragionando in termini di spesa sanitaria. In questa dimensione è possibile sintetizzare che il passaggio dell'intera gestione della sanità penitenziaria alle ASL ha mostrato una lieve riduzione della spesa, che, tuttavia, pare possa essere ricondotta ad una diminuzione delle prestazioni erogate. Nella realtà percepita da alcuni testimoni-chiave che hanno vissuto questo cambio epocale, è emerso che non vi sia stata una reale implementazione del modello proposto che forse mirava a quel concetto olistico di salute. L'idea, infatti, di assicurare al detenuto lo stesso trattamento sanitario riconosciuto al cittadino libero, ha spinto i dirigenti dell'Asl di competenza a garantire ai ristretti visite ed esami diagnostici presso le strutture ospedaliere presenti sul territorio. Ciò, seppur probabilmente in linea teorica coerente con i principi ispiratori della riforma, da un punto di vista pratico comporta dei costi elevati in termini sociali, di sicurezza, di traduzione dei detenuti e, soprattutto, di inutilizzo di gran parte delle strutture esistenti in istituto. Per meglio approfondire tale risvolto, è stato osservato il numero delle traduzioni effettuate prima e dopo la riforma per motivi sanitari (esami diagnostici e visite ambulatoriali). Sebbene tale dato non abbia subito significative variazioni negli anni successivi alla riforma, ciò che è mutata è la richiesta di traduzioni per motivi di salute che è rimasta inevasa. Dinanzi, infatti, alla medesima disponibilità di unità di personale di scorta e di mezzi, gli organi dirigenti dell'istituto hanno dovuto necessariamente stabilire un ordine di priorità nelle richieste di traduzione quotidianamente pianificate, prediligendo quelle da effettuare per motivi di giustizia.

Dall'indagine effettuata, il fenomeno che è emerso in maniera più evidente è costituito dalla lenta implementazione del nuovo modello organizzativo; tuttavia, è apparso parimenti palese che il nodo problematico sembri non essere attribuibile esclusivamente agli aspetti organizzativi legati alla singola amministrazione, penitenziaria o sanitaria, quanto piuttosto nella incapacità di attivare una più

ampia crescita sociale attraverso il *network* pubblico/pubblico e pubblico/privato. Il maggior elemento di debolezza rilevato nello studio condotto è la mancanza di un'integrazione dei servizi sociali e assistenziali, in grado di coinvolgere tutti gli attori agenti, a diverso titolo, nel sistema salute.

3.3 Step 2. L'analisi "meso". Il Network della salute nella realtà penitenziaria

Dallo studio della realtà esistente e dall'indagine sul vissuto di questa epocale transizione, è emersa l'importanza di realizzare un più concreto collegamento tra gli istituti di pena e gli organismi del sistema sanitario, pubblico e privato, nella prospettiva della costruzione di una *partnership* allargata, protesa alla riabilitazione *tout court* del recluso. Affinché si possa raggiungere l'ambizioso obiettivo dalla salute "olistica", è necessaria, infatti, un'azione sinergica di tutti gli attori intrecciati in una rete di relazioni. Ciò perché sono tutti coinvolti in un sistema che riguarda diverse facce della poliedrica realtà penitenziaria la quale si estende anche oltre le mura delle carceri; fino ad immaginare che anche il pianeta-carcere sia interessato nel processo di integrazione socio-sanitaria.

Questo *step* del lavoro, perciò, si pone l'obiettivo di analizzare e comprendere "l'intervento di rete" all'interno della sanità penitenziaria dentro e fuori le mura. Il lavoro di ricerca si è articolato sui seguenti livelli di analisi:

- verificare *se* fra gli attori coinvolti esistano rapporti di collaborazione e sinergie;
- verificare *come* gli attori collaborano nella tutela della salute delle persone detenute;
- verificare *quanto* è valorizzato l'incontro tra operatori e ambiente sociale in cui è collocato l'istituto penitenziario;
- verificare *l'importanza della tutela della salute in carcere come driver di sviluppo della rete*: quanto tale modalità operativa si stia sviluppando nella realtà locale e contestualmente significhi sviluppo del territorio.

Per approfondire questi livelli di analisi, lo studio muove i passi dall'origine della riforma che fa da sfondo al cambiamento della sanità penitenziaria: la complessa materia di cui trattasi, concepita in ottica di rete, è stata contemplata anche dalle previsioni normative afferenti l'argomento che hanno tenuto in debita considerazione il coinvolgimento dei diversi soggetti chiamati a collaborare. Partendo da questo assunto, l'analisi è stata caratterizzata

dallo studio del modello organizzativo istituzionalmente previsto, posto in relazione con quello che si è realizzato nella realtà oggetto di indagine. Al fine di esplorare la rete disegnata dalla normativa, sono state prese in esame le principali fonti giuridiche che, nate a partire dal DPCM 2008, hanno trattato della sanità penitenziaria in Regione Campania.

Utilizzando la metodologia della *content analysis*, sono stati individuati tutti gli attori che sono stati citati almeno una volta in ciascuna delle norme analizzate, specificando quali siano le relazioni previste tra gli stessi.

Successivamente, l'osservazione si è spostata nella specifica realtà del Centro Penitenziario Secondigliano con l'obiettivo di esplorare se ed in che maniera la riforma è stata precursore di una rete socio sanitaria e quanto abbia impattato nell'agire quotidiano. Ciò seguendo il *leit motif* interno/esterno e formale/informale con il fine di trovare una risposta agli obiettivi posti alla base di questo *step* del lavoro di ricerca.

3.3.1 Il modello organizzativo istituzionale

Come si è detto, la prima parte del presente studio analizza il modello organizzativo previsto dalle norme in materia e, per fare ciò, l'analisi ha riguardato le principali fonti che hanno trattato l'argomento in Regione Campania. Impattando, infatti, con il livello di autonomia regionale, la materia sanitaria è disciplinata anche da accordi di livello territoriale. Inoltre, si specifica che il presente lavoro ha considerato soltanto le fonti riguardanti l'organizzazione della sanità penitenziaria concepita nell'accezione generale del processo di tutela della salute delle persone detenute, volutamente trascurando tutte le fonti che ne regolamentano peculiari specificità quali: trattamento della tossicodipendenza, diabete, HIV, delle detenute madri, detenuti psichiatrici con relativo riferimento alla recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Le norme di cui trattasi sono rappresentate in figura 3.10

Figura 3.10 – Cronologia delle norme di sanità penitenziaria in Regione Campania





Fonte: elaborazione dell'autore

Lo studio delle norme elencate nella figura 3.10 ha consentito di estrapolare gli attori che sono coinvolti in questo macro-sistema: la figura che segue elenca, perciò, tutti i soggetti, istituzionali e non, che sono stati citati anche soltanto una volta.

Figura 3.11 – Attori del macro-sistema istituzionale



Fonte: elaborazione dell'autore

L'analisi condotta ha permesso, in primo luogo, di osservare come partendo dall'allegato A del DPCM, che ha dato l'avvio al processo di riorganizzazione, sino ai più recenti atti aziendali e di indirizzo, sia aumentata la diversificazione delle figure previste. All'interno di alcune organizzazioni sono state create unità specifiche sulla materia: ad esempio in Regione Campania è stato istituito il "Coordinamento Regionale della Sanità Penitenziaria", il "Laboratorio sulla Sanità Penitenziaria "Eleonora Amato", il "Gruppo di lavoro aziendale per la sanità penitenziaria". Ciò può essere letto quale volontà di rispondere ad un'esigenza di approfondimento e formazione *ad hoc* capace di garantire l'organizzazione e l'erogazione di un servizio ancora non del tutto ad appannaggio delle strutture territoriali.

Un altro elemento forte che si rileva è la totale assenza di alcuni servizi territoriali importanti quali quelli dedicati alla sicurezza, le associazioni di volontariato, i centri di ricovero e riabilitazione.

È stato naturalmente consequenziale, a questo punto della ricerca, cercare delle risposte in chi già conosce ed eroga il servizio da sempre: soltanto partendo dalla situazione preesistente è possibile delineare il quadro della salute in carcere e, probabilmente, tentare di coglierne delle potenzialità di cambiamento e reale riforma.

3.3.2 Il modello organizzativo nella realtà del Centro Penitenziario Secondigliano

A fronte di uno spiccato interesse per il lavoro di rete, che si legge anche nella visione d'insieme delle norme appena analizzate, a volte, nei fatti, pare che lo stesso costituisca un nodo debole dell'azione sociale e ci si limiti talvolta ad una operatività che non sempre riesce ad andare oltre l'uso di strumenti di base. Pare che vi sia, talvolta, una consapevolezza della necessità di lavorare in rete, ma che vi siano anche molte difficoltà rispetto al *come* lavorarci. Inoltre, se questo è vero per tutte le attività del sociale, ancora di più lo è rispetto al sistema penitenziario che è stato tradizionalmente associato all'idea dell'esclusione sociale e, perciò, della chiusura e dell'emarginazione rispetto alla "società civile".

Nell'ambito dell'analisi della rete, è significativo tenere in evidenza la distinzione fra due tipi di sistemi di aiuto:

- formale
- informale.

Il primo è composto da assistenti sociali, psichiatri, psicologi, educatori, medici e operatori sociali di vario genere. Il secondo è costituito da amici, parenti, vicini di casa i quali possono incidere sulla vita delle persone affinché queste possano soddisfare i loro bisogni autonomamente.

La differenza tra i due sistemi risiede nel fatto che gli operatori che svolgono una professione d'aiuto hanno delle competenze e utilizzano delle tecniche che permettono loro di svolgere il proprio compito, mentre i *natural helper* non hanno bisogno di strutturare il loro ruolo, in quanto, agiscono spontaneamente diventando una preziosa risorsa naturale di *self-help*

Questi due sistemi di aiuto - formale ed informale - si possono considerare elementi essenziali del lavoro di rete: il modo più efficace di utilizzare i network sembra essere quello di coordinare gli interventi professionali con le risorse naturali che ogni comunità possiede.

È, comunque, da sottolineare in questa analisi quanto lo stato di detenzione agisca negativamente sullo stato di ben-essere della persona, inibendo di fatto

alcuni determinanti della salute²⁰⁴, condizionando anche fortemente la comunicazione con la rete informale. Anche per questo motivo i professionisti sono sempre più chiamati ad interagire con i *natural helper* in quanto validi collaboratori nella loro azione, nonostante questo si scontri con le peculiarità derivanti dal contesto penitenziario di riferimento.

Si puntualizza che il concetto di rete a cui si fa riferimento in questa sede è quello dell'insieme degli interlocutori coinvolti nella sanità penitenziaria intro ed extra muraria, individuati come risorsa utile ai fini della tutela della salute delle persone detenute. L'insieme, dunque, delle risorse, formali e informali, che concorrono al conseguimento di questo obiettivo a diverso titolo e di cui in questa sede si cercherà di individuare il sistema comunicativo, i livelli di responsabilità, le metodologie di lavoro possibili.

In questa prospettiva si darà rilievo alla rete interna ed esterna al sistema della sanità penitenziaria ed alle connessioni esistenti. A partire da questa analisi sarà possibile offrire alcuni spunti per osservare una concreta prospettiva di rete nell'ambito di questo settore.

La rete interna

La conoscenza della rete interna è importante, soprattutto in questo livello di analisi, perché condiziona molte delle possibilità che si hanno di costruire e tenere una buona comunicazione tra interno ed esterno: da essa, infatti, dipende anche l'efficacia dei rapporti con l'esterno.

Il "pianeta carcere" è collocato in una macro-rete che si compone di più aree: dal Ministero della Giustizia che sta a monte, al Dipartimento della amministrazione penitenziaria, al Provveditorato regionale della amministrazione penitenziaria, alle differenti tipologie di Istituti di pena, alla Magistratura di sorveglianza, alle diverse figure professionali che operano all'interno di ciascuna realtà appena elencata.

In questo macro sistema gravitano i singoli sottoinsiemi con la loro organizzazione interna, che costituiscono un vero e proprio mondo. È sufficiente elencare gli interlocutori istituzionali che s'incontrano all'interno di un carcere per

²⁰⁴ Tra i prerequisiti della salute previsti dalla Carta di Ottawa nel 1986 vi è l'abitazione, la stabilità dell'eco-sistema, la pace.

comprenderne la rete: il sistema direttivo (composto da direttori e vicedirettori) il sistema del personale civile (tutta l'area amministrativo-contabile e tecnica) il personale della sicurezza (il personale di polizia penitenziaria) l'area pedagogica (composta dagli educatori), l'area del personale sanitario, il mondo religioso (attraverso la figura del cappellano).

Infine, ovviamente non per minore importanza, lo sguardo dentro le mura coinvolge le persone detenute e la loro connessione con la rete interna. Nel momento stesso in cui una persona acquisisce lo *status* di "detenuto", la sua vita è strutturata sulla base dei rapporti che instaura sia con i suoi compagni, sia con il mondo dei "custodi" (nel senso di persone che gravitano nel contesto di custodia).

Rete interna, per un detenuto, vuol dire allora il sistema di relazioni che vive dentro la cella e fuori dalla cella all'interno di un ambiente basato essenzialmente su premi e punizioni. Significa "sistema" nel quale attuare l'impatto con il divenire di "detenuto" ed elaborarne l'inevitabile processo di adattamento che, di per sé, già costituisce un'incisiva ed indelebile negatività.

Diventa dunque fondamentale, per operatori e volontari che lavorano in carcere, conoscere i meccanismi di costruzione dell'identità deviante prodotta dalla detenzione, sia per rispondere in modo adeguato ai bisogni relazionali delle persone detenute, sia per favorire meccanismi di collaborazione tra tutti che coloro che con il detenuto operano.

Ciò lascia intravedere un grosso lavoro di pro attività, ascolto e accoglienza per poter lavorare in termini di ben-essere, non soltanto verso il detenuto, ma anche verso gli altri operatori che sono coinvolti in un così delicato processo. Questo è sempre più evidente se lo si osserva con la lente del fine rieducativo della pena e con il parallelo interesse per la tutela della salute delle persone detenute che dovrebbe trovare meccanismi culturali e organizzativi sempre più integrati e dunque orientati ad un effettivo lavoro di rete.

Per fare ciò, gli aspetti sui quali agire sono quelli tipici del lavoro di rete.

L'*informazione* in primo luogo; per chi viene dall'esterno circa il contesto in cui va ad operare e per chi lavora istituzionalmente all'interno su quanto vi esiste e su chi lo realizza.

La *sensibilizzazione*, intesa quale condivisione di interessi comuni e avvicinamento culturale, che rende possibile comprendere i "significati" di quanto si va facendo.

Inoltre, la *progettazione*. Infatti, partecipare alla definizione del bisogno, dominare insieme degli obiettivi e negoziare sulle azioni sono tre operazioni che, realizzate in modo congiunto, garantirebbero una migliore corrispondenza di quanto viene proposto dall'esterno con quanto viene realizzato dal personale interno.

La *co-gestione* è un importante livello del lavoro di rete, soprattutto in ambito penitenziario, dal momento che tutte le azioni di coloro che entrano dall'esterno, sono strettamente connesse alle dinamiche organizzative e ai ruoli interni.

La rete esterna

Voler trattare la rete esterna induce ad una prima distinzione che vede da una parte il detenuto e la sua rete naturale e dall'altra le risorse territoriali che si occupano del detenuto fuori dalle mura degli istituti penitenziari.

In questa sede, con il termine rete esterna, si fa riferimento a tutti gli interlocutori che non operano esclusivamente all'interno del carcere, anche se comunque afferiscono alla salute delle persone detenute.

Il detenuto e la sua rete naturale in primo luogo: famiglia, amici, conoscenti, relazioni significative, ecc. La cosiddetta "**rete informale**" di cui ciascuno di noi dispone in misura più o meno allargata e che può fungere da supporto nei momenti di difficoltà (ed è indubbio che lo status di detenuto rappresenti un momento di difficoltà).

Si tratta di un sistema relazionale sul quale va posto un forte accento perché costituisce una importante risorsa per il ben-essere della persona. La rete informale copre, infatti, il bisogno di relazione umana che la rete formale non può strutturalmente offrire. Lavorare su questa dimensione sarebbe allora fondamentale per garantire solidità ai percorsi delle persone: la valorizzazione della rete naturale è, dunque, un'azione strategica del lavoro di rete.

Questa si affianca a quella formale, quella dei servizi sanitari, delle risorse territoriali. Infatti, la rete esterna si trova a dover affrontare anche la dimensione del controllo sociale **formale** che all'esterno del carcere si concretizza su almeno due livelli.

Il primo è la norma giuridica rappresentata dalle regole che governano l'erogazione della salute alle persone detenute e il secondo è la connessione con i servizi istituzionalmente preposti ad esercitarne la prevenzione e la tutela. Da un punto di vista normativo, già sono stati approfonditi gli attori considerati parte del processo in esame, ciò che si vuole affrontare in questa sede è lo studio delle relazioni esistenti con la realtà in analisi.

Per chiarire l'immagine del sistema che opera a contatto con la salute reclusa, è necessario porre tra la rete interna e quella esterna, gli interlocutori che si integrano con il carcere per le attività trattamentali interne; che fanno, cioè, da ponte tra l'*intro* e l'*extra* murario. A tal fine, è possibile citare: il mondo della scuola (dalle elementari alla università) il mondo della formazione professionale (centri di formazione e organizzazioni esterne) il sistema dei servizi sanitari dell'ente pubblico (in particolare i servizi per le tossicodipendenze) il mondo del volontariato (organizzato e non) il terzo settore (con le cooperative sociali che operano all'interno) la comunità civile (attraverso le iniziative che la vedono coinvolta in modo più o meno diretto).

Infine, alla rete esterna formale afferiscono tutti quegli attori che non valicano il muro di cinta, quali centri di riabilitazione e ospedali.

3.3.3 Metodologia

Ai fini della presente ricerca è stata utilizzata la metodologia della *Social Network Analysis*, la quale si focalizza sul concetto di rete sociale quale struttura dinamica all'interno della quale si svolge l'azione degli individui. Senza pretesa alcuna di generalizzazione dei risultati della presente indagine, il fine che si pone di raggiungere questa fase è esclusivamente esplorativo. Per fare ciò è stata individuata e analizzata la rete ego-centrata o *personal network* (Van der Poel, 1993), ovvero l'insieme delle relazioni che la direzione del Centro Penitenziario tesse con gli altri *stakeholders* interni e dell'area territoriale nella quale è ubicata.

Per collocare il ruolo del carcere all'interno della rete della sanità penitenziaria, si è voluta esplorare la capacità di *bonding* dell'ego, ossia la capacità di tessere legami all'interno del settore penitenziario, e quella di *bridging* (Putnam, 2001), ovvero l'abilità di gettare ponti verso l'esterno della rete (Putnam, 2001):

Il metodo di raccolta dei dati relativi alle relazioni tenute da *ego* è effettuato mediante la strategia *person based* con la quale è stata data la possibilità ad *ego* di citare tutti gli attori con cui ha legami. Successivamente, l'analisi è stata approfondita specificando la tipologia di legame (verbale, telefonico, documentale, ...), l'intensità (la frequenza di ciascuna tipologia di relazione) e la durata dello stesso e l'esistenza di legami tra gli altri attori.

Per conoscere queste informazioni, sono stati sottoposti ad *ego* dei questionari nei quali sono stati adottati due strumenti: il *name generation* ed il *name interpreter*. Il primo ha consentito di pervenire ad una "mappatura" degli *alter*, mentre con la seconda tipologia di questionario sono state acquisite informazioni relative alle caratteristiche degli *alter*, dei legami tra *ego* e ciascun *alter*, e dei legami tra gli *alters*.

Nel presente studio è stato individuato *ego* nel Direttore del Centro Penitenziario Secondigliano, quale appunto, figura centrale della rete sia interna che esterna, formale ed informale.

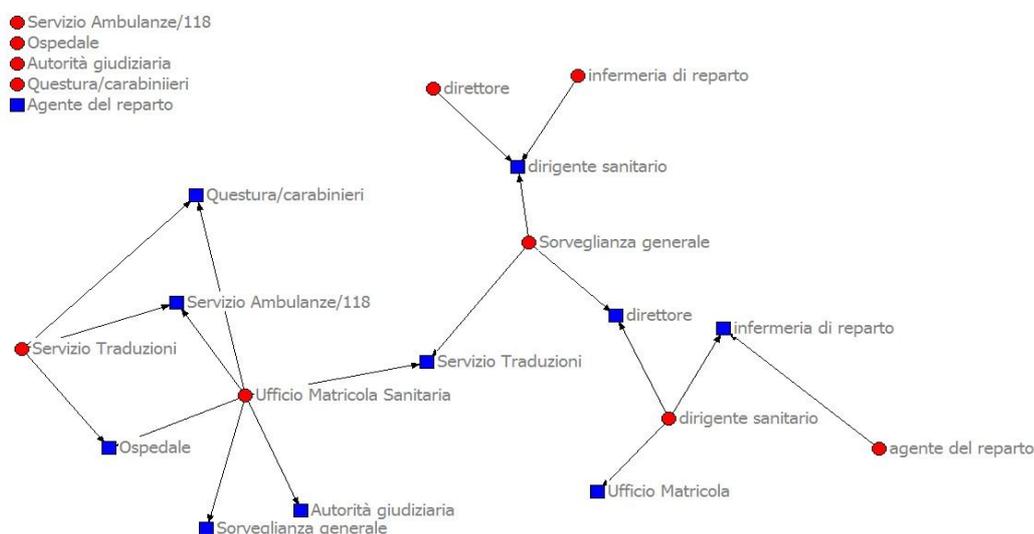
Inoltre, nella creazione del *name generator* è stato considerato anche il livello di salute del detenuto rispetto alla tipologia di processo: sono stati distinti i processi in funzione della gravità ed urgenza della malattia accorsa.

3.3.4 Rilevazione e analisi dei dati

Dall'analisi del *name generator* somministrato al Direttore dell'Istituto Penitenziario in esame, sono stati individuati gli attori che costituiscono i nodi della rete di cui trattasi. Mediante le informazioni rilevate dal *name interpreter* è stato possibile costruire la matrice di affiliazione, atta a disegnare la rete che si vuole indagare.

L'utilizzo del software UCINET 6 versione 6.528 consente di visualizzare la rete con NetDraw (Figura 3.12)²⁰⁵:

Figura 3.12 - La rete della salute nel Centro Penitenziario Secondigliano



Fonte: elaborazione dell'autore

Dall'osservazione dell'immagine precedente è possibile effettuare alcune osservazioni in primo luogo sull'identità degli attori, poi sui *link* esistenti tra loro e, infine, sulla tipologia delle relazioni considerate.

Per quanto concerne il primo punto, è da sottolineare che la rete emersa rispecchia ciò che avviene nella realtà dell'istituto penitenziario in caso di

²⁰⁵ Borgatti, S.P., Everett, M.G. e Freeman, L.C., 2002. Ucinet 6 for Windows. Harvard: Analytic Technologies.

patologia non grave di una persona detenuta ammalata²⁰⁶. In questo processo sono coinvolti differenti “attori” interni alla rete, a partire dall’Agente Penitenziario del reparto fino alle strutture di ricovero esterne o al sistema di sicurezza sociale²⁰⁷. Ciò è distante dalle figure contemplate dalla rete istituzionale.

I *link* che legano i nodi della rete osservata sono “direzionati”; ciò perché è stato tenuto conto delle relazioni che ciascuno di essi ha con ogni singolo *alter* senza, tuttavia, indagare la natura e la frequenza delle stesse. Ciò perché la natura è esclusivamente professionale e basata su comunicazioni formali²⁰⁸ e la frequenza dipende esclusivamente dal numero di interventi richiesti o che si ritiene di effettuare.

Questo processo cambia parzialmente in caso di particolare urgenza; tuttavia, ai fini del presente studio non è stato ritenuto opportuno cercare i confini di una nuova rete in quanto ciò che cambia sono soltanto alcune relazioni che non arrecano risultati significativi in termini di analisi della rete.

Procedendo, infatti, nell’analisi della rete osservata sono stati rilevati il livello di densità e le principali misure di centralità: *degree*, *closeness* e *betweenness*:

DENSITY / AVERAGE MATRIX VALUE

	1	2	3
	Density	No. of ties	Avg Degree
1 ISTIT	0.164	18	1.636

1 rows, 3 columns, 1 levels.

²⁰⁶ Per esigenze di generalizzazione del processo in esame, non sono stati considerati casi di cure prestate a particolari tipologie di ammalati, quali il trattamento dei tossicodipendenti o trattamenti esterni per persone dializzate.

²⁰⁷ In caso di ricovero esterno, è previsto un sistema di comunicazioni territoriali a Questure e/o Carabinieri.

²⁰⁸ Per tutto ciò che afferisce la persona detenuta vi è una traccia documentale sia relativamente alle richieste di visita interne, sia, soprattutto, per i contatti con l’esterno quali le comunicazioni con l’Autorità Giudiziaria, i ricoveri in Pronto Soccorso o Ambulanza, le comunicazioni di sicurezza sul territorio.

La densità rappresenta una delle principali statistiche descrittive, spesso utilizzata come principale indicatore del grado di coesione della rete. Dato che l'indice varia da 0 a 1, un valore della densità pari a 0.164 ci consente di osservare come nella classe sia presente un basso livello di coesione, ovvero che sia stato attivato soltanto il 16,4% dei collegamenti possibili. Questo si osserva anche dal medesimo valore dell'*average degree*: spesso, infatti, una misura della coesione più intuitiva rispetto alla densità è il grado medio dei nodi della rete che indica il numero medio dei legami per ogni singola persona (*Average Degree*). Ciò spiega una spiccata autonomia di ciascun attore nel “sapere” con chi comunicare: vi è una chiara dinamica del processo.

È possibile, inoltre, calcolare la densità oltre che della rete totale delle reti di ogni singolo attore (reti egocentrate) considerando tutte le relazioni reciproche tra ego ed alters;

	1	2	3
	Size	Avg Deg	Density
1 Direttore	2.000	0.500	0.500
2 Ufficio Matricola Sanitaria	7.000	0.714	0.119
3 Sorveglianza generale	4.000	1.000	0.333
4 Servizio Traduzioni	5.000	0.800	0.200
5 Servizio Ambulanze/118	2.000	0.500	0.500
6 Ospedale	2.000	0.500	0.500
7 Autorità giudiziaria	1.000	0.000	
8 Questura/carabinieri	2.000	0.500	0.500
9 dirigente sanitario	4.000	0.500	0.167
10 infermeria di reparto	2.000	0.000	0.000
11 agente del reparto	1.000	0.000	

Uno dei concetti di maggiore rilevanza per l'analisi empirica delle reti sociali è quello di centralità. La nozione di centralità è interessante in quanto permette di definire il posizionamento di un attore nel proprio *network* in termini puramente relazionali. La centralità di un punto può essere espressa almeno in tre modi diversi che possono non coincidere, nel senso che l'attore più centrale dipende da come viene intesa la centralità nel particolare caso. È possibile, infatti,

basare la centralità di un attore sul suo grado, sulla sua interposizione, ossia sul suo essere intermedio tra ogni punto ed ogni altro, ed infine sulla sua vicinanza o prossimità a qualsiasi altro punto del grafo e quindi sull'efficienza con cui esso può raggiungere tutti gli altri nodi della rete.

Al fine di cogliere queste tre diverse modalità secondo le quali un attore può essere considerato “centrale”, è possibile procedere alla elaborazione dei tre indici analitici di centralità²⁰⁹:

FREEMAN DEGREE CENTRALITY

```
-----
Treat data as:          Auto-detect
Output raw scores:     YES
Output normalized scores: YES
Allow edge weights:    YES
Exclude diagonal:      YES
```

Network is directed? YES

Degree Measures

		1	2	3	4
		Outdeg	Indeg	nOutdeg	nIndeg

1	direttore	1.000	2.000	0.100	0.200
2	Ufficio Matricola Sanitaria	6.000	1.000	0.600	0.100
3	Sorveglianza generale	3.000	1.000	0.300	0.100
4	Servizio Traduzioni	3.000	2.000	0.300	0.200
5	Servizio Ambulanze/118	0.000	2.000	0.000	0.200
6	Ospedale	0.000	2.000	0.000	0.200
7	Autorità giudiziaria	0.000	1.000	0.000	0.100
8	Questura/carabinieri	0.000	2.000	0.000	0.200
9	dirigente sanitario	3.000	3.000	0.300	0.300
10	infermeria di reparto	1.000	2.000	0.100	0.200
11	agente del reparto	1.000	0.000	0.100	0.000

11 rows, 4 columns, 1 levels.

²⁰⁹ Freeman, L.C., 1979, “Centrality in social networks: conceptual clarification”, Social Networks, Vol.1, pp. 215-239.

Graph Centralization -- as proportion, not percentage

	1	2
	Outdeg	Indeg

1 sani	0.4800	0.1500

1 rows, 2 columns, 1 levels.

Essendo la relazione orientata, per ciascun nodo è espresso: nella prima colonna il valore assoluto delle scelte effettuate (*outdegree* – grado di propensione verso gli altri) e nella seconda colonna il valore assoluto delle scelte ricevute (*indegree* – grado di popolarità). Nella terza e quarta colonna sono visualizzati i valori “standardizzati” dell’*outdegree* e dell’*indegree* ossia divisi per (n-1) e poi moltiplicati per 100 (valori percentuali). La centralità di ciascun nodo dipenderà dal numero di scelte che ha ricevuto. Guardando il nostro *network*, è possibile osservare che il nodo # dir sanitario è quello con il più alto numero di scelte (3 scelte), pertanto è quello più popolare (più centrale) della rete; ma molti nodi hanno lo stesso livello di centralità (3); l’ufficio matricola, invece, è quello che ha un *outdegree* più alto, seguito da soli altri tre nodi, tra cui il dirigente sanitario. Gli altri non comunicano molto verso l’esterno. Gli agenti di reparto sono quelli che hanno ricevuto il minor numero di scelte perché è proprio da loro che parte il processo di tutela della salute.

Nella seconda parte del *log file* di *output* sono illustrati alcuni dati sintetici: i valori mostrano un basso livello di centralizzazione della rete riferita all’*indegree* (15,00%), il che significa che gli indici di *indegree* di ciascun soggetto sono tra loro abbastanza omogenei, ed un più alto valore di centralizzazione riferito all’*outdegree* (48,00%).

La *betweenness* indica la frequenza con cui ogni singolo nodo si trova nel percorso più breve (geodetica) che collega ogni altra coppia di nodi. Indica quanto un attore è intermediario tra altri due all’interno di un gruppo. L’applicazione ai grafi diretti dell’indice di centralità basato sul concetto di *betweenness* è basato sull’assunzione che i legami che uniscono due nodi in entrambe le direzioni possono essere trasformati in un legame non diretto. Dunque, questa misura di

centralità non guarda alla direzione del legame e non simmetrizza i dati, a differenza delle altre misure.

FREEMAN BETWEENNESS CENTRALITY

Un-normalized centralization: 240.000

		1	2
		Betweenness	nBetweenness
9	dirigente sanitario	28.000	31.111
2	Ufficio Matricola Sanitaria	25.000	27.778
10	infermeria di reparto	9.000	10.000
3	Sorveglianza generale	3.000	3.333
4	Servizio Traduzioni	3.000	3.333
6	Ospedale	0.000	0.000
1	direttore	0.000	0.000
8	Questura/carabinieri	0.000	0.000
7	Autorit� giudiziaria	0.000	0.000
5	Servizio Ambulanze/118	0.000	0.000
11	agente del reparto	0.000	0.000

DESCRIPTIVE STATISTICS FOR EACH MEASURE

		1	2
		Betweenness	nBetweenness
1	Mean	6.182	6.869
2	Std Dev	9.944	11.048
3	Sum	68.000	75.556
4	Variance	98.876	122.069
5	SSQ	1508.000	1861.728
6	MCSSQ	1087.636	1342.761
7	Euc Nor	38.833	43.148
8	Minimum	0.000	0.000
9	Maximum	28.000	31.111
10	N of Obs	11.000	11.000

Network Centralization Index = 26.67%

La procedura elenca in ordine decrescente i valori di centralità assoluta e standardizzata per ogni singolo attore. Il dirigente sanitario, la matricola sanitaria e l'infermeria di reparto sono i più centrali; al contrario, l'agente di reparto costituisce il nodo il più periferico. Osservando le statistiche descrittive notiamo che circa il 6% dei legami mediamente comporta la presenza di intermediari. La quantità di variazione non è alta (s.d.= 10%). Il valore di centralizzazione (26.67%) indica la presenza di una bassa centralizzazione della rete, quindi indici di centralità abbastanza omogenei tra loro.

CLOSENESS CENTRALITY

Closeness Centrality Measures

		1	2	3	4
		inFarness	outFarness	inCloseness	outCloseness
6	Ospedale	49.000	110.000	20.408	9.091
8	Questura/carabinieri	49.000	110.000	20.408	9.091
5	Servizio Ambulanze/118	49.000	110.000	20.408	9.091
4	Servizio Traduzioni	58.000	80.000	17.241	12.500
7	Autorita giudiziaria	60.000	110.000	16.667	9.091
9	dirigente sanitario	62.000	26.000	16.129	38.462
1	direttore	64.000	34.000	15.625	29.412
10	infermeria di reparto	64.000	34.000	15.625	29.412
2	Ufficio Matricola Sanitaria	65.000	24.000	15.385	41.667
3	Sorveglianza generale	68.000	27.000	14.706	37.037
11	agente del reparto	110.000	33.000	9.091	30.303

Statistics

		1	2	3	4
		inFarness	outFarness	inCloseness	outCloseness
1	Minimum	49	24	9.091	9.091
2	Average	63.455	63.455	16.518	23.196
3	Maximum	110	110	20.408	41.667
4	Sum	698	698	181.693	255.155
5	Standard Deviation	16.127	38.008	3.125	12.805

6	Variance	260.066	1444.612	9.766	163.980
7	SSQ	47152	60182	3108.543	7722.349
8	MCSSQ	2860.727	15890.728	107.422	1803.777
9	Euclidean Norm	217.145	245.320	55.754	87.877
10	Observations	11	11	11	11
11	Missing	0	0	0	0

11 rows, 4 columns, 1 levels.

Come possiamo osservare dal risultato della procedura, la centralità basata sulla “vicinanza” (*closeness*) fra i punti è espressa in termini di “distanza” (*farness*) tra i punti. Significa che un nodo è più centrale se si trova alla più breve distanza da molti altri nodi, cioè è “vicino” a molti degli altri punti, in questo senso si può affermare che la vicinanza è il reciproco della somma delle distanze. La “vicinanza” è rappresentata dalla somma delle distanze geodetiche di ogni attore da tutti gli altri. Se si calcola la matrice delle distanze, la somma delle distanze di un punto è dato dal totale di colonna o dal totale di riga se il grafo non è orientato. Essendo la matrice asimmetrica, si rileva una vicinanza “in entrata”, o *inCloseness* (totale di colonna), e una vicinanza “in uscita” o *outCloseness* (totale di riga). Il valore di centralità di un nodo è calcolato prendo in considerazione il totale di riga (*outCloseness*); pertanto, l’attore più centrale è quello con il valore di *outcloseness* più alto: l’ufficio matricola sanitaria. Anche questa procedura visualizza alcune statistiche descrittive (media, deviazione standard).

La lettura sistemica di questi dati, seppure molto generici rispetto a delle informazioni più approfondite desumibili del *network* in questione, rivela che la rete della sanità penitenziaria osservata nella realtà coinvolge prevalentemente gli attori interni che sono strutturati in un processo organizzativo basato su precise comunicazioni formali strutturate come un processo verticale. Pertanto, sarebbe interessante approfondire l’analisi a livello di *cluster*.

3.3.5 Conclusioni del secondo *step* di analisi.

Dall'analisi condotta in questo *step* della ricerca, pare indiscussa l'idea che la risposta più "innovativa" all'esigenza di tutela della salute delle persone detenute è rappresentata da una presa in carico integrata dell'ammalato che possa sfruttare i principi del lavoro di rete per organizzare o riorganizzare i servizi sanitari²¹⁰. Tale rete interessa più livelli:

- un livello micro che riguarda le singole persone
- un livello macro che comprende le diverse strutture organizzative coinvolte
- un livello meso che afferisce alle relazioni esistenti tra i vari attori

Dalla visione sistemica di queste prospettive di analisi, emerge, dunque, la necessità di un lavoro di rete può essere chiamato "gestione integrata del caso" o *case management* il quale mira appunto a costruire una "rete" che interessa il territorio nel suo complesso.

La gestione integrata dei casi - *case management* - prevede un network di professionisti che, utilizzando competenze e risorse, cooperano per fornire agli utenti gli strumenti volti alla tutela della salute. Ciò, tuttavia, incontra la difficoltà di conciliare l'apporto di metodologie diverse e il contributo di distinte figure professionali per rispondere in modo efficiente ai nuovi bisogni sociali. Le prestazioni sanitarie da garantire a ciascun individuo, infatti, si dovrebbero basare su progetti personalizzati in cui contribuiscono diverse professionalità. Operando in questo modo, i diversi professionisti non si limitano al singolo problema ma cercano di dare una risposta, in modo globale, alla situazione multiproblematica di ciascuno.

Nell'ottica del lavoro di rete ogni prestazione sanitaria non si percepisce, perciò, come un'attività distaccata dal sistema, ma come parte o nodo di una rete di scambi, in cui il risultato prodotto in proprio confluisce in un risultato globale.

Per questo motivo, tale lavoro di rete si dimostra talvolta difficile per diversi motivi. Perché difficile è costruire un senso di appartenenza su obiettivi e progetti e non su appartenenze istituzionali, organizzative, associative. Difficile è

²¹⁰ F. Longo, D. Salvatore, S. Tasselli, (2010) Organizzare la salute nel territorio, Il Mulino

passare da un lavoro strutturato su competenze specializzate ad un lavoro integrato sui processi. Difficile è operare su contesti differenziati che restituiscano l'unità della persona detenuta. Difficile è l'assunzione di responsabilità condivise che conducano ad effettive azioni di cooperativa di progettazione e co-gestione delle azioni sociali.

È necessario, in quest'ottica, creare delle specifiche competenze da parte degli operatori sul lavoro di rete e delle premesse organizzative dei singoli servizi che conducano nella direzione di un lavoro integrato. Ecco, allora, che la *formazione* diventa uno strumento utile nella logica dell'integrazione operativa, perché talvolta gli operatori che lavorano sul territorio non hanno una formazione *ad hoc* relativamente al sistema penitenziario e questo impedisce spesso una presa in carico mirata.

Per gestire l'intervento di rete, quindi, è richiesto un vero e proprio lavoro di équipe fra le diverse organizzazioni che andrà a coordinare le specifiche competenze volgendo l'attenzione dei singoli servizi verso un progetto comune. Questa nuova organizzazione del lavoro deve essere:

- antiburocratica
- flessibile
- centrata sull'utente.

Un'assoluta e totale rivoluzione, dunque, rispetto all'idea tradizionale del lavoro pubblico, in generale, e quella del carcere in particolare.

3.4 Step 3 – Analisi micro. La motivazione del personale

Dall'analisi della rete e delle relazioni che a livello meso-organizzativo è stato osservato che nella specificità del caso indagato le relazioni più sviluppate che generano una rete più densa sono quelle di livello intra-organizzativo. In particolare, i legami più forti sono quelli che esistevano già prima dell'entrata in vigore della riforma, quasi a confermare che proprio gli stessi hanno non solo sopportato ma anche supportato l'implementazione dei processi derivanti dall'attuazione di questa epocale transizione, favorendo così il passaggio di testimone tra le due amministrazioni.

Focalizzando l'attenzione sulle relazioni, come in un processo a cascata, l'osservazione si è, perciò, spostata verso le persone. In questa fase di studio, quindi, stimolati anche dalle testimonianze raccolte tra coloro che operano nel settore sanitario, si è voluto indagare quanto il personale, la risorsa "micro", abbia svolto un ruolo pro-attivo nel processo di riorganizzazione della macro-struttura. Per questo motivo, questo *step* è basato sull'analisi della motivazione di alcuni professionisti sanitari. Questa scelta è stata dettata dalla considerazione della motivazione, e in particolare delle sue componenti, quale espressione di volontà che muove l'agire di ciascun individuo e, in questo caso, di ciascun lavoratore. Inoltre, tenendo conto che i lavoratori in questione operano in un contesto nel quale sono fortemente presenti diverse componenti, da quella emotiva (*commitment*) a quella istituzionale (fattori normativi), è stata sposata il *framework* teorico di Perry della *Public Service Motivation* quale strumento atto a "misurare", appunto, le componenti principali della motivazione.

Da un punto di vista scientifico, infatti, è possibile individuare degli approcci endogeni ed esogeni alla motivazione che sarebbero spiegati nella *Public Service Motivation* in quattro componenti: empatia, spirito di sacrificio personale, adesione psicologica (*commitment*) e adesione verso il *policy making*; di cui le prime tre costituiscono i fattori normativi e affettivi, mentre l'ultima rappresenta il fattore razionale della motivazione al lavoro.

Per far ciò, dunque, e con il fine di approfondire l'approccio dei professionisti che operano nella sanità penitenziaria, si è indagato il loro livello di motivazione

nell'intento di cogliere cosa abbia spronato maggiormente la loro propensione al lavoro in questo confuso momento storico del settore lavorativo nel quale operano. A dispetto, infatti, dell'immagine già in gran parte diffusa non solo nell'opinione pubblica ma anche nella dottrina scientifica che identifica il dipendente pubblico come lavoratore scarsamente coinvolto nella propria attività quotidiana, si è voluto scientificamente indagare come i lavoratori direttamente coinvolti in questo profondo cambiamento abbiano vissuto tale transizione e, soprattutto, quale ruolo abbiano assunto in questa fase.

Per approfondire tale approccio è stata analizzata la motivazione al lavoro dapprima del dirigente sanitario e poi di tutto il personale sanitario che presta servizio nel Centro Penitenziario di Secondigliano. Tali risultati sono stati posti in relazione dapprima con i dirigenti sanitari di tutti gli istituti penitenziari della Regione Campania e, poi, con tutto il personale sanitario che presta servizio nel medesimo istituto penitenziario.

L'obiettivo di questo *step* della ricerca, dunque, è quello di individuare quale leva muove l'agire del singolo lavoratore per comprendere se e come riesce ad avere un'ampia eco in un sistema di osmosi che si estende dentro e fuori il muro di cinta.

3.4.1 Gli studi sulla motivazione al lavoro. *Background e framework* teorico

Sin dagli anni 40-50, la dottrina organizzativa ha posto riguardo alla motivazione del personale quando, in contrapposizione, e come evoluzione dell'impostazione tayloristica del lavoro, con lo Scientific Management sposta l'attenzione dal prodotto al lavoratore. Da quel principio, si sono cominciate ad osservare le leve che spingono l'individuo all'azione e che, dunque, lo spingono ad operare in maniera più efficace: la motivazione²¹¹. Da un punto di vista scientifico è arduo individuare con precisione il concetto di motivazione (Maslow, 1943 e 1954; Herzberg, 1959 e 1966; McGregor, 1960; Adams, 1963; Vroom, 1964; Alderfer, 1969 e 1972 McClelland e Burnham, 1976; Hackman e Oldham, 1976), posto che già nel 1981 Kleinginna e Kleinginna riportano ben 140 definizioni comparse in letteratura. E' possibile, tuttavia, adottare differenti approcci atti a sistematizzare i contributi relativi a tale concetto, seguendo criteri di classificazione differenti; tra questi, vi è quello che identifica i modelli della struttura motivazionale distinti tra quelli che afferiscono ai contenuti e quelli che afferiscono ai processi decisionali (Campbell e Pritchard, 1976). I primi sono caratterizzati dalle leve che spingono il lavoratore ad agire, ovvero l'analisi di quali bisogni muovono all'azione; mentre i secondi riguardano i processi che descrivono e spiegano il modo nel quale i comportamenti cambiano. La teoria degli anni 50-70, infatti, ha spostato l'attenzione verso i processi che seguono alla spinta motivazionale, guardando maggiormente i comportamenti. In questa dimensione trova espressione la scuola della Social Identity Theory in quanto ad appartenenza ed identificazione con l'organizzazione lavorativa in termini di condivisione di valori e di immagine verso l'esterno.

Nella prima fase, dunque, è maggiormente sviluppata l'attenzione verso la scala dei bisogni del lavoratore, la cui soddisfazione spinge all'azione; le teorie afferenti a questo filone sono definite "del contenuto" che, partendo dalla teoria monistica di Taylor prima, e poi con Maslow, trovano maggiore espressione nella teoria della "motivazione-igiene" di Herzberg.

²¹¹ Il sistema motivazionale, infatti, può essere inteso come l'insieme dei bisogni percepiti con varia intensità e le relazioni fra questi e il comportamento. Per definire quali siano gli elementi che governano la motivazione sono state formulate numerose teorie.

Secondo Frederic Taylor, infatti, occorre stimolare la motivazione del lavoratore mediante sistemi che incentivino la produttività perché aumentando la produttività, il lavoratore può aumentare il proprio stipendio, riuscendo così ad aumentare la propria autostima ed il proprio status. Tuttavia, la motivazione procurata dal denaro è discutibile, pertanto la teoria dei bisogni di Maslow sostiene che il comportamento della persona, anche sul lavoro, tende alla soddisfazione di bisogni ordinati secondo una precisa gerarchia, che egli ha indicato all'interno di una piramide²¹².

Il comportamento dell'individuo è finalizzato ad appagare prima i bisogni di livello inferiore, la cui soddisfazione cessa di renderli motivanti e che fa emergere i bisogni gerarchicamente superiori. Ma non sempre la spinta motivazionale proviene dalla necessità di soddisfazione di taluni bisogni: talvolta tale molla è mossa da fattori che non motivano direttamente, ma la cui insoddisfazione genera malcontento ed insoddisfazione: i cosiddetti “fattori igienici”, oggetto della teoria igienico-motivante di Herzberg.

Le teorie dei bisogni (Maslow, 1954; Alderfer, 1969; McClelland, 1985a), quindi si affiancano le teorie del valore (Adams, 1965; McClelland, 1973) che prendono in considerazione ciò che un individuo vuole o desidera, piuttosto che ciò che è necessario sopravvivere. Secondo infatti una classificazione proposta da Locke e Henne (1986), i vari approcci alla motivazione possono essere sistematizzati in funzione della prossimità al comportamento, ovvero in funzione dei bisogni, valori o obiettivi. Questi ultimi sono specifici per la persona e ne indirizzano puntualmente il comportamento: da essi prende l'avvio la teoria del goal (Locke e Latham, 1984, 1990; Bandura, 1977; Locke, 1968). Quest'ultima impostazione, tuttavia, sposta l'attenzione dalla genesi della motivazione concentrata in fattori che possono essere definiti endogeni, verso fattori esogeni

²¹² Partendo dal basso si distinguono le seguenti categorie di bisogni umani:

- bisogni fisiologici, legati alla sopravvivenza immediata (respirare, bere, mangiare, riposare, muoversi);
- bisogni di sicurezza, fisica ed emotiva, relativi alla sopravvivenza a lungo termine (libertà da pericoli, minacce e privazioni provocati da danni fisici, difficoltà economiche, malattia);
- bisogno di amore e di appartenenza, cioè identificazione con il gruppo o l'azienda, e di un ambiente socievole e gradevole (relazioni affettive, accettazione da parte dei pari, riconoscimento come membro del gruppo, stare insieme) ;
- bisogno di stima e autostima (riconoscimento da parte degli altri e rispetto di sé) ;
bisogno di autorealizzazione.

(Katzell & Thompson, 1990). Così, la teoria delle aspettative (Vroom, 1964) e la teoria dell'equità (Adams, 1963) rappresentano le due principali espressioni degli approcci esogeni alla motivazione: nel primo caso si presume che l'individuo sia in grado di formulare previsioni razionali sulla rilevanza organizzativa dei propri sforzi lavorativi e sull'appropriata remunerazione di questi ultimi, mentre nel secondo si assume che i lavoratori siano motivati dalla percezione di equità di trattamento all'interno dell'organizzazione di appartenenza. La *goal setting theory* (Locke & Latham, 1990) e il *job design* (Herzberg, 1959; Fried, Levi & Laurence, 2008) ribaltano la prospettiva degli approcci endogeni, enfatizzando il ruolo giocato dai fattori contingenti nella determinazione della motivazione al lavoro: in particolare, una chiara responsabilità organizzativa, un'agevole comprensibilità dei risultati conseguiti e la presenza di obiettivi sfidanti creano un clima lavorativo motivante. La teoria dell'auto-determinazione (Gagné & Deci, 2005) tenta una congiunzione tra gli approcci endogeni ed esogeni, fornendo una visione integrata dei determinanti della motivazione al lavoro, evidenziando l'impatto su di essa dei sentimenti di autonomia, competenza e socialità associati al ruolo organizzativo.

Queste teorie, tuttavia, sono particolarmente rivolte al mondo del lavoro privato; bisognerà aspettare qualche anno affinché tale focus motivazionale, comunque declinato, sia traslato nel mondo del lavoro pubblico, dove comunque non troverà una produzione scientifica altrettanto ricca (Wright, 2001; Boyne, 2002; Rainey & Bozeman, 2000). In particolare, i contributi in tal senso hanno restituito un livello motivazionale decisamente meno intenso da parte del pubblico dipendente rispetto al privato.

La letteratura classica, inoltre, ha trasferito un'immagine non positiva dei dipendenti al servizio della Pubblica Amministrazione (Buchanan, 1978; Niskanen, 1971; Tullock, 1965): questi ultimi sono stati descritti come individui che agiscono precipuamente a tutela del loro interesse personale (Golembiewski, 1996), svolgendo i propri compiti organizzativi con lentezza, pigrizia e disinteresse (Baldwin, 1984) ed esprimendo uno sforzo lavorativo inferiore rispetto a quanto riscontrabile nel settore privato (Frank & Lewis, 2004). Alla luce del quadro teorico in tema di motivazione poco sopra esposto, dunque, i lavoratori

pubblici tenderebbero a presentare bassi livelli di aspettativa/valenza, a percepire iniquità confrontando le proprie responsabilità organizzative e la remunerazione corrisposta a fronte di essa, a prediligere obiettivi non sfidanti, ad attribuire una scarsa significatività al proprio lavoro e a scontare condizioni di scarsa autonomia e socialità in ambito lavorativo (Cacioppe&Mock, 1984; Ackroyd, Hughes, & Soothill, 1989; Marsden& Richardson, 1992). A dispetto di ciò, alcuni autori, sulla base di indagini empiriche intese a identificare le peculiari caratteristiche motivazionali dei dipendenti pubblici (Crewson, 1997; Wittmer, 1991; Rainey, 1982), hanno evidenziato che i fattori che stimolano la motivazione e l'impegno all'interno delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presentano caratteristiche peculiari e, generalmente, diverse da quelle identificabili nelle organizzazioni che operano secondo le regole del libero mercato.

Tale assunto, oggetto di analisi in numerosi lavori accademici (Perry & Hondeghem, 2008; Bright, 2005; Houston, 2000; Naff & Crum, 1999; Crewson, 1997), trova cristallizzazione nel concetto di *Public Service Motivation*– PSM – (Perry, 1990), frutto di un amalgama di fattori endogeni ed esogeni della motivazione al lavoro in ambito pubblico. In accordo ai principi di fondo della PSM, i dipendenti pubblici manifestano un forte desiderio di aiutare gli altri, sono sensibili alle condizioni di vita di coloro che vivono situazioni di difficoltà economica e sociale e sono propensi a sacrificare l'interesse personale pur di contribuire al conseguimento dell'interesse pubblico (Houston, 2005; Frederickson & Hart, 1985). In questa prospettiva, il lavoro al servizio delle pubbliche amministrazioni potrebbe essere inteso come una sorta di “vocazione”, cui solo individui adeguatamente motivati sarebbero in grado di rispondere: esso è la contestuale espressione di un “senso del potere” e di un “senso di moralità” (Staats, 1988), che richiedono, oltre ad un intenso sforzo lavorativo, un *commitment* psicologico e morale all'organizzazione di appartenenza (Perry & Wise, 1990).

La motivazione al servizio pubblico è determinata sia da fattori razionali che da ragioni normative e affettive (Knoke & Wright-Isak, 1982). Per quanto concerne i primi, il lavoro nell'ambito delle organizzazioni pubbliche è incentivato dalla possibilità di partecipare, in via diretta o indiretta, alle dinamiche

decisionali di interesse collettivo: tale aspetto offre sia l'opportunità di contribuire alla causa comune che di acquisire un prestigio personale ampiamente riconosciuto. Con riferimento alle componenti normative e affettive, l'adesione psicologica all'interesse pubblico (Buchanan, 1975), la propensione innata a concorrere alla realizzazione di una condizione di giustizia sociale (Frederickson, 1971) e la predisposizione a sacrificarsi a favore degli altri (in particolare di coloro che si trovano in uno stato di difficoltà) (Macy, 1971) rappresentano i principali stimoli a lavorare per un'amministrazione pubblica.

Nonostante la sua ampia applicabilità, nondimeno, la portata conoscitiva espressa dalla PSM risulta per larghi tratti tuttora inespressa; esiste, in altre parole, una notevole distanza tra ciò che si sa e ciò che si potrebbe produrre, in termini di nuova conoscenza, grazie a un'appropriata implementazione di tale approccio (Bellè& Cantarelli, 2012). Un campo di ricerca nell'ambito del quale la PSM può trovare spazio per nuovi studi e sperimentazioni è quello della sanità penitenziaria, sebbene siano da tenersi in debita considerazione i limiti legati all'applicazione dello strumento proposto da Perry al caso degli istituti di pena italiani. In primo luogo, l'approccio proposto risente dell'influenza tipica del contesto americano, in cui esso ha trovato origine: le peculiarità delle amministrazioni pubbliche statunitensi rendono la PSM trapiantabile in altri settori solo a prezzo di ingenti sforzi di adattamento. La rielaborazione dello strumento è ancora più problematica qualora l'attenzione sia concentrata su un ambiente lavorativo complesso come quello penitenziario. L'esigenza di calibrare i quesiti proposti al fine di cogliere, da un lato, la portata della motivazione al lavoro e, dall'altro, di minimizzare il rischio di *bias* ha determinato la necessità di rimodulare profondamente il modello originario, nell'intento di pervenire ad uno snellimento dello stesso e ad una conseguente semplificazione.

Ciò può essere rinvenibile, secondo alcuni, a caratteristiche proprie dei due contesti che genererebbero aspetti motivazionali differenti in funzione della specifica sfera lavorativa di appartenenza: pubblica o privata (Baarspul& Wilderom, 2011; Vandenabeele, 2007; Coursey&Pandey, 2007; Frederickson, 1997).

3.3.2 Metodologia

Ai fini del presente studio è stato utilizzato il questionario elaborato da Perry per la rilevazione della *Public Service Motivation* e delle sue componenti²¹³.

Tale strumento è composto da 24 *items* che sono raccolti in quattro macro-aree: attrazione verso il *policy making*, empatia, spirito di sacrificio personale, *commitment*. La prima rappresenta il fattore razionale della motivazione, mentre le altre tre costituiscono i fattori normativi ed affettivi.

Per ciascun *item* ogni intervistato ha avuto la possibilità di esprimere il proprio livello di accordo/disaccordo esprimendo un punteggio da 1 a 6 (mediante una scala di Likert). Inoltre, al fine di ridurre il rischio di risposte ridondanti, alcuni *items* sono stati posti in accezione negativa.

La somministrazione è avvenuta *face to face*; soltanto ove ciò non è stato possibile sono state effettuate interviste telefoniche. Inoltre, sono state affiancate alle risposte del questionario anche delle interviste destrutturate per accostare all'analisi quantitativa dati di natura qualitativa.

Infine, per testare la significatività dello strumento di indagine è stata effettuata un'analisi fattoriale mediante l'estrazione dell'alpha di Cronbach utilizzando il software SPSS²¹⁴.

²¹³ Il modello originariamente proposto da Perry considera 40 item raccolti in 6 macro-categorie: l'attrazione al policy making, l'adesione psicologica al conseguimento dell'interesse pubblico, la percezione delle condizioni di giustizia sociale, il sentimento di dovere civico, l'empatia verso gli altri e lo spirito di sacrificio personale. Attraverso un successivo processo iterativo di affinamento dello strumento di misurazione, egli perviene alla sintesi in soli 24 item, raggruppati in quattro famiglie concettuali: l'attrazione al policy making, l'adesione psicologica al conseguimento dell'interesse pubblico, l'empatia verso gli altri e lo spirito di sacrificio personale. Quest'ultimo modello è stato assunto quale quadro di riferimento ai fini della presente analisi.

²¹⁴ *La validazione del questionario di cui trattasi è stata oggetto del seguente lavoro: G. Piscopo, R. Palumbo, G. Ambrosino; 2013 La motivazione dei professional nella sanità penitenziaria." MECOSAN, 2013, Vol. 88. Pag.55-70 ISSN:1121-6921. ID:4203853*

3.4.3 Rilevazione e analisi dei dati

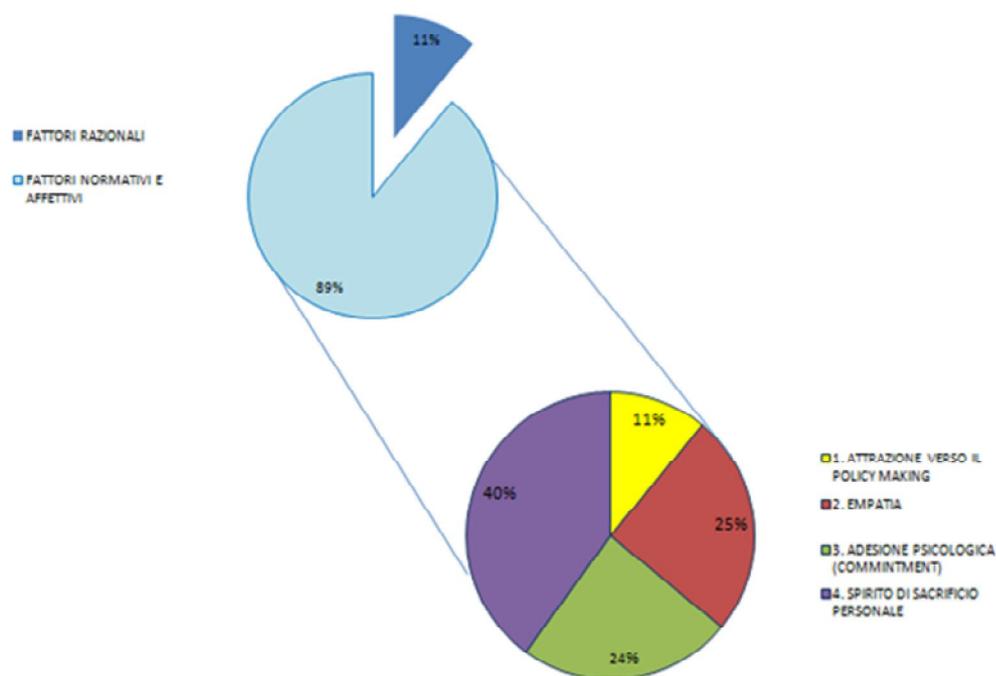
Il questionario elaborato con la metodologia precedentemente descritta, è stato somministrato al dirigente medico dell'istituto in analisi. I dati raccolti sono stati posti in relazione dapprima con quelli dei colleghi dirigenti medici di tutti gli istituti penitenziari della Regione Campania²¹⁵ e poi con le altre figure professionali che operano nel medesimo istituto penitenziario²¹⁶.

Il risultato sintetico del punteggio derivante dalle risposte fornite dall'intervistato è pari a 38 che costituisce un livello di *Public Service Motivation* pari a circa il 51% del totale raggiungibile. Tale dato è determinato per il 40% circa dallo spirito di sacrificio personale a cui segue una componente significativa dell'empatia, la quale ha la medesima significatività del *commitment*. L'attrazione verso il *policy making*, che costituisce il fattore razionale della motivazione, compone soltanto per il 10% il livello di PSM misurato.

²¹⁵ Gli istituti attualmente esistenti sono i seguenti: Casa Circondariale di Arienzo, Benevento, Napoli Poggioreale, Sala Consilina, Santa Maria Capua Vetere, Vallo della Lucania e Pozzuoli (esclusivamente femminile); Casa Circondariale e Reclusione di Ariano Irpino, Avellino, Carinola, Salerno, Casa Reclusione di Eboli, Avellino – Sant'Angelo dei Lombardi, istituto di Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (I.C.A.T.T.) di Lauro e Centro Penitenziario di Napoli Secondigliano.

²¹⁶ I professionisti sanitari che operano sono: infermieri, medici specialisti e medici di continuità assistenziale

Fig. 3.13 - La *Public Service Motivation* del dirigente sanitario del CPS



Fonte: elaborazione dell'autore

Dalla figura 3.13 si legge, infatti che la motivazione del dirigente intervistato è composta per ben l'89% da fattori normativi e affettivi e soltanto dall'11% da fattori razionali. Al fine di approfondire maggiormente quanto emerso, è stato esploso il dato sinteticamente osservato, nella significatività delle risposte fornite. È stato, cioè, rapportato il risultato ottenuto per ciascuna macroarea rispetto al massimo conseguibile in funzione del numero di domande componenti ciascun aggregato.

Dai risultati espressi in tabella 1 si evince che le risposte alle quali corrisponde un punteggio più elevato afferiscono all'area dello spirito di sacrificio personale e del *commitment*.

Tabella 1: Significatività della PSM del Dirigente Sanitario

ATTRAZIONE VERSO IL <i>POLICY MAKING</i>	40%
EMPATIA	40%
ADESIONE PSICOLOGICA (<i>COMMITMENT</i>)	60%
SPIRITO DI SACRIFICIO PERSONALE	60%

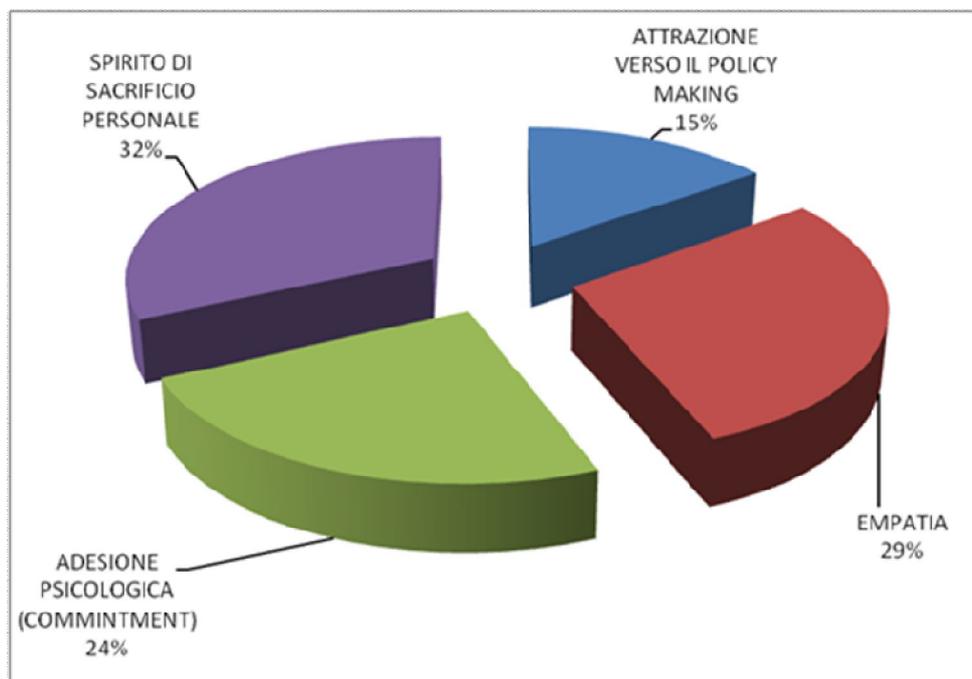
Fonte: elaborazione dell'autore

Al fine, dunque, di associare le macroaree della PSM ai fattori della motivazione, è possibile osservare che le macroclassi dell'empatia e del *commitment*, che hanno riportato un simile risultato, costituiscono insieme un aggregato riconducibile ai fattori affettivi che compongono per più del 50% la spinta motivazionale dell'intervistato. Tuttavia, è anche possibile osservare che tra i due, il *commitment* ha un peso preponderante desumibile dalla maggiore frequenza delle risposte fornite per tale aggregato. Dalla lettura sistemica dei dati riportati, si può evincere, inoltre, che la componente critica della motivazione dell'oggetto di indagine è da ricondurre a fattori razionali i quali, però, sono compensati da uno spirito di sacrificio personale importante che rappresenta un'altra componente incisiva dell'indagine effettuata.

Per approfondire il livello di significatività di questo risultato, è interessante porlo in relazione con altre realtà osservate, ovvero con il livello di PSM rilevato per i dirigenti medici di tutti gli istituti penitenziari della Regione Campania. Ampliando, infatti, l'orizzonte di indagine, è emerso che il punteggio medio registrato è di 50,53 spiegato per il 15% da fattori razionali e per l'85% da fattori normativi ed affettivi.

La successiva figura XX espone tale dato nelle quattro macro-aree oggetto di studio.

Figura 3.14 - La *Public Service Motivation* dei dirigenti penitenziari della Campania



Fonte: elaborazione dell'autore

Il livello lievemente inferiore di PSM registrato dal dirigente del CPS può essere letto in relazione alla peculiare realtà oggetto di indagine: i problemi di sovraffollamento, insieme alla importante dimensione dell'istituto sul quale gravano anche difficoltà strutturali, sono alcuni degli elementi che talvolta costituiscono una reticenza, un'opposizione esterna (dunque, esogena) alla spinta motivazionale determinata da fattori affettivi ed empatici che trovano origine nella sfera endogena della motivazione. In termini relativi, tuttavia, lo spirito di sacrificio misurato dall'intervistato registra una frequenza relativa superiore rispetto alla media regionale: ciò testimonia che in questo caso la componente endogena rappresenta una forte leva all'azione la quale, tuttavia, incontra gli ostacoli derivanti dall'implementazione del processo di cambiamento, come rilevato anche in termini qualitativi emersi durante la somministrazione del questionario.

Nei fatti, la conquista dell'autonomia da parte del dirigente medico penitenziario a seguito del DPCM 2008 ha generato non solo energie per il cambiamento organizzativo, ma anche notevole confusione.

Tali fenomeni sono esemplificativi delle difficoltà che i medici penitenziari incontrano nell'ambito del nuovo quadro normativo, che li rende legati al doppio filo della dipendenza economica rispetto alla ASL e di quella organizzativa rispetto agli istituti penitenziari. Secondo alcuni intervistati, d'altro canto, la separazione delle competenze in materia di salute e in materia di sicurezza tra aziende sanitarie e amministrazione penitenziaria ha ottenuto il solo risultato di segnare i limiti delle rispettive responsabilità, senza contribuire in alcun modo al miglioramento del servizio di assistenza rivolto ai ristretti²¹⁷.

Quale diretta conseguenza di tale condizione, molti medici penitenziari operano nella pressoché totale mancanza di attrezzature e materiali necessari allo svolgimento della propria attività, come telefono, fax, fotocopiatrici, computer, connessione ad internet, la cui fornitura dovrebbe essere di competenza delle ASL. A ciò si aggiunga che la difficile situazione economica di molti istituti condiziona negativamente i processi di cura e assistenza a favore del detenuto; a tal riguardo, la mancanza, persistente in alcuni penitenziari, del riscaldamento o del carburante necessario ai mezzi destinati alle traduzioni sono sintomo di tale problema²¹⁸.

La separazione tra la responsabilità delle due aree ha, inoltre, determinato la carenza di un sistema di *audit* sull'operato dei professionisti sanitari. Oggi, infatti, viene meno l'azione di controllo svolta in passato dai Direttori degli istituti di pena che, in talune circostanze, avevano premura di verificare l'operato dei medici in convenzione, fino a considerare, in pochi casi estremi, l'ipotesi di revoca della convenzione.

La situazione, così come delineata, sortisce per alcuni dirigenti medici, in particolar modo per coloro che agiscono nei contesti maggiormente critici sotto il profilo organizzativo e operativo, un netto calo della motivazione verso il proprio lavoro; nondimeno, le innegabili difficoltà sopra descritte costituiscono per molti

²¹⁷ In aggiunta, con specifico riferimento a un'attività complessa, come quella del medico penitenziario, è difficile pervenire a una netta separazione delle funzioni sanitarie e di quelle custodialistiche, inerenti la sicurezza dei ristretti, così come non sempre è agevole ottenere risposte concrete sotto entrambi i punti di vista.

²¹⁸ La mancanza di carburante o di vetture a disposizione si traduce, d'altro canto, nell'impossibilità di trasferire presso le strutture sanitarie del territorio i detenuti che necessitano urgentemente di indagini o esami diagnostici, con inevitabili ripercussioni sul loro stato di salute.

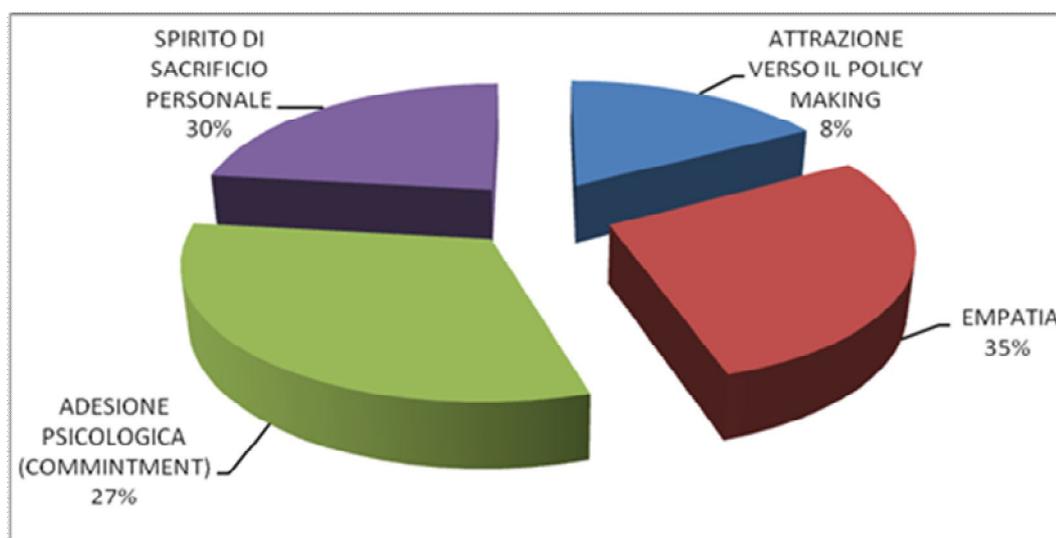
uno stimolo sfidante verso la risoluzione dei problemi e il miglioramento delle condizioni organizzative all'interno degli Istituti penitenziari.

Al fine di circoscrivere la motivazione alla realtà oggetto di indagine, il dato, espresso in termini assoluti, del livello di PSM del dirigente medico, è stato posto in relazione con quello del personale in servizio presso il medesimo istituto di pena. Per fare ciò, è stato sottoposto il questionario a tutti i dipendenti che, con diverse fattispecie contrattuali, prestano servizio nel settore sanitario del CPS.

La metodologia adottata in questa fase, ha previsto la somministrazione di un questionario composto da 24 *items* che ha restituito un elevato livello di PSM pari al 62,5% del totale misurabile su un campione di 66 intervistati che hanno partecipato all'indagine, corrispondenti a circa il 71% dell'universo considerato.

Dal grafico che segue, si evince la composizione della motivazione rilevata:

Figura 3.15 - Livello di *Public Service Motivation* del personale sanitario che presta servizio nel CPS



Fonte: elaborazione dell'autore

Come nelle analisi precedenti, emerge una bassissima incidenza della componente razionale della motivazione, costituita dall'area "attrazione verso il *policy making*". C'è da aggiungere, tuttavia, che anche in questo caso, tale dato va letto in funzione del livello massimo rilevabile in ciascuna area. Le differenti componenti, infatti, sono misurate da un diverso numero di domande. Ciò che si

vuole sondare è la significatività del “punteggio” rilevato da ciascuna componente rapportandolo al massimo conseguibile in funzione degli *items* che compongono il singolo aggregato. In altri termini, in virtù del numero di domande che compongono ciascuna area, è stato rapportato il risultato conseguito al massimo raggiungibile:

Tabella 2. Significatività della PSM del personale sanitario del CPS

C. ATTRAZIONE VERSO IL <i>POLICY MAKING</i>	40%
A. EMPATIA	67%
D. ADESIONE PSICOLOGICA (<i>COMMITMENT</i>)	75%
B. SPIRITO DI SACRIFICIO PERSONALE	55%

Fonte: elaborazione dell'autore

Ragionando, dunque, in termini relativi ciò che cambia è la rilevanza delle componenti emotive, che in quest'ottica sono spiegate principalmente dall'adesione psicologica, poi dall'empatia ed infine dallo spirito di sacrificio personale. Comunque, non si può evitare di osservare una maggiore significatività del dato relativo all'area razionale, nonostante resti sempre quello che meno spiega la motivazione del personale intervistato.

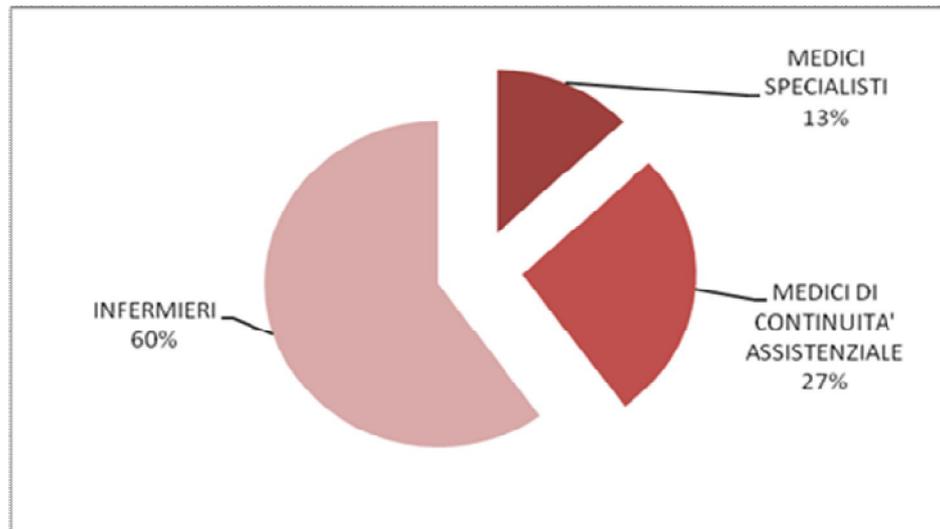
Tenendo conto, inoltre, che a questa fase dell'indagine hanno partecipato diverse categorie di professionisti²¹⁹, risulta interessante indagare se i dati sinteticamente esposti variano in virtù delle categorie di *professionals* e come si rapportano a quelli del dirigente sanitario.

Il totale di PSM rilevato, dunque, rispecchia in pieno il dato di sintesi precedentemente analizzato. Dalla tabella che segue, infatti, si evince chiaramente

²¹⁹ Dei 66 partecipanti all'indagine, 39 sono infermieri, 9 sono medici specialisti e 17 sono medici di continuità assistenziale.

che le percentuali di incidenza di ciascuna area riflettono in maniera quasi precisa il dato rilevato su tutto il campione osservato. Ciò è probabilmente da intendersi come livello di omogeneità delle risposte fornite, prova, forse, di un medesimo atteggiamento rispetto al fenomeno oggetto di studio.

Figura 3.16 - Livello di motivazione dei *professionals*

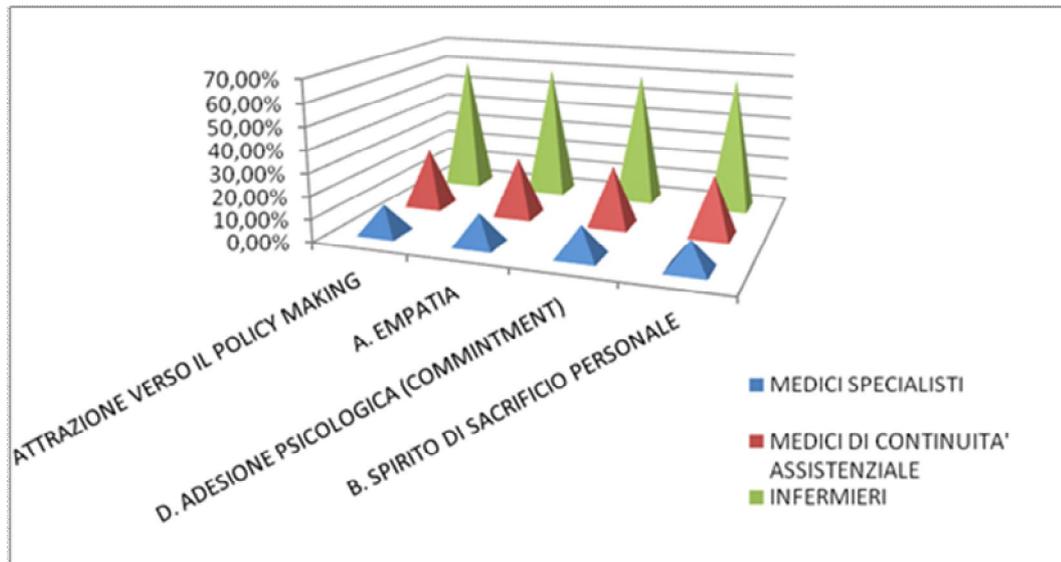


Fonte: elaborazione dell'autore

Appare, dunque, consequenziale, ragionando in tale direzione, considerare una importante rappresentatività del campione utilizzato nell'indagine.

Inoltre, ponendo questo risultato in parallelo con quello relativo all'indagine sulle componenti della motivazione del dirigente sanitario, emerge che dinanzi ad una egualmente bassa influenza dei fattori razionali, ciò che cambia è la composizione delle componenti dei fattori affettivi.

Figura 3.17 - Macroaree della motivazione per *professionals*



Fonte: elaborazione dell'autore

A fronte, infatti, di una maggiore incidenza dell'area corrispondente allo spirito di sacrificio rilevata non soltanto nel dirigente medico di Secondigliano, ma anche degli altri dirigenti sanitari della Regione Campania, corrisponde una più alta significatività del dato relativo all'empatia ed al *commitment*.

Oltre, quindi, ad avere un livello di PSM più alto in termini percentuali, l'analisi condotta sul personale sanitario lascia intendere che la prossimità alla persona detenuta ammalata determina un maggiore coinvolgimento rispetto al proprio lavoro, una più forte spinta endogena alla motivazione.

3.4.4 Conclusioni del terzo *step* di analisi

I dati emersi in quest'ultima fase di studio, assumono un carattere di particolare interesse ai fini di questa ricerca per alcuni motivi:

- Perché da una prima risposta in termini di “vicinanza” delle istituzioni rispetto al cittadino-utente. Come analizzato, infatti, da un punto di vista teorico-dottrinale, la prossimità della mano statale all'utenza non è solo una “tendenza”, ma una necessità sentita in primo luogo dal personale che opera direttamente
- Che più ci si allontana dai “ruoli organizzativi” di vertice, più aumenta il livello di coinvolgimento emotivo del personale che opera, che ne provoca una più forte motivazione
- Che se è vero che la motivazione è uno strumento di gestione del personale, può anche essere considerata una leva dell'agire di tutta la macchina pubblica
- Che per questo nella motivazione e nel coinvolgimento del personale che opera quotidianamente in un settore così delicato, è possibile trovare il motore capace di “far girare” la macchina della sanità penitenziaria nonostante le difficoltà e le lacune ancora presenti nelle norme che disciplinano la materia
- Che nello studio dell'organizzazione della sanità penitenziaria quale organizzazione complessa, la soluzione è da ricercare nell'agire dei singoli, anche se appartenenti ad amministrazioni differenti: alla dimensione micro, la possibilità di dare risposte in termini di processi (meso) e strutture (macro).

Affiancando, quindi, ai risultati strettamente quantitativi le informazioni di carattere qualitativo emerse in fase di somministrazione dei questionari, è possibile tracciare una sintesi della complessa realtà osservata sin qui come un perimetro che solo traccia i confini di un sistema di osmosi dal contenuto sempre più ricco. A dispetto, infatti, di ciò che è stato normativamente previsto da un punto di vista di progettazione organizzativa, il reale fattore che ha consentito il passaggio di testimone e garantito la continuità del servizio sanitario nel

penitenziario osservato nella fase di caos derivante dalla transizione è stato l'apporto ed il *commitment* del personale dipendente.

CONCLUSIONI

L'obiettivo di questo lavoro è racchiuso già nel titolo: studiare come la tutela della salute delle persone detenute può costituire una leva non solo di reinserimento sociale, ma anche di integrazione territoriale da un punto di vista aziendale e organizzativo.

Le idee, gli spunti dottrinali, i filoni di ricerca che si sono intrecciati in questo "sistema" sono davvero molteplici; tanti da consentire di riconoscerne i limiti e, contestualmente, le potenzialità di sviluppo in altrettante direzioni.

L'analisi è partita dalla definizione di "salute" e di "sanità", in particolare, quale sistema organizzativo riconosciuto giuridicamente e deputato a garantire la tutela di tale diritto, osservandone l'evoluzione sia per le persone libere che per quelle detenute.

Ma se davvero si sposa il concetto di salute definito dall'OMS quale condizione di ben-essere psico fisico della persona, com'è possibile che questo possa essere perseguito in un contesto privo dei prerequisiti, dei determinanti importanti della salute? Cosa si fa per superare questo *gap* nella realtà?

Per rispondere a questi interrogativi, l'analisi si è spostata dentro gli istituti penitenziari, quasi a voler immaginare di provare ad abbattere, per quanto possibile, il grosso muro non soltanto fisico, che ha separato (e probabilmente continua a separare) le persone detenute dalla società "esterna". Anche per questo motivo, per riferirsi a costoro, si è evitato di ricorrere all'uso del termine "detenuti" ma di utilizzare l'espressione di "persone detenute": perché soltanto non smettendo mai di considerare che sono prima di tutto persone, si può comprendere quanto a loro è privato e quanto questo incida sullo stato di benessere. Poiché ciò che conta oggi è che le persone detenute abbiano la possibilità di percorrere un cammino che non sia meramente punitivo, volto cioè a "restituire" il peso del reato commesso, ma che miri alla ri-educazione ed al reinserimento sociale. Se, infatti, il sistema penitenziario diventa capace di far percepire loro la dimensione del ben-essere, allora si muove realmente verso il reinserimento perché li allontana dal disagio sociale e soprattutto da situazioni che inducono a gesti criminali. Diventa, così, testimonianza concreta che nel ben-

essere non c'è spazio per i reati, ma per diventare persone migliori capaci di ricostruire la propria identità.

Per fare ciò è necessario che le strutture penitenziarie siano atte ad implementare questa nuova idea di trattamento e che, quindi, anche la struttura organizzativa di tutta la macchina pubblica sia coerente con questa finalità. Da qui lo studio delle teorie organizzative, dapprima rivolto al mondo “*profit orientend*”, e poi a quello delle “*Public Administrations*” per percorrere, senza pretesa di esaustività, alcuni *step* evolutivi significativi nello sviluppo degli studi organizzativi dapprima concentrati all'interno dell'impresa e poi sempre più aperti al contesto nel quale la stessa è collocata. Così, anche nello studio delle pubbliche amministrazioni, si sono gradualmente diffusi i concetti propri del mondo aziendale dapprima con il *New Public Management*, poi con la *New Public Governance* fino al più recente filone del *New Public Service* nel quale, tra l'altro, il cittadino non è più soltanto un utente, ma è co-produttore dei servizi pubblici.

Ciò ha provocato sempre più la scomparsa dei confini delle singole amministrazioni e delle logiche di competizione a favore di un'ottica di integrazione tra pubblico e privato tesa alla cooperazione alla quale ora rispondono strutture reticolari o addirittura complesse in cui la “soluzione migliore” è proprio quella adattiva che viene dalle persone che vi operano.

Dunque, lo studio organizzativo si muove da un'analisi della struttura (“macro”) alle relazioni che lo governano (“meso”) fino alle risorse che vi operano (“micro”) e viene esplorato nella realtà del Centro Penitenziario Secondigliano, in virtù della significatività dello stesso sul territorio nazionale sia in termini dimensionali che strutturali.

Nella prima parte della ricerca, è stato delineato il passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia alle Asl, con l'obiettivo di studiare la macro-struttura organizzativa derivante da questa transizione, nonché l'impatto in termini di spesa del personale sanitario.

Successivamente, l'analisi si è rivolta all'indagine delle relazioni previste normativamente e realmente in essere nel caso in esame.

Infine, nel terzo *step*, l'attenzione si è spostata sulla dimensione "micro" per indagare la motivazione del personale che è direttamente coinvolto nel processo e le componenti che muovono il suo agire professionale.

Dalla lettura sistemica di quanto rilevato nelle tre analisi condotte ciò che emerge è che il solo dettato normativo non è sufficiente per ri-organizzare effettivamente una pubblica amministrazione e che, pur immaginando di coinvolgere più attori del territorio, è possibile allargare i confini della rete, ma l'operatività del servizio è sempre rispondente alla logica di prossimità con l'utente.

Da qui la conseguente considerazione, in contrasto con quanto si possa immaginare, che la leva più forte dell'agire pubblico risiede proprio nella motivazione dei dipendenti, ed è specialmente influenzata dalla componente di empatia e di *commitment* con il contesto nel quale loro operano. Proprio le persone rendono possibile la connessione carcere-territorio, che diventa la chiave di volta per una gestione intelligente del sistema stesso della sanità penitenziaria.

La strategia di integrazione territoriale, infatti, rimanda ad un concetto *smart* di gestione del territorio in un contesto di inclusività e coesione territoriale, di *open government*, di sostenibilità, nonché di opportunità di cooperazione e sviluppo tra Pubbliche Amministrazioni, imprese, finanza e cittadini. Una *Governance* di tipo *Smart* fondata, dunque, su un'architettura "orizzontale", in grado di superare la dimensione verticale che contraddistingue la gestione delle singole amministrazioni.

A ciò è collegato il ruolo dei dirigenti, che oggi sono intesi sempre più come *manager intelligenti*, competenti nella propria sfera di professionalità specifica, e capaci di attivare ponti con gli altri attori del territorio per integrare la struttura di appartenenza con il contesto di riferimento. Un'abilità, dunque, di *smartness* in grado di stravolgere completamente l'idea del carcere: da emarginazione a inclusione sociale capace di essere la leva in grado di attivare un'integrazione territoriale nell'ottica della coesione, dell'equità e della sostenibilità.

Al fine, quindi, di disegnare la rete territoriale (ed anche di trovare una risposta al gap esistente in letteratura relativo alla misurazione della complessità),

si pone l'utilizzo della *Social Network Analysis*. Tale metodologia può essere considerata uno strumento utile²²⁰ nelle sue due principali finalità: come meccanismo esplicativo e come obiettivo esplicativo²²¹. Dal primo punto di vista, e sposando un approccio strutturalista, è possibile spiegare la tipologia e l'architettura del *network* (studiando ad esempio, l'equivalenza strutturale); secondo, invece, un approccio connettivista è possibile approfondire i benefici e le risorse che fluiscono grazie ai legami relazionali (ad esempio il grado di coesione). Come obiettivo esplicativo, invece, la *Social Network Analysis* è in grado di dare informazioni e misura del *social capital* e della *social diffusion*.

Applicando con approfondimento questa metodologia di studio, sicuramente è possibile giungere ad importanti e preziose informazioni riguardo sia la struttura della rete, i suoi confini (livello di coesione, buchi strutturali), che relativamente alle relazioni e ai rapporti esistenti (capitale sociale). Informazioni che possono essere accostate a quelle desumibili dall'utilizzo di altre metodologie altrettanto interessanti nello studio delle reti, quali la System Dynamics²²² o la Net Map²²³.

Oltre l'utilizzo di altre metodologie di ricerca, il lavoro può essere sviluppato anche in termini di misurazione della performance, soddisfazione degli utenti, di valutazione di efficacia (questionari HONOS), di efficienza, di *empowerment*²²⁴. Si consideri, ad esempio, la possibilità di somministrare ai detenuti²²⁵ (magari quelli con sentenza definitiva) dei questionari sulla

²²⁰ Sanguigni, V., Bilotta, A., 2011, Le Reti come schema interpretativo per veicolare la conoscenza e governare la complessità. *L'Industria*, 2, 355-371.

²²¹ Borgatti, S.P. e Foster, P.C., 2003, "The network paradigm in organizational research: a review and typology", *Journal of Management*, Vol. 29, No. 6, pp. 991-1013

²²² Cioni, L. 2008, The roles of System Dynamics in environmental problem solving.

Bianchi, C., 2000, Processi di apprendimento nel governo dello sviluppo della piccola impresa. *Una prospettiva basata sull'integrazione tra modelli contabili e modelli dinamici*. Giuffrè.

Gatti, C. 2000, Apertura, dinamismo e dinamica del sistema impresa. *Esperienze d'impresa*, 1(2), 29-53.

Fiorani, G., 2011, *System thinking, system dynamics e politiche pubbliche*. EGEA spa.

²²³ Schiffer, E., & Hauck, J., 2010, Net-Map: collecting social network data and facilitating network learning through participatory influence network mapping. *Field Methods*, 22(3), 231-249.

Brunello, P. (2011, March). Charting the uncharted: ICT and education in Burundi. In *red-conference* (p. 348).

²²⁴ Cicchetti A., Lomi A., 2001, Aspetti relazionali ed attributivi della va-riabilità nelle performance delle unità organizzative sanitarie. Flessibilità e performance, Atti Convegno di Padova.

²²⁵ Prison Social Climate Survey

misurazione della salute (SF36, SF12, WHOQoL), oppure sulla qualità della vita, oppure misurare il benessere lavorativo del personale coinvolto²²⁶.

Ciò che preme, tuttavia, in questa sede è cercare una risposta alla complessità, magari nella semplicità. È la linea di fondo della semplicità²²⁷; è il *fil rouge* della risposta dell'autorganizzazione; è il desiderio di dare ascolto a chi possiede un bagaglio di esperienze che non è detto sia meno “pesante” di importanti e preziosi strumenti metodologici; è il desiderio di porre in essere l'ascolto. È sollecitare delle corde che possono essere capaci di aumentare il livello di fiducia verso l'amministrazione di appartenenza e costituire il collante verso l'esterno capace di promuovere l'effettiva e ambita “coesione” territoriale in nome della crescita, della sostenibilità e della cooperazione²²⁸.

Nell'ottica del superamento della complessità, si pone, dunque, la Semplicità di Berthoz, secondo il quale “*di fronte alle sfide della complessità assistiamo a una proliferazione di metodi per semplificare*”, tanto le cose del mondo che quelle umane. Perciò «*a complemento delle teorie della complessità bisogna gettare le basi di una teoria della semplicità che, in qualche modo, contenga una parte di complessità*». «*La semplicità è complessità decifrabile, perché fondata su una ricca combinazione di regole semplici*» e rappresenta la strategia adottata dagli esseri viventi per affrontare con successo le sfide poste dalla complessità del mondo. E ancora: «*La parola riassume, a mio parere, una necessità biologica comparsa nel corso dell'evoluzione per permettere la sopravvivenza degli animali e dell'uomo sul nostro pianeta: nonostante la complessità dei processi naturali, il cervello deve trovare una serie di soluzioni, e queste soluzioni derivano da principi semplificativi*».

²²⁶ In questo senso, già da qualche anno il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha avviato un percorso di studio sul benessere organizzativo che, affiancandosi alle previsioni normative, ha proprio lo scopo di sondare e promuovere il benessere nelle singole realtà penitenziarie mediante la formazione del “referente locale del benessere organizzativo” che, dalla fine del 2015 è affiancato anche da alcuni “facilitatori”. Tali dipendenti, afferenti a diverse professionalità dell'istituto hanno appunto lo scopo di favorire il dialogo tra le diverse anime del carcere e proporre iniziative volte al perseguimento del ben-essere organizzativo.

²²⁷ Berthoz, A. (2011). *La semplicità*. Codice.

Civelli, F. Organizzazione e stress: Health ecology e «star bene».

²²⁸ Mascia D., Di Vincenzo F., 2011, Co-opetition e performance organizzativa: un'analisi empirica nel settore sanitario in Studi organizzativi.

Cicchetti A., Mascia D., Pallotti F., Lomi, A., 2009, Cooperazione, competizione o co-opetizione? Evidenze empiriche nel settore della sanità in Studi Organizzativi

La semplicità è un modo di vivere con il proprio mondo. È eleganza piuttosto che sobrietà, intelligenza piuttosto che fredda logica, diplomazia piuttosto che autorità.

Semplificare in un mondo complesso non è mai semplice. Richiede in particolare la capacità di inibire, selezionare, collegare, immaginare. L'originalità degli organismi viventi è precisamente quella di avere trovato soluzioni che risolvono il problema della complessità con meccanismi che non sono semplici, ma semplici. In questo senso, si ritrova l'organizzazione come una metafora mutuata dalla natura, che stavolta la può immaginare nel suo aspetto camaleontico; capace, cioè, di mimetizzarsi completamente con la realtà circostante fino a far diventare difficilmente percettibile il confine della propria identità.

Questo riporta all'analisi dei sistemi adattivi complessi nei quali più che essere forte la componente della struttura organizzativa, lo è quello della capacità di adattamento, appunto, in situazioni complesse.

Tale abilità, tuttavia, non risiede esclusivamente nelle doti cognitive, dunque della mente, ma nella capacità di conciliare mente/corpo con lo spazio nel quale l'individuo è collocato. Questo è il principio di fondo dell'Enattivismo²²⁹ che affronta la modalità di affrontare delle situazioni complesse.

Ciò trova riscontro nelle diverse teorie e modelli che riguardano la realizzazione dell'integrazione sanitaria e territoriale quali il *community care*²³⁰, l'*integrated governance*²³¹, (tecnocentrismo, ecocentrismo, sustaincentrismo), il

²²⁹ Tettamanti, M. (2013). «Rappresentazioni» come reti neurali distribuite in un'ottica Embodied. *Giornale italiano di psicologia*, 40(1), 109-114.

²³⁰ Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 37-74.

²³¹ Busco, C., Frigo, M. L., Giovannoni, E., Riccaboni, A., & Scapens, R. W. (2005). Beyond compliance: why integrated governance matters today: the idea is for financial professionals to help their companies address performance and knowledge management, too. *Strategic Finance*, 35-44.

Parkes, Margot W., et al. "Towards integrated governance for water, health and social-ecological systems: The watershed governance prism." *Global Environmental Change* 20.4 (2010): 693-704.

patient engagement (experience-based co-design²³²), il consumer directed program²³³, il chronic care model²³⁴.

La tutela e la promozione della salute diventa così non soltanto il fine del processo, ma l'input capace di attivare leve di integrazione tra persone ed istituzioni e creare una premessa di valore condiviso sul territorio²³⁵ fondata sullo sviluppo delle attitudini e della motivazione. Capace di consentire il passaggio da *adoption a implementation*

Le componenti della motivazione diventano, così, una delle determinanti organizzative della rete. In particolare, l'empatia, considerata una delle principali componenti non solo della motivazione ma anche dell'intelligenza emotiva riesce, dunque, a far sviluppare un clima di fiducia e di appartenenza al proprio contesto lavorativo, importante non soltanto per l'utente ma anche per chi vi lavora (*organizational trust*), tale da rendere un'organizzazione resiliente. Questo l'obiettivo principale di una pubblica amministrazione "smart" che voglia davvero innovare ed evolvere dal suo interno per essere pronta ad affrontare la sfida alla complessità e alla crescita; capace, cioè, di divenire *driver* di sviluppo per il territorio nel quale è collocata.

²³² Lukas, C. V., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health care management review*, 32(4), 309-320.

Bevan, H., Robert, G., Bate, P., Maher, L., & Wells, J. (2007). Using a Design Approach to Assist Large-Scale Organizational Change "10 High Impact Changes" to Improve the National Health Service in England. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(1), 135-152.

Tsianakas, V., Robert, G., Maben, J., Richardson, A., Dale, C., & Wiseman, T. (2012). Implementing patient-centred cancer care: using experience-based co-design to improve patient experience in breast and lung cancer services. *Supportive care in cancer*, 20(11), 2639-2647.

²³³ Lombe, M., Inoue, M., Mahoney, K., Chu, Y., & Putnam, M. (2015). Understanding Effects of Flexible Spending Accounts on People with Disabilities: The Case of a Consumer-Directed Care Program. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 1-14.

²³⁴ Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *Jama*, 288(15), 1909-1914.

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health affairs*, 28(1), 75-85.

²³⁵ Longo, F., Salvatore, D., Tasselli, S., Pinelli, N. (Eds.), 2010, *Organizzare la salute nel territorio*. Il mulino.

BIBLIOGRAFIA

- ADINOLFI P., 2005, *Il mito dell'azienda. L'innovazione gestionale e organizzativa nelle amministrazioni pubbliche*. McGraw Hill, Milano.
- ADINOLFI P., 2010, *Il rinnovamento della PA italiana: potenzialità di una lettura critical*. XI Workshop dei Docenti e dei Ricercatori di Organizzazione Aziendale, Bologna, 16-18 giugno.
- ALDRICH H.E., 1979, *Organizations and Environments*, Prentice Hall
- ALVESSON M., DEETZ S., 2000, *Doing Critical Management Research*, London, Sage.
- ALVESSON M., WILLMOTT H., 1996, *Making Sense of Management. A Critical Analysis*, Sage, Londra.
- AMBROSINO G., ROMANAZZI S., 2015, *Including the Chamber of Commerce customers: satisfaction as trust predictor*, in 8th EuroMed Annual Conference Book of Proceedings, Verona 16-18 September, ISBN: 978-9963-711-37-6
- AQUINO S., 2012, "Aziendalizzazione", *nuova governance e performance delle Amministrazioni Pubbliche: un confronto internazionale*, in Business and Management Science International Quarterly Review, Pavia University Press, n.3-4
- ARECCHI F.T., 1997, *Complexity, complex systems and adaptation*" in F.T. Arecchi, A. Farini, *Lexicon of Complexity*, Firenze, 1997, pp. 7-41
- ARISTIGUETA M.P., 2002, *Managing Human Behavior in Public & Nonprofit Organizations*, Thousand Oaks, CA: Sage
- ARISTOTELE, *Metaphysica*, X, 1045a
- ARTHUR B.W., 2005, "An Interview with W. Brian Arthur", *The development of complexity perspectives*, part I, 31 August 2005, p. 29.
- AA.VV., 2012, *Critical Management Studies: temi di ricerca nel dibattito internazionale*. Editoriale Scientifico
- BACCARANI C., 2005, *Diario di viaggio sul treno che non va in nessun posto. Riflessioni per chi vive l'impresa*. G. Giappichelli Editore. Torino

- BACCARO L., 2007, *Riflessioni critiche su carcere e salute: quando parlare di salute è parlare di libertà*, in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano.
- BACKER W., 1992, *The network organization in theory and practice*, in *Networks and organizations: structure, form and action* a cura di N. Nohria e R.Eccels, Cambridge, Mas., Harvard Business School Press, pp 397-429
- BARNARD, C.I., *The Functions of the Executives*, Cambridge, Mass., University Press, (1938); trad. it., *Le funzioni del dirigente*, Utet, Torino, 1970
- BARTEZZAGHI E., Spina G., Verganti R., 1994, *Nuovi modelli di impresa e tecnologie di integrazione*, Angeli, Milano
- BAUMAN Z., 2000, *La solitudine del cittadino globale*, Milano, Feltrinelli
- BENASSI M., *L'ambiente*, in G. Costa, R. Nacamulli (a cura di), "Manuale di Organizzazione Aziendale", Vol. II, Utet, 1997, Torino, pag. 6
- BENINGTON J., MOORE M. H. (a cura di), 2011, *Public Value. Theory and Practice*, Palgrave Macmillan.
- BERTHOZ, A., 2011, *La semplicità*. Codice.
- BEVAN H., ROBERT G., BATE P., MAHER L., WELLS J., 2007, *Using a Design Approach to Assist Large-Scale Organizational Change "10 High Impact Changes" to Improve the National Health Service in England*. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(1), 135-152.
- BIANCHI C., 2000, *Processi di apprendimento nel governo dello sviluppo della piccola impresa. Una prospettiva basata sull'integrazione tra modelli contabili e modelli dinamici*. Giuffrè.
- BODENHEIMER T., WAGNER E. H., GRUMBACH K., 2002, *Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2*. *Jama*, 288(15), 1909-1914.
- BOLDIZZONI D., SERIO L., *Lo spin off tra imprenditorialità e management*, in *Impresa & Stato*, n.43
- BONAZZI G., 1993, *Il tubo di cristallo. Modello giapponese e fabbrica integrata alla FIAT Auto*, Il Mulino, Bologna, 1993
- BONAZZI G., *Sociologia dell'organizzazione: un quadro generale*, in G. Costa, R. Nacamulli (a cura di) "Manuale di Organizzazione Aziendale"

- BONNEVIE P., 1973, *The concept of Health. A social medical approach*. Scand.J.Med.1,2.
- BORDIEAU, P., 1985. The forms of capital. In Richardson, J.G. (ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, pp. 241-258, New York: Greenwood.
- BORGATTI, S.P. E CROSS, 2003, “A Relational View of Information Seeking and Learning in Social Networks”, *Management Science*, Vol. 49, No. 4, , pp. 432-445.
- BORGATTI, S.P. E FOSTER, P.C., 2003, “The network paradigm in organizational research: a review and typology”, *Journal of Management*, Vol. 29, No. 6, pp. 991-1013.
- BORGATTI, S.P., EVERETT, M.G. E FREEMAN, L.C., 2002. *Ucinet 6 for Windows*. Harvard Analytic Technologies.
- BORGONOV E., 2005, *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Egea
- BORGONOV E., 2013, *Le aziende del SSN e il processo manageriale incompiuto: le esigenze di cambiamento sono indipendenti dalle caratteristiche del Governo*. Mecosan, Numero Speciale Ed. SIPIS
- BOROLI A. (a cura di), *Grande Enciclopedia*, Vol. XVII, Istituto Geografico De Agostini, Novara, 1987, voce salute.
- BOYNE, G. A., 2003, *What Is Public Service Improvement?* *Public Administration*, 81 (2): 211-227
- BROWN S.L., EISENHARDT K.M., 1997, “The art of continuous change: linking complexity theory and timepaced evolution in relentlessly shifting organizations”, *Administrative Science Quarterly*, n. 42.
- BRUNELLO P., 2011, *Charting the uncharted: ICT and education in Burundi*. In red-conference (p. 348).
- BURNS J., SCAPENS R.W., *Conceptualizing management accounting change: an institutional framework*, in *Management Accounting Research*, 2000, 11, 3-25

- BURNS T., STALKER G.M., 1961, *The Management of Innovation*, Tavistock, Londra; trad. it.: Direzione aziendale e innovazione, Franco Angeli, Milano, 1971.
- BURT, R.S., 1992, *Structural Holes. The Social Structure of Competition*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- BURT, R.S., 2000, "The network structure of Social Capital", in R.I. Sutton and B.M. Staw (eds.), *Research in Organizational*
- BUSCO C., FRIGO M. L., GIOVANNONI E., RICCABONI A., & SCAPENS R. W., 2005 *Beyond compliance: why integrated governance matters today: the idea is for financial professionals to help their companies address performance and knowledge management, too*. *Strategic Finance*, 35-44.
- CAMMELLI M., 2004, *La pubblica amministrazione. Che cos'è, cosa fa e come è cambiata la pubblica amministrazione*, Bologna, Il Mulino
- CANGUILHEM G., 1966, *Le normal et le pathologique*, 130-132, P.U.F., Paris, 1966
- CARTA DI OTTAWA, 1986
- CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI DELL'UNIONE EUROPEA, Gazzetta ufficiale delle Comunità europee, in www.europarl.europa.eu
- CENTONZE A., 2006, *L'esecuzione della pena detentiva e la ricostruzione sistematica della nozione di gravità delle condizioni di salute del detenuto*, in www.rassegnapenitenziaria.it
- CEPIKU D., GIORDANO F., 2014, "Co-production in developing countries. Insights from the Community Health Workers experiences". *Public Management Review*. Vol. 16. Issue 3. pp. 317-340.
- CEPIKU D., 2006, *Le reti di amministrazioni pubbliche nella prospettiva economico-aziendale*, in RIREA: Rivista Italiana di Ragioneria E di Economia Aziendale, luglio-agosto, fascicolo 7/8
- CEPIKU D., FERRARI D., GRECO A., 2006, *Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie* in *Mecosan: Management ed economia sanitaria*, 2006, 57: 17-36.
- CERAUDO F., 1993, *La carcerazione-Eventi psicologici*, Atti del I° Congresso Nazionale AMAPI di Psichiatria Penitenziaria, Parma
- CERAUDO F., 1995, *Carcere e salute*, "Medicina Penitenziaria", n° 24, 67.

- CERAUDO F., 1997, *La pena e la salute in carcere alla ricerca di un sostanziale equilibrio*, “Archimedia”, Pisa, 1997.
- CERAUDO F., 1998, *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, “Archimedia”, Pisa, 1988.
- CERCOLA R., BONETTI E., 1999, *Il cambiamento nella produzione dei servizi*. Ediz. Etas. 1999
- CHIESI, A.M., 1999, *L'analisi dei reticoli*, Franco Angeli, Milano.
- CICCHETTI A., LOMI A., 2001, *Aspetti relazionali ed attributivi della variabilità nelle performance delle unità organizzative sanitarie. Flessibilità e performance*, Atti Convegno di Padova.
- CICCHETTI A., MASCIA D., PALLOTTI F., LOMI, A., 2009, *Cooperazione, competizione o co-opetizione? Evidenze empiriche nel settore della sanità* in Studi Organizzativi
- CILIONE G., 2005, *Diritto sanitario*, Maggioli, Rimini
- CIONI L. 2008, *The roles of System Dynamics in environmental problem solving*.
- CIVELLI, F. *Organizzazione e stress: Health ecology e «star bene»*.
- COLEMAN J.S., 1990, *Foundations of Social Theory*, Harvard University Press, Cambridge: London.
- COLEMAN J.S., 1988, *Social capital in the creation of human capital*, American Journal of Sociology, Vol. 94, pp. 95-121.
- COLEMAN K., AUSTIN B. T., BRACH C., WAGNER, E. H., 2009, *Evidence on the chronic care model in the new millennium*. Health affairs, 28(1), 75-85.
- COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, *General Comment No. 14*, in www2.ohchr.org
- CONSIGLIO S., RAGOZINI G., ZACCARIO A.M., 2012, *Soddisfazione del cittadino e politiche pubbliche*. Carocci Editore
- CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, in www.who.int
- CORBETTA P., 2003, *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. II. Le tecniche quantitative*. Il Mulino, Bologna
- CORSALINI E, VENDRAMINI E., 2010, *Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia.*, Egea, Milano.

- CROSS, R., BORGATTI, S.P., PARKER, A., 2001, “*Beyond answers: dimensions of the Advice network*”, *Social Networks*, No. 23, pp. 215-235.
- CROSSEN C., 2006, *Eary Industry Expert soon relized a staff has its own efficiency* in *The Wall Street Journal* (6 novembre 2006), B1
- CORBISIERO F., 2007, *Social network analysis: principi e metodi*, Franco Angeli.
- CUSUMANO M.A., 1994, *The limits of “Lean”*, in *Sloan Management Review*, Summer
- DAFT R. L., 2010, *Organizzazione Aziendale Apogeo*
- DE DONATIS V., 2007, *Il divenire della medicina penitenziaria attraverso la conoscenza dello stato di salute della popolazione detenuta* in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, Franco Angeli, Milano.
- DEGANI L., MOZZANICA R., 2009, *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*. Maggioli Editore
- DE GIUSEPPE, V. F., 2012, *Health 2.0: Social Network e Educazione alla Salute*. Simbiosis Book.
- DE LANCER JULNES P., HOLZER M., 2001, "Promoting the utilization of performance measures in public organizations: An empirical study of factors affecting adoption and implementation." *Public administration review* 61.6 (2001): 693-708.
- DE LANCER JULNES, P., 2008, *Performance-based management systems: Effective implementation and maintenance*. CRC Press, 2008.
- DE LANCER JULNES P., 2006, "Performance measurement an effective tool for government accountability? The debate goes on." *Evaluation* 12.2 (2006): 219-235.
- DELMESTRI G., “*Le teorie contingenti*”, in G. Costa, R. Nacamulli (a cura di) “*Manuale di Organizzazione Aziendale*”, Vol. I, op. cit, pag. 150
- DE MAGISTRIS V., ONGARO E., VALOTTI G. (a cura di), 2004, *La public governance in Europa*, Quaderni Formez,
- DENHARDT R.B., DENHARDT, J.Y., 2000, *The New Public Service: Serving Rather than Steering*, *Public Administration Review*, 60(6), pp. 549-559.
- DE TONI A.F., COMELLO L., 2005, *Prede o ragni*, Utet

- DE TONI A.F., NONINO F., 2009, *La misura del capitale sociale attraverso le reti informali* in Sviluppo&Organizzazione Luglio/agosto/settembre 2009
- DE VIGGIANI, N., 2007, *Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health*, *Sociology of Health & Illness*, 29(1), pp. 115-135.
- DI MAGGIO, P. J., & POWELL, W. W. (1991). Introduction. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis* (pp. 1-38). Chicago: University of Chicago Press.
- DUBNICK M.J., 2002, *Seeking Salvation for Accountability*, paper presented at the 2002 Annual Meeting of the American Political Science Association, Boston
- ESPOSITO M., 2007, *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, FrancoAngeli, Milano
- ESPOSITO V., 2012, *Ciclo direzionale e complessità organizzativa nelle pubbliche amministrazioni*, Centro Studi Cesit working paper series n. 10-2012
- FACCHINI C., RUSPINI E., 2001, *Salute e disuguaglianze*. FrancoAngeli
- FAGGIONI F., SIMONE C., 2009, *Le declinazioni della complessità. Ordine, caos e sistemi complessi*. In Sinergie n. 79/09
- FAYOL, H., *Administration Industrielle et générale*, Dunod – Pinat (1916), Paris, trad. ingl. (1949), *General and Industrial Management*, Pitman, London, trad. it. (1973), *Direzione Industriale e Generale*, FrancoAngeli, Milano
- FARINELLA, D., & SAITTA, P., 2012, *Sanità e governance territoriale: il caso dell'assistenza integrata all'ictus* (Vol. 40). FrancoAngeli.
- FIORANI G., 2011, *System thinking, system dynamics e politiche pubbliche*. EGEA
- FLYNN, N., 1995, *The Future of Public Sector Management. Are There Some Lessons from Europe?* *International Journal of Public Sector Management*, 8 (4): 59-67
- FOGLIETTA F., TONIOLO F., 2012, *New models of governance and health system integration*, in *Salute e Società* n. 1/2012, FrancoAngeli, Milano
- FRANCO M., 2012, *Investire sul capitale umano. Benessere Organizzativo e soddisfazione lavorativa* in Franco M., Gregori G.L., Marcone M.R. (a cura di), (2012), *Le opportunità oltre la crisi. Prospettive manageriali e*

- strategie pubbliche dei Paesi dell'Europa del Sud, Società Editrice Esculapio, Bologna.
- FREEMAN, L.C., 1979, "*Centrality in social networks: conceptual clarification*", Social Networks, Vol.1, pp. 215-239.
- FREEMAN R.E., 1984, *Strategic Management: a Stakeholder Approach*, Pitman, London.
- FOUCAULT M., 1975. *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino.
- GALSBERG D., SCHWARTZ M., 1983, *Ownership and Control of Corporations*, in "Annual Review of Sociology", 9, pp. 311-332
- GANDOLFI A., 1999, *Formicai, imperi, cervelli. Introduzione alla scienza della complessità*, Universale Bollati Boringhieri, Torino.
- GARERI G., P. GIARELLI, ET AL., 2012, *Il Chronic Care Model: un progetto in fase di sperimentazione sui percorsi assistenziali integrati per la prevenzione del decorso della Malattia di Alzheimer nell'ASP di Catanzaro*.in *Psicogeriatría* 41.
- GATTI C., 2000, *Apertura, dinamismo e dinamica del sistema impresa*. Esperienze d'impresa, 1(2), 29-53.
- GHOSHAL S., BARTELETT C., 1995, *Building the Entrepreneurial Corporation: new organization processes, new managerial task*, in *European Management Journal*, vol. 13, n.2.
- GIARELLI G., 2006, *Terzo settore e governante sanitaria comunitaria: tre modelli di partnership a confronto* in *Salute e Società*
- GIARELLI G., 2008, *La centralità della persona e partecipazione dei cittadini nei processi d'integrazione socio-sanitaria*. In *Politiche Sociali e Servizi* n. 1/2008, Ed. Vita e Pensiero
- GOFFMAN E., 2001, *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Edizioni di Comunità, Torino.
- GOLDHAR J.D., JELINEK M., 1985, *Management et nouvelles technologies*, in *Harvard l'expansion*, Autunne
- GOLEMAN D., 2000, *Lavorare con intelligenza emotiva. Come inventare un nuovo rapporto con il lavoro*, Ed. Rizzoli, Milano.
- GOLEMAN D., 1997, *Intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli.

- GOLEMAN D., 1994, *Intelligenza Emotiva che cos'è e perché può renderci felici*. Rizzoli
- GOLINELLI G.M., 2009, *L'approccio sistemico vitale: nuovi orizzonti di ricerca per il governo dell'impresa. Introduzione alla ricerca su "Il governo dei sistemi complessi tra creazione e distruzione di valore. L'impresa oltre l'impresa"* in Sinergie n.79-80
- GOLINELLI G.M., 2005, *L'approccio sistemico al governo di impresa. L'impresa sistema vitale*. III ed Cedam, Padova
- GONIN D., 1994. *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- GORDON J., 1953, *The epidemiology of health*. Galdstone ed. N.Y. Health Education Council
- GRANDORI A., 1995, *Organizzazione e comportamento economico*, Il Mulino
- GRANOVETTER, M.S., 1973, "The strength of weak ties", *American Journal of Sociology*, Vol. 78, pp. 1360-1380.
- GRANOVETTER, M.S., 1985, "Economic action and social structure: The problem of embeddedness", *American Journal of Sociology*, Vol. 91, pp. 481-510.
- GRUENING G., 1998, *Origini e basi teoriche del New Public Management* in Meneguzzo M., *Managerialità, Innovazione e Governance: La Pubblica Amministrazione verso il 2000*. II ed., Aracne
- GUALCO B., 2006, *Ordinamento penitenziario e assistenza sanitaria. Realtà e prospettive*. Psichiatria e carcere. Genova.
- GULICK, L. E URWICK, L. (a cura di), *Papers on the Science of Administration*, IPA, (1937), NY <http://home.att.net/~nickols/relationship.pdf>
- HACKMAN, J. R., & OLDHAM, G. R., 1975, *A new strategy for job enrichment*, *California Management Review*, 17(4), pp. 57-71.
- HARLOW C., 2002, *Accountability in the European Union*, Oxford, Oxford University Press
- HERZBERG F., 1959, *The motivation to work*, John Wiley & Sons
- HERZBERG F., 1966, *Work and the nature of man*, The World Publishing Company
- HOUSTON, D. J., 2000, *Public-service motivation: a multivariate test*, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(4), pp. 713-728.

- HOUSTON D., 2005, *Walking the walk of public service motivation: public employees and charitable gifts of time, blood, and money*, Journal of Public Administration Research and Theory, 16(1), pp. 67-86.
- HOOD C., 1991, *A public management for all seasons?*, Public Administration, 69(1), pp. 3-19
- JONES L.L., THOMPSON F., 1997, *L'implementazione strategica del New Public Management*, Azienda Pubblica, n.6
- Kanfer, R. (1990). Motivation theory and industrial and organizational psychology. In M. D. Dunnette (Ed.), Handbook of industrial and organizational psychology (Vol. 1, 2nd ed., pp. 75-130). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- KATZELL, R. A., & THOMPSON, D. E. (1990). Work motivation: Theory and practice. American Psychologist, 45, pp. 144-153.
- KELLY G., MUERS S., 2002, *Creating Public Value. An Analytical Framework for Public Service Reform*, London, Strategy Unit, UK Cabinet office
- KICKBUSCH, I., & GLEICHER, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- KICKERT, W. J. M., 1997, *Public Governance in the Netherlands: an Alternative to Anglo-American 'Managerialism*, Public Administration, 75 (Winter): 731-752.
- KICKERT W.J.M., KLIJN E. H., KOPPENJAN J.F.M., 1997, *Introduction: a management perspective on policy networks*, in W.J.M. Kickert, E.-H. Klun, J.F.M. Koppenjan (a cura di), *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*, London: SAGE Publications, pp. 1-13.
- KNOCKE D., KUKLINSKY J.H., 1982, *Network Analysis*, Sage London
- KRUGMAN P., 1991, *International economics: theory and policies*. London Harper and Collins, p.135
- INGROSSO M., 1994, *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*. FrancoAngeli
- INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES, 2004, *Prison health and public: the integration of prison health services*, London: King's College London – School of Law.

- LAPSLEY I., 1999, *Accounting and the new public management: instrument of substantive efficiency or a rationalising modernity?*, in *Financial Accountability and Management*, Vol.15, No.3/4, pp.201-207
- LAWLER E. E., 1973, *Motivation in work organizations*. Monterey, California: USA: Brooks/Cole Publishing.
- LAWRENCE P.R., LORSCH J.W., 1967, *Organization and Environment. Managing Differentiation and Integration*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.; trad. it. *Come organizzare le aziende per affrontare i cambiamenti tecnico produttivi e commerciali*, Franco Angeli, Milano, 1976.
- LEANA C.R. E VAN BUREN, H.J., 1999. *Organizational social capital and employment practices*. *Academy of Management Review*, Vol. 24, No. 3
- LEGA F., 2002, *Gruppi e reti aziendali in sanità: strategia e gestione*. Egea
- LEGEWIE H., 2005, *Utopie concrete di comunità: città sana, sostenibile e sociale*, in *Rivista di Psicologia di comunità*
- LEGGE COST.3/01 – Modifica del Titolo V parte seconda della Costituzione
- LEWIS R., “*From chaos to complexity: implication for organizations*”, *Executive development*, 7(4), 1994, pp. 16-17
- LINES, R., 2008, “*The right to health of prisoners in international human rights law*”, *International Journal of Prisoner Health*, 4(1), pp. 3-53.
- LOMBE M., INOUE M., MAHONEY K., CHU Y., PUTNAM M., 2015, *Understanding Effects of Flexible Spending Accounts on People with Disabilities: The Case of a Consumer-Directed Care Program*. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 1-14.
- LOMI A., 1991, *Reti Organizzative. Teoria, tecnica e applicazioni*. Il Mulino
- LOMI A. (a cura di), 1997, *L'analisi relazionale delle organizzazioni. Riflessioni teoriche ed esperienze empiriche*, Il Mulino, Bologna.
- LONGO F., 2005, *Governance dei network di pubblico interesse. Logiche e strumenti operativi aziendali*. Egea, Milano
- LONGO F., SALVATORE D., TASSELLI S., 2010 *Organizzare la salute nel territorio*, Il Mulino
- LONGO F., SALVATORE D., TASSELLI S., PINELLI N. (Eds.), 2010, *Organizzare la salute nel territorio*. Il mulino.

- LUKAS C. V., HOLMES S. K., COHEN A. B., RESTUCCIA J., CRAMER I. E., SHWARTZ M., CHARNS M. P., 2007, *Transformational change in health care systems: an organizational model*. Health care management review, 32(4), 309-320.
- MACY J., 1971, *Public service: the human side of government*, New York: Harper & Row.
- MAESSCHALCK, J., 2004, *The Impact of New Public Management Reforms on Public Servants' Ethics: Towards a Theory*, Public Administration, 82 (2): 465-489.
- MAGLIONA B., SARZOTTI C., 1996, *La prigione malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute*, L'Harmattan, Torino.
- MARCH J. G., J. P. OLSEN, 1998, *The Institutional Dynamics of International Political Orders, Exploration and Contestation in the Study of World Politics*, P. J. Katzenstein, R. O. Keohane and S. D. Krasner, Cambridge, MIT Press: 303–330
- MARCON G., 1998, *The New Public Management: lessons from the Italian experience*, opening paper presentato alla EIASM International Conference Accounting for the New Public Management, Venice International University, settembre 17-19.
- MARCON G., RUSSO S. 2008, *Significatività dell'informazione contabile nel banco sociale delle aziende pubbliche*, Azienda Pubblica, 2 (2- 3), pp. 199-233.
- MARQUART J. W., MERIANOS D. E., CUVELIER S. J., CARROLL L., 1996, *Thinking about the relationship between health dynamics in the free community and the prison*, Crime & Delinquency, 42(3), pp. 331-360.
- MARSHALL T., SIMPSON S., STEVENS A., 2000, *Health care in prisons: a health care needs assessment*, Edgbaston: Birmingham: Department of Public Health & Epidemiology - University of Birmingham.
- MARSHALL T., SIMPSON S., STEVENS A. 2001, *Use of health services by prison inmates: comparisons with the community*, Journal of Epidemiology and Community Health, 55, pp. 364-365.
- MARTINEZ M. *Teorie di Organizzazione in Economia Aziendale- Dall'Organismo al network*, Franco Angeli, Milano, 1997, pag. 122

- MARTINEZ M., 2000, *L'analisi organizzativa: il network*. In Mercurio R., Testa F., Organizzazione. Assetto e relazione nel sistema di business. G. Giappichelli Editore – Torino
- MARTINSON ET AL., 1975, *The effectiveness of correctional treatment: a survey of treatment evaluation studies*. New York: Praeger
- MASCIA D., 2009, *L'organizzazione delle reti in sanità. Teorie, metodi e strumenti di social network analysis*. FrancoAngeli
- MASCIA D., DI VINCENZO F., 2011, *Co-opetition e performance organizzativa: un'analisi empirica nel settore sanitario* in Studi organizzativi.
- MASLOW, A., 1943, *A theory of human motivation*, Psychological Review, 50, pp. 370-396.
- MASLOW A, 1954, *Motivation and Personality* New York: USA: Harper
- MAYO E., 1993, *Human Problems of an Industrial Organisation*, Boston
- MAYO E., 1945, *The Social Problems of an Industrial Civilization*, Boston, Graduate School of Business Administration, Harvard University; trad. it. (1969), *La civiltà industriale*, Utet, Torino
- MARMOCCHI P., DALL'AGLIO C. E ZANNINI M. – *Educare le Life skills – Come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organismo Mondiale della Sanità* – Erickson
- MASCIA D., DI VINCENZO F., 2011, *Co-opetition e performance organizzativa: un'analisi empirica nel settore sanitario*. In Studi organizzativi.
- MCCLELLAND D. C., BURNHAM D. H., 1976, *Power the Great Motivator*, Harvard Business Review, 54, pp. 100-111.
- MCGREGOR, D., 1960, *The human side of the enterprise*, New York: USA: McGraw-Hill.
- MCGREGOR D., 1972, *Leadership e motivazione nelle imprese*, Angeli
- MCINTOSCH R., MACLEAN D., 2001, *Conditioned emergence: researching change and changing research*, Journal of Operation and Production Management, pp. 1343-1357.
- MENEGUZZO M., 1995, *Dal New Public Management alla Public Governance: il pendolo della ricerca sulla amministrazione pubblica*, in Azienda Pubblica, 8 pp. 491-510

- MENEGUZZO M., 1996, *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea Milano
- MENEGUZZO M., CEPIKU D., 2008, *Network pubblici*, McGraw-Hill, Milano
- MERCURIO R., TESTA F., 2000, *Organizzazione. Assetto e relazione nel sistema di business*. G. Giappichelli Editore – Torino.
- MERCURIO R., 2003, *Efficienza e managerialità nella pubblica amministrazione*, in Ferraro G., *Sviluppo e occupazione nell'Europa federale*, Milano, Giuffrè.
- MERCURIO R., MANGIA G. (a cura di) 2009, *Comportamento organizzativo. Organizzazione aziendale e management*, Isedi, Torino.
- MEYER J., ROWAN B., 1977, “*Institutionalized Organizations: Formal Structures as Myths and Ceremony*”. *The American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- MILES R., SNOW C., 1986, *Network organizations: new concepts for new forms*, in *Californian Management Review*, 28, pp 62-73
- MILGRAM, S., 1967, “*The Small World Problem*”, *Physiology Today*, Vol. 2, pp. 60-67.
- MINTZBERG, H. 1979, *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs: PranticeHall.
- MINTZBERG, H., 1983, *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- MØLLER, L., GATHERER, A., JÜRGENS, R., STÖVER, H., & NIKOGOSIAN, H., 2007, *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. WHO Regional Office Europe.
- MOONEY J.D. , *The principles of Organization*, in *Papers on the Science of Administration*, a cura di Gulick L. e Urwick L., NY, Institute of Public Administration, Columbia University, (1937), pp. 89-98
- MOORE M.H., 1995, *Creating Public Value*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MORIN E., 1985, “*Le vie della complessità*”, in Bocchi G., Ceruti M. (a cura di), *La sfida della complessità*, Bruno Mondadori, Milano.
- MORGAN G., 2002, *Imagines. Le metafore dell'organizzazione*. FrancoAngeli

- MUESER K. T., BOND G. R., DRAKE R. E., RESNICK S. G., 1998, *Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management*. Schizophrenia bulletin, 24(1), 37-74.
- NAHAPIET, J. E GHOSHAL, S., 1998, “*Social Capital, Intellectual Capital, and the Organizational Advantage*”, Academy of Management Review, Vol.23, No.2, pp. 242-266.
- NICOLIS G., PRIGOGINE I., 1989, *Exploring Complexity: an introduction*, W.H. Freeman, New York.
- NORMANN R. RAMIREZ R., 1993, *From Value Chain to Value Constellation: Designing Interactive Strategy* in Harvard Business Review, July/August 1993, Vol. 71, Issue 4.
- NORMANN R., RAMIREZ R., 1995, *Le strategie interattive d'impresa. Dalla catena alla costellazione del valore*, Etaslibri, Milano, Ed. orig.: Designin of interactive Strategy. From value chain to value costellation, John Wiley, Chichester, 1994.
- O'DWYER B., 1998, *Stakeholder democracy: challenges and contributions from social accounting*, Business Ethics: a European review, 14(1), pp. 28-41
- OSBORNE D., T. GAEBLER T., 1993, *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, New York: PLUME, Penguin Books USA Inc.
- OSBORNE, D. E T. GABLER, 1992, *Reinventing government*, Reading, Addison Wesley.
- PARKES MARGOT W., ET AL. , 2010, *Towards integrated governance for water, health and social–ecological systems: The watershed governance prism*. Global Environmental Change 20.4 693-704.
- PATTON M.Q., 1985, *Quality in Qualitative Research: Methodological Principles and Recent Developments*. Invited address to Division J of the America Educational Research Association, Chicago, April.
- PEARSON T., 1972, *Patients phisician and illness*. E.Garthy Jaco and Free Press, N.Y.

- PERRY J. L., 1996, *Measuring public service motivation: an assessment of construct validity*, Journal of Public Administration Research and Theory, 6, pp. 5-22.
- PERRY J. L., HONDEGHEM A., 2008, *Motivation in public management: the call of public service*, Oxford, New York: USA: Oxford University Press.
- PERRONE V. 1990, *“Le strutture organizzative d’impresa”*, Egea, Milano
- PETERS, B. G. E J. PIERRE, 1998, *Governance without government? Rethinking public administration*, Journal of Public Administration Research and Theory, 8 (2): 223-244.
- PETTIGREW A. E WHIPP R., 1991, *Managing Change for Competitive Success*
- PISCOPO G., PALUMBO R., AMBROSINO G.; 2013 *La motivazione dei professional nella sanità penitenziaria.* MECOSAN, 2013, Vol. 88. Pag.55-70
ISSN:1121-6921. ID:4203853
- PISCOPO G., MIGLIACCIO D., 2012. *“La sanità penitenziaria fra tradizione e paradigmi emergenti: un’indagine empirica presso gli Istituti Penitenziari campani”*. Atti del XXV Convegno AIDEA “Management senza confini. Gli studi di management: tradizione e paradigmi emergenti”, 4 e 5 ottobre 2012, Università degli Studi di Salerno.
- PISCOPO G., PALUMBO R., 2012. *“Dimensioni culturali e istituzionali della sanità penitenziaria: una lettura critical”*, in AA.VV., *Critical Management Studies: temi di ricerca nel dibattito internazionale*, Editoriale Scientifica, Napoli.
- PISELLI F. (a cura di), 1995, *Reti. L’analisi di network nelle scienze sociali*, I centauri, Donzelli Editore, Roma.
- PISELLI F., 1999, *La prospettiva della network analysis e le migrazioni*, Sociologia urbana e rurale, n. 58.
- POLESE F., 2013, *Management sanitario in ottica sistemico vitale*. G. Giappichelli Editore
- POLLITT, C., 1990, *Managerialism and the public services: The Anglo-American experience*. Oxford, Blackwell.
- POLLITT, C., 1995, *Justification by Works or by Faith?* Evaluation 1 (2)

- POLLITT C., BOUCKAERT G., 2002, *La riforma del management pubblico*, Milano, Università Bocconi Editore (ed.or. Public management reform: a comparative analysis, Oxford, Oxford University Press, 2000)
- POWELL W., 1990, *Neither market nor hierarchy: network forms of organizations*, in *Research in Organizational Behavior*, 12, pp 295-336
- PRIGOGINE I., STENGERS I., 1981, *La nuova alleanza*, Einaudi, Torino, p. 217.
- PUTNAM, R.D., 1993, "The prosperous community: Social capital and economic growth", *American Prospect*, Vol. 13, No. 4, pp. 35-42.
- PUTNAM, R.D., 1995, "Bowling alone: America's declining social capital", *Journal of Democracy*, Vol. 6, No. 1, January, pp. 65-78.
- REA A., 1995, *La gestione creativa dell'impresa. Dalla percezione del contesto ambientale alla costruzione della strategia innovativa*, Cedam, Padova
- REBORA G., 1998, *Organizzazione Aziendale*, Carocci Editore, 1998
- REBORA G., MENEGUZZO M., 1990, *Strategia delle Amministrazioni Pubbliche*, Egea, Milano.
- REICHARD C., 2010, *New Public Management*, in Anheier H.K. & Toepler S. (Eds.), *International encyclopedia of civil society*, Berlin, Springer
- RHODES R. A. W., 1997, *Understanding governance. Policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Buckingham, Open University Press
- RHODES R.A.W., 2000, *Governance and public administration* in Pierre J., (ed.), *Debating governance: authority, steering and democracy*, Oxford University Press
- RHODES R.A.W., 2007, *Understanding governance: ten years on*, in *Organization Studies*, Vol.28, 8, pp.1243- 1264
- RICCI V., 2005, *Analisi delle serie storiche con R*.
- RICCI V., 2006, *Principali tecniche di regressione con R*.
- ROMANAZZI S., 2008, *Riforme manageriali e creazione di valore pubblico*. Aracne
- ROMANAZZI S., AMBROSINO G., "La CCIAA e gli utenti: la gestione di un dialogo"; in Uricchio A.F., Mongelli G., Partipilo A.P., Petrucci S. (a cura di), *Le Camere di Commercio. Profili istituzionali e gestionali degli Enti al servizio delle imprese*, Roma, ARACNE, ISBN: 978-88-548-7857-0, 2015

- ROSSDALE M., 1965, *Health in a sick society*. New left review, 34
- RUGIADINI A. “*Organizzazione di Impresa*”, Giuffrè, Milano, 1979
- RULLANI E., *L’impresa “reale” e le sue prospettive: una mappa dell’evoluzione in corso*, in Finanza, Marketing & Produzione, supplemento n. 4, dicembre 1994
- SALOVEY P. AND J. SLUYTER D. (a cura di) *Emotional development and Emotional Intelligence: "educational implications* 1997 New York: Basic Books
- SALVINI A., 2007, *Analisi delle reti sociali. Teorie, metodi, applicazioni*. FrancoAngeli
- SANGUIGNI, V., BILOTTA, A., 2011, *Le Reti come schema interpretativo per veicolare la conoscenza e governare la complessità*. L’Industria, 2, 355-371.
- SCAPENS R.W., 1994, *Never mind the gap: towards an institutional perspective on management accounting practice*, in Management Accounting Research, 1994, 5, 301-321
- SCHOUT, A. E A. JORDAN, 2005, *Coordinated European Governance: Self-organizing or Centrally Steered?* Public Administration, 83 (1): 201-220.
- SCIARELLI S., 2004, *Fondamenti di economia e gestione delle imprese*, Cedam Padova
- SCHIFFER, E., & HAUCK, J., 2010, *Net-Map: collecting social network data and facilitating network learning through participatory influence network mapping*. Field Methods, 22(3), 231-249.
- SCOTT J., 1997, *L’analisi delle reti sociali*, edizione italiana a cura di Enrica Amaturo, NIS, Roma.
- SCOTT R., 1981, *Organizations*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall
- SENGE P., 1990, *The Fifth Discipline: the art and practice of the learning organization*, New York
- SERPELLONI G., SIMEONI E., 2002, “*Principi sull’organizzazione dell’azienda socio-sanitaria pubblica*” della pubblicazione Quality Management. Indicazioni per le aziende socio-sanitarie e il dipartimento delle dipendenze.

- SIMON H.A., 1996, *The Science of Artificial*, 3rd ed., MIT Press, Cambridge, MA, 1996; “*The Architecture of complexity*”, *Proceedings of the American Philosophical Society*, 106(6), Dicembre, 1962.
- SINGERIST H.E., 1941, *Medicin, Human Welfare*, 100, Yale University, Press New Haven.
- SMITH A., 1776, *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Milano: Isedi
- SMITH C. 2000, ‘*Healthy prisons*’: *a contradiction in terms*; *The Howard Journal*, 39(4), pp. 339-353.
- SPETH J.G., 2008, *The Bridge at the Edge of the World: Capitalism, the Environment, and Crossing from Crisis to Sustainability*. New Haven, USA: Yale University Press.
- STACEY R.D., 1991, *The Chaos frontier: Creative strategic control for business*, Butterworth-Heinemann, Oxford.
- STACEY R.D., GRIFFIN D., SHAW P., 2002, *Complexity and Management: fad or radical challenge to system thinking*, Routledge, London.
- STAMBOLOVIC V., 2007, *Health policy in prisons*, in D. Donev, G. Pavlekovic, & L. Zaletel Kragelj, *Health promotion and disease prevention: a handbook for teachers, researchers, health professionals*, Lage: Germany: Hans Jacobs Publishing Company, p. 307.
- STARACE F., 2011, *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute*, Carocci Faber Editore
- STARNINI G., 2009, *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, Il Mulino, pp. 3-14
- TANESE A., 2001, *L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie*, in Hinna L., (a cura di), *Management in sanità*, Aracne, Roma
- TAYLOR F. W., 1911, *The Principles of Scientific Management*, NY Harper
- THE LANCET, 2005, *Prison health: a threat or an opportunity?* *The Lancet*, 366, p. 1.
- TETTAMANTI, M., 2013, «*Rappresentazioni*» *come reti neurali distribuite in un'ottica Embodied*. *Giornale italiano di psicologia*, 40(1), 109-114.

- TINTI T., 1998, *La “sfida della complessità” verso il Duemila in Novecento anno* 18 n.12
- TOMAŠEVSKI K., 1994, *Prison health law*, European Journal of Health Law, 1(4), pp. 327-341.
- TSIANAKAS V., ROBERT G., MABEN J., RICHARDSON A., DALE C., WISEMAN T., 2012, *Implementing patient-centred cancer care: using experience-based co-design to improve patient experience in breast and lung cancer services*. Supportive care in cancer, 20(11), 2639-2647.
- UN OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC), 2013, *Good governance for prison health in the 21st century : A policy brief on the organization of prison health*, ISBN: 978-92-890-0050-5, available at:
<http://www.refworld.org/docid/5375e708a.html>
- UNIVERSAL DECLARATION OF HUMAN RIGHTS, in www.ohchr.org
- VACCANI R., 2001, *Professionalità attitudini e carriera*, Etas, Milano
- VANDENABEELE W., 2007, *Toward a public administration theory of public service motivation: an institutional approach*, Public Management Review, 9(4), pp. 545-556.
- VROOM V. H., 1964, *Work and motivation*, New York: USA: Wiley.
- YIN K. ROBERT, 1984. *Case Study Research. Design and Methods*, Sage Publications, Inc.
- YIN K. ROBERT, 1993. *Application of Case Study Research*, Sage Publications, Inc.
- YIN K. ROBERT, 2003. *Case Study Research. Design and Methods. Third Edition*. Sage Publications, Inc
- WASSERMAN S., FAUST K. 1994, *Social Network Analysis. Methods and Application*, Cambridge University Press.
- WEBER M., WIRTSCHAFT UND GESELLSCHAFT MOHR, TÜBINGEN, 1922, trad. it. 1986, *Economia e Società, Comunità*, Milano, trad. parz. Ing. (1947), Henderson A. e Parson T., (a cura di) *The Theory of Social and Economic Organization*, Free Press Glencoe
- WEBSTER F.E. JR., 1992, *Il nuovo ruolo del marketing nell'impresa* in G. Cozzi, G. Ferrero, *Le nuove frontiere del marketing*, Giappichelli, Torino, 1996;

- Ed. orig.: The Changing Role of Marketing in Corporation in *Journal of Marketing*, n. 56
- WEINER B., 1972, *Theories of motivation: From mechanism to cognition*, Oxford: England: Markham.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, *Quality of care: a process for making strategic choice in health system*, WHO Press, Ginevra
- WILMOTT Y., 1997, *Prison nursing: the tension between custody and care*, *British Journal of Nursing*, 6(6), pp. 333-336.
- WILSON W., 1887, *The Study of Administration*, *Political Science Quarterly*, 2(2),
- WILLIAMS A., COOKSON R., 2000, *Equity in Health*, in A.J. Culyer, J. P. Newhouse (a cura di), *Handbook of Health Economics*, North Holland, Amsterdam.
- WILLIAMSON O. E., 1975, *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York: Free Press
- WOODWARD J., 1965, *Industrial Organization: Theory and Practice*, Oxford University Press, Oxford; trad. it. *L'organizzazione industriale. Teoria e Pratica*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1975.
- WOODWARD J. (ed.), 1970, *Industrial Organization: Behavior and Control*, Oxford University Press, Oxford;
- WOLLMANN H., 2001, *Germany's trajectory of public sector modernisation: continuities and discontinuities*, *Policy & Politics*, 29 (2): 151–170.
- WYLIE CM., 1970, *The definition and measurement of health disease*. *Publ.Health rep.*85.
- WRIGHT B. E., 2001, *Public-sector work motivation: a review of the current literature and a revised conceptual model*, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(4), pp. 559-586.

RINGRAZIAMENTI

Questo percorso è stato per me una sfida appassionante ed affascinante, ricca di ostacoli e successi.

Un nuovo inizio, che ha significato il ritorno alla mia grande passione per gli studi aziendali ed organizzativi, nata tra i banchi dell'università.

Un cammino non facile, fatto di impegno, scoperta e, senza dubbio, crescita durante il quale ho sentito l'esigenza di mettere a sistema le numerose esperienze, idee, persone, saperi che incontrato lungo la strada, portando con me il mondo professionale al quale appartengo da più di un decennio. Un lavoro tanto ambizioso quanto folle, perché in continuo divenire.

Una fine che dunque, rappresenta il desiderio di fare capolino e continuare esplorare ancora, sempre con più entusiasmo.

Per tutto questo, sento di ringraziare chi ha reso possibile l'inizio di questo viaggio: la Prof.ssa Paola Adinolfi ed il Ministero della Giustizia nella figura, in particolare, del dott. Liberato Guerriero che in questi anni è stato sempre presente e disponibile.

Rivolgo un enorme grazie a Gabriella Piscopo per avermi preso per mano ed avermi spalancato le porte del suo mondo fatto non solo di preziose conoscenze e competenze professionali, ma anche di valori rari. Ringrazio Rocco Palumbo, che mi ha insegnato il potere del silenzio, della pazienza e della perseveranza e tutto il mondo universitario di Fisciano che mi ha accolto e coinvolto.

Grazie a Salvatore Romanazzi, perché è stato il “*driver*” dei miei studi, per la fiducia nelle mie risorse e per la profonda stima reciproca che ci ha consentito di tradurre “pazze intuizioni” in impensabili ambizioni realizzate.

Il grazie più grande è dedicato ai miei valori di sempre, ai rifugi sicuri e pilastri fondanti della mia identità: i miei genitori, mia sorella, i miei nipoti che, inconsapevolmente, hanno scaldato i nostri giorni più difficili donandoci la gioia pura; e grazie a chi non c'è più.

Grazie agli amici di sempre e a quelli nuovi.

Infine, grazie a chi mi ha donato ascolto, accoglienza, condivisione e anche un semplice sorriso che spalanca orizzonti fatti di crescita e *ben-essere*.