

# La co-produzione della salute negli istituti di pena. L'applicazione di nuovi approcci di assistenza nel sistema sanitario penitenziario

Rocco Palumbo

**Sommario:** 1. Introduzione - 2. Un inquadramento concettuale della co-produzione dei servizi pubblici - 3. La co-produzione del servizio in ambito sanitario - 4. L'empowerment del paziente negli istituti di reclusione: i presupposti dell'indagine empirica - 5. Il framework concettuale alla base dell'analisi empirica - 6. Metodologia della ricerca - 7. Risultati della ricerca - 8. Discussione dei risultati, limiti e sviluppi futuri - 9. Conclusioni.

## Abstract

This paper examines co-production in the delivery of care services within the penitentiary setting, where patient involvement is decisive in order to improve the effectiveness and the efficiency of penitentiary health care. User involvement is understood as an intrinsic attribute of public services; however, to be put into practice it requires a strong support at both institutional and cultural levels. This is especially true when the provision of health services is concerned. In fact, patient-provider relationships are generally affected by information asymmetry and psychological weakness perceived by patients. Besides, in the penitentiary environment the patient-provider relationship is influenced by the contingencies in which the provision of care is performed. On the one hand, providers are likely to mistrust their patients, turning out to be unwilling to involve them in the provision of care. On the other hand, inmates are likely to conceive health care settings as an opportunity to temporarily escape the detention rules, showing an inappropriate access to them. This article provide evidence on the willingness of penitentiary health care professionals to adopt a patient-centered approach to care. Organizational hostility discourages the introduction of co-production in the penitentiary setting, paving the way for organizational inertia.

**Key words:** Co-production; Penitentiary health care; Patient empowerment

## 1. Introduzione

Il presente articolo si propone un duplice intento: da un lato, fornire un inquadramento del concetto di co-produzione del servizio pubblico e, dall'altro, discutere le opportunità di applicazione di siffatto approccio al caso delle prestazioni di assistenza sanitaria erogate dagli istituti di pena. In questa prospettiva, lo studio è strumentale tanto alla delineazione dei peculiari connotati assunti dalla co-produzione del servizio in ambito sanitario quanto all'identificazione dei fattori agevolanti e ostativi alla sua implementazione in un contesto manifestamente ostile, quale quello penitenziario.

Secondo le argomentazioni della prevalente dottrina, il coinvolgimento del paziente *in vinculis* nel percorso di cura rappresenta un presupposto per il miglioramento della qualità delle prestazioni, nonché una soluzione gestionale protesa al rinverimento della sostenibilità del sistema sanitario penitenziario, in ragione del suo contributo all'incremento dei livelli di appropriatezza e all'abbattimento dei costi di assistenza (Jordan, 2012; Duke, 2011; Powell, et al., 2010; Winter, 2008; Hek, 2006). A dispetto di tali considerazioni, l'introduzione di modelli di co-produzione nel contesto penitenziario richiede la presenza di condizioni organizzative e culturali favorevoli, in assenza delle quali le iniziative finalizzate al coinvolgimento del paziente nel percorso di cura si rivelerebbero non idonee a generare gli effetti desiderati.

Sulla base dei risultati di un'indagine di tipo esplorativo, si discutono alcune evidenze empiriche in merito alla propensione dei dirigenti medici penitenziari all'introduzione di approcci di co-produzione nella prestazione dei servizi di assistenza, identificando al contempo i vincoli che impediscono una piena rivisitazione dei tradizionali modelli di salute tuttora prevalenti all'interno degli istituti di pena italiani. A tal pro, un questionario semi-strutturato, composto nel suo complesso da 48 *item*, è stato somministrato ai referenti delle aree sanitarie istituite presso gli istituti di pena attivi in una regione italiana, selezionata quale unico contesto della ricerca in considerazione della eterogeneità delle organizzazioni penitenziarie ospitate al suo interno e dell'ampia rappresentatività delle tipologie di reato per cui è prevista la reclusione.

Quantunque frutto delle fasi iniziali di un percorso di ricerca di più ampie dimensioni, il presente studio prepara un terreno fertile su cui innestare sviluppi futuri, che concernono l'implementazione di approcci di co-produzione dell'assistenza su misura per il contesto penitenziario. Da un punto di vista concettuale, lo studio contribuisce all'avanzamento scientifico in materia di co-produzione dei servizi pubblici, discutendo l'applicazione di tale approccio di erogazione al contesto penitenziario, sino ad ora raramente indagato nella prospettiva della co-creazione di valore (Winter, 2008). Sotto il profilo empirico, la co-produzione delle prestazioni di assistenza è presentata quale impostazione innovativa per l'erogazione dei servizi di cura a favore dei ristretti, in grado di contribuire al rafforzamento della sostenibilità di lungo termine del sistema sanitario penitenziario.

L'articolo è organizzato secondo lo schema che segue. La seconda sezione propone un inquadramento del concetto di co-produzione in ambito pubblico, traendo spunto dai contributi forniti dalla principale letteratura internazionale sul tema. Il modello di co-produzione è, quindi, oggetto di applicazione prima all'assistenza sanitaria e, successivamente, alle prestazioni di cura erogate all'interno degli istituti di pena. A partire da tali riflessioni, si perviene alla definizione di un *framework* concettuale, sulla cui base si discutono le opportunità di implementazione della co-produzione del servizio sanitario nel contesto penitenziario. In seguito all'esposizione di brevi note metodologiche, sono descritti i risultati della ricerca empirica. Questi ultimi sono oggetto di approfondita discussione nella penultima sezione dell'elaborato, la quale prepara la strada ad alcune riflessioni conclusive, di respiro sia teorico che pratico.

## 2. Un inquadramento della co-produzione dei servizi pubblici

Parte della letteratura suggerisce una classificazione dei servizi pubblici in due categorie, alla luce delle caratteristiche assiologiche e funzionali che contraddistinguono questi ultimi (Whitaker, 1980; Brudney e England, 1983). Da un lato, si individuano i servizi di tipo "trasformativo", ossia le prestazioni finalizzate al positivo condizionamento delle attitudini, del comportamento e/o delle condizioni di vita dell'individuo, come accade – a titolo esemplificativo – nei casi dell'istruzione o dell'assistenza sanitaria. Dall'altro lato, vi sono i servizi "diffusi", tra cui – preservando l'intento illustrativo – la tutela della sicurezza pubblica o la raccolta dei rifiuti urbani, la cui erogazione, di norma, non tiene conto delle specifiche istanze individuali.

Sebbene l'interazione tra l'utente e il *provider* sia considerata un carattere distintivo di entrambe le categorie di servizi (Gronroos, 2009; Zeithalm, Bitner e Gremler, 2005), essa può essere considerata un requisito imprescindibile con esclusivo riferimento alle prestazioni di natura trasformativa, declinando a elemento strumentale per quanto concerne i servizi diffusi (Palumbo, 2015<sub>a</sub>). Nel primo caso, infatti, gli utenti contribuiscono in prima persona alla predisposizione delle condizioni necessarie al processo di erogazione, giocando un ruolo chiave ai fini del buon esito della prestazione. Nel secondo caso, viceversa, essi non hanno la possibilità di incidere in misura significativa sul modo in cui i servizi sono progettati e organizzati, pur concorrendo alla formazione del contesto fisico e sociale in cui le prestazioni sono erogate (Sharp, 1980).

A partire da queste brevi riflessioni, è possibile assumere che la diretta interazione tra chi eroga il servizio e chi ne trae beneficio rappresenti una caratteristica intrinseca dei servizi di natura trasformativa, a prescindere dal contesto in cui essi sono prestati. Tale circostanza, ovviamente, non implica di per sé un approccio orientato alla co-produzione del servizio pubblico (Botero, Paterson e Saad-Sulonen, 2012). L'incontro tra l'utente e il *provider*, invero,

risulta un presupposto per la prestazione del servizio, a prescindere dall'intento di coinvolgere il primo nelle attività di erogazione.

La dottrina, nondimeno, ha ampiamente discusso il contributo che i modelli improntati alla co-produzione del servizio potrebbero esprimere in termini di miglioramento della qualità e dell'economicità dei servizi pubblici, dando vita a una significativa letteratura in materia (al riguardo, si vedano tra gli altri: Palumbo, 2015<sub>a</sub>; Bovaird e Loeffler, 2012; Coote, 2011; Needham, 2008; Bovaird, 2007; Pestoff, et al., 2006; Cahn, 2004; Alford, 1998; Ferris, 1984; Percy, 1984). Prendendo spunto dalla citata letteratura, è possibile identificare diversi approcci intesi al coinvolgimento dell'utente, fornendone una classificazione in relazione al numero degli attori coinvolti, alle modalità con cui questi ultimi condizionano la prestazione del servizio e ai vantaggi generati dalla co-produzione.

La co-produzione di tipo "individuale" concerne il rapporto che si instaura tra il singolo beneficiario del servizio e chi si occupa delle attività di erogazione. In tale ipotesi, tra i due attori si intesse una relazione di collaborazione piuttosto che di prestazione. Gli utenti non sono relegati al ruolo di destinatari passivi del servizio; essi assumono un atteggiamento pro-attivo, agendo nella veste di co-creatori del valore (Fotaki, 2011). L'erogatore della prestazione, a sua volta, assume un compito di abilitazione dell'utente, valorizzando l'apporto che questi è in grado di esprimere in sede di pianificazione e di erogazione del servizio. La co-produzione individuale, in questa prospettiva, dischiude la strada a migliori condizioni di efficienza erogativa e a una maggiore efficacia della prestazione, facendo leva sull'attivazione delle risorse dormienti a disposizione dell'utente.

La co-produzione "di gruppo" presenta un respiro più ampio rispetto alla co-produzione individuale. Essa, infatti, prevede l'azione congiunta di più attori, i quali sono accomunati dall'espressione di bisogni analoghi in termini quantitativi e/o qualitativi. Incoraggiando la loro partecipazione alla progettazione e all'erogazione dei servizi pubblici, si persegue l'intento di arricchire la gamma di prestazioni offerta dalla sfera pubblica, integrando quest'ultima con attività ausiliarie, sostitutive e/o integrative che, presumibilmente, l'attore pubblico non sarebbe stato in grado di garantire per ragioni di natura economica e/o politica (Ostrom, 1996; Parks, et al., 1981). In questa prospettiva, la co-produzione di gruppo genera impatti simili alla co-produzione individuale, ma trasla questi ultimi a un livello più elevato rispetto alla sfera personale del singolo utente.

Infine, la co-produzione "collettiva" ha ad oggetto il coinvolgimento dell'intera comunità servita nella creazione di valore pubblico. Essa è espressione di un'impostazione alternativa rispetto alle tradizionali formule di erogazione dei servizi pubblici (Joshi e Moore, 2004). Mentre queste ultime si fondano sul presupposto di una comunità servita inerte, che beneficia in maniera passiva delle prestazioni erogate, la co-produzione collettiva prevede la partecipazione della collettività alle attività di produzione, gestione e distribuzione dei beni e dei servizi di interesse comune, affinché tutti ne possano trarre beneficio. Accanto agli evidenti vantaggi in termini di efficienza e efficacia che essa determina, è opportuno enfatizzare il positivo effetto generato da tale approccio sulla

creazione e sul consolidamento di una ricca dotazione di capitale sociale in seno alla popolazione servita (Putnam, 1995).

A prescindere dalla tipologia di approccio adottato, l'implementazione di modelli di co-produzione in ambito pubblico richiede un radicale percorso di cambiamento, che interessa tanto gli attori preposti alle attività di prestazione quanto i beneficiari dei servizi pubblici. I primi sono chiamati a liberarsi dell'impostazione monistica invalsa nel passato, che li concepisce quali entità non passibili di condizionamento esterno (Adinolfi, 2005). Essi, invero, sono tenuti a creare le condizioni favorevoli affinché i propri interlocutori agiscano quali co-creatori di valore, sposando una logica di abilitazione degli utenti. I beneficiari delle prestazioni, a loro volta, prendono coscienza del ruolo giocato all'interno del sistema pubblico, smettendo la veste di consumatori per indossare quella di co-produttori di valore.

Un tale processo di cambiamento prevede la manovra sia di leve *hard*, dirette ad abbattere le barriere organizzative che ostacolano il coinvolgimento dell'utente, che di leve *soft*, allo scopo di accrescere la dotazione delle competenze necessarie alla diffusione e all'applicazione dei modelli di co-produzione. Contestualmente, è indispensabile che l'utente sviluppi una spontanea e consapevole propensione al coinvolgimento nella prestazione dei servizi, assumendo responsabilità precedentemente concentrate nelle mani dei *provider* (Gilson, 2003). È opportuno precisare, in ogni caso, che la co-produzione del servizio non sottende il mero intento di riconoscere più ampi margini di azione all'utente o di offrire maggiori opportunità di personalizzazione della prestazione. Più propriamente, la co-produzione del servizio pubblico rappresenta un sentiero praticabile, che conduce a un graduale riassetto dello stato sociale, stretto nella morsa di bisogni crescenti e di minori risorse finanziarie a disposizione (Boyle e Harris, 2009). Il coinvolgimento dell'utente nella prestazione dei servizi pubblici, dunque, apre la strada a un sistema di *welfare* plurale e pluralistico, cui la società civile prende parte integrando e, laddove opportuno, sostituendo l'intervento delle organizzazioni pubbliche (Pestoff, 2009).

### **3. La co-produzione del servizio in ambito sanitario**

La centralità della persona e il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura sono concetti ricorrenti in ambito sanitario (Mead e Bower, 2000). Essi ispirano un rinnovato rapporto tra il paziente e il professionista sanitario (McLaughlin, 2004; Charles, et al., 1997; Dahlberg, 1996), non più viziato dalla condizione di subordinazione psicologica e di asimmetria informativa del primo nei confronti del secondo (Freidson, 1970), ma rivisitato alla luce di un approccio partecipativo alla cura (Guadagnoli e Ward, 1998). Siffatta impostazione attribuisce ai pazienti il ruolo di soggetti, piuttosto che di oggetti della prestazione (Takman e Severinsson, 1999), valorizzandone il contributo in un'ottica di co-

produzione del servizio a livello individuale (*i.e.* coinvolgimento dell'utente nel percorso di cura), di gruppo (*i.e.* creazione di gruppi di mutuo aiuto tra pazienti con bisogni di salute simili) o collettivo (*i.e.* inclusione della popolazione servita in iniziative di promozione della salute) (Palumbo, 2016).

La centralità dell'utente e la co-produzione dell'assistenza sanitaria, in questi termini, viaggiano parallelamente. Entrambe, infatti, sono protese al miglioramento della qualità della prestazione, senza per questo motivo trascurare le condizioni di efficienza erogativa indispensabili in una prospettiva di sostenibilità del sistema sanitario. Adottare formule di co-produzione in ambito sanitario significa abbandonare l'assunto secondo cui il professionista sanitario rappresenti l'unico attore competente ai fini dell'erogazione del servizio (Saha, Beach, e Cooper, 2008). Sullo stesso piano di questi agisce la collettività servita, la quale ha la possibilità di contribuire alle attività di pianificazione, progettazione e implementazione del percorso di cura, apportando conoscenze e informazioni altrimenti non reperibili da parte dei professionisti sanitari (al riguardo, si vedano: Palumbo, et al., 2016<sup>a</sup>, Bertakis e Azari, 2011; Weingart, et al., 2011; Realpe e Wallace, 2010; Cegalaa, Street Jr, e Clinch, 2007; Collins, et al., 2007; Breen, 2004; Buetow, 1998; Cahill, 1996; Speedling e Rose, 1985; Strull, et al., 1984).

Adottando la prospettiva della co-produzione, dunque, il buon esito della prestazione non dipende semplicemente dalla capacità del professionista sanitario di formulare una diagnosi adeguata del problema di salute e di predisporre un'appropriata risposta clinica (Bettencourt, et al., 2002). Analogamente rilevante è la consapevole partecipazione del paziente al percorso di cura (Needham, 2012). In tal senso, è opportuno che tra i professionisti sanitari e i pazienti si attivi una relazione improntata all'interazione e alla collaborazione (Labonte, 1994), ispirata a un continuo, reciproco e trasparente scambio di informazioni (Cahn, 2004).

Da approccio localizzato, il più delle volte implementato implicitamente per particolari tipologie di prestazioni – come l'assistenza sanitaria a favore di pazienti cronici – la co-produzione sublima a impostazione diffusa, applicabile in qualsiasi contesto di cura (Andersson, Tritter e Wilson, 2006; Peters, 2004). Tale modello di assistenza, infatti, si colloca alla base di un radicale ripensamento delle attività di assistenza (Needham, 2008), che privilegia la libertà scelta dell'utente (Saltman, 1994), la centralità della persona (Holmström e Röing, 2010), la personalizzazione della prestazione (Walter, 2004) e l'auto-cura (Laverack, 2006). Viepiù, alla luce dei positivi impatti da essa generati sull'appropriatezza e sull'efficienza delle prestazioni assistenziali, la co-produzione della cura assurge ad approccio non prorogabile in un contesto caratterizzato dalla ristrettezza delle risorse finanziarie a disposizione del sistema sanitario per far fronte ai sempre più qualificati e complessi bisogni di salute della collettività servita (Dunston, et al., 2009).

Ai fini della concreta implementazione di modelli di co-produzione in ambito sanitario, tuttavia, è necessario che i *provider* rinneghino la loro fedeltà al tradizionale modello bio-medico, che si caratterizza per un *focus* esclusivo sull'evento patologico e sulla precipua finalità di risolvere quest'ultimo attraverso un episodio clinico puntuale. Smettendo i panni di risolutori di condizioni cliniche

avverse, i professionisti sanitari sono chiamati a indossare la veste di catalizzatori dell'iniziativa individuale, lavorando al fianco – e non a capo – dei pazienti (Dacher, 1995). Tale riflessione è tanto più rilevante se contestualizzata al contesto penitenziario, connotato da significative condizioni di inerzia strutturale e culturale se confrontato agli ordinari contesti di assistenza alla persona in stato di bisogno.

#### **4. Il patient empowerment negli istituti di reclusione: i presupposti dell'indagine empirica**

Il contesto penitenziario costituisce un ambito di particolare interesse per esaminare l'applicazione del modello di co-produzione al caso dei servizi sanitari. Esso, infatti, offre la possibilità di valutare quali siano i presupposti strutturali e culturali per la fattiva implementazione di tale approccio di assistenza in un ambiente ostile e restio al cambiamento.

Le istituzioni penitenziarie sono state di recente interessate da un radicale riassetto di natura istituzionale per quanto concerne le attività di tutela e promozione della salute. Con una riforma di ampia portata, avviata sul piano normativo dal Decreto Legislativo n. 230 del 1999 e successivamente raffinata con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008, il legislatore ha decretato la scomparsa di un sistema sanitario penitenziario parallelo rispetto a quello nazionale, ampliando la competenza di quest'ultimo alle attività di tutela e promozione della salute a favore degli individui sottoposti a una misura restrittiva della libertà personale. Accanto ai suoi connaturati impatti di natura istituzionale (Piscopo e Palumbo, 2012), la riforma si rivela foriera di profonde ripercussioni sugli approcci culturali sottesi ai modelli di assistenza invalsi negli istituti di pena, favorendone una riconcettualizzazione in ottica di co-produzione della cura.

L'intervento riformatore promuove una graduale transizione dalla tradizionale impostazione bio-medica a un approccio di tutela e promozione della salute che guarda in maniera globale al paziente. In accordo al modello bio-medico di cura, invero, il ristretto in cattivo stato di salute è inteso quale corpo malato, da sottoporre a un trattamento clinico finalizzato ad eliminare la patologia e, di conseguenza, a garantire la piena espiazione della pena (Foucault, 1975). In maniera diametralmente opposta, il modello di salute auspicato dalla riforma enfatizza la natura di "persona" del paziente *in vinculis*. A questi è riconosciuto il pieno diritto alla tutela e alla promozione del benessere psichico e fisico, quantunque entro i margini di libertà concessi dalla condizione di reclusione personale.

L'attuale configurazione demografica ed epidemiologica della popolazione detenuta fornisce una giustificazione – oltre che un incentivo – alla rivisitazione degli approcci di assistenza prevalenti all'interno degli istituti di pena. Il progressivo innalzamento dell'età media degli individui sottoposti a una misura

restrittiva della libertà personale, difatti, implica una maggiore diffusione delle patologie croniche, le quali non possono essere gestite efficacemente attraverso il ricorso ai tradizionali modelli di ispirazione bio-medica (Palumbo, 2013). La mera "cura" della patologia, in altri termini, è spiazzata dalla "presa in carico" del paziente. Quest'ultima è protesa non già alla semplice formulazione di una diagnosi del problema clinico e alla conseguente definizione di una terapia appropriata, quanto ad "abilitare" il paziente e ad attivarne le risorse dormienti ai fini del suo coinvolgimento nel percorso di cura (De Valck, et al., 2001).

A dispetto di tale stimolo normativo, il contesto penitenziario è condizionato da significative inerzie, che ne determinano una forte resistenza al cambiamento, finanche nell'ipotesi in cui quest'ultimo abbia ad oggetto un'attività che potrebbe essere considerata ancillare, come la prestazione dei servizi di assistenza alla persona in stato di bisogno. Tra le forze che generano inerzia, un ruolo determinante è giocato dalla dominante concezione retributiva della pena (Armstrong, 2014), che inquadra la detenzione quale punizione a carico del reo a fronte del reato commesso, sminuendone il contenuto di riabilitazione. Tale concezione ostruisce la diffusione di logiche orientate al coinvolgimento dei ristretti nelle attività di tutela e promozione della salute, spingendo verso un modello riduzionistico di assistenza (Palumbo, 2015<sub>b</sub>).

Nella maggior parte delle ipotesi, i professionisti sanitari che operano in ambito penitenziario subiscono l'influenza culturale esercitata da un'istituzione totale, qual è l'istituto di pena. Tale situazione è inasprita dalla propensione dei ristretti a nutrire una scarsa fiducia nei confronti dei professionisti sanitari: i primi, infatti, tendono ad identificare i secondi quali attori che agiscono in nome e per conto dell'istituto di pena. A ciò si aggiunga che i pazienti *in vinculis* sono usi considerare i reparti di cura come un luogo di rifugio per sottrarsi temporaneamente alle stringenti regole del regime detentivo (Marshall, Simpson, e Stevens, 2000), fenomeno che impedisce la costruzione di rapporti di reciproca collaborazione e fiducia tra i professionisti sanitari e i ristretti.

In presenza di tali condizioni di contesto, l'iniziativa dei professionisti sanitari si rivela necessaria – quantunque non sufficiente – ai fini del concreto innesto di modelli di cura improntati al coinvolgimento del paziente. A costoro è richiesta l'espressione di uno stimolo concreto, che conduca verso un'evoluzione culturale ed etica negli approcci di assistenza. Da un'interpretazione atomistica della prestazione, coerente con l'impostazione retributiva della pena, essi sono chiamati a riposizionarsi verso una concezione integrata e globale della cura, che tenga conto degli specifici bisogni di salute del paziente.

Si ritiene utile, in tal senso, identificare quali siano i determinanti che incentivano – ovvero sterilizzano – l'implementazione di modelli di co-produzione della cura all'interno degli istituti di pena. In tale ottica, il paragrafo che segue descrive il *framework* concettuale su cui si regge l'analisi empirica discussa nella parte applicativa del presente lavoro. In ultima analisi, lo studio si propone di esaminare la propensione dei dirigenti medici penitenziari all'implementazione di percorsi di assistenza coerenti al modello di co-produzione della cura, identificando al contempo gli ostacoli che impediscono un'effettiva rivisitazione dei tradizionali approcci di assistenza nel contesto penitenziario.

## 5. Il framework concettuale alla base dell'analisi empirica

Il modello bio-medico trascura il contributo che il paziente è in grado di esprimere ai fini delle attività di tutela e promozione della salute, privilegiando una prospettiva riduzionista che focalizza l'attenzione sul trattamento della patologia (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein 2004). In altri termini, il modello bio-medico identifica nel paziente il mero destinatario della prestazione. Questi è sminuito a corpo malato, che necessita di un intervento clinico esterno, finalizzato ad eliminare i determinanti biologici del cattivo stato di salute (Stella, 2001). In larga parte devoti a siffatta impostazione epistemologica, i professionisti sanitari – in particolar modo in ambito penitenziario – sono inclini ad esprimere una bassa fiducia nei confronti dei pazienti, nella maggior parte dei casi finanche considerati un elemento di disturbo nel processo di diagnosi e trattamento della patologia. Lo scarso credito percepito nei confronti degli utenti si traduce spesso in mancato ascolto, con la conseguente impossibilità di rendere i percorsi di cura coerenti alle peculiari esigenze di salute dei pazienti (Morris, et al., 2007).

In ragione di un percorso di formazione intriso della classica impostazione bio-medica, modelli alternativi di assistenza stentano a trovare proseliti tra i professionisti sanitari (Ashcroft & Van Katwyk, 2016; Russell, 2013), quantunque la letteratura abbia proposto molteplici filosofie innovative di cura, in ultima analisi protese alla valorizzazione del ruolo dei determinanti della salute che esulano dalla sola prospettiva clinica e biologica (a tal riguardo si vedano, tra gli altri: Adler, 2007 ed Engel, 2004). La co-produzione dell'assistenza sanitaria e il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura, pertanto, risultano poco diffusi nella prassi, specialmente all'interno del contesto penitenziario.

Il *focus* sul sistema biologico e sulle anomalie alla base della patologia impedisce un'approfondita analisi del sistema psicologico – espressione delle componenti emozionali e motivazionali che caratterizzano l'individuo – così come del sistema sociale – sintesi degli atteggiamenti culturali e ambientali della persona nei confronti della patologia – entrambi cruciali per una valutazione globale delle condizioni di benessere dell'individuo (Kaplan-Sadock, 1999). La dimensione umana dell'assistenza sanitaria è sacrificata sull'altare dell'intervento clinico sui fattori biologici, inducendo a trascurare gli intimi bisogni di cura della persona (Zamagni, 2008).

Adottando una prospettiva dialettica tra modelli di assistenza alternativi, è possibile pervenire all'identificazione di alcuni fattori sintomatici, la cui manifestazione in seno alle attività di assistenza alla persona è foriera di un approccio di tutela e promozione della salute ora orientato alla medicalizzazione della prestazione, ora coerente al processo di abilitazione del paziente. Tali fattori consentono di descrivere l'atteggiamento espresso dai professionisti sanitari nella gestione della relazione con gli utenti: a seconda della loro declinazione, in effetti, è possibile distinguere un orientamento proteso all'impostazione bio-medica tradizionale ovvero una filosofia di cura aperta alla co-produzione della prestazione. Alla luce della prevalente letteratura in materia di co-produzione (Voorberg, Bekkers & Tummers, 2015; Fotaki, 2011; Iedema, et

al., 2008; Buetow, 1998), i fattori sintomatici in parola sono catalogati in otto categorie, ciascuna delle quali ritrae una peculiare declinazione delle attività di assistenza alla persona.

In primo luogo, ai fini dell'identificazione dell'approccio di assistenza adottato dai professionisti sanitari è rilevante il loro orientamento "tattico" nella prestazione del servizio. Il *focus* sull'azione clinica si contrappone alla premura nei confronti della pianificazione del percorso di cura, la quale si realizza attraverso la ricognizione dei bisogni di salute del paziente, l'identificazione delle relative preferenze, la formulazione concertata del percorso di cura, la descrizione degli obiettivi desiderati in termini di salute, la discriminazione dei tempi previsti per il conseguimento di tali obiettivi e la definizione dei criteri per la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza della prestazione. Mentre l'approccio bio-medico predilige il controllo unilaterale del professionista su tutte le attività ivi menzionate, la co-produzione del servizio presume la costante contemplazione delle istanze del paziente, in un'ottica di piena concertazione del percorso di cura.

Analogamente rilevante risulta la filosofia di assistenza che ispira le attività di tutela e promozione della salute svolte dai professionisti sanitari. Il modello bio-medico, infatti, richiama una filosofia orientata al riduzionismo, che prevede la scansione dei soli determinanti biologici della salute, l'omologazione dei bisogni di salute del paziente entro schemi universali, una visione puntuale della prestazione di cura, la standardizzazione delle prestazioni di assistenza, il controllo professionale sui servizi erogati e la decontestualizzazione della cura dal *setting* in cui essa è prestata. In termini opposti, il modello di co-produzione auspica la valutazione ad ampio raggio dei determinanti della salute, la contestualizzazione dei bisogni di assistenza del paziente allo specifico contesto di azione, la continuità della cura, la personalizzazione delle prestazioni erogate, il coinvolgimento dell'utente e la ponderazione delle peculiarità del *setting* assistenziale.

La filosofia di cura adottata dai professionisti sanitari, a sua volta, influenza l'atteggiamento manifestato da questi ultimi nella prestazione dell'assistenza. Dal lato bio-medico si evidenzia un modello reattivo di cura, che si fonda sulla concezione della prestazione sanitaria come risposta alla degenerazione dello stato di salute, sulla passività del paziente, sulla dominanza clinica, sulla centralità del trattamento sanitario, sull'applicazione asettica delle evidenze cliniche e sulla parcellizzazione delle prestazioni. Di contro, la co-produzione dell'assistenza sanitaria implica un approccio proattivo, che predilige la medicina di iniziativa, enfatizza la centralità del paziente, valorizza il contributo di quest'ultimo ai fini della prestazione di cura, esalta la centralità dei bisogni di salute della persona, preferisce l'applicazione critica delle evidenze cliniche e patrocina la globalità della prestazione.

Il modello bio-medico, in ultima analisi, si rivela coerente all'espressione di aspettative di gratificazione immediata da parte del professionista sanitario. Queste ultime trovano manifestazione in attese di risultati rapidi in termini di salute da parte dei pazienti assistiti, nonché di ricompense di tipo materiale o immateriale a fronte dei risultati ottenuti, di riconoscimento professionale per le

attività svolte e di valorizzazione del contributo individualmente apportato ai fini del miglioramento delle condizioni di salute della popolazione servita. L'adesione a un approccio di co-produzione, viceversa, slega il professionista sanitario dall'attesa di una gratificazione immediata, inducendolo all'accettazione di riconoscimenti posticipati a fronte delle attività svolte e rifocalizzando l'attenzione al lungo periodo piuttosto che al breve termine.

Allo stesso tempo, i professionisti sanitari vicini all'impostazione bio-medica esprimono una chiara preferenza per l'indipendenza operativa piuttosto che per la collaborazione. Essi, di fatti, apprezzano la discrezionalità professionale, la codificazione dei processi e delle interdipendenze organizzative sulla base di solide evidenze empiriche, l'autonomia di valutazione, la specializzazione delle competenze e il rapporto "uno a uno" con il paziente. La co-produzione ricusa questi approcci di cura, incentivando, piuttosto, la cooperazione tra diverse specializzazioni professionali e l'adozione di prospettive multiple nella gestione del percorso di assistenza.

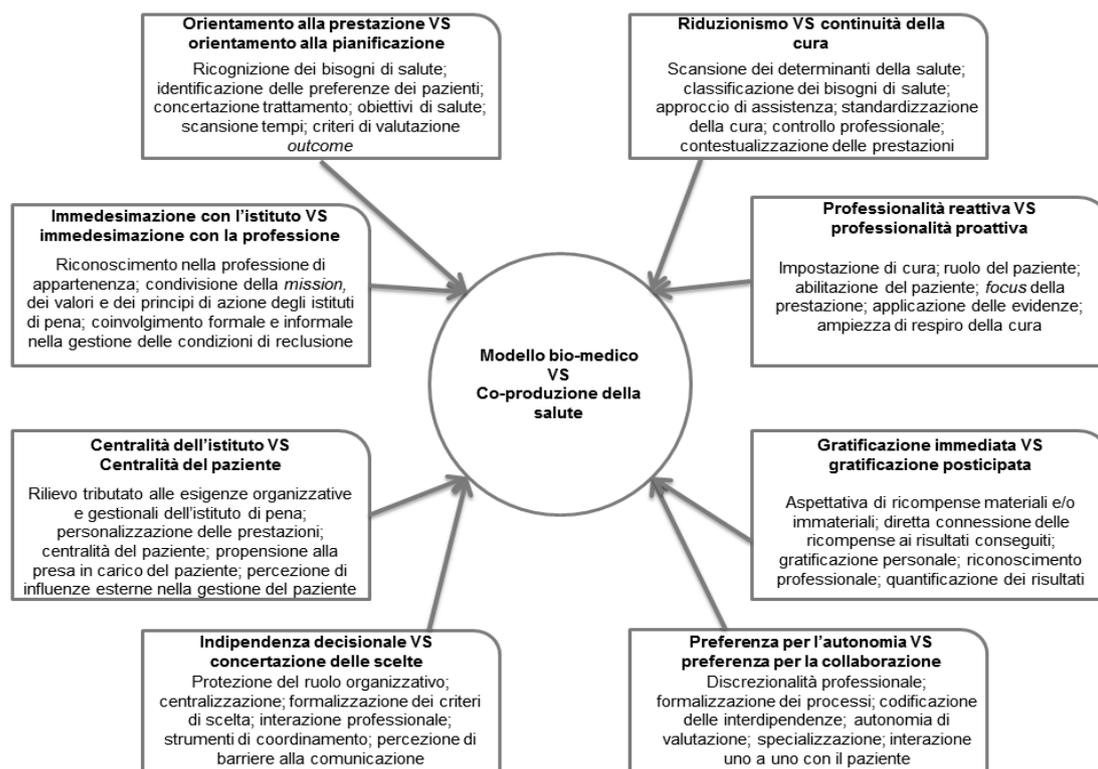
Al contempo, la preferenza per l'autonomia operativa si traduce nella ricerca di indipendenza decisionale, perseguita attraverso la protezione del proprio ruolo organizzativo, la centralizzazione del processo decisionale, la formalizzazione dei criteri di scelta, l'assenza di interazione con gli altri professionisti sanitari nell'assunzione delle decisioni di assistenza, lo scarso ricorso a strumenti di coordinamento e l'innalzamento di barriere organizzative alla comunicazione: aspetti che, per loro natura, impediscono approcci orientati alla co-produzione della prestazione.

In ultimo, l'approccio bio-medico riconduce, da un lato, all'identificazione culturale con l'istituto di pena e, dall'altro, all'attribuzione di centralità alle esigenze organizzative di quest'ultimo piuttosto che ai concreti bisogni di salute dei pazienti. In termini diametralmente opposti, l'implementazione di modelli di co-produzione richiama una profonda identificazione con la professione sanitaria di afferenza e con la relativa etica professionale, nonché l'attribuzione di preminenza alle esigenze di salute individuali. La propensione verso un modello di co-produzione, in tale ottica, trova espressione nell'assenza di condivisione dei valori e dei principi di stampo retributivo patrocinati dall'istituto di pena, nonché nel limitato coinvolgimento formale e informale nei processi decisionali relativi alla mera gestione delle condizioni di reclusione dei ristretti. Viepiù, la co-produzione dell'assistenza sanitaria implica la premura verso le istanze assistenziali del paziente, la tensione alla personalizzazione della cura e la propensione verso la presa in carico globale del paziente.

La Figura 1 fornisce una sintesi grafica di quanto sin qui discusso, sistematizzando all'interno di una cornice teorica i fattori sintomatici degli approcci di assistenza adottati dai professionisti sanitari. Alla luce di questo *framework* concettuale è stato predisposto un questionario semi-strutturato composto da 48 *item*, inteso a fornire evidenze di carattere esplorativo in merito alla propensione dei dirigenti medici penitenziari all'implementazione di approcci di cura orientati al modello bio-medico, ovvero coerenti alla co-produzione dell'assistenza. Dai risultati dell'analisi si desumono interessanti inferenze in merito alla disponibilità dei professionisti sanitari penitenziari alla riconfigurazione

dell'impostazione di cura prevalente all'interno degli istituti di pena, in un'ottica di coinvolgimento ed abilitazione del paziente *in vinculis*.

Figura n. 1 – Il framework teorico alla base dell'indagine empirica



Fonte: Elaborazione dell'autore

## 6. Metodologia della ricerca

Ai fini della presente ricerca è stata condotta un'analisi esplorativa di tipo quali-quantitativo, che ha interessato tutti gli istituti di pena attivi in una regione italiana. Quest'ultima è stata selezionata quale unico ambito della ricerca in considerazione dell'eterogeneità degli istituti di pena ospitati e dell'ampia rappresentatività delle tipologie di reato per cui è prevista la reclusione. Con i suoi 17 istituti, infatti, il contesto della ricerca prescelto accoglie tutte le tipologie

di strutture detentive previste dall'ordinamento penitenziario italiano. In particolare, sono stati inclusi nell'analisi:

- gli istituti di custodia cautelare, ivi comprese le case circondariali, che adempiono alle esigenze di separazione dei condannati dagli imputati ai fini della salvaguardia del principio di presunzione di non colpevolezza;
- gli istituti per l'esecuzione delle pene detentive, rappresentati prevalentemente dalle case di reclusione;
- gli istituti per le misure di sicurezza detentiva, quali gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ancora parzialmente attivi malgrado il decreto legge n. 211 del 22 dicembre 2011 abbia disposto il loro superamento entro il 30 aprile 2015.

Ben 10 dei 17 istituti di pena considerati affrontano situazioni di sovraffollamento. Nel complesso, su 6.087 posti disponibili, si contano 7.307 presenze, con un tasso di sovraffollamento che tocca il 20%, dato che rispecchia la situazione nazionale. Tutte le tipologie di detenuti per tipologia di crimine commesso sono ospitati all'interno degli istituti inclusi nell'analisi. In aggiunta, sia istituti di grandi dimensioni (con una capienza superiore ai 500 posti) che istituti di medie (con una capienza tra i 50 e i 500 posti) e di piccole dimensioni (con una capienza inferiore ai 50 posti) sono stati considerati. Infine, tanto case di reclusione miste quanto istituti destinati alla sola popolazione detenuta maschile o a quella femminile sono stati contemplati ai fini della ricerca. Tali dati concorrono a corroborare la significatività dei risultati dell'indagine, malgrado non sia possibile argomentare la rappresentatività di questi ultimi a livello nazionale.

Tabella n. 1 – Le unità di analisi (n = 17)

ID Istituto	Classificazione Istituto	Tipologia detenuti	Capienza	Presenze	Sesso referente (M/F)	Età referente (anni)	Anzianità di servizio (anni)
C.C.#1	Casa Circondariale - Centro Penitenziario maschile	Alta sicurezza; collaboratori di giustizia; giovani adulti; ristretti in misura alternativa; media sicurezza, <i>sex offenders</i> , semiliberi	898	1278	M	65	21
C.C. #2	Casa Circondariale e di Reclusione mista	Alta sicurezza; in misura alternativa	368	465	M	62	16
C.C. #3	Casa Circondariale maschile	<i>Sex offenders</i>	40	53	M	58	29
C.C. #4	Casa Circondariale maschile	Media sicurezza; protetti; <i>sex offenders</i> ; transessuali; tossicodipendenti; alta sicurezza; definitivi; imputati	1644	1784	M	63	5
C.C. #5	Casa Circondariale e di Reclusione maschile	Alta sicurezza, media sicurezza, protetti, semiliberi	259	264	F	59	30
C.C. #6	Casa Circondariale mista	Alta sicurezza; media sicurezza; protetti; semiliberi	258	409	M	55	16
C.C. #7	Casa Circondariale maschile	Media sicurezza e semiliberi	22	22	M	58	27
C.C. #8	Casa Circondariale mista	Protetti/reati di riprovazione sociale; alta sicurezza; in misura alternativa; semiliberi; tossicodipendenti	833	1058	M	50	6
C.C. #9	Casa Circondariale femminile	N.D.	97	174	M	56	4

C.C.#10	Casa Circondariale e di Reclusione mista	Alta sicurezza, media sicurezza, protetti, definitivi, trattamento avanzato	504	692	M	59	N.D.
C.C.#11	Casa Circondariale maschile	N.D.	52	101	M	59	N.D.
C.C. - ICATT #1	Istituto a Custodia Attenuata maschile	Detenuti con problematiche ad elevata criticità legati all'uso di sostanze stupefacenti o da dipendenza di alcool	38	12	M	56	8
C.R. - ICATT #1	Casa di Reclusione - Istituto a Custodia Attenuata maschile	Giovani di età compresa tra i 19 e 45 anni, tossicodipendenti e/o alcolisti con un basso indice di pericolosità sociale	54	50	M	59	21
C.R.#1	Casa Circondariale e di Reclusione maschile	Sperimentazione di modelli di "sorveglianza dinamica" e di "custodia attenuata".	557	526	M	61	2
C.R.#2	Casa di Reclusione maschile	Media sicurezza	126	185	M	61	N.D.
OPG#1	Ospedale Psichiatrico Giudiziario maschile	Internati sottoposti a misura di sicurezza	120	104	M	58	N.D.
OPG #2	Ospedale Psichiatrico Giudiziario	Internati sottoposti a misura di sicurezza	217	130	M	58	N.D.

*Fonte: Elaborazione dell'autore*

Per ogni istituto è stato identificato un solo interlocutore di riferimento, nella veste di *key informant*. Tale scelta è stata ritenuta opportuna alla luce della peculiarità del contesto di ricerca e delle finalità dello studio: da un lato, le restrizioni all'accesso ai diversi istituti non hanno consentito la possibilità di pervenire a un'analisi in profondità per ogni unità di analisi; dall'altro, si è ritenuto utile coinvolgere nella ricerca gli attori organizzativi che avessero una cognizione complessiva delle attività di tutela e promozione della salute in ambito penitenziario, onde ridurre i rischi di *missing data*.

Nell'intento di rendere quanto più elevato possibile il grado di rappresentatività dello studio, l'interlocutore di riferimento è stato individuato nel Dirigente Medico dell'area sanitaria in servizio nel momento in cui è stata condotta la fase empirica della ricerca. A questi, infatti, sono attribuiti, da un lato, il compito di sovrintendere all'organizzazione e al funzionamento delle strutture e dei servizi sanitari in ambito penitenziario e, dall'altro, la responsabilità di coordinare le attività di tutela e promozione della salute a favore dei pazienti *in vinculis*. Tale figura, pertanto, ricopre un ruolo organizzativo pivotale nell'organizzazione e nella gestione dei servizi di assistenza nel contesto penitenziario. Come sintetizzato in Tabella 1, la popolazione di *key informant* presenta un'età media di 59 anni, con un'anzianità di servizio maturata in posizioni dirigenziali relativamente longeva, corrispondente a poco più di 15 anni. La quasi totalità (tutti, eccetto uno) degli intervistati è di genere maschile, in linea con i dati che riflettono la situazione a livello nazionale. Tutti gli attori coinvolti nella ricerca hanno dichiarato un analogo livello di formazione specialistica, corrispondente al conseguimento della laurea in medicina e chirurgia.

A ciascun interlocutore è stato somministrato un questionario semi-strutturato, composto da 48 *item*. Come anticipato, lo strumento di rilevazione è stato costruito *ad hoc*, prendendo spunto dal *framework* teorico presentato nella sezione precedente. Ciascuna categoria di fattori sintomatici del modello di assistenza adottato dal professionista sanitario è stata articolata in sei declinazioni, in coerenza con il quadro rappresentato in Figura 1. Tali declinazioni sono state configurate quali "*formative measure*" (Coltman, et al., 2008), ossia quali misure che, combinandosi, danno vita al costrutto latente di riferimento. Per ciascun *item* del questionario gli intervistati hanno espresso il loro accordo o disaccordo sulla base di una scala Likert a 10 valori, polarizzando alle due estremità della scala l'adesione a un modello bio-medico di salute ovvero l'apertura a un approccio di co-produzione dell'assistenza.

Allo scopo di minimizzare il rischio di *response set*, ossia di distorsione dell'informazione legata alla propensione degli intervistati a rispondere in maniera omogenea a ciascun *item* incluso nel questionario, ad affermazioni formulate in maniera positiva sono state alternate espressioni in forma negativa, con un ribaltamento della scala Likert a esse associata. Per la stessa motivazione, gli *item* non sono stati ordinati logicamente in considerazione della loro riconduzione alle categorie concettuali presentate nello schema teorico di riferimento; piuttosto, i singoli punti del questionario sono stati riclassificati secondo un criterio casuale prima della somministrazione.

Agli intervistati è stata offerta la possibilità di esprimere considerazioni aggiuntive e riflessioni personali su ciascuno dei punti inseriti nel questionario, in maniera tale da arricchire la portata semantica dei dati raccolti. Lo strumento di rilevazione utilizzato non è stato sottoposto a test di affidabilità statistica, a causa del numero limitato di interlocutori coinvolti nell'indagine. I dati quantitativi sono stati estrapolati attraverso l'elaborazione di un indice sintetico per ciascuna delle categorie sulla base delle quali è stato costruito lo strumento di rilevazione. Tale indice rappresenta i valori riconducibili – in media – ad ogni area tematica, fornendo una visione di sintesi delle risposte fornite dagli intervistati.

In considerazione della coerenza logica che caratterizza gli *item* inclusi in ciascuna categoria di cui si compone il questionario, è possibile presumere che i valori espressi dall'indice sintetico rappresentino, con un livello di fedeltà abbastanza significativo, la percezione degli interlocutori intervistati. Tale presunzione trova parziale conferma nei valori assunti dalle deviazioni standard relative a ciascuno dei costrutti inclusi nell'analisi, con una volatilità che assume valori compresi tra [ $\sigma=0$  :  $\sigma=0,87$ ] per gli item del costrutto soggetto a minore variabilità (Preferenza per l'autonomia operativa Vs Preferenza per la collaborazione) e valori compresi tra [ $\sigma=0,86$  :  $\sigma=1,66$ ] per gli item del costrutto più volatile (Approccio riduzionista Vs Continuità della cura).

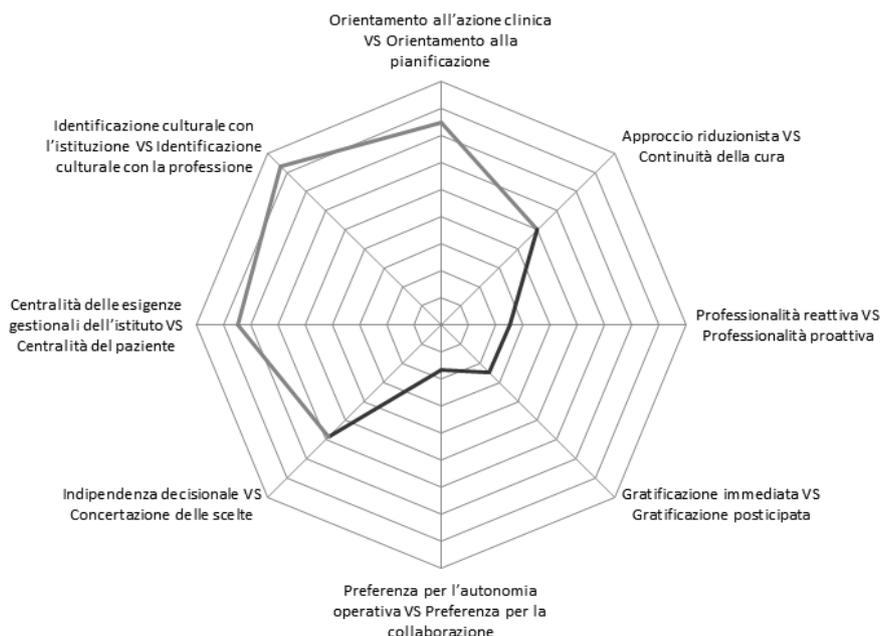
## 7. Risultati della ricerca

I risultati della ricerca trovano una sintesi grafica nella Figura 2: essa contiene un ottagono, ai cui vertici sono riportate le otto componenti concettuali del *framework* che ha ispirato il presente studio. A corredo della Figura 2, la Tabella 2 esprime in termini bi-modali gli otto costrutti in parola, elencando, da una parte, le modalità affini all'impostazione bio-medica e, dall'altra, le modalità che suggeriscono un approccio orientato alla co-produzione del servizio e al coinvolgimento del paziente nel percorso di cura.

Come anticipato, la posizione espressa dai dirigenti medici penitenziari con riferimento a ciascuna delle dimensioni oggetto di analisi è stata misurata attraverso un indice sintetico, i cui valori spaziano tra 0 e 1. All'interno di questo *range*, valori prossimi allo 0 suggeriscono la propensione verso un'etica di ispirazione bio-medica, basata sulla dominanza del professionista sanitario e sullo scetticismo rispetto al coinvolgimento del paziente; viceversa, valori prossimi all'1 indicano approccio di cura ispirato alla co-produzione, che contempla l'abilitazione del paziente e l'attivazione delle risorse dormienti a disposizione di quest'ultimo. La contenuta volatilità rinvenuta nelle risposte fornite dagli intervistati per ciascuna categoria oggetto di analisi incoraggia a ritenere i valori dell'indice rappresentativi della popolazione coinvolta. In aggiunta, tale circostanza induce a un'ulteriore considerazione di estremo interesse: le opinioni dei dirigenti medici intervistati sembrano risentire solo limitatamente delle peculiarità dimensionali o istituzionali degli istituti di pena di afferenza, a

testimonianza di una sostanziale omogeneità negli approcci di cura posti in essere all'interno delle unità di analisi.

**Figura n. 2 Risultati dell'analisi qualitativa**



Fonte: Elaborazione dell'autore

Prendendo spunto da quanto esposto nei paragrafi che precedono, è possibile asserire che l'adesione a un modello bio-medico di cura implichi un orientamento al trattamento clinico piuttosto che alla presa in carico della persona assistita. L'attenzione, infatti, è focalizzata sulla prestazione sanitaria, la quale è interpretata quale soluzione tecnica e puntuale di fronte al decadimento dello stato di salute della persona assistita. Chi eroga la prestazione sanitaria si concentra sulle proprie competenze cliniche e sull'esperienza professionale, omettendo il contributo che il paziente è in grado di esprimere ai fini del buon esito del percorso di cura.

Allo stesso tempo, l'identificazione culturale con i valori patrocinati dall'istituto di pena e la prevalente premura verso le esigenze custodialistiche perseguite da esso potrebbero essere interpretate come espressione di un approccio bio-medico. Abbracciando siffatta impostazione, le prestazioni sanitarie sono concepite quali iniziative intese a preservare l'integrità degli individui *in vinculis*, attraverso l'eliminazione dei determinanti biologici del malessere fisico e psichico; in ultima analisi, le prestazioni di assistenza sono protese a garantire la piena esecuzione della pena e a tutelare l'ordine all'interno dell'istituto di reclusione. In modo analogo, la preferenza accordata all'autonomia decisionale e operativa, l'intento di difendere l'indipendenza professionale, la predilezione per

una gratificazione immediata e l'adozione di un approccio di cura reattivo, tipico di un'interazione riduzionistica tra il professionista sanitario e il paziente, sono sintomo di un modello di assistenza tradizionale, che concepisce l'erogatore della prestazione quale "risolutore" di casi clinici.

**Tabella n. 2 – Modello bio-medico e co-produzione dell'assistenza a confronto**

<b>Modello bio-medico</b>	<b>Co-produzione dell'assistenza</b>
Orientamento alla prestazione <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>focus sul trattamento clinico e azione sui determinanti biologici della salute</i></li> </ul>	Orientamento alla pianificazione <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>focus sui bisogni di salute del paziente e azione sui determinanti globali della salute</i></li> </ul>
Riduzionismo <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario ha il solo compito di curare e tutelare l'integrità bio-fisica dell'individuo</i></li> </ul>	Continuità della cura <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario adotta un approccio di assistenza improntato alla presa in carico globale della persona</i></li> </ul>
Professionalità reattiva <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La prestazione di assistenza sanitaria rappresenta una risposta puntuale a un episodio di decadimento dello stato di salute</i></li> </ul>	Professionalità proattiva <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Si predilige la medicina di iniziativa, intesa a creare condizioni concrete di tutela e promozione della salute in ambito penitenziario</i></li> </ul>
Gratificazione immediata <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario attende un riconoscimento immediato (sia sul piano materiale che su quello immateriale) per le prestazioni erogate</i></li> </ul>	Gratificazione posticipata <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario è disposto a ricevere riconoscimenti posticipati, pur di conseguire condizioni di maggiore benessere psico-fisico nei pazienti assistiti</i></li> </ul>
Preferenza per l'autonomia <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario intende mantenere salda la propria discrezionalità, non condividendo le attività da svolgere con colleghi</i></li> </ul>	Preferenza per la collaborazione <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario è disposto a sacrificare parte della propria discrezionalità per accedere a condizioni favorevoli alla collaborazione</i></li> </ul>
Indipendenza decisionale <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario intende tutelare la propria autonomia di scelta, facendo leva sulle competenze professionali</i></li> </ul>	Concertazione delle scelte <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario è propenso alla concertazione delle decisioni e alla valutazione multi-dimensionale dei bisogni del paziente</i></li> </ul>
Centralità dell'istituto <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario privilegia le esigenze organizzative dell'istituto nello svolgimento delle attività di assistenza</i></li> </ul>	Centralità del paziente <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario guarda ai bisogni del paziente nell'adempimento delle proprie funzioni</i></li> </ul>
Immedesimazione con l'istituto <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario si identifica con l'istituto di appartenenza</i></li> </ul>	Immedesimazione con la professione <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Il professionista sanitario si identifica con la professione di afferenza</i></li> </ul>

Fonte: Elaborazione dell'autore

Ribaltando la prospettiva di analisi, l'orientamento alla presa in carico del paziente e l'identificazione culturale con la professione sanitaria evocano una

propensione alla co-produzione dell'assistenza. All'intento di curare la patologia è anteposta la finalità di abilitare e supportare il paziente nella consapevole gestione del proprio stato di salute, fornendo a questi un costante sostegno psicologico e sociale in concomitanza al trattamento clinico. Il *focus* sui bisogni di salute del paziente, la propensione alla concertazione delle decisioni terapeutiche e l'apertura alla collaborazione inter-professionale rappresentano caratteri distintivi del modello di co-produzione della salute. A tali fattori si accompagnano l'accettazione di una gratificazione posticipata a fronte delle prestazioni erogate e la preferenza verso una logica di azione pro-attiva, orientata alla continuità assistenziale. In sostanza, il modello di co-produzione concepisce il professionista sanitario quale promotore e catalizzatore del benessere psico-fisico individuale: ben lungi dal provvedere unilateralmente al trattamento della patologia, questi assume il compito di stimolare l'attivazione del paziente e favorire l'auto-gestione dello stato di salute.

All'interno degli istituti di pena coinvolti nell'analisi non è possibile riscontrare – nella sua piena manifestazione – nessuno dei due approcci di assistenza ivi brevemente presentati. Dai risultati dell'indagine empirica, piuttosto, si evince un quadro ambiguo, che ritrae in maniera abbastanza fedele la situazione di stallo prevalente all'interno degli istituti di pena italiani. Tale ambiguità è in larga parte frutto delle difficoltà di implementazione del profondo – ma tuttora parziale – processo di cambiamento istituzionale, organizzativo e culturale che sta investendo la gestione dei servizi di assistenza sanitaria in ambito penitenziario.

Come evidenziato dalla parte superiore della Figura 2, i dirigenti medici coinvolti nell'analisi esprimono una significativa propensione a un approccio di assistenza orientato alla persona, che si fonda sulla pianificazione concertata del percorso di cura e sulla centralità dei bisogni di salute espressi dal paziente. A ciò si aggiunga che la gran parte dei professionisti sanitari intervistati tende a identificarsi con la professione di afferenza, piuttosto che con l'istituto di pena presso cui presta servizio, finalizzando la propria attività alla soddisfazione delle esigenze di salute dei ristretti, piuttosto che al perseguimento delle finalità custodialistiche del sistema penitenziario.

A partire da questo punto di vista, si ritiene possibile argomentare a sostegno di una graduale ri-concettualizzazione della figura del professionista sanitario che opera in ambito penitenziario. Da agente al servizio dell'istituto di pena, cui è attribuito il compito di tutelare il benessere fisico e biologico dei ristretti e di evitarne un indesiderato ritorno nella comunità di appartenenza, egli sublima a rappresentante del sistema sanitario nazionale all'interno delle organizzazioni penitenziarie, la cui azione è finalmente protesa alla promozione della salute globale degli individui *in vinculis*. In questi termini, la prestazione del trattamento clinico perde, in quanto tale, di rilevanza. Il principale compito del professionista sanitario in ambito penitenziario, invero, è la creazione di condizioni che favoriscano la promozione di uno stato di completo benessere psichico e fisico dell'individuo, prescindendo dal mero intento di pervenire alla cura della patologia.

In coerenza al quadro qui presentato, gli interlocutori coinvolti nell'analisi si manifestano disposti a una pianificazione concertata del percorso di cura e alla

valutazione globale dei bisogni di assistenza dei pazienti *in vinculis*, così come al coinvolgimento di questi ultimi nelle prestazioni di cura. In termini analoghi, i dirigenti medici penitenziari riconoscono e valorizzano i temi della centralità del paziente e della personalizzazione delle prestazioni, considerando non etico sotto il profilo professionale subordinare le esigenze di salute dell'individuo alle finalità detentive dell'istituto di pena.

A dispetto di tale situazione di fondo, come si può desumere dalla parte inferiore della Figura 2, i dirigenti medici penitenziari sembrano preservare un'impostazione per lo più reattiva alla cura, la quale si rivela strumentale al trattamento della patologia, ma non alla promozione del benessere globale della persona. Come se ciò non bastasse, i *key informant* sembrano prediligere l'azione individualistica rispetto al lavoro in squadra e preferiscono una gratificazione immediata – sia di tipo materiale che immateriale – a fronte delle prestazioni erogate: aspetti che, in larga parte, confliggono con l'introduzione di un modello di co-produzione della salute.

In sostanza, sembra che – quanto meno sul piano operativo – i professionisti sanitari rineghino quanto sostenuto in linea di principio in termini di abilitazione e coinvolgimento del paziente, ribadendo l'adozione di un'impostazione bio-medica di assistenza. Essi, infatti, sono propensi a ridurre l'incontro con il paziente a un mero episodio clinico, durante il quale si procede alla prestazione di un trattamento sanitario, per far fronte in maniera puntuale al decadimento del benessere individuale. L'atteggiamento adottato è di reazione e non di iniziativa: piuttosto che promuovere il miglioramento continuo delle condizioni di salute, si provvede *ex post* ad attività di tutela del benessere fisico dell'individuo, con una forte propensione all'applicazione asettica delle evidenze cliniche ai fini delle attività di cura. A questo approccio si correla l'aspettativa di gratificazioni immediate, in un tentativo di restituire quanto prima possibile un senso concreto alle prestazioni di assistenza erogate in ambito penitenziario.

Alla luce di tale ambiguità di fondo, è altresì possibile fornire una spiegazione ai valori neutri assunti da due degli otto costrutti analizzati, vale a dire la preferenza per l'indipendenza decisionale ovvero per la concertazione delle scelte e la predilezione per un approccio di assistenza improntato al riduzionismo ovvero alla continuità della cura. In entrambi i casi, infatti, l'indice costruito a partire dalle risposte degli intervistati tende a posizionarsi intorno al valore medio, con una variabilità poco rilevante. Desiderosi, da un lato, di implementare modelli di assistenza coerenti alla co-produzione della cura e trovandosi, dall'altro, ad agire in un contesto ostile, gli intervistati manifestano un'apertura alla concertazione delle decisioni cliniche e alla continuità della cura, ma nella prassi esprimono un atteggiamento improntato all'autonomia professionale e al riduzionismo clinico. Se in un senso, dunque, emergono timidi segnali di cambiamento, dall'altro questi sono infiacchiti da vincoli di carattere strutturale e gestionale, ancora largamente irrisolti nel contesto penitenziario.

Come anticipato, i risultati dell'analisi non consentono di presumere l'esistenza di relazioni significative tra le caratteristiche dimensionali e istituzionali degli istituti di pena e la propensione all'adozione di approcci di cura orientati alla co-produzione dell'assistenza. Quantunque il carattere esplorativo dello studio

non offra la possibilità di pervenire a solide argomentazioni sulle contingenze che influenzano gli approcci di cura adottati all'interno dei penitenziari, si nota una maggiore propensione degli istituti a custodia attenuata (Casa Circondariale – ICATT #1) e delle case di reclusione non interessate da problemi di sovraffollamento (Casa Circondariale #5 e Casa Circondariale #7) ad abbracciare un modello di co-produzione delle prestazioni di assistenza. In termini opposti, maggiori inerzie interessano, da un lato, gli istituti con più evidenti problemi di sovraffollamento e, dall'altro, gli OPG, le cui criticità gestionali spingono verso un modello riduzionistico di assistenza alla persona.

## 8. Discussione dei risultati, limiti e sviluppi futuri

Il quadro contraddittorio che emerge dai risultati della ricerca trova una possibile spiegazione alla luce delle peculiari caratteristiche del contesto in cui i dirigenti medici penitenziari si trovano a operare. L'insalubrità degli ambienti di vita, spesso aggravata dalle critiche situazioni di sovraffollamento, la crescente complessità delle fattispecie cliniche espresse dagli individui sottoposti a una misura restrittiva della libertà personale, a sua volta correlata all'aumento dell'età media della popolazione detenuta, e la scarsità delle risorse a disposizione sia sotto il profilo economico che tecnico e professionale determinano una situazione di forte *stress* organizzativo, che – nella maggior parte delle ipotesi – inibisce le iniziative finalizzate al coinvolgimento del paziente.

In presenza di tali contingenze, i professionisti sanitari prediligono – nella prassi – un atteggiamento reattivo, proteso alla cura piuttosto che alla presa in carico del paziente. A tale approccio si accompagna la preferenza verso un'interazione puntuale, orientata alla dominanza clinica e alla subordinazione del paziente, paradossalmente coerente a un modello riduzionistico e atomistico di cura. In altri termini, l'ostilità del contesto operativo induce i professionisti sanitari a precludersi la possibilità di costruire una relazione di fiducia con i pazienti *in vinculis*, aspetto che paralizza la transizione verso formule di assistenza alla persona orientate alla co-produzione del servizio.

La promozione di approcci di cura basati sull'*empowerment* del paziente, invero, richiede l'avvio di profondi interventi di natura strutturale e gestionale, intesi a superare le residue inerzie che legano i professionisti sanitari al modello bio-medico e a migliorare la dotazione di risorse a disposizione per soddisfare i bisogni di salute della popolazione detenuta. In assenza di azioni tempestive in tal senso, si rischia l'attivazione di un circolo vizioso: di fronte a richieste di assistenza in continua crescita, l'impossibilità o l'incapacità di implementare modelli di cura improntati alla centralità del paziente potrebbe indurre i professionisti sanitari a reagire replicando i tradizionali approcci di cura. Questi ultimi, d'altro canto, non forniscono una risposta appropriata ai sempre più qualificati bisogni di salute della popolazione detenuta: ne consegue l'auto-

alimentarsi della domanda di assistenza sanitaria, con il conseguente aggravamento della già critica situazione in essere.

In quest'ottica, l'abilitazione del paziente e il suo coinvolgimento nel percorso di cura rappresentano delle soluzioni che non conducono semplicemente a una maggiore qualità delle prestazioni, ma anche a una più solida sostenibilità del sistema sanitario penitenziario. Attivando le risorse dormienti a disposizione dei pazienti, è possibile bloccare la spirale viziosa sopra delineata, contribuendo al contempo al miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficienza delle prestazioni di assistenza.

Come testimoniato dai risultati della presente ricerca, i professionisti sanitari sono propensi a un mutamento culturale in tal senso. Essi, invero, si dimostrano disposti ad abbandonare la retriva impostazione bio-medica in favore del coinvolgimento del paziente. In mancanza di condizioni favorevoli sia sotto il profilo strutturale che gestionale, tuttavia, tale tensione al cambiamento non è capitalizzata. Anzi, essa è svilita, fornendo nuova linfa vitale a un approccio alla cura improntato al riduzionismo clinico.

Di particolare interesse, sotto questo punto di vista, è la costante propensione dei dirigenti medici ad esprimere una netta predilezione verso l'indipendenza professionale e verso un'impostazione di cura reattiva. Infatti, l'individualismo consente di conseguire un significativo livello di controllo sulle attività svolte all'interno dell'istituto di pena, emancipando il professionista sanitario dalle condizioni di incertezza e di instabilità che caratterizzano il particolare contesto penitenziario. L'approccio reattivo, a sua volta, è esplicitazione di un tentativo di semplificazione delle sempre più complesse istanze di assistenza espresse dai pazienti *in vinculis*.

Di fronte all'incapacità di gestire proattivamente i bisogni di salute a causa dei vincoli strutturali e gestionali che caratterizzano gli istituti di pena, i professionisti sanitari reagiscono con un'impostazione difensiva, che offre la possibilità di rispondere ad esigenze puntuali dei pazienti, ma risulta non sostenibile nel lungo periodo. È a partire da questo punto di vista che bisogna leggere la maggiore apertura degli istituti che non presentano problemi di sovraffollamento a un modello di co-produzione dell'assistenza e, di riflesso, la tensione al riduzionismo delle case di reclusione che esprimono più forti criticità in tal senso. La stessa chiave di lettura consente di motivare, da un lato, la propensione delle case di reclusione a custodia attenuata a coinvolgere il paziente e ad abilitarlo ai fini della partecipazione nel percorso di cura e, dall'altro, la prevalente impostazione bio-medica riscontrabile presso gli OPG.

I risultati della presente ricerca, ovviamente, vanno letti in considerazione dei limiti che hanno caratterizzato l'indagine empirica, prima tra tutte la non rappresentatività a livello nazionale del campione incluso nell'analisi. In aggiunta, l'affidabilità dello strumento di rilevazione impiegato ai fini dell'indagine non è stata testata attraverso appropriati metodi statistici – criticità non evitabile, in considerazione della fase seminale del progetto di ricerca e della natura esplorativa dello studio. In questi termini, sviluppi futuri potrebbero riguardare tanto l'allargamento dei confini entro cui l'indagine è stata svolta, quanto l'ampliamento delle categorie di professionisti sanitari coinvolti nell'indagine. In

termini analoghi, un'analisi in profondità e di tipo longitudinale presso un istituto di riferimento potrebbe rivelarsi utile per identificare con maggiore puntualità gli ostacoli di natura strutturale, gestionale e culturale che impediscono la concreta implementazione di approcci di co-produzione dell'assistenza.

Esiste il rischio che le peculiarità del contesto di analisi abbiano prodotto fenomeni di distorsione nell'interpretazione dei risultati della ricerca, *in primis* in considerazione dei determinanti sociali che condizionano il ricorso degli individui sottoposti a una misura restrittiva della libertà personale ai servizi di tutela e promozione della salute. A titolo esemplificativo, Feron e colleghi (2008) hanno evidenziato come, tra gli altri aspetti, l'intento di recuperare un maggiore controllo sulle proprie condizioni di vita concorra a spiegare il ricorso dei ristretti alle prestazioni di assistenza sanitaria a prescindere dallo stato di salute percepito, ostacolando l'instaurazione di un rapporto fiduciario con i professionisti sanitari. D'altro canto, vi è chi ha argomentato che il coinvolgimento del paziente potrebbe essere sfruttato come approccio di facciata dai professionisti sanitari, interessati prevalentemente a tutelare il proprio potere organizzativo (Currie, et al., 2012).

In questa prospettiva, è opportuno guardare criticamente alle dichiarazioni degli intervistati in merito alle proprie percezioni rispetto all'immedesimazione organizzativa e culturale con l'istituto di appartenenza ovvero con la professione di afferenza. L'identificazione culturale con la professione, in effetti, potrebbe essere sentore dell'intento degli intervistati di conquistare una maggiore discrezionalità organizzativa e di sfruttare il processo di cambiamento istituzionale per sottrarsi alle ingerenze esercitate dall'istituto di pena, in assenza di un tentativo di abilitazione dell'utenza e in linea con quanto argomentato a vario titolo dalla letteratura scientifica (si vedano, tra gli altri, Muzio, et al., 2013; Kellogg, 2009). A dispetto di tali considerazioni, nondimeno, è lecito ritenere che l'introduzione di approcci di co-produzione della salute in ambito penitenziario prepari la strada a un'interazione più trasparente tra i pazienti e i professionisti sanitari (Cahn, 2004), creando le condizioni per il conseguimento di una più elevata appropriatezza e di una maggiore efficacia nelle prestazioni di assistenza.

Infine, l'elevata probabilità che i ristretti manifestino inadeguate competenze sanitarie potrebbe costituire un ostacolo al loro coinvolgimento nelle prestazioni di cura, a prescindere dall'apertura degli istituti di pena alla co-produzione (Palumbo, et al., 2016<sub>b</sub>). Invero, la prevalenza di condizioni di bassa alfabetizzazione sanitaria impedisce il ricorso alla co-produzione delle prestazioni di cura (Palumbo, et al., 2016<sub>a</sub>), esacerbando le condizioni di dominanza clinica naturalmente presenti all'interno del contesto penitenziario (Kouame e Young, 2014). In tal senso, è indispensabile che i ristretti acquisiscano le competenze necessarie per interpretare correttamente le informazioni sanitarie che sono loro trasmesse e per maturare una maggiore consapevolezza sulla propria capacità di partecipare alla definizione e all'implementazione del percorso di assistenza, rendendo concretamente conseguibile la co-produzione delle attività di tutela e promozione della salute.

## 9. Conclusioni

Il coinvolgimento del paziente nelle prestazioni di assistenza sanitaria è strumentale sia alla maggiore efficacia della cura che al miglioramento delle condizioni di efficienza e sostenibilità del sistema sanitario (Lewin, Atkins e McNeely, 2013; Barella, Graffigna e Vegni, 2012). Ciò è particolarmente vero con riferimento al sub-sistema penitenziario, la cui operatività è messa a repentaglio dalla carenza di risorse a disposizione a fronte della crescente quantità di bisogni di salute espressi dalla popolazione detenuta (Palumbo, 2013). La co-produzione della prestazione rompe con il tradizionale approccio bio-medico, che identifica nel professionista sanitario l'unico attore competente per la definizione e l'implementazione del percorso di cura, collocando il paziente in second'ordine nella veste di beneficiario passivo delle prestazioni di assistenza. Tale impostazione determina una scarsa relazione di fiducia tra il professionista sanitario e il paziente, inducendo il primo a concentrare l'attenzione sulla sola fattispecie sintomatica e il secondo a considerare i servizi di assistenza una mera opportunità per ottenere un'effimera attenuazione del regime detentivo.

La transizione verso un modello di assistenza fondato sulla co-produzione della prestazione consente di recuperare la centralità della persona, patrocinando un approccio globale alla salute che, accanto alla dimensione biologica, tenga nella dovuta considerazione anche i determinanti sociali, comportamentali e ambientali del benessere psico-fisico. Quantunque l'attuale quadro istituzionale apra a una riconfigurazione del sistema sanitario penitenziario coerente al coinvolgimento del paziente nella pianificazione e nell'implementazione del percorso di cura, gli istituti di pena restano tuttora fedeli alla tradizionale impostazione bio-medica.

Alla luce dei risultati del presente studio, si può arguire che i professionisti sanitari siano propensi a un processo di abilitazione degli utenti. L'approccio di co-produzione, inoltre, è considerato largamente applicabile – sia sotto un profilo organizzativo che operativo – a tutti i contesti detentivi, a prescindere dalle relative caratteristiche istituzionali e dimensionali. Cionondimeno, gran parte dei presupposti necessari al fattivo coinvolgimento del paziente *in vinculis* nelle prestazioni di cura risultano tuttora mancanti. Da un lato, i professionisti sanitari esprimono un atteggiamento favorevole alla concertazione del percorso di cura con il paziente e all'implementazione di formule di co-produzione dell'assistenza sanitaria. Dall'altro, una situazione precaria sotto il profilo strutturale e gestionale ostacola il rinnovamento degli approcci alla cura. La carenza delle risorse finanziarie, tecniche e professionali a disposizione, la debole intelaiatura di rapporti inter-istituzionali tra gli attori a vario titolo deputati alla tutela e alla promozione della salute degli individui sottoposti a una misura restrittiva della libertà personale e la scarsa fiducia reciproca tra i professionisti sanitari e i pazienti sono alla base dell'attuale situazione di stallo all'interno degli istituti di pena.

In tale prospettiva, è opportuno che all'intervento riformatore si accompagni una radicale azione sui presupposti della co-produzione dell'assistenza sanitaria. In particolare, il rinvigorimento delle relazioni inter-organizzative tra le aree sanitarie degli istituti di pena e il Sistema sanitario nazionale, l'investimento sulle competenze sanitarie dei pazienti *in vinculis* e l'arricchimento della dotazione di risorse strutturali e professionali a disposizione dei dirigenti medici penitenziari risultano indispensabili in un'ottica di riconfigurazione dei modelli di assistenza ad oggi prevalenti negli istituti di pena italiani.

## Bibliografia

- Adinolfi P. (2005), *Il mito dell'azienda*, Milano: McGraw-Hill.
- Adler H.M. (2007), "Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: an emerging dialogue", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, n. 2, p. 280-285.
- Alford J. (1998), "A public management road less travelled: clients as co-producers of public services", *Australian Journal of Public Administration*, vol. 57, n. 4, p. 128-137.
- Andersson E., Tritter J., Wilson R. (2006), *Healthy democracy. The future of involvement in health and social care*, Involve and NHS National Centre for Improvement, London.
- Ashcroft R. & Van Katwyk T. (2016), "An Examination of the Biomedical Paradigm: A View of Social Work", *Social Work in Public Health*, vol. 31, n. 3, p. 140-152.
- Armstrong J. (2014), "Rethinking the restorative-retributive dichotomy: is reconciliation possible?", *Contemporary Justice Review*, vol. 17, n. 3, p. 362-374.
- Barello S., Graffigna G., Vegni E. (2012), "Patient Engagement as an Emerging Challenge for Healthcare Services: Mapping the Literature", *Nursing Research and Practice*, vol. 2012, p. 1-7.
- Bertakis K.D., Azari R. (2011), "Patient-centered care is associated with decreased health care utilization", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 24, n. 3, p. 229-239.
- Bettencourt L.A., Ostrom A.L., Brown S.W., Roundtree R.I. (2002), "Client co-production in knowledge-intensive business services", *California Management Review*, vol. 44, n. 4, p. 100-128.
- Borrell-Carrió F., Suchman A.L., Epstein R.M. (2004), "The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry", *Annals of Family Medicine*, vol. 2, n. 6, p. 576-582.
- Botero A., Paterson A.G., Saad-Sulonen J. (2012), *Toward peer production in public services: cases from Finland*, Aalto University Publication Series, Helsinki.

- Bovaird T. (2007), "Beyond engagement and participation: user and community coproduction of public services", *Public Administration Review*, vol. 67, n. 5, p. 846-860.
- Bovaird T., Loeffler E. (2012), *From engagement to co-production: how users and communities contribute to public services*, Routledge, Abingdon.
- Boyle D., Harris M. (2009), *The challenge of co-production: how equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services*, Nesta, London.
- Boyle D., Clarke S., Burns S. (2006), *Hidden work: co-production by people outside paid employment*, Joseph Rowntree Foundation, London.
- Breen K.J. (2004), "The medical profession and the pharmaceutical industry: when will we open our eyes", *Medical Journal of Australia*, vol. 180, p. 409-410.
- Brudney J.L., England R.E. (1983), "Toward a Definition of the Coproduction Concept", *Public Administration Review*, vol. 43, n. 1, p. 59-65.
- Buetow S. (1998), "The scope for the involvement of patients in their consultations with health professionals: rights, responsibilities and preferences of patients", *Journal of Medical Ethics*, vol. 24, n. 4, p. 243-247.
- Cahill J. (1996), "Patient participation: a concept analysis", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 24, n. 3, p. 561-571.
- Cahn E.S. (2004), *No more throw-away people: the co-production imperative*, Essential Books, Washington, DC.
- Cegalaa D.J., Street Jr R.L., Clinch R. (2007), "The impact of patient participation on physicians' information provision during a primary care medical interview", *Health Communication*, vol. 21, n. 2, p. 177-185.
- Charles C., Gafni A., Whelan T. (1997), "Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango)", *Social Science and Medicine*, vol. 44, n. 5, p. 681-692.
- Collins S., Britten N., Ruusuvoori J., Thompson A. (2007), *Patient participation in health care consultations: qualitative perspectives*, Open University Press, Maidenhead.
- Coltman T., Deviney T.M., Midgley D.F., Veniak S. (2008), "Formative versus reflective measurement models: Two applications of formative measurement". *Journal of Business Research*, vol. 61, n. 12, p. 1250-1262.
- Cote A. (2011), "Co-production as a vehicle for sharing social responsibilities", in Council of Europe, *Towards a Europe of shared social responsibilities: challenges and strategies* (p. 291-308), Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Currie G., Lockett A., Finn R., Martin G., Waring J. (2012), "Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism", *Organization Studies*, vol. 33, n. 7, p. 937-962.
- Dacher E.S. (1995), "A systems theory approach to an expanded medical model: a challenge for biomedicine", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 1, n. 2, p. 187-196.
- Dahlberg K. (1996), "Intersubjective meeting in holistic caring: a Swedish perspective", *Nursing Science Quarterly*, vol. 9, n. 4, p. 147-151.

- De Valck C., Bensing J., Bruynooghe R., Batenburg V. (2001), "Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine", *Patient Education and Counseling*, vol. 45, n. 2, p. 119-126.
- Duke K. (2011), "Reconceptualising harm reduction in prison", in Fraser S., David M. (eds.), *The drug effect: health, crime and society* (p. 209-224), Cambridge University Press, Cambridge.
- Dunston R., Lee A., Boud D., Brodie P., Chiarella M. (2009), "Co-production and health system reform - From re-imagining to re-making", *The Australian Journal of Public Administration*, vol. 68, n. 1, p. 39-52.
- Engel G.L. (2004), "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", in Caplan L.A., McCartney J.J., Sisti A.D., *Health, disease, and illness: concepts in medicine* (p. 51-64), Georgetown University Press, Washington, DC.
- Feron J-M., Tan L.H.N., Pestiaux D., Lorant V. (2008), "High and variable use of primary care in prison. A qualitative study to understand help-seeking behaviour", *International Journal of Prisoner Health*, vol. 4, n. 3, p. 146-155.
- Ferris J.M. (1984), "Co-provision: citizen time and money donations in public service provision", *Public Administration Review*, vol. 44, n. 4, p. 324-333.
- Fotaki M. (2011), "Towards developing new partnerships in public services: users as consumers, citizens and/or co-producers in health and social care in England and Sweden", *Public Administration*, vol. 89, n. 3, p. 933-955.
- Foucault, M. (1975), *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino.
- Freidson E. (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, New York.
- Gilson L. (2003), "Trust and the development of healthcare as a social institution", *Social Science & Medicine*, vol. 56, n. 7, p. 1453-1468,
- Gronroos C. (2009), *Management e Marketing dei Servizi*, Isedi, Torino.
- Guadagnoli E., Ward P. (1998), "Patient participation in decision making", *Social Science and Medicine*, vol. 47, n. 3, p. 329-339.
- Hek G. (2006), "Unlocking potential: challenges for primary health care researchers in the prison setting", *Primary Health Care Research and Development*, vol. 7, n. 2, p. 91-94.
- Holmström I., Röing M. (2010), "The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts", *Patient Education & Counselling*, vol. 79, n. 2, p. 167-172.
- Jordan M. (2012), "Patients'/prisoners' perspectives regarding the National Health Service mental healthcare provided in one Her Majesty's Prison Service establishment", *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, vol. 23, n. 5-6, p. 722-739.
- Joshi A., Moore M. (2004), "Institutionalised co-production: unorthodox public service delivery in challenging environments", *The Journal of Development Studies*, vol. 40, n. 4, vol. 31-49.
- Kaplan H.I., Sadock B.J. (1999), *Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, Hagerstown.
- Kellogg K.G. (2009), "Operating Room: Relational Spaces and Microinstitutional Change in Surgery", *American Journal of Sociology*, vol. 115, n. 3, p. 657-711.

- Kouame G., Young D. (2014), "Promoting Health Literacy and Personal Health Management with Inmates in a County Detention Center", *Journal of Hospital Librarianship*, vol. 14, n. 2, p. 172-179.
- Labonte R. (1994), "Health promotion and empowerment: reflections on professional practice", *Health Education & Behavior*, vol. 21, n. 2, p. 253-268.
- Laverack G. (2006), "Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature", *Journal of Health Population and Nutrition*, vol. 24, n. 1, p. 113-120.
- Lewin J.C., Atkins G.L., McNeely L. (2013), "The Elusive Path to Health Care Sustainability", *Journal of the American Medical Association*, vol. 310, n. 16, p. 1669-1670.
- Marshall T., Simpson S., Stevens A. (2000). *Health care in prisons: a health care needs assessment*, University of Birmingham, Edgbaston.
- McLaughlin H. (2004), "Partnerships: panacea or pretence?", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 18, n. 2, p. 103-113.
- Mead N., Bower P. (2000), "Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature", *Social Science & Medicine*, vol. 51, n. 7, p. 1087-1110.
- Morris P., O'Neill F., Armitage A., Lane R., Symons J., Dalton E., Gaines M., Kats A., Reed J. (2007), Moving from tokenism to co-production: implications of learning from patient and community voices in developing patient centred professionalism, *Professional Lifelong Learning: critical debates about professionalism conference*, University of Leeds, Leeds.
- Muzio D., Brock D.M., Suddaby R. (2013), "Professions and Institutional Change: Towards an Institutional Sociology of the Professions", *Journal of Management Studies*, vol. 50, n. 5, p. 699-721.
- Needham C. (2008), "Realising the potential of co-production: negotiating improvements in public services", *Social Policy & Society*, vol. 7, n. 2, p. 221-231.
- Needham C. (2012), *Co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation*, Social Care Institute for Excellence, London.
- Ostrom E. (1996), "Crossing the great divide: co-production, synergy and development", *World Development*, vol. 24, n. 6, p. 1073-1087.
- Palumbo R. (2016), "Contextualizing coproduction of health care: a systematic literature review", *International Journal of Public Sector Management*, vol. 29, n. 1, p. 72-90.
- Palumbo R., Annarumma C., Musella M., Adinolfi P., Piscopo G. (2016<sub>a</sub>), "The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy", *Health Policy*, vol. 120, n. 9, p. 1087-1094.
- Palumbo R., Annarumma C., Musella M., Adinolfi P. (2016), "The missing link to patient engagement in Italy: the role of health literacy in enabling patients", *Journal of Health Organization and Management*, vol. 30, n. 8, doi: 10.1108/JHOM-01-2016-0011.
- Palumbo R. (2015<sub>a</sub>), "Una contestualizzazione del concetto di co-produzione al caso dei servizi pubblici: una rassegna critica della letteratura internazionale", *Azienda Pubblica*, vol. 2, p. 132-156.

- Palumbo R. (2015<sub>b</sub>), "Reforming penitentiary health. The transition from 'cure' to 'care' in Italian prisons", *International Journal of Healthcare Management*, vol. 8, n. 4, p. 232-243.
- Palumbo R. (2013), "Dalla cura all'empowerment del paziente in vinculis: le prospettive evolutive dell'assistenza sanitaria negli istituti di pena", *Mecosan*, vol. 87, p. 29-43.
- Parks R.B., Baker P.C., Kiser L., Oakerson R., Ostrom E., Ostrom V., Percy S.L., Vandivort M.B., Whitaker, G.P. Wilson R. (1981), "Consumers as co-producers of public services: some economic and institutional considerations", *Policy Studies Journal*, vol. 9, n. 7, p. 1001-1011.
- Percy S.L. (1984), "Citizen participation in the coproduction of urban services", *Urban Affairs Review*, vol. 19, n. 4, p. 431-446.
- Pestoff V. (2009), "Towards a paradigm of democratic participation: citizen participation and co-production of personal social services in Sweden", *Annals of Public and Cooperative Economics*, vol. 80, n. 2, p. 197-224.
- Pestoff V., Osborne S.P., Brandsen T. (2006), "Patterns of co-production in public services", *Public Management Review*, vol. 8, n. 4, p. 591-595.
- Peters M. (2004), "Citizen-consumers, social markets and the reform of public services", *Policy Futures in Education*, vol. 2, n. 3-4, p. 621-632.
- Piscopo G., Palumbo R. (2012), "Dimensioni culturali e istituzionali della sanità penitenziaria: una lettura critica", in AA. VV., *Critical Management Studies: temi di ricerca nel dibattito internazionale* (p. 125-139). Editoriale Scientifica, Napoli.
- Powell J., Harris F., Condon L., Kemple T. (2010), "Nursing care of prisoners: staff views and experiences", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, n. 6, p. 1257-1265.
- Putnam, R.D. (1995), "Bowling Alone: America's Declining Social Capital", *Journal of Democracy*, vol. 6, n. 1, p. 65-78.
- Realpe A., Wallace L.M. (2010), *What is co-production?*, The Health Foundation, London.
- Russell L. (2013), *Sociology for Health Professionals*, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Saha S., Beach M.C., Cooper L.A. (2008), "Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality", *Journal of National Medical Association*, vol. 100, n. 11, p. 1275-1285.
- Saltman R.B. (1994), "Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual framework", *International Journal of Health Services*, vol. 24, n. 2, p. 201-229.
- Sharp E.B. (1980), "Toward a new understanding of urban services and citizen participation: the coproduction concept", *The American Review of Public Administration*, vol. 14, n. 2, p. 105-118.
- Speedling E.J., Rose D.N. (1985), "Building an effective doctor-patient relationship: from patient satisfaction to patient participation", *Social Science & Medicine*, vol. 21, n. 2, p. 115-120.
- Stella A. (2001), *Medicare e meditare. Fondamenti per una scienza unificata della salute*, Guerini Studio, Milano.

Rocco Palumbo.

La co-produzione della salute negli istituti di pena. L'applicazione di nuovi approcci di assistenza nel sistema sanitario penitenziario

Impresa Progetto - Electronic Journal of Management, n. 3, 2016

---

- Strull W.M., Lo B., Charles G. (1984), "Do patients want to participate in medical decision making?", *Journal of the American Medical Association*, vol. 252, p. 2990-2994.
- Takman C.A., Severinsson E.I. (1999), "A description of health care professionals' experiences of encounters with patients in clinical settings", *Journal of Advanced Journal*, vol. 30, n. 6, p. 1368-1374.
- Voorberg W.H., Bekkers V.J.; Tummers L.G. (2015). "A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey". *Public Management Review*, vol. 17, n. 9, p. 1333-1357.
- Walter F. (2004), "Challenge of personalized health care: to what extent is medicine already individualized and what are the future trends?", *Medical Science Monitor*, vol. 10, n. 5, p. 111-123.
- Weingart S., Zhu J., Chiappetta L., Stuver S.O., Schneider E.C., Epstein A.M., Kasdan J.A.D., Annas C.L., Fowler Jr F.J., Weissman J.S. (2011), "Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 23, n. 3, p. 269-277.
- Whitaker G.P. (1980), "Co-production: citizen participation in service delivery", *Public Administration Review*, vol. 40, n. 3, p. 240-246.
- Winter S.J. (2008), "Improving the quality of health care delivery in a corrections setting", *Journal of Correctional Health Care*, vol. 14, n. 3, p. 168-182.
- Zamagni M.P. (2008), "Contributo al rapporto medico-paziente", *Psychofenia*, vol. 18, n. XI, p. 43-62.
- Zeithalm V.A., Bitner M.J., Gremler D.D. (2005), *Services Marketing*, McGraw Hill, New York.

### **Rocco Palumbo**

Assegnista di Ricerca in Organizzazione Aziendale

Dipartimento di Scienze Aziendali – Management & Innovation Systems

Università degli Studi di Salerno

Via Giovanni Paolo II, n. 132

(84084) Fisciano, Salerno

[rpalumbo@unisa.it](mailto:rpalumbo@unisa.it)