

School-Family-Healthcare provider: Methodological aspects to improve the quality of the care pathway

*Cecilia Dell'Olio**, *Giulia Ferradini***, *Alessandro Ridolfi****

Abstract

The ever-changing sociocultural contexts require modern health services to increasingly consider health as a value rooted in context. Designing and managing a care pathway aimed at a child or adolescent calls into question his or her family unit and often the school as well. In order to improve the quality of the intervention, from a health perspective, this inter-institutional work must be characterized by progressive participation of all stakeholders and increased accountability. This paper focuses on a specific aspect of inter-institutional intervention, that of health certifications. They represent a common demand for contact between various institutions. The paper identifies three levels of progressive quality of care response, which improves in accordance with the increasing active participation of all stakeholders and with an increase in accountability.

Keywords: regulation; health system; clinical governance; accountability.

* Psychologist-Psychotherapist, Department of Mental Health and Addictions – SMIA Operational Unit – North-West Florence – Tuscany Centre Local Health Authority – cecilia.dellolio@uslcentro.toscana.it

** Psychologist-Psychotherapist, Department of Mental Health and Addictions – SMIA Operational Unit – North-West Florence – Tuscany Centre Local Health Authority – giulia.ferradini@gmail.com

*** Psychologist-Psychotherapist, Department of Mental Health and Addictions – SMA Operational Unit, Prato – Tuscany Centre Local Health Authority – alessandro.ridolfi@uslcentro.toscana.it

Scuola-Famiglia-Azienda sanitaria: Aspetti metodologici per migliorare la qualità del percorso assistenziale

*Cecilia Dell'Olio**, *Giulia Ferradini***, *Alessandro Ridolfi****

Abstract

Il continuo mutare dei contesti socioculturali richiede ai moderni servizi sanitari di considerare sempre più la salute come un valore radicato nel contesto. Progettare e gestire un percorso assistenziale rivolto a un bambino o ad un adolescente, chiama in gioco il suo nucleo familiare e spesso anche la scuola. Per migliorare la qualità dell'intervento, dal punto di vista sanitario, questo lavoro inter-istituzionale deve caratterizzarsi per una progressiva partecipazione di tutti i portatori di interesse e per un innalzamento dell'accountability. Questo lavoro si focalizza su un aspetto specifico dell'intervento in ambito inter-istituzionale, quello delle certificazioni sanitarie. Esse rappresentano una comune richiesta di contatto tra le varie istituzioni. Il contributo identifica tre livelli di qualità progressiva della risposta assistenziale, che migliora in accordo con la crescente partecipazione attiva di tutti i portatori di interesse e con un aumento dell'accountability.

Parole chiave: normative; sistema salute; governo clinico; responsabilità.

* Psicologa-Psicoterapeuta Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - UFC SMIA - Firenze Nord Ovest - Azienda UsI Toscana Centro cecilia.dellolio@uslcentro.toscana.it

** Psicologa-Psicoterapeuta Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - UFC SMIA - Firenze Nord Ovest - Azienda UsI Toscana Centro giulia.ferradini@gmail.com

*** Psicologo, Psicoterapeuta- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - UFC SMA, Prato - Azienda USL Toscana Centro - alessandro.ridolfi@uslcentro.toscana.it

Introduzione

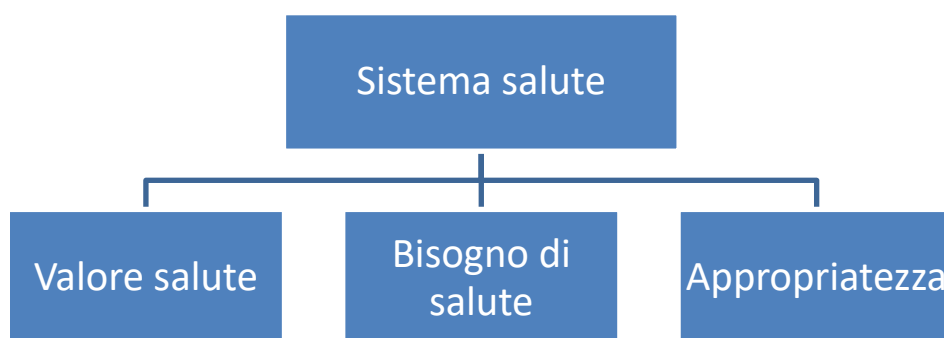
Nothing for us, without us.

Attraverso l'analisi di un caso, il contributo¹ discute alcuni aspetti dell'intervento psicologico nel contesto interistituzionale che comprende la scuola, la famiglia e l'Azienda Sanitaria Locale (ASL). Si tratta di un ambito che può essere concepito come un microsistema portatore di numerose potenzialità, ma anche di bisogni di salute complessi espressi dai più giovani. Questo lavoro si focalizza, dal punto di vista del miglioramento della qualità della risposta sanitaria e della relativa *accountability*, traducibile come processo di responsabilizzazione, sull'emissione delle certificazioni medico legali, che rappresentano uno dei più frequenti motivi per cui le famiglie portano i figli ai servizi di salute mentale infanzia e adolescenza, spesso su suggerimento della scuola. Produrre queste attestazioni è un compito istituzionale non solo doveroso, ma anche caratterizzante per gli psicologi e i neuropsichiatri che lavorano nelle unità funzionali di salute mentale infanzia e adolescenza dato lo stretto raccordo che questo tipo di servizi ha con le scuole.

Riguardo all'operato delle istituzioni sanitarie, l'intero *sistema salute* è sempre più interessato a ragionare in termini di partecipazione attiva ai percorsi assistenziali, da parte di tutti gli *stakeholder*. Esso mostra inoltre comprensibile attenzione ad analizzare i servizi, attraverso il concetto di *accountability*. Partecipazione attiva di tutti gli stakeholder e *accountability* sono considerati infatti fra i riferimenti metodologici privilegiati per migliorare la qualità, che va ricondotta all'analisi del processo assistenziale secondo i criteri individuati dal Governo Clinico (GC): un modello di programmazione, organizzazione e gestione di azioni in linea con le caratteristiche ideali del sistema sanitario: *Sicurezza, Efficacia, Centralità del paziente, Tempestività, Efficienza, Equità*, che globalmente concorrono all'evoluzione di una risposta sanitaria in continua evoluzione. Il complesso di tali concetti consente un'articolazione teorico-metodologica per rispondere ai bisogni di salute di tutti i portatori di interesse (stakeholder) (Antonini & Zamagni, 2025; Bergonzini & Rebecchi, 2023; Boden, Smith, Klocek, & Trafton, 2019; Brinkerhoff, 2004; Frank & Shim, 2023; Rock & Cross, 2020; Rosenberg & Salvador-Carulla, 2017).

Nel caso della sanità, la parola *accountability* si riferisce a "l'obbligo degli individui e delle agenzie di fornire informazioni e/o giustificazione circa le loro azioni verso gli altri attori, motivando a tutti gli stakeholder, con trasparenza, i propri processi decisionali e le proprie scelte cliniche" (Bergonzini & Rebecchi, 2023, p.79). Per procedere nell'analisi della qualità, dal punto di vista della partecipazione ai percorsi assistenziali e dell'*accountability* si introduce la definizione di *sistema salute* (Arah, Vestert, Hurst, & Klazinga, 2006), sovraordinandola a tre concetti chiave: valore salute, bisogno di salute e appropriatezza (Fig.1).

Figura 1. Il sistema salute: concetti chiave



Con l'espressione *sistema salute*, l'OMS si riferisce a tutte le attività il cui obiettivo primario è promuovere, ristabilire e mantenere salute. Il concetto richiama l'idea di rete, come espressione sintetica di azioni dirette di assistenza sanitaria, di politiche della salute pubblica nonché di bisogni, prospettive e valori di salute che

¹ I contenuti espressi dagli autori non sono rappresentativi dell'istituzione in cui lavorano.

riguardano i cittadini. Il sistema salute è un concetto multilivello, che va dai microsistemi locali, per giungere a macrosistemi istituzionali che comprendono politiche di integrazione sociosanitaria, fino a coinvolgere l'intera società che esprime valori cangianti nel tempo (Gray, 2017; Porter, 2010; Porter & Lee, 2016).

Valori in sanità e valore salute

La radicale trasformazione organizzativa, da unità sanitaria ad azienda sanitaria, contemporanea ad una contrazione di risorse economiche e conseguentemente umane (oramai perdurante da diversi anni) sta giocando un ruolo chiave nella reale capacità di risposta sanitaria all'ampia gamma di bisogni di salute espressi dalla popolazione. Tutti coloro che partecipano al *sistema salute* (stakeholder) partono da punti di vista valoriali diversi. Essi pongono domande e chiedono risposte differenti, e soprattutto appropriate, a seconda della prospettiva da cui guardano alla salute. Dal punto di vista della risposta sanitaria, l'appropriatezza, in termini di valore salute, è considerata la sfida futura per i sistemi sanitari deputati a rispondere nel modo migliore ai bisogni di salute in una società complessa e in continuo cambiamento come quella in cui viviamo. Si pensi alle diverse esigenze di salute nel ciclo di vita, oppure alla differente percezione di utilità della spesa sanitaria secondo che la persona sia in buona salute anziché affetta da una patologia cronica ecc. I valori salute sono inoltre fortemente radicati nel contesto (De Fiore, 2016; Ferroni, 2016; Gray, 2017; Porter, 2010; Porter & Lee, 2016; Ridolfi, 2024a, 2024b; Teisberg, Wallace, & O'Hara, 2020).

Ciò che la collettività avverte come giusto, importante, appropriato, a livello valoriale più alto (Jonas, 1979/2009, 1985/1997), deve poi trovare una declinazione operativa che riesca a fare sintesi dei diversi punti di vista degli stakeholder che concorrono alla promozione della salute e che sono coinvolti nel miglioramento della qualità e dell'*accountability* del processo assistenziale.

Bisogni di salute e GC

In rapporto al concetto di *sistema salute*, la risposta sanitaria al bisogno di salute diventa quindi il riferimento applicativo a cui far tendere l'assunzione di decisioni cliniche orientate a maggiore efficacia e appropriatezza, coinvolgendo e responsabilizzando gli operatori, in vista di una corretta gestione della sicurezza del paziente ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti amministratori e cittadini. Si tratta di un principio fondamentale che può trovare un'appropriata applicazione, compatibile con il modello bio-psico-sociale, se tutti gli attori partecipano attivamente alla risposta e l'analisi viene compiuta secondo una prospettiva non riduttiva e dunque attenta al contesto (Ridolfi, 2024a; Sturmberg, Martin, Tramonti, & Kühlein, 2024).

Appare pertanto evidente, dalle definizioni date, che la politica di attuazione del GC orientata al miglioramento della qualità, alla luce dei concetti introdotti di partecipazione attiva e *accountability*, richieda un approccio di sistema in cui le persone e le varie istituzioni coinvolte non sono solo destinatari degli interventi, ma giocano un ruolo partecipativo attivo (Ridolfi, 2024b).

L'appropriatezza

Il concetto di appropriatezza si riferisce ai risultati di un processo decisionale che assicura il massimo beneficio netto per la salute del paziente. Esso in sintesi indica condizioni complesse, contesto-dipendenti, che devono essere di volta in volta collocate nel rispettivo ambito di riferimento, definite e articolate in termini operativi, riferite ai diversi soggetti coinvolti e misurate con metodi specifici (Ministero della salute, 2012).

In conclusione, il *Sistema Salute* rappresenta un "meta-livello" attraverso cui analizzare l'insieme delle possibili forme di partecipazione degli attori e di tutte le attività il cui obiettivo primario è promuovere, ristabilire e mantenere salute in una logica partecipativa (Fig. 1).

Migliorare la qualità della risposta assistenziale: L'esempio delle certificazioni sanitarie

Una volta concepito il *sistema salute* come un meta-livello teorico, è possibile identificare sotto-livelli di questo sistema (lo è ad esempio il raccordo Scuola-Famiglia-ASL) attraverso cui testare e far progredire la rispondenza delle azioni di partecipazione attiva che regolano il contatto tra le diverse istituzioni. Oggi, si ritiene appropriato un approccio che considera il ruolo giocato dai pazienti, dai professionisti e dall'organizzazione. Ne consegue che il miglioramento della qualità e l'incremento dell'appropriatezza non possono essere raggiunti concentrando gli sforzi in un'unica direzione o focalizzandosi su un unico aspetto (Ridolfi, 2024a).

Partendo dalla storia di Viola, di seguito viene presentata l'evoluzione del processo assistenziale in tre modelli caratterizzati da progressiva qualità, espressa in termini di aumento della partecipazione di tutti gli stakeholder e di crescente *accountability*.

La storia di Viola

I modello: Scuola-Famiglia-Azienda Sanitaria si incontrano sulla richiesta-emissione di certificazione

Viola è una bambina adottata di origini peruviane che accede al servizio all'età di 9 anni. Viola si trova in Italia da quando aveva 8 anni. In anamnesi si rilevano gravi eventi di vita sfavorevoli connessi ad una storia di abbandono (maltrattamenti, storie di affidamento fallite, istituzionalizzazione ecc.). L'esordio di una sintomatologia comportamentale eteroaggressiva risale alla prima infanzia e viene gestita con un trattamento farmacologico nel paese di origine, poi sospeso all'arrivo in Italia.

La documentazione sanitaria ad esito di una prima fase di valutazione individua la bambina come minore con bisogni educativi speciali e avvia una fase di monitoraggio condividendo con i genitori l'opportunità di mantenere aperto un contatto con il servizio, al di là della relazione sanitaria predisposta per la scuola. La presa in carico avviene a fine inverno-inizio primavera, per cui questa prima fase di presa in carico scorre veloce senza particolari criticità. Dall'avvio della classe successiva, emergono progressive difficoltà di Viola, sia nell'acquisizione didattica che nelle modalità in cui entra in relazione sia con i pari età che con i professori.

L'attuale incremento delle diagnosi tenta di mettere ordine e di dare risposte in un contesto, quello scolastico, caratterizzato da grande complessità, ove disabilità, difficoltà di apprendimento, differenze culturali possono confondersi e dove diventa urgente ottenere interventi tempestivi rivolti all'individuo-alunno (Paniccchia, Giovagnoli, Donatiello, & Cappelli, 2019). Tali tipologie di risposte emergono all'interno di una cultura diagnostica che presuppone che il problema e l'eventuale soluzione di questo debbano essere centrati sull'individuo, come soggetto che agisce o esprime competenze non in linea con quanto atteso dai programmi educativi e di istruzione (contesto scolastico), e da eventuali valori normativi (contesto sanitario-valutativo).

Se le agenzie/istituzioni si muovono separatamente, la certificazione diventa il principale, se non l'unico, presupposto di reciproco contatto: la scuola ottiene eventualmente personale in più (se allo studente viene riconosciuta la condizione di disabilità secondo la legge 104), la famiglia una deroga relativa alle difficoltà riscontrate dal figlio (secondo la legge 170 o, ancora di più, con la legge 104), l'ASL considera perlopiù completo, o perlomeno ridimensionato, il suo mandato con l'emissione della certificazione e il successivo monitoraggio.

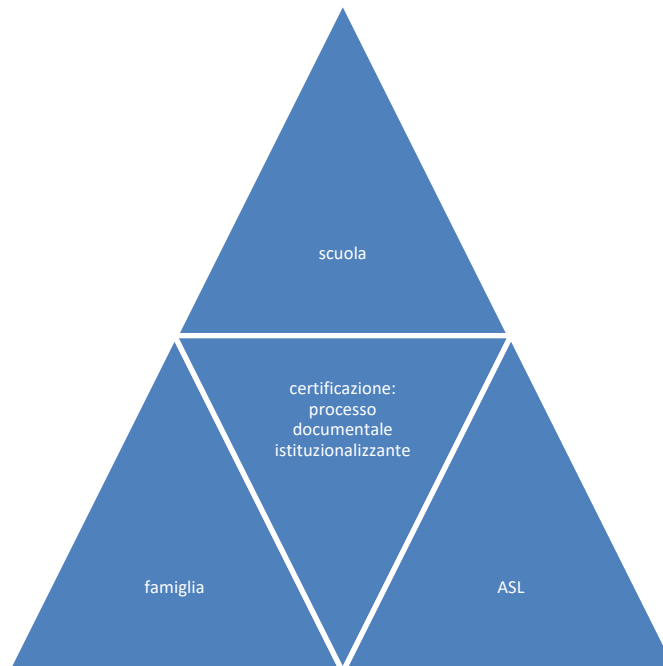
Tutte le attestazioni che partono da queste premesse, in cui si cercano nient'altro che deroghe e semplificazioni (ad es. quando la famiglia è interessata solo al "pezzo di carta", senza cogliere la necessità di mettersi in discussione), non possono dirsi partecipative e non possono condurre a un reale miglioramento della qualità dei servizi, né possono condurre ad altra forma di *accountability* se non in termini di mera rendicontazione di prestazioni sanitarie (Fig. 2).

Alle condizioni date, questo modo di procedere conduce a una risposta parcellare, dal momento che le diverse "esigenze" delle istituzioni ritagliano per la persona un ruolo di contenitore passivo. Le diverse esigenze e i differenti punti di vista non sono posti organicamente in relazione tra loro e per le istituzioni prese separatamente è difficile dare una risposta complessiva al bisogno di salute.

Soprattutto per gli psicologi, inoltre, la formulazione di una diagnosi con valore medico legale ad una istanza posta dall'esterno, aumenta il rischio di una risposta riduzionistica. Produrre un documento sanitario con valore

medico legale, come unico presupposto di incontro fra istituzioni/agenzie (Scuola-Famiglia-ASL) conduce a privilegiare un processo diagnostico descrittivo statico. Ciò può anche comportare il rischio che tale risposta diagnostica si riproponga a oltranza senza essere più sottoposta né ad analisi né a verifica della domanda stessa. Per la psicologia, giova richiamare il senso di una *dia-gnosis*, come un processo in cui il “guardare attraverso” va inteso come un guardare attraverso la relazione: ovvero, la relazione viene concepita come mezzo privilegiato di conoscenza (Imbasciati, 2006). Relazione che va dunque ben oltre il setting clinico paziente-terapeuta, ma può riguardare l’intreccio interistituzionale e il relativo contributo.

Figura 2. Scuola-Famiglia-ASL si incontrano per ottenere-produrre una certificazione



In questo primo modello i vari interlocutori istituzionali, inclusa la famiglia, interagiscono come entità separate e nel complesso la dimensione inter-istituzionale sembra assumere un carattere prevalentemente difensivo (Riefolo, 2014). Dal punto di vista della responsabilità del processo assistenziale possiamo parlare impropriamente di *accountability*, poiché la logica sottesa è prevalentemente burocratico-documentale. Vi è bassa qualità e bassa partecipazione.

Il modello: Processo partecipativo di conoscenza dei bisogni della persona

Le difficoltà di Viola col tempo cominciano a richiedere un crescente contatto scuola-famiglia-ASL, anche se le istituzioni risultano in una posizione di reciprocità passiva. Cominciano a pesare sul rendimento della bambina i tanti momenti in cui essa proprio non riesce a stare attenta con conseguenti manifestazioni comportamentali eteroaggressive e oppositivo-provocatorie. Viola appare sempre più ostile a negoziare i suoi comportamenti problema, fino a prendere una piega comportamentale francamente oppositiva. La famiglia, in questa fase, appare più in difficoltà, avvertendo un senso di impotenza per i comportamenti della figlia a scuola. L’inquadramento diagnostico diventa più approfondito e si propende per certificare un disagio tale da rendere opportuna una valutazione medico legale ai fini del riconoscimento di una condizione di disabilità per Viola. Dopo il passaggio in commissione medico legale, la bambina ottiene la certificazione ai sensi della Legge 104 e il relativo riconoscimento di ore di sostegno in classe. L’inquadramento diagnostico è caratterizzato dalla presenza di deficit attentivo, iperattività, lieve deficit cognitivo e severo disturbo oppositivo provocatorio. La presa in carico di Viola viene pertanto organizzata in una dimensione di interconnessione istituzionale con la

scuola e la famiglia. Comincia una fase di partecipazione ai gruppi di lavoro operativo per l'inclusione con la scuola, contribuendo all'articolazione del piano educativo individualizzato. Attraverso questi incontri e i colloqui con la bambina e i genitori, la rete di relazioni inter-istituzionale si va consolidando. La riflessione congiunta aiuta a dare significato e a rileggere le difficoltà comportamentali non solo come deficit qui ed ora, ma all'interno di una cornice contestuale che imprescindibilmente impatta l'espressione del disagio nelle sue forme e che interconnette continuamente passato, presente e futuro.

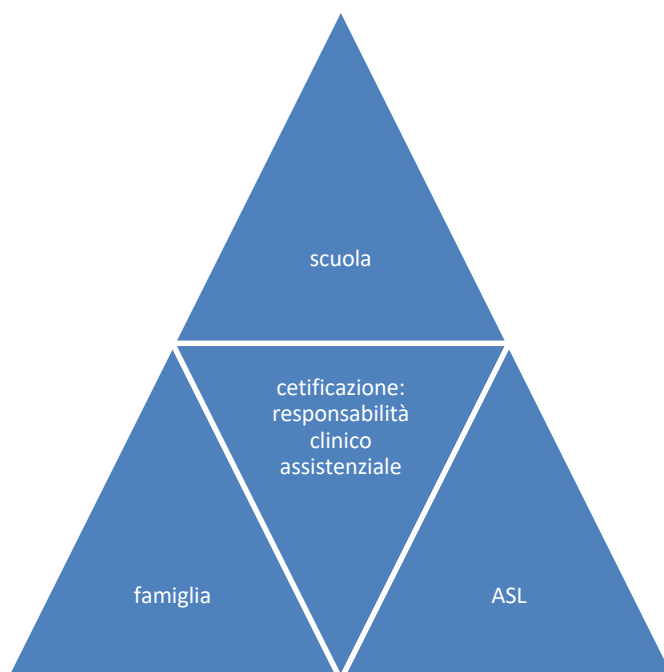
Quando la diagnosi si avvicina di più ad un processo di conoscenza in itinere, che si sviluppa nella relazione, e che quindi contiene un livello più avanzato di interconnessione tra le tre istituzioni che partecipano nel tempo al processo di conoscenza (ovvero alla risposta al bisogno di salute), l'intervento si muove in direzione di una maggiore qualità della risposta sanitaria e del percorso assistenziale. Qui la scuola o la famiglia non sono solo semplici inviati (dirette o indirette, a seconda di chi attiva la prima istanza) ma partecipano alla definizione del bisogno e concorrono a qualificare le risorse della persona, che trova, nel riconoscimento medico legale, una sintesi dei diversi punti di vista, incluso quello del bambino/ragazzo.

Questo modello consente al processo diagnostico di assumere una significativa specificità e una sensibilità al cambiamento nel tempo (si consideri la particolare importanza, nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza, dei mutamenti diagnostici in ragione delle traiettorie evolutive) e di considerare la centralità delle risorse della persona.

In questo secondo modello i compiti istituzionali non si fermano quindi alla semplice segnalazione di un problema (scuola), alla relativa redazione di una relazione sanitaria (ASL) e al suo ottenimento (famiglia), ma la rete di agenzie collabora come un sistema maggiormente integrato, che risponde al bisogno di salute della persona. Tutti i partecipanti sono attivamente coinvolti per migliorare il processo clinico-assistenziale in termini qualitativi.

Con la legge 170, sui DSA, ad esempio, si dispone che la scuola debba provvedere ad un periodo di potenziamento precedente alla segnalazione delle difficoltà di apprendimento notate per lo studente. Successivamente, la legge indica che la scuola debba redigere una relazione di presentazione dei problemi dello studente. Questo contributo "ecologico" di conoscenza è importantissimo, prima che la ASL proceda, in sua assenza, in direzione di un inquadramento diagnostico esclusivamente psicometrico. La relazione co-costruita, in un contesto di reciprocità e collaborazione inter-istituzionale, aiuta la composizione di una sintesi diagnostica organica dei problemi e delle risorse della persona e la formulazione diagnostico-clinica finale appare più ricca e più cucita su misura (Fig. 3).

Figura 3. Scuola-Famiglia-ASL si incontrano in un modello clinico-assistenziale



Dal punto di vista della qualità e dell'*accountability* questo secondo modello è caratterizzato dal miglioramento della conoscenza in termini clinico-assistenziali e costruito attraverso una partecipazione condivisa.

III modello: Partecipazione e costruzione dell'accountability di processo assistenziale

Il dialogo fra le strutture coinvolte ha permesso gradualmente di leggere le problematiche comportamentali della ragazzina come manifestazione di un disagio connesso ad una storia difficile e sfavorevole che ha minato alle basi la capacità di fidarsi nelle relazioni rendendo più difficile la partecipazione ai contesti relazionali significativi (relazioni con adulti affettivi/normativi e con i pari). La sintonizzazione condivisa dalle parti “in gioco” su questi bisogni specifici di Viola, oltre che la condivisione di obiettivi didattici e disciplinari (prevista dall’attivazione del piano educativo personalizzato), ha permesso la creazione di un contesto “contenitore” (famiglia-servizi- scuola) in continua relazione e per questo maggiormente flessibile e attento a dare significato alle problematiche espresse da Viola e conseguentemente attivare azioni ed interventi rispetto ad essi in modo più consapevole e centrato.

La crescita di Viola ha consentito inoltre il suo progressivo coinvolgimento in prima persona nel dialogo, conferendole (assieme alla sua famiglia) il ruolo di attori partecipi del processo.

L’intervento ha previsto in modo sistematico incontri fra scuola, famiglia e alunna durante i quali sono state condivise ed esplicitate, anche in forma di patto condiviso, obiettivi e modalità di gestione, da parte della scuola, di alcuni comportamenti problematici espressi.

Essere coinvolta come parte attiva e determinante, per Viola (che oggi è ormai una ragazza), ha significato riconoscerle risorse e capacità di mettere in atto strategie migliorative per affrontare i comportamenti problematici (che devono essere disciplinati), che rappresentano solo una parte della persona, con bisogni e vissuti emotivi che necessitano di validazione da parte del contesto educativo e normativo per poter consentire a Viola di esprimere tutte le proprie potenzialità.

Il terzo modello concentra l’attenzione sulla costruzione del percorso assistenziale. Qui i diversi stakeholder hanno alti livelli di partecipazione e interagiscono, entrando in gioco in fasi differenti, come avviene ad esempio per la progettazione, l’organizzazione e la gestione dei *percorsi diagnostico terapeutico assistenziali*. Tutti i soggetti sono coinvolti e contribuiscono alla definizione del bisogno, alla ricerca della migliore risposta, alcuni nella fase di progettazione, altri in quella di gestione, altri ancora in quella di monitoraggio. I processi di comunicazione e relazione sono al centro dell’intervento.

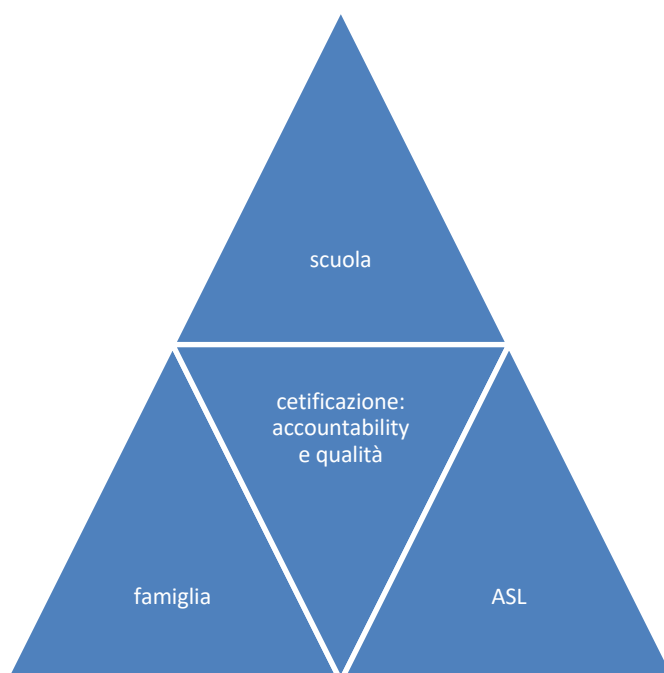
Ad esempio, l’impianto del recente D.L. 62 del 2024 richiama la centralità dei concetti di progetto di vita e di budget di salute, che richiedono una valutazione globale inter-istituzionale attenta a cogliere la complessità dell’evoluzione della persona, dei suoi desideri, delle sue aspettative.

È molto importante ragionare in termini di rete con nuove figure professionali e nuove risorse che stanno cominciando a essere attivate (ad es. progressiva istituzione dello psicologo di base; auspicabile conferma nella manovra economica 2025 del fondo per l’attivazione dello psicologo a scuola) il cui contributo non va visto nella direzione di una maggiore quantità di attività diagnostico-clinica, ma piuttosto di una progressiva cultura della partecipazione e dell’attenzione che la psicologia invita a dedicare alle risorse della persona e ad un’analisi che tenga presente la complessità delle variabili in gioco e del contesto (Sturmberg & Gainsford, 2024; Sturmberg, Martin, Tramonti, & Kühlein, 2024).

Guardando all’aumento della qualità dal versante dell’ASL, inoltre risulta importante utilizzare le misure di valutazione di esito e di copertura del servizio, per rendere maggiormente efficienti le azioni diagnostiche svolte, anche per limitare la “saturazione” dei servizi (Pierro, 2000; Riefolo, 2014). Questo terzo modello trova completa implementazione con la raccolta di dati relativi alla valutazione di efficienza, efficacia, trattabilità e appropriatezza del percorso così come richiesto dal GC.

+

Figura 4. Qualità e accountability



In sintesi, questo approccio integrato tra vari elementi che concorrono allo sviluppo del SSN pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza nel contempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari. Diventa pertanto importante una costruzione di sensibilità reciproca e di ricerca di confronto tra Scuola-Famiglia e ASL, che possa concorrere a migliorare l'appropriatezza tanto degli invii alla valutazione quanto la qualità della risposta espressa, attraverso il coinvolgimento dei destinatari.

Conclusioni

Introduciamo le conclusioni prendendo a prestito l'analisi di Antonini e Zamagni (2025) a proposito del concetto di bene relazionale:

Per quanto attiene il lato della produzione, la relazionalità esige la compartecipazione di tutti i membri dell'organizzazione, [...] l'incentivo che induce dei soggetti a prendere parte alla produzione del bene relazionale non può essere esterno alla relazione che lega tra loro quei soggetti: l'identità dell'altro conta. Relativamente al lato della fruizione, un bene relazionale postula un qualche coinvolgimento del soggetto di domanda; ciò spiega perché nel processo di fruizione di tali beni la comunicazione diviene elemento non secondario (p. 12-13).

Nell'ambito delle attività che raccordano diverse istituzioni, Scuola-Famiglia-ASL (intese come agenzie e istituzioni fondamentali per la nostra società), l'*accountability* si configura a partire dall'esplicitazione dei processi decisionali, dalla responsabilità condivisa e dal coinvolgimento di tutti i portatori di interesse (stakeholder) che nel loro insieme determinano il sistema salute, quale che sia il livello di analisi. Contribuire a sviluppare una cultura dei bisogni di salute alla luce della complessità, piuttosto che a una richiesta di prestazioni a cui fare fronte in modo burocratico-istituzionalizzante, rappresenta una sfida attuale per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini (Tab. 1).

Tabella 1. Modelli inter-istituzionali di crescente qualità e accountability

	<i>Accountability</i>		
	<i>I° modello</i> <i>Burocratico-istituzionale</i>	<i>II° modello</i> <i>Clinico-assistenziale</i>	<i>III° modello</i> <i>Responsabilità di processo assistenziale</i>
ASL	Produzione certificazione	Conoscenza in itinere	Miglioramento qualità
Famiglia	Ottenimento certificazione	Rispondenza al bisogno di salute	Partecipativa
Scuola	Utilizzo certificazione	Modulazione didattica in itinere	Partecipativa
Prestazione/processo	Documentale	Attività assistenziale	clinico Percorso (indicatori, criteri, esiti)
	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>
	Qualità		

In una perdurante fase di crisi del sistema sanitario, con una restrizione delle possibilità reali di intervento e una crescita della domanda, soprattutto per la psicologia, che non eroga solo diagnosi ma spesso deve poi condurre dei trattamenti nel tempo, il problema principale è la qualità della risposta e la sua *accountability* di fronte ai tanti stakeholder (Castelnuovo, 2021).

Le modalità di intervento istituzionali più in linea con l'idea di *accountability* sono sempre più orientate ad esplicitare i loro modelli di valutazione e intervento al fine di migliorare la risposta erogata. Ciò comporta una riduzione della dipendenza delle persone dai servizi e dalle attività che favoriscono l'“istituzionalizzazione” della domanda d'aiuto intesa come modalità di espressione passiva di deficit. La partecipazione condivisa ai percorsi, riduce l'asimmetria e la disparità di potere fra sanitario e paziente, fondata sulla rappresentazione della persona che chiede aiuto come persona non autosufficiente, passiva e dipendente (Ridolfi, 2024a).

Tutti gli interventi che non prevedono una partecipazione di tutti i soggetti coinvolti e che non hanno obiettivi specifici, favoriscono una risposta di dipendenza, attraverso un meccanismo di istituzionalizzazione tanto della domanda quanto della risposta.

La proposta di un modello partecipativo che chiami in causa tutti gli attori coinvolti (Scuola-Famiglia-ASL) invita a ripensare i ruoli, anziché agirli dandone per scontata la bontà. Questo permette di utilizzare la rete di relazioni come risorse (Atzori & Panicia, 2013; Bisogni et al., 2016). Spostare l'asse della problematica dall'individuo (scarto dalla norma) alle relazioni-contesto entro cui l'individuo-alunno agisce, stimola una cultura partecipativa all'interno della quale effettuare un percorso valutativo-diagnostico maggiormente curato e partecipato, con una verosimile riduzione della richiesta diagnostica e della sanitarizzazione dei problemi scolastici.

In quest'ottica sia l'istituzione scuola che l'istituzione sanitaria metterebbero in discussione i loro confini modulando gli interventi entro una dimensione relazionale e di apertura in cui si costruiscono insieme interventi a largo raggio, anche in termini preventivi e psicoeducativi, con moderne azioni migliorative che coinvolgono in prima persona, con un ruolo attivo, i giovani.

Bibliografia

- Antonini, L., & Zamagni, S. (2025). *Pensare la sanità: Terapie per una sanità malata* [Thinking healthcare: therapies for sick healthcare]. Roma: Edizioni Studium.
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl.1), 5-13. doi: 10.1093/intqhc/mzl024

- Atzori, E., & Paniccia, M. R. (2013). L'intervento psicologico clinico sul rischio psicosociale entro l'A.C.O. San Filippo Neri [The clinical psychological intervention on psychosocial risk within the A.C.O. San Filippo Neri]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 63-66.
- Bergonzini, E., & Rebecchi, D. (2023). Metodologia e organizzazione dei percorsi clinico-assistenziali della psicologia. In D. Rebecchi (Ed.), *I percorsi clinici della psicologia: Metodi, strumenti e procedure nel Sistema Sanitario Nazionale* [The clinical pathways of psychology: Methods, tools and procedures in the National Health System] (pp. 79-84). Milano: Franco Angeli.
- Bisogni, F., Maldese, P. P., Manieri, S., Marchetti, G., Mastroianni, C., Policelli, S., Vernile, F., & Paniccia, R. M. (2016). L'intervento psicologico clinico con ragazzi in età evolutiva: Le culture dell'adempimento e della diagnosi [The clinical psychological intervention with children and adolescents: Compliance and diagnosis culture]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 19-33. Retrieved from www.rivistadipsicologiaclinica.it
- Boden, M. T., Smith, C. A., Kloczek, J. W., & Trafton, J. A. (2019). Mental health treatment quality, access, and satisfaction: Optimizing staffing in an era of fiscal accountability. *Psychiatric Services*, 70(3), 168-175. doi: 10.1176/appi.ps.201800229
- Brinkerhoff, D. W. (2004). Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 19(6), 371-379. doi: 10.1093/heapol/czh052
- Castelnuovo, G. (2021). Luci e ombre nel futuro della psicologia clinica italiana [Lights and shadows in the future of Italian clinical psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 16-23. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- De Fiore, A. (2016). Un'introduzione [An Introduction]. *Valore/Valori. Recenti progressi in medicina* 107(4), (2-4). Retrieved from https://forward.recentiproggressi.it/wp-content/uploads/2016/04/recprogrmed_2016_suppl2_defiore.pdf
- Ferroni, E. (2016). Cosa intendiamo per valore in sanità? [What do we mean by value in healthcare]. *Valore/Valori. Recenti progressi in medicina* 107(4), (7-8). Retrieved from https://forward.recentiproggressi.it/wp-content/uploads/2016/04/recprogrmed_2016_suppl2_ferroni.pdf
- Frank, R. G., & Shim, R. S. (2023). Toward greater accountability in mental health care. *Psychiatric Services*, 74(2), 182-187. doi: 0.1176/appi.ps.20220097
- Gray, M. J. A. (2017). Value based healthcare. *British Medical Journal*, 356, j437. doi: 10.1136/bmj.j437
- Imbasciati, A. (2006). Psicologia clinica: Presente futuro [Clinical Psychology: Present and future]. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 33-42.
- Jonas, H. (1997). *Tecnica, medicina e etica* [Technique, medicine and ethics]. (P. Becchi, & A. Benussi, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1985).
- Jonas, H. (2009). *Il principio responsabilità* [The principle of responsibility]. (P. P. Portinaro, Ed.) Torino: Einaudi (Original work published 1979).
- Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. (2012). *Manuale di formazione del governo clinico: appropriatezza*. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf
- Paniccia, R. M., Giovagnoli, F., Donatiello, G., & Cappelli, T. (2019). La crescita della diagnosi nella scuola: Una ricerca presso un gruppo di insegnanti italiani [The increase in diagnosis in the schools: A study amongst a group of italian teachers]. *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 61-94. doi:10.14645/RPC.2019.1.764
- Pierro, F. (2000). La ricerca valutativa. In L. Mannetti (Ed.), *Strategie di ricerca in psicologia sociale* [Research strategies in social psychology] (pp. 325-359). Firenze: Carocci.
- Porter, M.E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-81. doi: 10.1056/NEJMp1011024
- Porter, M.E., Lee T.H. (2016). From volume to value in health care: the work begins. *JAMA*, 316(10), 1047-1048. doi: 10.1001/jama.2016.11698
- Ridolfi, A. (2024a). *Psicologia clinica e Psicoterapia nel Servizio Pubblico: Appropriatezza dei percorsi assistenziali, responsabilità dei processi clinici e valutazione degli esiti* [Clinical Psychology and Psychotherapy in the Public Service: Appropriateness of care pathways, accountability of clinical processes and outcome evaluation]. Roma: Alpes.

- Ridolfi, A. (2024b). Psychological interventions in the Italian national health system: appropriateness and accountability. *Research in psychotherapy: Psychopathology, process and outcome*, 27(2), 820. doi: 10.4081/ripppo.2024.820
- Riefolo, G. (2014). Il modello delle terapie psicoanalitiche brevi e i servizi in un'epoca di crisi. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1(1), 15-34.
- Rock, D., & Cross, S. P. (2020). Regional planning for meaningful person-centred care in mental health: Context is the signal not the noise. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 29(e104), 1-6. doi: 10.1017/S2045796020000153
- Rosenberg, S., & Salvador-Carulla, L. (2017). Perspectives: Accountability for mental health. The Australian experience. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 20(1), 37-54.
- Sturmberg, J. P., & Gainsford, L. (2024). Health system regulation—a system ‘as-a-whole’ perspective: What can be learnt from the Australian aged care experiences. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 8, Article 20. doi: 10.21037/jhmhp-24-64
- Sturmberg, J. P., Martin, J. H., Tramonti, F., & Kühlein, T. (2024). The need for a change in medical research thinking: Eco-systemic research frames are better suited to explore patterned disease behaviors. *Frontiers in Medicine*, 11, Article 1377356. doi: 10.3389/fmed.2024.1377356
- Teisberg E., Wallace S., & O'Hara S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Academic Medicine*, 95(5), 682-685. doi:10.1097/ACM.000000000000031