

Origine, organizzazione e funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in Italia

Marco D'Alema, Marcella Venier, Giuseppe Licari

	<h2>Narrare i gruppi</h2> <p><i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol. 5, n° 2, Settembre 2010</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	---

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

Origine, organizzazione e funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in Italia

Autore	Ente di appartenenza
Marco D'Alema	<i>Centro di Salute Mentale, di Frascati, ASL di Roma H.</i>
Marcella Venier	<i>Centro di Salute Mentale, di Frascati, ASL di Roma H.</i>
Giuseppe Licari	<i>Università di Roma "La Sapienza"</i>

To cite this article:

D'Alema M., Venier M., Licari G., (2010), Origine, organizzazione e funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in Italia, in *Narrare i Gruppi*, vol. 5, n° 2, Settembre 2010, pp. 121-152 - website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nel sociale

Origine, organizzazione e funzioni del Servizio Sanitario Nazionale in Italia

Marco D'Alema, Marcella Venier, Giuseppe Licari

Riassunto

Il contributo prende le mosse a partire dall'*Articolo 32* della Costituzione italiana e riprende i momenti principali della nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Come sappiamo un momento di notevole interesse si ha negli anni '70 con il trasferimento alle Regioni a statuto ordinario della promozione e tutela della salute. Ed è la Legge del 23 Dicembre 1978 n. 833 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale.

Come vedremo Il SSN è costituito da un complesso di funzioni, strutture e attività che concorrono a promuovere, a mantenere e a recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione. Il contributo termina con una riflessione che pone il cittadino al centro del Servizio Sanitario Nazionale.

Parole chiave: Servizio Sanitario Nazionale, salute, cittadino

Origin, organization and functions of the National Sanitary Service in Italy

Abstract

The contribution takes the movements beginning from the article 32 of the Italian Constitution and takes back the principal moments of the birth of the National (SSN) Sanitary Service.

As we know a moment of notable interest it is had in the years '70 with the transfer to the statute Regions ordinary of the promotion and guardianship of the health. And it is the Law of the 23 Dicembre 1978 n. 833 that it founds the National Sanitary Service.

As we will see The SSN you is constituted by a complex of functions, structures and activity that compete to promote, to maintain and to recover the physical and psychic health of the whole population. The contribution finishes with a reflection that sets the citizen to the centre of the National Sanitary Service.

Keyword: National Sanitary Service, health, city

1. *Premessa*

Iniziamo col dire che l'*Articolo 32* della Costituzione afferma che *“La Repubblica italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garanti-*

sce cure gratuite agli indigenti. Tuttavia nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. E la legge in nessun caso può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

2. Elementi di storia del sistema sanitario in Italia dal 1948 al 1978

La sanità dal 1948 al 1978 ha avuto un'organizzazione e una gestione statale articolata nelle Assicurazioni mutualistiche (INAM etc.), negli Ospedali e negli Uffici provinciali di igiene.

Un momento di notevole interesse si ha negli anni '70 con la costituzione delle Regioni, infatti, con il D.P.R. 14 Gennaio 1972 n. 4, le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria, nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo, sono trasferite alle Regioni a statuto ordinario. Infine con la Legge del 23 Dicembre 1978 n. 833 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

2.1. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Il SSN è lo strumento operativo che garantisce la tutela della salute. L'Articolo 1 della legge 833/78 afferma che *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il SSN”*.

Il SSN è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture e delle attività che concorrono a promuovere, a mantenere e a recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione.

Il SSN persegue uniformità delle condizioni di salute su tutto il territorio nazionale, garantendo a tutti, livelli uniformi di assistenza. I livelli uniformi di assistenza sono l'insieme delle attività che devono essere erogate dal SSN.

L'attuazione del SSN, in una prima fase, come espresso nella legge 833 /78, si articola su tre livelli di intervento che competono allo Stato, alle Regioni e agli Enti Locali, mentre con il decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni i livelli d'intervento divengono due e sono di esclusiva competenza dello Stato e delle Regioni.

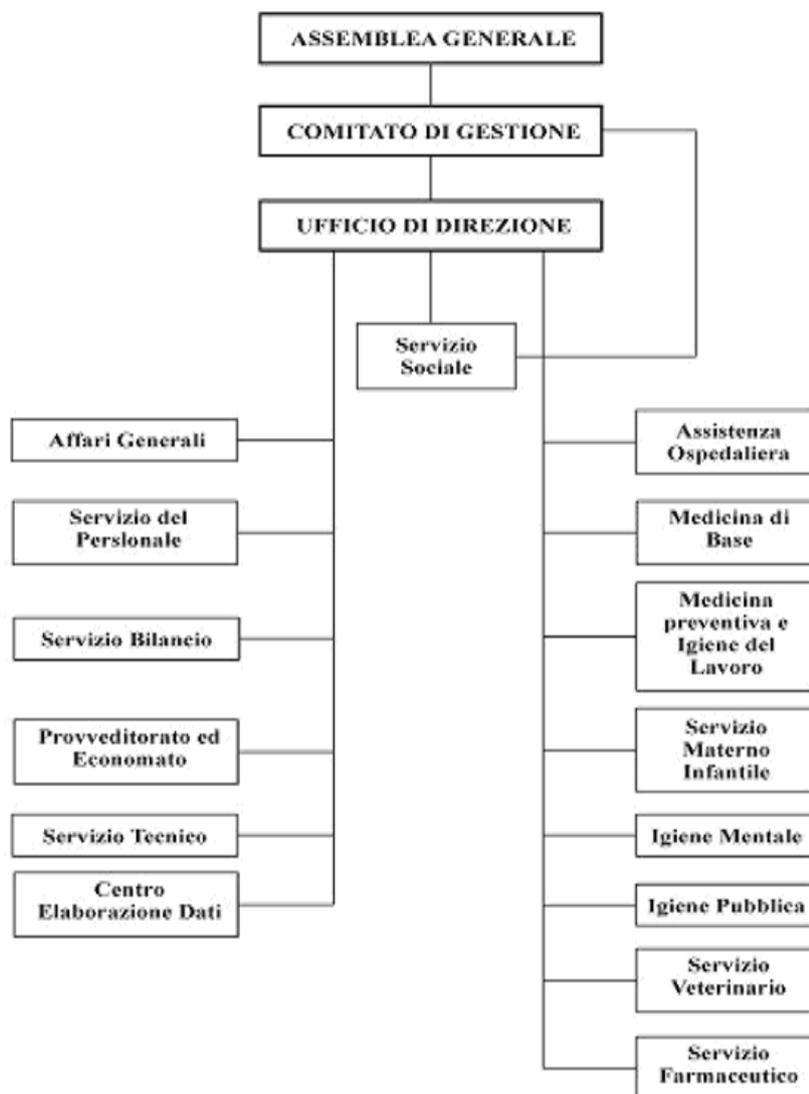
Lo strumento operativo principale del SSN, attuato con la legge 833/78, è rappresentato dalle Unità Sanitarie Locali (U.S.L.).

Le U.S.L. promosse con la 833/78 sono strutture operative che fanno capo ai Comuni e sono lo strumento per realizzare gli obiettivi per la tutela della salute. Gestiscono le strutture ospedaliere del territorio, la medicina di base, il servizio farmaceutico, l'igiene pubblica, l'igiene mentale, il servizio veterinario, la medicina preventiva e igiene del lavoro ed effettuano la gestione contabile e amministrativa.

Il finanziamento del SSN con l'entrata in vigore della 833/78 avviene attraverso la fiscalità generale tramite fondi integrativi.

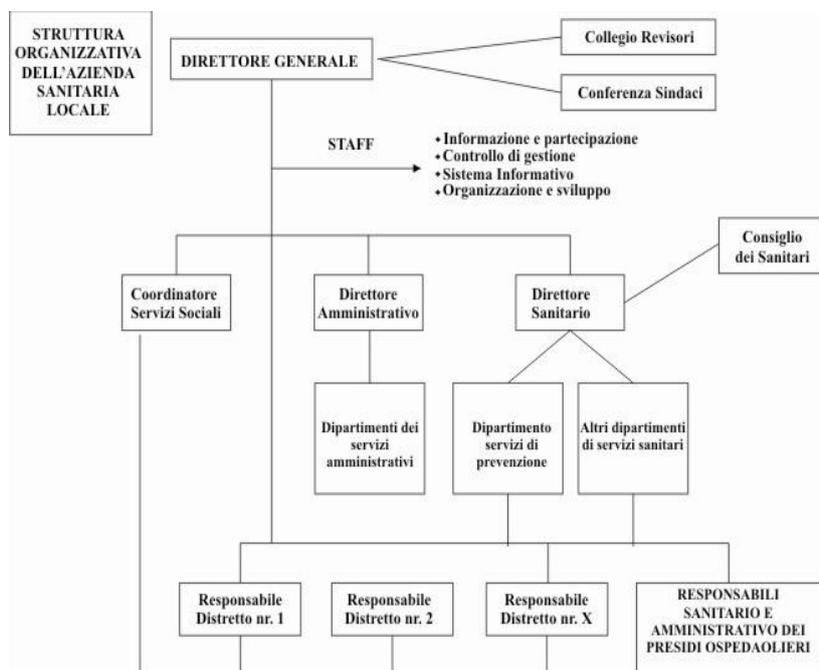
Organigramma delle Unità Sanitarie Locali (U.S.L.)

STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'USL (LEGGE 833/78)



Con l'entrata in vigore del decreto legislativo 502/92, il punto cardine diviene, invece, l'aziendalizzazione degli enti deputati all'erogazione di processi e strumenti per la salute, e si passa dalla gestione politica alla gestione tecnica. Le U.S.L. diventano Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.). Vengono create le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliere Universitarie. E, allo stesso tempo, si ridefiniscono anche gli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie.

Organigramma delle A.S.L.



Le A.S.L. sono aziende autonome.

L'autonomia delle A.S.L. comprende la gestionale *organizzativa, contabile, amministrativa, patrimoniale e tecnica*.

La *gestione organizzativa* individua autonomamente la struttura organizzativa dell'Azienda sia come sistema organizzativo interno (staff di direzione), sia come livelli di decentramento (poteri di gestione e di controllo).

La *gestione contabile* comprende l'area di gestione economica, finanziaria e patrimoniale.

La *gestione amministrativa* ha il potere di adottare autonomamente provvedimenti amministrativi che implicano potestà pubblica.

La *gestione patrimoniale* dispone del patrimonio sia con atti di acquisizione, sia con atti di cessione, sia con atti di amministrazione.

La *gestione tecnica* attiva e dispone le procedure e le modalità di impiego delle risorse.

L'autonomia gestionale delle A.S.L. ha il potere di determinare in piena autonomia gli obiettivi dell'azione, programmare le attività, provvedere alla collocazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie, procedere al conferimento dei poteri e alle attribuzioni delle responsabilità, controllare l'andamento della gestione e verificare dei risultati.

Le A.S.L. attraverso l'autonomia gestionale e organizzativa secondo principi aziendali e strumenti privatistici (atto aziendale) dovrebbero rispondere meglio a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, rispettando i vincoli di bilancio attraverso l'equilibrio fra costi e ricavi e sfruttando, in maniera ottimale, le risorse rispettando i livelli di qualità ed equità.

2.2. Differenze a confronto fra la legge 833/78 e il decreto legislativo 502/92

Con la legge 833/78 l'organizzazione è centralizzata e gestita a livello statale. Con questa legge si stabiliscono:

- gli indirizzi generali per la tutela della salute;
- la programmazione sanitaria nazionale;
- i livelli di prestazione da garantire a tutti i cittadini;
- le norme per garantire uniformità di assistenza;
- il coordinamento delle attività amministrative regionali;
- le funzioni amministrative generali;
- il Fondo Sanitario Nazionale e la distribuzione alle Regioni;
- la redazione del Piano Sanitario Nazionale;
- l'accoglimento delle direttive internazionali.

Con il decreto legislativo 502/92 e successive modifiche, con riferimento al decreto legislativo 229/99, si stabiliscono:

- gli indirizzi generali per la tutela della salute;
- la programmazione nazionale con la partecipazione delle Regioni;
- l'intesa con le Regioni per i L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza);
- l'entità del Fondo Sanitario Nazionale e la ripartizione d'intesa con le Regioni;
- la redazione del Piano Sanitario Nazionale con la partecipazione delle Regioni;
- l'accoglimento delle direttive internazionali.

2.3. Organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale è la principale innovazione legislativa e organizzativa inserita nel decreto legislativo 502/92 e successive modifiche; è il modello ordinario di gestione operativa con cui sono organizzate le strutture aziendali associate ad un'aggregazione di più Unità Operative affini o complementari, con propria autonomia e responsabilità, ma interdipendenti (es. Dip. Cardiologia, Chirurgia generale, Prevenzione ecc.). Serve a potenziare le responsabilità dirigenziali e professionali, come centro di responsabilità, sia economico, sia per l'elaborazione dei programmi di attività e di valutazione dell'assistenza. I direttori dei dipartimenti sono nominati dal Direttore Generale.

Le finalità del Dipartimento sono volte ad un impiego ottimale degli spazi assistenziali, del personale e delle apparecchiature disponibili, alla verifica della qualità complessiva dell'assistenza e alla promozione di nuove attività e nuovi modelli operativi.

Il Bilancio del Dipartimento si articola in costi delle risorse umane, tecniche e strutturali; costi dei consumi per beni e servizi e finanziamento aziendale ed esterno.

La Programmazione delle attività del Dipartimento è descritta nel Piano Strategico Aziendale di lungo periodo e nel Piano Operativo annuale dove vengono elencati gli Obiettivi dipartimentali e gli Obiettivi delle Unità Operative.

di seguito alcuni esempi

Il Dipartimento della Prevenzione

Il Dipartimento della Prevenzione garantisce la tutela della salute collettiva attraverso obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e disabilità e miglioramento della qualità della vita; promuove, inoltre, azioni volte a individuare e rimuovere cause di nocività e malattie di origine ambientale, umana e animale.

Il Dipartimento di Prevenzione è organizzato in diversi settori quali: igiene e sanità pubblica; igiene degli alimenti e della nutrizione; prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro; sanità animale; igiene degli alimenti di origine animale; igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di salute mentale garantisce la tutela della salute mentale individuale e collettiva attraverso obiettivi di promozione del benessere e della salute, prevenzione del disagio e miglioramento della qualità della vita; promuove, inoltre, azioni volte a individuare e rimuovere cause di disagio sociale attraverso la promozione di processi partecipativi nella costruzione della salute pubblica.

Il Dipartimento di salute mentale è organizzato in: Centro di salute mentale; Ambulatori; Servizi psichiatrici di diagnosi e cure; Centri diurni; Strutture residenziali; collegamento con le Cooperative di lavoro.

2.4. Il Distretto

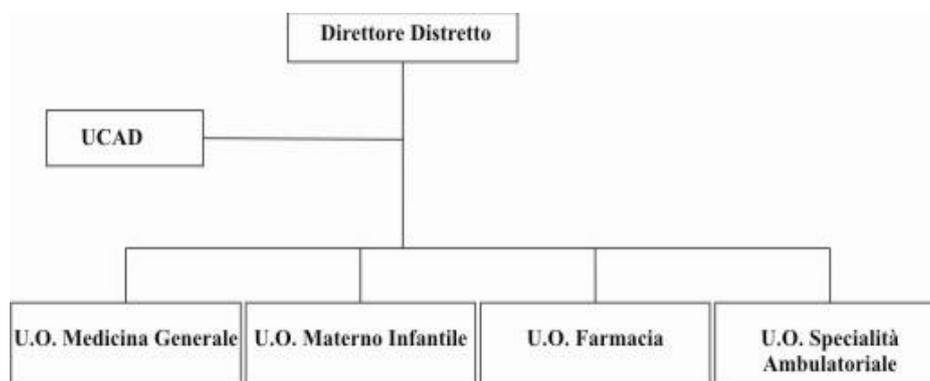
Il Distretto è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'A.S.L. è individuato con atto aziendale e prevede un bacino di utenza di popolazione minima di 60.000 abitanti; ha la finalità di realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-sanitari, tale da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione; ha un'autonomia tecnico-gestionale e un'autonomia economico finanziaria; ha risorse in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione e compiti di erogare assistenza socio-sanitaria se concordati e finanziati dai Comuni.

2.4.1. Funzioni e Servizi del Distretto

Il Distretto fornisce assistenza primaria e coordinamento dei medici di medicina generale con le strutture operative dei vari dipartimenti, con i servizi specialistici ambulatoriali e con le strutture ospedaliere ed *extra-ospedaliere* accreditate. Fornisce un consultorio materno infantile; attività e servizi per disabili; assistenza domiciliare integrata, programmata e per residenze protette (A.D.I. – A.D.P. A.D.R.); cure per tossicodi-

pendenti (SERT); attività e servizi per patologie come HIV, per pazienti in fase terminale e il servizio di farmacia.

Organigramma del Distretto



Medicina Generale

La medicina generale è tesa a sviluppare un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità e si avvale di un processo di consultazione esclusivo caratterizzato da una relazione continuativa mantenuta tramite una efficace comunicazione tra medico e paziente. Si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

3. Assistenza ospedaliera

- Ospedali non costituiti in Azienda
- Aziende Ospedaliere
- Aziende Ospedaliere Universitarie
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
- Istituti privati accreditati

3.1. Ospedali non costituiti in Azienda

Gli Ospedali non costituiti in Azienda sono presidi delle A.S.L. diretti da un dirigente medico, responsabile delle funzioni igienico amministrative e da un dirigente amministrativo per le relative funzioni, entrambi nominati dal Direttore Generale. Hanno autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'A.S.L. e sono organizzati per Dipartimenti.

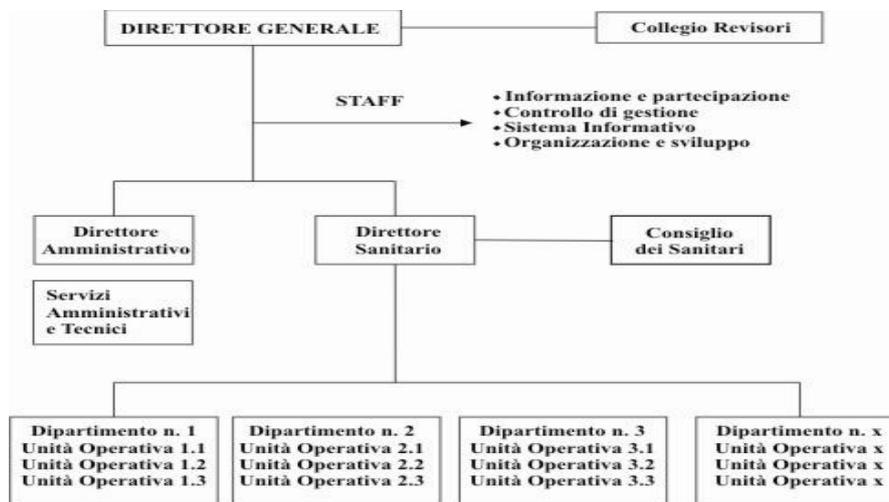
3.2. Azienda Ospedaliera

Sono costituiti in Azienda gli Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, individuati dalle Regioni in base a parametri stabiliti dall'art. 4 del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni. Le Aziende Ospedaliere hanno gli stessi organi e le medesime attribuzioni previste per le A.S.L. .

Le Aziende Ospedaliere hanno un'organizzazione dipartimentale delle Unità Operative; un sistema di contabilità economico patrimoniale e per centri di costo. Almeno tre Unità Operative di alta specializzazione. Un Dipartimento per emergenze di secondo livello. Assumono il ruolo di Ospedale di riferimento del programma di assistenza sanitaria regionale; svolgono attività di ricovero in degenza ordinaria per pazienti di altre Regioni. Hanno un indice della complessità della casistica superiore del 20% superiore alla media regionale. Dispongono di un patrimonio immobiliare adeguato.

Le Aziende Ospedaliere sono autonome nella gestione, nell'organizzazione, nella contabilità, nell'amministrazione, nella gestione del patrimonio e in quella tecnica.

Organigramma dell'Azienda Ospedaliera



3.3. Aziende Ospedaliero-Universitarie¹

Il decreto legislativo 517/99 individua un soggetto ulteriore nel panorama di quelli tenuti ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, denominato Azienda Ospedaliero – Universitaria, da costituire da parte delle varie realtà regionali al termine di una fase sperimentale di durata massima di un quadriennio.

L'esperienza maturata a seguito della fase applicativa del decreto legislativo 517/99 fa emergere un quadro degli esiti di tale fase sperimentale differenziato in funzione:

- o dei contesti sanitari regionali,

¹ Il paragrafo 3.3. e i suoi sotto paragrafi sono stati scritti dall'Ing. Mario Romeri, *Rapporti Istituzionali e Progetti Speciali* A.O.U. Careggi, Coordinatore Tecnico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano in Rappresentanza della Regione Toscana e dall'Arch. Paolo Francesco Licari, *Referente Segnaletica di Orientamento* A.O.U. Careggi, Dipartimento Tecnico, Settore: Mobilità, Segnaletica e Vigilanza.

- delle modalità e dei tempi di attuazione dei rapporti tra Regioni ed università,
- della tipologia istituzionale originaria (aziende miste, policlinici universitari, altri livelli istituzionali previsti per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera quali aziende ospedaliere di rilievo nazionale, istituti scientifici ed altri contesti nei quali risulti operativa l'attività clinica, didattica e scientifica dell'Università).

La riforma costituzionale del titolo V ha rappresentato ulteriore elemento di differenziazione del percorso sperimentale in funzione del graduale affermarsi dell'autonomia regionale nel settore specifico.

Lo statuto o il regolamento del nuovo soggetto aziendale saranno approvati, nell'ambito delle disposizioni attuative dei protocolli d'intesa tra regione ed Università, dai relativi organi delle istituzioni competenti e sottoscritti dal Presidente della Giunta regionale e dal Rettore dell'Università interessata.

In tale contesto sia l'ordinamento istituzionale (organi e loro competenze ed attribuzioni) che l'autonomia organizzativa variano in maniera significativa in relazione alla tipologia del soggetto giuridico di partenza, alle relazioni definite tra regione ed Università nell'ambito dei protocolli d'intesa ed all'assetto dei Servizi sanitari regionali di appartenenza.

3.3.1. Natura dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Essa è azienda ospedaliera integrata con l'Università degli Studi di Firenze e si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero, per prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività d'emergenza urgenza. In particolare persegue lo sviluppo di attività d'alta specializzazione in quanto riferimento infraregionale che aggrega più ambiti territoriali di A.S.L. (Area Vasta), regionale, interregionale e nazionale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (di seguito AOUC) svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni d'assistenza, didattica e ricerca, costituendo, al tempo stesso, elemento strutturale del Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela complessiva della salute, e del Sistema Universitario, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

3.3.2. Missione istituzionale.

L'obiettivo fondamentale dell'AOUC è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute in un processo che includa in modo inscindibile la didattica e la ricerca. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle del Servizio Sanitario.

L'AOUC quale espressione originale dell'integrazione di due distinti ordinamenti (Servizio Sanitario Regionale ed Università), assume un modello organizzativo dinamico nel quale la specificità di ciascun operatore e di qualsiasi livello professionale è definita

dall'insieme degli obiettivi dell'azienda, a prescindere dal sistema giuridico di provenienza.

3.3.3. Assetto istituzionale

3.3.3.1. Gli organi dell'azienda

Sono organi dell'azienda, secondo le disposizioni normative regionali e quelle di contenuto pattizio di cui al protocollo d'intesa Regione Toscana e Università di Firenze, Pisa e Siena, l'Organo d'Indirizzo, l'Organo Paritetico, il Direttore Generale ed il Collegio Sindacale.

- *L'Organo d'Indirizzo:*

- composto dall'Assessore Regionale al Diritto alla Salute che lo presiede, dal Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dal Direttore Generale del Dipartimento Regionale al Diritto alla Salute,
- partecipano ai lavori il Rettore dell'Università, il Direttore Generale dell'azienda e due medici, vicepresidenti del Consiglio dei Sanitari dell'azienda,
- ha il compito di indirizzare rendendole coerenti la programmazione strategica generale dell'attività assistenziale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università, valutandone la corretta attuazione.

- *L'Organo Paritetico:*

- composto dall'Assessore al Diritto alla Salute, dal Rettore dell'Università e dal Direttore Generale dell'azienda,
- partecipa ai lavori il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia,
- ha la funzione di fornire indirizzi nelle materie che hanno rilievo economico patrimoniale e di valutarne l'applicazione da parte dell'azienda.

- *Il Direttore Generale:*

- nominato dal Presidente della Giunta regionale d'intesa con il Rettore dell'Università,
- ha la rappresentanza legale dell'azienda e ne esercita tutti i poteri di gestione, nel rispetto ed in attuazione delle linee strategiche elaborate dall'Organo d'Indirizzo, dall'Organo Paritetico e degli atti d'indirizzo politico-amministrativo della Regione e dell'Università,
- è responsabile della realizzazione degli obiettivi strategici definiti dal Piano Sanitario Regionale, dalla programmazione attuativa aziendale e di Area Vasta,
- verifica, avvalendosi di apposite strutture dello Staff aziendale e del Nucleo di Valutazione, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

- *Il collegio sindacale:*

- è composto da cinque membri designati, rispettivamente, dalla Regione Toscana, dal Ministro del Tesoro, dal Ministro della Sanità, dal Ministro dell'Istruzione, Università e della Ricerca e dall'Università di Firenze,
- svolge le funzioni indicate dall'art. 3 ter Decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni e dall'art. 42 della legge regionale Toscana n. 40/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

3.3.3.2. Organizzazione generale

- *I principi dell'organizzazione / sono:*

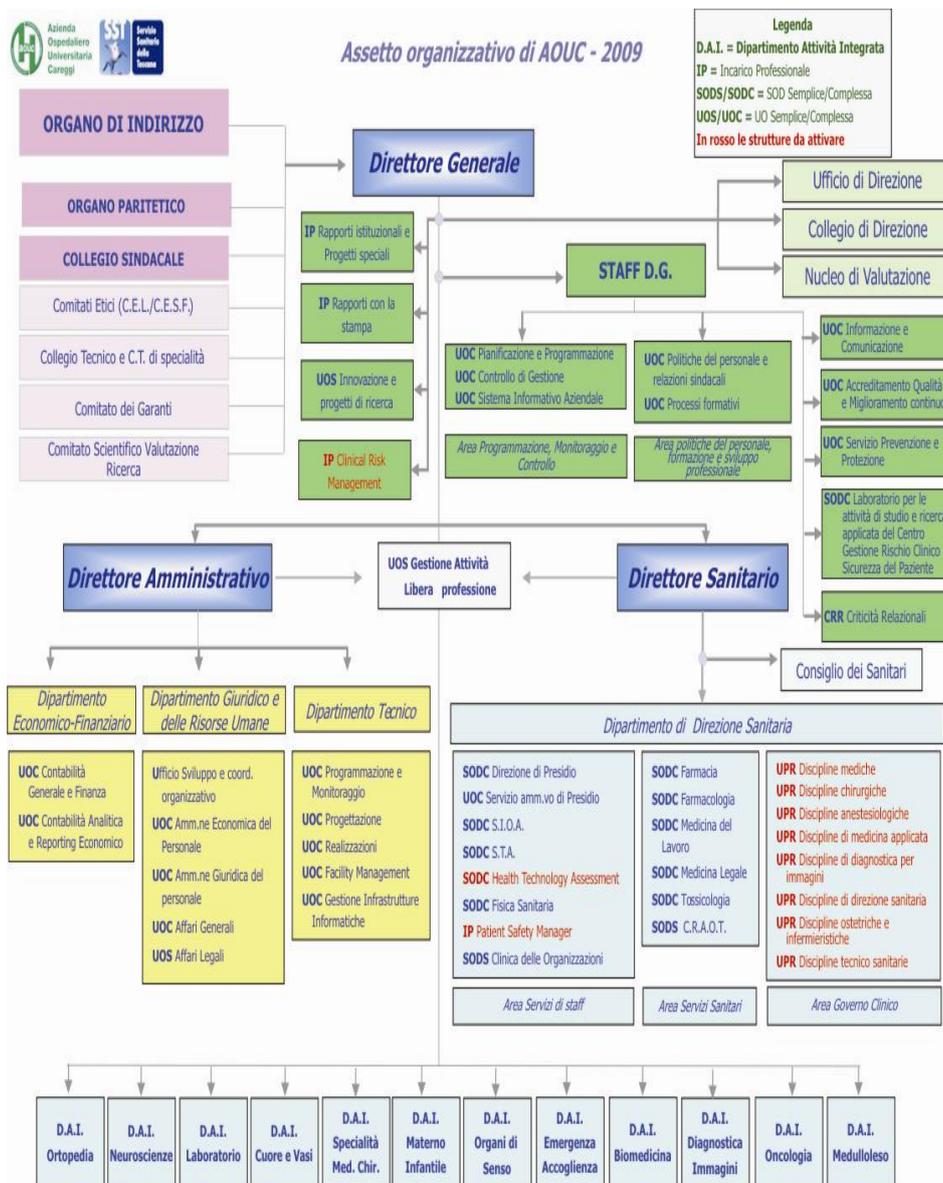
- fondati su criteri di multidisciplinarietà nella definizione delle attività cliniche e di multiprofessionalità nello svolgimento delle attività assistenziali,
- orientati al miglioramento delle competenze tecniche e scientifiche e risponde ad obiettivi assistenziali, di didattica e di ricerca, che la legge regionale individua come istituzionali nel loro insieme,
- adottano il modello di gestione operativa delle attività assistenziali del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI), al fine di perseguire l'ottimale realizzazione del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo ed esercitare, in forma unitaria e coordinata, le attività assistenziali con quelle di didattica e di ricerca,

Il DAI:

- supera la logica attuale dei reparti di specialità, salvaguardando la centralità del cittadino nei processi assistenziali, ed organizzando *setting assistenziali omogenei*, denominati Aree di Attività,
- organizza le Aree di Attività dipartimentali in funzione prioritaria dell'intensità dei processi assistenziali da assicurare, garantendo le necessarie integrazioni multidisciplinari e multiprofessionali,
- assicura la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali, garantendo l'integrazione dei processi assistenziali con quelli di didattica e di ricerca, quale momento non eliminabile del miglioramento qualitativo e quantitativo dell'attività,
- aggrega strutture dipartimentali complesse, strutture dipartimentali semplici e strutture semplici costituenti articolazione di quelle complesse. Le strutture, semplici o complesse, sono denominate Strutture Organizzative Dipartimentali (SOD),
- le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico professionale e gestionale, quest'ultima nell'ambito dei compiti e delle risorse attribuite dal Direttore di dipartimento attraverso la procedura di budget,

- gli organismi dipartimentali sono il Direttore ed il comitato di dipartimento;
- Il Direttore di dipartimento si avvale per l'esercizio delle proprie funzioni del medico responsabile dei servizi sanitari (RSS), del responsabile infermieristico o tecnico sanitario di dipartimento (RID) e del responsabile amministrativo di dipartimento (RAD).

Di seguito si riporta l'organigramma dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Careggi di Firenze.



3.4. *Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)*

L'IRCCS è un centro dotato di autonomia e personalità giuridica di diritto pubblico o privato che persegue finalità di ricerca, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

L'IRCCS può essere trasformato in Fondazione aperta alla partecipazione di soggetti pubblici e privati.

3.5. Istituti accreditati

L'accREDITAMENTO può essere qualificato come concessione amministrativa di un servizio pubblico. Per effetto di tale atto un soggetto privato viene ammesso a prestare servizi di diagnosi e cura in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, con oneri a carico di quest'ultimo solo in presenza di apposito accordo convenzionale o contratto.

In tal senso il legislatore ha precisato che per ottenere l'accREDITAMENTO non è sufficiente il possesso di determinati requisiti tecnici e strutturali, ma è necessaria anche la strumentalità alla programmazione del SSN.

Tale precisazione fa sì che non si può parlare di semplice autorizzazione o abilitazione, ma che è necessario anche un ulteriore elemento più discrezionale – ma non arbitrario – di scelta della Pubblica Amministrazione, rappresentato dall'accordo convenzionale o dal contratto.

4. *Strutture territoriali per assistenza riabilitativa e lungo-degenze*

Le strutture territoriali per assistenza riabilitativa e lungo degenze sono centri ambulatoriali di riabilitazione con apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico per l'età evolutiva per condizioni di menomazione e/o disabilità. Sono Presidi di riabilitazione extraospedaliero a ciclo diurno e/o continuativo per recupero post acuti. Residenze sanitarie assistenziali per non autosufficienti per esiti stabilizzanti di malattie fisiche o psichiche o miste non assistibili a domicilio dove viene assicurata assistenza medica, infermieristica, alberghiera, assistenziale.

4.1. Rete di cure palliative: l'Hospice

I centri di cure palliative sono strutture per il ricovero ad alta intensità assistenziale e a limitata tecnologia e forniscono assistenza domiciliare di rete.

L'hospice, ovvero il concetto di cure palliative, nasce nel 1963 in Inghilterra da un'idea di Dame Sanders e diffusa da Wald nel mondo; negli USA ha avuto un'ascesa e un'organizzazione sempre più organica a partire dagli anni ottanta. È un concetto di cura per un particolare tipo di paziente, la cui aspettativa di vita è di poche settimane o qualche mese. Le cure palliative sono cure globali erogate ai pazienti e ai loro familiari da una équipe multidisciplinare, dopo che i medici hanno stabilito che non è possibile la guarigione, che non hanno lo scopo di prolungare la vita, ma di aiutare il paziente e i familiari a giungere al momento finale dell'esistenza.

5. Piano Sanitario Nazionale

La programmazione sanitaria è una prerogativa dello Stato e si esplica con il Piano Sanitario Nazionale nel quale si delineano le procedure di programmazione e attuazione del SSN, la promozione della salute e le priorità da realizzare con *obiettivi chiari* e correlati con le disponibilità economiche e i *livelli essenziali di assistenza*.

a. Obiettivi per la tutela della salute:

- educazione sanitaria;
- prevenzione;
- diagnosi e cure;
- riabilitazione;
- igiene ambiente di vita;
- igiene ambiente lavoro;
- igiene alimenti;
- igiene veterinaria;
- disciplina farmaci;
- formazione;
- ricerca scientifica.

b. Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.)

I Livelli sono definiti essenziali perché necessari e appropriati per rispondere ai bisogni fondamentali di tutela della salute. I L.E.A. devono essere uniformi su tutto il territorio nazionale.

L'individuazione dei L.E.A. è effettuata per il periodo di validità triennale del Piano Sanitario Nazionale (P.S.N.) contestualmente alla individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN .

Le prestazioni comprese nei L.E.A. sono garantite dal SSN gratuitamente o con quota a carico del cittadino. I L.E.A. comprendono l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

6. Il ruolo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella promozione della Salute

L'organizzazione istituzionale nella quale l'OMS si inserisce, nel 1948, è l'ONU. L'ONU, oltre ad essere un organismo internazionale che si occupa del mantenimento della pace, si occupa, in generale, dello sviluppo economico e sociale a livello mondiale. Da sempre, fin dal suo sorgere, il concetto di salute per l'OMS è stato indicato in un modo originale ed è andato ad assumere, con il passar degli anni, una forma via via più coerente.

Nel statuto dell'OMS la salute non è solo assenza di malattia, ma benessere globalmente inteso e cioè a livello fisico, mentale, psicologico, sociale ed economico.

L'OMS essendo uno strumento delle Nazioni Unite si fa carico, inoltre, di una serie di conseguenze che portano a completare questo significato di salute. Infatti, non basta sottolineare il carattere globale, ne deve essere sottolineato anche il carattere universa-

listico. Da ciò deriva che il Benessere Globale è per tutti nel senso egualitario dell'ONU. Accanto a questo concetto, ce n'è poi un altro, fatto proprio dall'OMS, che è quello di sviluppo: inteso come strumento per raggiungere gli obiettivi dell'ONU. Il modo di operare dell'OMS è per comitati, per incontri multidisciplinari e internazionali.

Guardando gli obiettivi dell'OMS, emergono una serie di punti, di connessioni che toccano da vicino la salute.

Il *primo punto* si riferisce all'universalismo: cioè la necessità di vedere prima l'esame delle ricerche e poi la loro applicazione con appositi strumenti tecnici, in una prospettiva transculturale. Questo è il cardine fondamentale di coerenza per quello che riguarda il rapporto Salute-OMS, cioè l'attenzione a quello che le comunità scientifiche nazionali esprimono nella considerazione che si deve operare a livello universalistico, dove tutte le culture hanno pari dignità ed operano in modo interattivo. Quindi transculturalismo come fondamento di ogni ricerca e di ogni operazione.

Il *secondo punto* è un altro significato di universalismo: quello collegato alla globalità dello sviluppo. Infatti, l'attenzione particolare per quello che riguarda il ruolo della salute è in funzione di quell'essere la salute condizione dello sviluppo e non solo indicatore dello sviluppo economico e sociale.

Dopo questa breve cornice contestuale, di seguito entreremo nel merito di due sistemi di classificazione internazionale delle malattie mentali: la classificazione attraverso l'ICD.10 (*International Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinic Description and Diagnostic Guideline. Decima revisione*), e la classificazione attraverso il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM. IV).

6.1. Il sistema della classificazioni internazionali delle malattie mentali

La classificazione diagnostica dei disturbi mentali promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è rappresentata, in particolare, dall'*International Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinic Description and Diagnostic Guideline*, (ICD.10). L'ICD.10 è, infatti, un prodotto dell'OMS, e rappresenta la cultura internazionale e transculturale dell'OMS. Questa è la caratteristica fondamentale che spiega alcune differenze di dettaglio, sia a livello tecnico, che nei risultati classificatori, fra ICD.10 e DSM - IV.

Nel prossimo paragrafo presenteremo una sintesi dettagliata di quello che è il DSM e a seguire un confronto con l'ICD.10

6.2. IL DSM (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder)

Il DSM, preso alla lontana, può essere considerato più un sistema che un manuale.

Bisogna, in ogni caso, fare uno sforzo per scorgere in esso il carattere della *operatività*, che non è una generica affermazione di empirismo o di pragmaticità; è piuttosto una categoria epistemologica: devono, cioè, essere definite in un certo modo le categorie o

classi diagnostiche, per avere questi poteri diagnostici in funzione dell'operazione specifica, e non per una validità astratta, derivante, per esempio, dalla coerenza interna di una teoria.

Un altro punto logicamente associato a questo è l'esclusione di ogni obiettivo di ricerca causalistica o etiologica. La diagnosi non può, e non deve avere per scopo le spiegazioni o le cause di ogni disturbo.

Potremmo sottolineare questa possibile lettura del DSM avvicinando la sua a-teoreticità e il suo a-causalismo al grande campo delle teorie fenomenologiche, nel senso che Husserl (fondatore della fenomenologia filosofica moderna) attribuisce al termine epoché: *il mettere fra parentesi la spiegazione delle cause.*

Come procedura, si osservano i fenomeni, si cerca di intuire, di comprendere, si cerca di identificare la struttura e le leggi di funzionamento, mettendo però fra parentesi tutte le ipotetiche cause o tutti gli ipotetici destini.

Il DSM, in questo, consente che si formi una comunità scientifica solidale, omogenea ed operativamente convinta di valutatori diagnostici della persona, senza che all'interno di questa possano avvenire scontri e rotture della solidarietà sociale e scientifica per divergenze sull'interpretazione delle cause o per divergenze sui rimedi della malattia.

Biologi organicisti, genetisti, cognitivisti, interazionisti, psicoanalisti freudiani, ciascuno con il suo personale paradigma sulle cause e sulle tecniche terapeutiche, *mettono fra parentesi* le loro posizioni, e, all'interno della prospettiva del DSM, operano insieme, rinunciando però, solo momentaneamente e non definitivamente alle proprie posizioni.

E' chiaro, tuttavia, che dovendo mettere tra parentesi le cause e gli effetti, bisogna concentrare la propria attenzione sui dati: che abbiano nel limite del possibile, il massimo dell'oggettività; allora ne viene fuori una conseguenza abbastanza implicita, cioè l'attenzione alla dimensione comportamentale del disturbo (che certamente non vuol dire solo il comportamento in senso stretto). Quando, per esempio, fra i sintomi il DSM presta attenzione all'umore, esso stesso è un comportamento.

Un altro punto essenziale del DSM è la multiassialità.

L'uso dell'asse potrebbe essere considerato la norma in qualsiasi tipo di valutazione diagnostica; la diagnosi non è altro che l'andare a collocare sulla linea dei punti, che saranno, per esempio, i sintomi. Il carattere originale del DSM è, allora, la multiassialità che definisce che nessuna sindrome può emergere andando a vedere solo un punto su un unico asse: il DSM ne considera cinque.

Operativamente si va a vedere dove si colloca la personalità "x" in ciascuno di questi assi (generalmente se ne usano tre).

6.2.1. La Valutazione Multiassiale

La valutazione multiassiale presuppone che ciascun caso venga valutato in relazione a vari assi, ciascuno dei quali si riferisce a una diversa classe di informazioni. Perché il sistema abbia la massima utilità clinica, il numero di assi deve essere limitato; cinque sono gli assi nella classificazione multiassiale del DSM. I primi tre configurano la valutazione diagnostica ufficiale.

L'uso del sistema multiassiale del DSM assicura che venga rivolta l'attenzione a certi tipi di disturbi, aspetti dell'ambiente ed aree del funzionamento che potrebbero risultare trascurati se il centro dell'attenzione fosse rivolto alla valutazione di un singolo problema in atto.

Ciascun individuo viene valutato, dunque, in relazione a ciascuno dei seguenti Assi:

- Asse I - Sindromi Cliniche e Codici Valutazione.
- Asse II - Disturbi dello Sviluppo e di Personalità,
- Asse III - Disturbi e Condizioni Fisiche.
- Asse IV - Gravità degli Eventi Psicosociali Stressanti.
- Asse V - Valutazione Globale del Funzionamento.

Gli Assi IV e V sono utilizzabili in particolari situazioni classiche e di ricerca; essi forniscono informazioni complementari alle diagnosi ufficiali del DSM (Assi I, II, III) e utili per la pianificazione del trattamento e la previsione dell'esito.

Assi I e II. Disturbi Mentali e Codici di valutazione

Gli Assi I e II comprendono l'intera classificazione dei disturbi mentali, oltre ai codici V (condizioni che Richiedono Attenzione o Trattamento, ma non sono attribuibili ad un disturbo mentale).

I disturbi elencati nell'Asse II sono i Disturbi dello Sviluppo e i Disturbi di Personalità, che di solito cominciano nell'infanzia o nell'adolescenza e persistono in forma stabile (senza periodi di remissione o esacerbazione) nella vita adulta. Con solo poche eccezioni (ad es. i Disturbi dell'Identità di Genere e le Parafilie), queste caratteristiche non sono tipiche dei disturbi dell'Asse I. La separazione tra Asse I e Asse II assicura che, nella valutazione degli adulti, venga presa in considerazione la possibile presenza di Disturbi di Personalità, che possono essere sottovalutati quando l'attenzione è diretta ai disturbi dell'Asse I, di solito più evidenti. La distinzione tra Asse I e Asse II nella valutazione dei bambini sottolinea il bisogno di considerare i disturbi che riguardano lo sviluppo delle capacità cognitive, sociali e motorie.

È da notare, inoltre, che in molti casi l'individuo può presentare disturbi su entrambi gli assi.

Diagnosi multipla sugli Assi I e II

Su entrambi gli Assi I e II dovranno essere registrate diagnosi multiple quando ciò si renda necessario per descrivere il quadro clinico. Ciò si applica particolarmente all'Asse I, per il quale, ad esempio, l'individuo può presentare sia un disturbo da Uso di Sostanze Psicoattive che un disturbo dell'Umore. E' possibile, ancora, avere diagnosi multiple all'interno di una stessa classe. Per esempio, è possibile registrare parecchi disturbi da Uso di Sostanze Psicoattive, o, nella classe dei Disturbi dell'Umore, avere una Depressione Maggiore sovrapposta ad una Distimia, o un Disturbo Bipolare sovrapposto ad una Ciclotimia.

In altre classi, come la Schizofrenia, ciascuno dei tipi esclude invece gli altri.

All'interno dell'Asse II è comune la diagnosi di *Disturbi Specifici dello Sviluppo*. Per alcuni adulti, la persistenza di un Disturbo Specifico dello Sviluppo e la presenza di un Disturbo di Personalità possono richiedere una doppia registrazione sull'Asse II. Di solito viene registrato un unico Disturbo di Personalità; tuttavia, se l'individuo risponde ai criteri per più di uno, tutti dovrebbero essere registrati.

Asse II e Descrizione delle caratteristiche di personalità

L'Asse II può essere utilizzato per indicare specifici tratti di personalità o l'uso abituale di particolari meccanismi di difesa quando non esiste un Disturbo di Personalità, o in aggiunta ad una diagnosi di Disturbo di Personalità.

I disturbi di personalità si suddividono in raggruppamenti, detti *Cluster*, raccolti secondo criteri descrittivi sulla base di osservazioni cliniche.

Il *Cluster 'A'* caratterizza questo gruppo come soggetti dal comportamento bizzarro ed eccentrico ed accoglie: *il D.P. Paranoide, il D.P. Schizoide, il D.P. Schizotipico.*

Il *Cluster 'B'* caratterizza un comportamento imprevedibile, impulsivo e traumatico ed accoglie: *il D.P. Narcisistico, il D.P. Istrionico, il D.P. Antisociale, e il D.P. Borderline.*

Il *Cluster 'C'* caratterizza un comportamento ansioso ed insicuro ed accoglie: *il D.P. di Evitamento, il D.P. Dipendente, il D.P. Ossessivo Compulsivo e il D.P. Possessivo-Aggressivo.*

Un ultimo suggerimento del DSM, riguarda i criteri diagnostici: *"sono stati revisionati per consentire un indice dei sintomi, un certo numero dei quali, ma nessuno singolarmente, può definire la diagnosi".²*

Asse IV. Gravità degli Eventi Psicosociali Stressanti

L'Asse IV fornisce la Scala della Gravità degli Eventi Psicosociali Stressanti per la codifica della gravità globale di un evento psicosociale stressante o di eventi psicosociali stressanti multipli che si siano verificati nell'anno precedente l'attuale valutazione e che possano avere contribuito ad una delle seguenti situazioni:

- a. insorgenza di un nuovo disturbo mentale
- b. ricaduta di un disturbo mentale precedente
- c. esacerbazione di un disturbo mentale già esistente

Valutazione della gravità dell'evento stressante

La valutazione della gravità dell'evento stressante dovrebbe essere basata sulla valutazione dello stress che una persona media, in condizioni simili e di simile contesto socioculturale, subirebbe dal particolare evento psicosociale stressante. Questo giudizio coinvolge la considerazione dei seguenti aspetti: grado di cambiamento nella vita dell'individuo causato dall'evento stressante, in che misura l'evento viene desiderato ed è sotto il controllo dell'individuo, numero degli eventi stressanti.

Asse V. Valutazione Globale del Funzionamento

L'asse V consente al clinico di indicare il suo giudizio sul funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dell'individuo su di una scala, la Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (Scala VGF), che valuta la salute-malattia mentale.

² American Psychiatric Association, (DSM.III-R), p.12.

Le valutazioni della VGF dovrebbero essere riferite a due periodi di tempo:

1. *Attuale* – il livello di funzionamento al momento della valutazione (riflettono generalmente l'attuale bisogno di trattamento e di cura)
2. *Dell'ultimo anno* – il più alto livello di funzionamento in almeno alcuni mesi nell'ultimo anno (hanno frequentemente significato prognostico).

Esempio di come registrare i risultati di una Valutazione Multiassiale:

II DSM.III-R

- Asse I:*
- 296.23 Depressione Maggiore, Episodio Singolo, Grave, senza manifestazioni psicotiche.
 - 303.90 Alcool Dipendenza.
- Asse II:*
- 301.60 Disturbo Dipendente di Personalità (Provvisoria, escludere un Disturbo Borderline di Personalità).
- Asse III:*
- Cirrosi Epatica Alcoolica.
- Asse IV:*
- Eventi psicosociali stressanti: anticipato pensionamento e cambiamento di residenza con perdita di contatto dagli amici.
 - Gravità: 4 – Moderata (situazione prevalentemente duratura).
- Asse V:*
- VGF attuale: 44
 - VGF ultimo anno: 55

6.2.2. Diagnosi differenziale

La multiassialità permette di giungere in maniera più attenta alla diagnosi differenziale. In questa prospettiva nel momento in cui si valuta una persona, e si è arrivati ad una conclusione (ci si trova, ad esempio, di fronte ad una personalità Antisociale), non ci si deve accontentare perché operando con la multiassialità, si può giungere a sintomatologie che possono sconfinare in un'altra combinazione rispetto alla prima, si suggerisce quindi di fare attenzione alla differenza: prestare attenzione ad un confine da accertare tra una serie di sintomi non affini: ogni classificazione diagnostica si deve concludere, quindi, con una serie di attenzioni differenziali.

Attualmente, il DSM è non tanto poco conosciuto, quanto conosciuto male, oggetto di critiche, soprattutto da parte di chi non lo conosce. Ad esempio, viene sottolineato sia nell'uso e, prima ancora, nell'atteggiamento di fronte allo strumento, che è un manuale. Il manuale fa pensare a qualcosa da sfogliare, da seguire con l'indice, ecc.; ma, al contrario di quanto indica il nome, il DSM non deve essere considerato un manuale, bensì un sistema; come sistema diviene poi difficile da divulgare, se non altro perché divulgare significherebbe semplificare, ridurre ciò che è complesso e, quindi, deformare.

Le fonti Occidentali sono 5: scuole sociali; scuole biologiche; scuole psicoanalitiche; scuole comportamentiste–cognitiviste; scuole interpersonali (antropologiche ed interazioniste).

6.3. Differenze e Somiglianze nella valutazione diagnostica fra il DSM e L'ICD.10

Di seguito vedremo come, nel discorso più ampio dell'OMS, si cala il metodo diagnostico dell'ICD (*International Classification of Mental and Behavioural Disorder: Clinic Description and Diagnostic Guideline*) nella sua integrazione con il DSM (*Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*).

La prima cosa che bisogna fare è quella di individuare una differenza tra l'approccio del DSM e quello dell'ICD, nel senso che quello del primo è un approccio più propriamente disciplinare e culturale o nazionale, mentre l'ICD predilige un approccio multidisciplinare, transculturale e internazionale.

Il DSM è figlio dell'associazione degli psichiatri americani (APA), quindi un prodotto della cultura americana, nel suo percorso storico (1952-2009).

Come abbiamo già accennato, l'ICD è, invece, un prodotto dell'OMS, e quindi della cultura che l'OMS rappresenta: internazionale e transculturale. Questa è la caratteristica (o la differenza fondamentale) che spiega poi alcune differenze di dettaglio, sia a livello tecnico, che nei risultati classificatori.

La prima differenza è la premessa del metodo statistico e di classificazione multiassiale che caratterizza il DSM, escludendo l'ICD da questo sistema; ma lo esclude anche lo strumento statistico come strumento fondatore della classificazione, se le classificazioni dell'ICD sono il risultato di un lavoro di colloqui promossi da un'equipe internazionale: dove anche quell'espressione culturale specifica che è il DSM viene chiamata a dialogare. Quindi il DSM è uno degli elementi in gioco, uno degli interlocutori, forte al punto tale, però, da determinare una sua influenza sensibile. Infatti, se andiamo a vedere le precedenti edizioni dell'ICD, fino alla decima, riscontriamo un avvicinamento progressivo, un peso sempre più forte del DSM e, quindi, della cultura statunitense.

Tuttavia, bisogna mettere in chiaro che se è facile notare una specie di colonialismo culturale del DSM sull'ICD, questo fatto non deve essere considerato una responsabilità del DSM: se vogliamo che non ci sia il prevalere di una cultura forte sulle altre (l'OMS sul DSM), l'OMS deve prestare ascolto alla stessa maniera a tutte le culture.

Altre differenziazioni tra DSM ed ICD sono rintracciabili, per esempio, nel termine nevrosi, scomparso dal DSM. Nell'ICD.10 il rapporto tra nevrosi e psicosi non sussiste più. Ma i termini nevrosi e psicosi sono presenti in qualche modo; questo avviene perché nella prospettiva transculturale dell'OMS, e dell'ICD, l'apparato teorico intorno al mondo della nevrosi e della psicosi ha trovato ancora una vasta ricezione.

L'ICD.10 ci presenta così la questione: "la tradizionale divisione fra nevrosi e psicosi che era evidente nell'ICD.9 [...] non è stata usata nell'ICD.10. Tuttavia il termine "nevrotico" è ancora conservato per un suo uso occasionale e si ritrova, ad esempio, nella denominazione di un ampio gruppo di sindromi, l'F40-F46 (sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi). Invece di seguire la dicotomia nevrosi-psicosi, le sindromi e i disturbi sono adesso riunite in gruppi sulla base della loro affinità sul piano clinico e la qualcosa è più appropriata ai fini pratici. Per esempio la ciclotimia (F34.0) si trova in F30-F39, sindromi affettive, piuttosto che in F60-F69, Disturbi della perso-

nalità e del comportamento. [...] il termine “psicotico” è stato conservato per la sua utilità descrittiva, specialmente nella sezione F23 (Sindromi psicotiche acute e transitorie). Il suo uso non sottintende alcuna ipotesi per quanto riguarda meccanismi psicodinamici, ma indica semplicemente la presenza di allucinazioni o di deliri o di un numero limitato di tipi di comportamento chiaramente anormali (eccitamento ed iperattività assai accentuati, marcato rallentamento psicomotorio, comportamento catatonico)”³.

7. La Classificazione internazionale ICD9-CM

La Classificazione internazionale delle malattie (ICD9-CM) è il sistema di classificazione globale delle malattie e dei traumatismi. L'ICD9-CM a parte l'apparente consonanza di nome con il ICD.10, di cui abbiamo parlato nei paragrafi precedenti, è un sistema diverso dal precedente perché non si occupa di definire i quadri sindromi delle malattie dal punto di vista clinico, ma di ordinare, secondo un criterio statistico, le malattie in gruppi tra loro correlati allo scopo di definire un ordinato quadro epidemiologico e di morbilità che si traduce in costi per gli interventi e remunerazioni per i pazienti colpiti da una disabilità dovuta ad una patologia o a un trauma.

Seguendo la storia di questa classificazione possiamo dire che nel 1893, la Conferenza dell'Istituto internazionale di statistica, che ebbe luogo a Chicago, approvò la Classificazione internazionale delle cause di morte che fu accolta in Italia nel 1924.

La Classificazione internazionale delle malattie è sottoposta periodicamente a revisione e a partire dalla 6a revisione (1948), fu adottata anche per rilevare le cause di morbilità oltre che di mortalità; ma bisogna attendere il 1975, anno nel quale a Ginevra la 29a Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità approva la 9a revisione della Classificazione (ICD9) per arrivare a parlare dei giorni nostri.

La classificazione viene aggiornata annualmente negli Stati Uniti da un Comitato rappresentato dalle Associazioni professionali ed accademiche dei medici, dalle Associazioni degli ospedali, dall'Ufficio regionale della Organizzazione Mondiale della Sanità, dall'amministrazione pubblica-HCFA. Attualmente, in Italia abbiamo in vigore una versione modificata ed ampliata del sistema ICD, la ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification)

La Classificazione ICD-9-CM è finalizzata a tradurre in codici alfanumerici i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

La struttura della classificazione ICD è determinata da due assi principali: l'eziologia e la sede anatomica. Il criterio eziologico determina i cosiddetti capitoli “speciali” (malattie infettive, malattie costituzionali e generali, malattie dello sviluppo, traumi); il criterio anatomico determina i capitoli cosiddetti “locali”, ovvero riferiti ad una specifica sede anatomica.

Il sistema ICD-9-CM è costituito da tre sezioni:

1. Indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi;
2. Elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi;

³ ICD.10, p.4.

3. Indice alfabetico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ed elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

La codifica accurata delle diagnosi e delle procedure è un aspetto fondamentale dell'appropriatezza dell'intervento ed è uno degli elementi che contribuiscono in modo significativo al miglioramento della qualità del Servizio Sanitario Nazionale. Essa risponde all'esigenza sia di stabilire regole standardizzate nell'individuazione delle malattie e delle procedure, sia di definire un sistema di codifica delle informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Questo strumento di classificazione fornisce inoltre una metodologia univoca su tutto il territorio nazionale.

La classificazione che viene qui riportata rappresenta la traduzione italiana della versione 2002 della classificazione ICD-9-CM, predisposta a cura del Ministero della Salute e pubblicata dall'Istituto Poligrafico dello Stato. Essa contiene circa 15000 codici finali di diagnosi e di procedure e sarà utilizzata per la codifica delle informazioni contenute nella (SDO).

7.1. Le caratteristiche dell'ICD-9-CM

Le caratteristiche dell'ICD-9-CM sono:

- *esaustività*: tutte le entità trovano una loro collocazione più o meno specifica, entro i raggruppamenti finali della classificazione;
- *mutua esclusività*: ciascuna entità è classificabile in uno soltanto dei raggruppamenti finali della classificazione;
- *numero limitato dei raggruppamenti*: 15.000 circa permettono una classificazione delle diagnosi, procedure e interventi;
- *specificità dei raggruppamenti* in ragione della rilevanza dal punto di vista della sanità pubblica.

7.2. Il sistema informativo nazionale

Il sistema informativo nazionale si basa sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.), compilata dal medico per la codifica delle informazioni di natura clinica (diagnosi, interventi e procedure diagnostiche) con il sistema di codici ICD-9-CM.

La S.D.O. viene istituita con decreto del Ministero della Sanità nel 1991 ed è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati, sia in regime di ricovero ordinario che di *day-hospital*.

Dal 1995 la S.D.O. ha sostituito definitivamente la precedente rilevazione dei ricoveri attuata con il modello ISTAT/D10. Il ddl 280 del 2000 fissa, infine, le regole generali per la codifica dell'informazioni di natura clinica (diagnosi, interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche) indirizzando all'utilizzo del più aggiornato sistema di codici "ICD-9-CM del 1997" che, dal 2006 assume l'aggiornamento del 2002 tuttora attivo.

7.2.1. A cosa serve la S.D.O.?

La S.D.O. serve ad uniformare la codifica di diagnosi e procedure per un migliore utilizzo ai fini sia amministrativi che epidemiologici. Le informazioni da inserire nella S.D.O. sono quelle riguardanti: sesso, età, città di residenza, reparto di dimissione, reparti di transito, modalità di dimissione, codice valido ICD-9-CM di diagnosi principale, fino a cinque codici validi ICD-9-CM di altre diagnosi alla dimissione (diagnosi secondaria), codice valido ICD-9-CM di intervento chirurgico/procedura principale (IC) o parto, fino a cinque codici validi ICD-9-CM di altri interventi e procedure.

La S.D.O. alimenta il flusso informativo dei ricoveri ospedalieri con modalità omogenee attraverso l'uniformità della rilevazione e della trasmissione dell'informazione. È un documento valido per la casistica ospedaliera e indispensabile per la remunerazione.

8. I sistemi di classificazione dei pazienti: valutazione dei costi degli interventi e delle remunerazioni

La finalità dei sistemi suddetti è quella di individuare livelli di diagnosi clinica tali da definire raggruppamenti di pazienti omogenei sia per l'aspetto clinico che assistenziale, e di conseguenza anche rispetto al profilo di trattamento atteso. In definitiva serve non solo a descrivere lo stato clinico, ma anche a predire le risorse necessarie al caso in esame.

8.1. D.R.G. (Diagnosis Related Groups - o R.O.D.: Raggruppamenti omogenei **di** diagnosi)

I D.R.G. o R.O.D. sono il sistema di classificazione dei pazienti in gruppi omogenei per caratteristiche cliniche e assistenziali (sistema iso-risorse), per i quali si prevedono uguali ed omogenei profili di trattamento e di costi.

I D.R.G. vengono ideati nel 1978 negli USA dal gruppo di Fetter di Yale. E dal 1983 negli USA diventano per la Medicare il *Prospective Payment System*: PPS. In Italia saranno adottati a partire da Gennaio 1995.

8.1.1. Requisiti della S.D.O. per i D.R.G.

- sesso
- età
- modalità di dimissione
- codice valido ICD-9-CM di diagnosi principale (D.P.)
- fino a cinque codici validi ICD-9-CM di altre diagnosi (D.S.: diagnosi secondaria)
- codice valido ICD-9-CM di intervento chirurgico/procedura principale o parto
- fino a cinque codici validi ICD-9-CM di altri interventi e procedure

8.1.2. Come viene assegnato il D.R.G.?

Ai singoli D.R.G. i casi vengono assegnati tramite il D.R.G. – Grouper (semplicemente detto Grouper).

Il Grouper è il software, di proprietà della 3M, che assegna i casi ai singoli D.R.G., utilizzando i dati presenti nella S.D.O.. Oltre alla determinazione del D.R.G., tale strumento fornisce informazioni statistiche sulla durata di degenza, sul trim-point (valore massimo di un parametro oltre il quale il parametro stesso è definito anormale), sul numero degli outlier (episodi di ricovero anomali per durata di degenza), calcolo dei costi e relative tariffe.

Il Sistema dei D.R.G. per classificazione delle malattie comprende 489 codici raggruppati in 26 categorie diagnostiche principali (MDC: Major diagnostic Categories), ottenute accorpando grandi gruppi di patologie contenute nella ICD-9-CM.

8.1.3. D.R.G. e costi

Ad ogni D.R.G. corrisponde una tariffa con la quale viene pagata la struttura che ha curato quel paziente. Le MDC (Major diagnostic Categories) sono divise in mediche e chirurgiche, in quanto le chirurgiche hanno un costo maggiore.

9. Risorse economiche: mantenimento e promozione degli standard di salute⁴

Attualmente le leggi in vigore in Italia sottolineano la necessità di una:

- valutazione condivisa con le Regioni del fabbisogno di spesa, anche attraverso un attento riesame dell'appropriatezza dei LEA e tenendo conto del consuntivo di spesa degli anni passati. Le risorse finanziarie sono state individuate nel 6,6% del PIL per il triennio 2007/2009, un punto di partenza per la programmazione dei piani e delle politiche regionali, cui affiancare un fondo "straordinario" per le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie con l'obiettivo dell'azzeramento del debito entro il 2009;

- valorizzazione di autonomie e responsabilità del governo regionale, cancellando vincoli unidirezionali e imposti e liberando la possibilità di ricorso all'autonomia impositiva locale;

- valutazione dell'andamento della spesa e del raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso la costituzione di un organismo bilaterale (Governo-Regioni) per il monitoraggio costante e in corso d'opera incentrato sulla dinamica di specifici indicatori di risultato.

I termini concreti di un accordo sulla sostenibilità del sistema sanitario possono essere i seguenti:

⁴ Fonte: Ministero della Salute, Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati (27 Giugno 2006).

- lo Stato si impegna a ridefinire il sistema di finanziamento in modo da dare certezza circa le risorse destinate al Servizio Sanitario su un arco pluriennale ragionevole (triennio). Le Regioni vengono richiamate ad una assunzione forte di autonomia e inderogabile responsabilità di bilancio: se una Regione ottiene guadagni di efficienza maggiori di quelli programmati, può utilizzare a sua discrezione le risorse così liberate; se non li ottiene deve finanziare le spese eccedenti con risorse proprie (adottando misure specifiche, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi); il nuovo sistema di finanziamento si compone di una parte "ordinaria", che assicura risorse adeguate ai costi dei LEA nelle Regioni con performance migliori e di una parte, scorporata dalla prima, che sia esplicitamente finalizzata al finanziamento delle inefficienze differenziali delle Regioni meno virtuose. Questa seconda parte dovrà prevedere un percorso di rientro, quindi dovrà ridimensionarsi rapidamente nel tempo, e dovrà essere condizionata alla realizzazione efficace ed effettiva delle azioni, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi e l'utilizzo pieno delle leve fiscali di competenza regionale. Per alcune Regioni meno virtuose sarà inevitabile prevedere un affiancamento da parte dello Stato fino al conseguimento degli obiettivi di rientro stabiliti.

Un patto Stato Regioni costruito sulla convinzione che la filiera della salute ha tutti i numeri, i valori e le professionalità per diventare a tutti gli effetti una "grande impresa sociale" che crea ricchezza, *know-how*, benessere e stimola innovazione, investimenti, occupazione e coesione sociale.

Fonti di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2008⁵

Fonti di finanziamento	Finanziamento del SSN (Miliardi di Euro)
Irap e Addizionale Irpef	38,888
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	47,507
Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	10,015
Ricavi e Entrate Proprie varie	2,654
FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato	3,839
TOTALE REGIONI e PROVINCE AUTONOME	102,902
Altri Enti Finanziati con Fondo Sanitario Nazionale	0,546
TOTALE	103,447

Altri enti finanziati con FSN: Croce Rossa Italiana, Cassa DD PP, Università (borse di studio per specializzandi), Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

9.1. Livelli di criticità e risorse umane

Il livello di criticità da affrontare in termini di risorse è quello delle diverse e straordinarie professionalità impiegate nel sistema, oggi attraversate da una profonda

⁵ Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario.

crisi in termini di ruolo, potenzialità di innovazione, assunzione di responsabilità e garanzia di autonomia nell'esercizio del proprio lavoro.

Possiamo in questa sede individuare alcune grandi priorità per gli operatori del SSN:
a - sviluppo del governo clinico e assistenziale quale "sistema" di governo partecipato dell'azienda sanitaria locale, ospedaliera e territoriale, prevedendo forme specifiche e garantite di *governance* che si articolino nelle diverse strutture del SSN. Il fine è quello di valorizzare e responsabilizzare l'esperienza clinica e assistenziale allo scopo di orientare il sistema verso l'obiettivo prioritario della soddisfazione dei bisogni del cittadino, attraverso modalità di intervento basate sulla qualità e l'appropriatezza nelle prestazioni e nei percorsi terapeutici e assistenziali.

b - dare piena applicazione alla legge 43 del febbraio 2006 sulle professioni sanitarie. In proposito si veda il confronto con le professioni interessate (infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione) per l'attuazione degli Ordini e degli Albi professionali relativi.

c - riforma del sistema dell'ECM (educazione continua in medicina) e dello stesso percorso universitario nelle lauree in scienze mediche e sanitarie in grado di recepire le nuove esigenze sanitarie e nuove dinamiche professionali, con particolare riferimento all'umanizzazione della medicina, alla gestione delle risorse, alla gestione dei percorsi decisionali e al lavoro d'equipe. In proposito appare urgente ridefinire il rapporto tra Università e SSN nell'ottica della sinergia e del superamento di ogni corporativismo.

d - avviare il superamento delle forme di lavoro atipiche che mascherano spesso un vero e proprio precariato o addirittura un "lavoro nascosto", come nel caso degli specializzandi, favorendo politiche di integrazione e regolarizzazione contrattuale anche attraverso forme innovative e sperimentali dei rapporti di lavoro, in accordo con le Regioni.

e - costruire un nuovo sistema concorsuale per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie (dipartimenti, strutture semplici e complesse, ecc.) che sappia coniugare la necessità di trasparenza nelle nomine, di competenza dei candidati e di massima condivisione nelle scelte con la funzione di responsabilità decisionale che, pur rimanendo in capo agli organismi gestionali delle aziende, prevedano i seguenti criteri:

- valutazione dei titoli di carriera a carattere generale del candidato;
- valutazione dei titoli specifici per il posto messo a concorso;
- valutazione dell'attività scientifica e delle pubblicazioni del candidato;
- verifica e valutazione dell'operato in base ai risultati ottenuti nell'esercizio dell'incarico.

Il percorso è auspicabile che sia debitamente valutato anche da referee internazionali.

10. Politiche sociali e servizi alla persona

Nuovo Welfare Sociale

Possiamo dire che attraverso la legge quadro 328/00 che propone la riforma dell'assistenza alla persona (una legge di portata storica, non solo perché sostituisce il testo del 1890, ma perché fonda e *conferisce autorevolezza al sistema delle politiche sociali*, affiancando il *welfare* delle persone e delle famiglie al *welfare* della sanità e della previdenza), viene ridefinito il profilo complessivo delle politiche sociali, superando il tradizionale concetto di assistenza passiva. La legge muove verso un sistema di protezione sociale attiva, capace di offrire effettive possibilità di autonomia e sviluppo ai cittadini che per molteplici motivi si vengono a trovare in condizioni di bisogno. Ne consegue una proposta di *costruzione di un sistema integrato* di servizi e prestazioni accessibili a tutti, che veda coinvolti soggetti istituzionali e della solidarietà.

Saranno, comunque, sempre gli Enti Locali, le Regioni e lo Stato, a promuovere, secondo le loro competenze, la *programmazione degli interventi* secondo i principi di coordinamento ed integrazione, concertazione e cooperazione. Gli Enti devono, inoltre, promuovere azioni per favorire la pluralità di offerta dei servizi.

Senz'altro sarà riconosciuto un ruolo fondamentale ai soggetti del Terzo Settore. Gli Enti Locali, le Regioni e lo Stato, infatti, terranno in buona considerazione le azioni inerenti il sostegno e la qualificazione degli attori del terzo settore, anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione Europea.

La legge prospetta, quindi, nuovi compiti per gli Enti Locali, chiamati non più solo a definire secondo criteri di carattere "oggettivo" quali servizi attivare e come, ma soprattutto ad adottare metodologie di lavoro e strumenti capaci di rilevare i bisogni e le proposte espressi dai diversi soggetti sociali in modo da definire le priorità sulle quali investire in stretta compartecipazione con l'intera popolazione.

Si tratta di attivare fasi di ricerca/azione sul campo per la costruzione di un sistema di rilevazione di informazioni e dati periodica, che preveda la partecipazione "attiva" della popolazione. Le modalità attraverso le quali è possibile garantire da un lato una rilevazione puntuale dei fenomeni osservati e dall'altro una "attivazione" dei soggetti coinvolti, fanno senz'altro riferimento ai *modelli della ricerca qualitativa e della ricerca - azione*.

Il sistema integrato

La Legge 328/00 prevede di realizzare un "sistema integrato di servizi e prestazioni accessibili a tutti". Ai *Comuni* è *demandato il compito di coordinare programmi e attività* degli Enti che operano nell'ambito di competenza, tramite *collegamenti operativi* tra i Servizi ed *intese con le aziende ASL* per la integrazione con le attività socio-sanitarie e per la predisposizione dei piani di zona. Alla definizione e all'attuazione dei piani di zona partecipano anche le **Province** deputate a fornire il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali. Alle **Regioni** spettano compiti di programmazione, coordinamento degli interventi sociali e verifica della loro attuazione. Lo Stato, le Regioni e i Comuni andranno ad istituire un *sistema informativo dei servizi sociali* che garantisca la conoscenza dei bisogni sociali, delle caratteristiche del sistema integrato de-

gli interventi e dei servizi attivati, per disporre in tempo reale delle informazioni necessarie alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali.

Si prefigura in tal modo la costruzione di un *sistema integrato a più livelli (o meglio più sistemi integrati)*, in rete. Tale approccio dovrà rendere possibile per i soggetti istituzionali e del Terzo Settore l'acquisizione e il continuo miglioramento delle proprie competenze relative alla capacità di:

- costruire
- gestire
- partecipare

a sistemi di rete diversi per dimensioni, finalità e intensità delle relazioni.

Questo modello di ***sviluppo di comunità*** ha come riferimento metodologico e come strumento di lavoro ***Pattivazione di reti sociali*** per favorire la partecipazione sociale e l'ottimizzazione delle risorse presenti in un territorio determinato.

Programmazione e concertazione

L'art. 6 della 328/00 assegna esplicitamente ai Comuni *compiti di programmazione e progettazione*, con aspetti di *innovazione e sperimentazione* di piani che consentano l'ottimizzazione delle risorse umane e finanziarie.

Si tratta perciò di sviluppare capacità di *pianificazione e progettazione delle attività* e di *definizione dei risultati* che sappiano conciliare i *criteri della qualità del servizio* con quelli dell'efficacia e dell'efficienza. Una programmazione efficace consente di attivare contestualmente alle azioni nel sociale il necessario *processo di monitoraggio* delle stesse come tecnica suggerita - ormai da qualche tempo - in molteplici campi di intervento sia a livello nazionale che comunitario per il *controllo di efficacia ed efficienza*, da un lato, e per favorire la *diffusione di buone prassi* dall'altro.

Progettare e monitorare Servizi di qualità è un obiettivo strategico per raggiungere il quale è necessario *operare cambiamenti nella cultura organizzativa* degli enti e nelle *procedure di lavoro degli operatori*.

In questi anni si è diffuso nel campo degli interventi organizzativi il modello di analisi e implementazione che ha come riferimento principale il *costrutto teorico dell'empowerment*. Questa metodologia di lavoro consente di *valorizzare le risorse interne* all'organizzazione e di *trovare soluzioni praticabili* per la impostazione di nuove procedure di lavoro, attraverso il *rinforzo della motivazione individuale e di gruppo*.

Inoltre, al fine di tutelare le posizioni soggettive degli utenti, ciascun Ente erogatore di Servizi adotta *una carta dei servizi sociali* ed è tenuto a darne *adeguata pubblicità* agli utenti. Nella Carta dei Servizi sociali sono definiti i *criteri per l'accesso ai servizi*, le modalità di funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni. La Carta dei servizi si associa al concetto forte di *partecipazione dei cittadini* al processo di produzione ed erogazione dei servizi stessi. Ciò richiede, per la *predisposizione della Carta dei Servizi*, uno sforzo iniziale da parte delle Amministrazioni per chiarire:

- le offerte che si intendono erogare e il loro processo di produzione;
- le modalità con le quali saranno erogate (direttamente e/o per convenzione con altri soggetti);
- i risultati attesi e i relativi parametri di qualità;

- il livello di partecipazione –dichiaratamente previsto nella legge– che si intende perseguire.

Per costruire la Carta dei Servizi è necessario precisare, da un lato il livello di Qualità dei servizi proposti, dall'altro l'utilizzo delle metodologie e gli strumenti per l'attivazione della partecipazione sociale.

10.1. Per una cultura della partecipazione nella salute pubblica

Con la partecipazione della popolazione nella promozione della salute pubblica si vuole, innanzitutto, ricreare il rapporto di *fiducia* tra cittadini e sistema sanitario. Rimettere al centro il cittadino, la sua dignità, la sua concreta condizione di vita. Il cittadino come portatore di diritti e doveri, come protagonista del suo benessere, che ha il diritto alle prestazioni essenziali, ma anche il “dovere” di partecipare attivamente ai programmi di prevenzione primaria e secondaria, che è “dovere” del SSN attuare compiutamente e diffusamente. La fiducia si costruisce conoscendo e valorizzando la buona sanità. Fiducia significa anche “generare fiducia” attraverso la valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità di chi opera nella sanità e la condivisione di un progetto comune. La sanità italiana è una casa solida che, tuttavia, va ristrutturata, abbellita, resa più accogliente ed equa attraverso la partecipazione dal basso di tutti i cittadini. La qualità della vita non riguarda, infatti, solo gli aspetti squisitamente clinici, ma anche quelli connessi con un'organizzazione e una catena di governo efficienti e in linea con gli obiettivi di salute prefissati. E' indispensabile promuovere diritti esigibili su tutto il territorio nazionale, superando le attuali disuguaglianze. Ciò significa non accontentarsi delle leggi e degli indirizzi scritti e concordati, ma lavorare quotidianamente per porli effettivamente al servizio delle persone.

In questo senso il SSN non deve essere considerato un mero erogatore di prestazioni e ciò comporta un cambiamento di cultura e di pratiche e l'adozione di adeguati indicatori e *standard* per il monitoraggio che possano dare informazioni in tempo reale sull'appropriatezza, la qualità e il rispetto di un corretto rapporto costi-beneficio.

Così diviene di fondamentale importanza, per tutelare un bene prezioso come la salute, un investimento dell'intero Paese e non solo del singolo individuo o della classe di operatori che svolgono tali mansioni.

10.2. Il cittadino protagonista del sistema

Porre il cittadino come protagonista del sistema invita ad una riflessione che riguarda i cittadini e la loro centralità.

Cosa significa dare effettiva centralità ai cittadini?

Significa pensare ad una azione in favore della attuazione effettiva di quanto già previsto dalle norme in vigore in tema di partecipazione. Con la consapevolezza che abbiamo bisogno di incrementare quantitativamente luoghi, occasioni e momenti di partecipazione dal basso. Ma abbiamo bisogno, ancora di più, di mettere l'accento sulla qualità della partecipazione, puntando su di essa, ai diversi livelli per far emergere problemi e questioni irrisolti, ma anche, e soprattutto, per concorrere alla ricerca di soluzioni percorribili. Abbiamo bisogno di considerare i cittadini come risorsa strutturale del SSN, e non solo meri destinatari di servizi e prestazioni e di valorizzare, all'insegna

del principio di sussidiarietà, il tanto che essi fanno, ai diversi livelli, per la cura del SSN come bene comune.

Non si tratta di promuovere una partecipazione generica, come per esempio la consultazione su scelte già pre-definite, quanto piuttosto una partecipazione attiva, un coinvolgimento vero nei processi decisionali.

L'informazione è una pre-condizione per forme di partecipazione così intese. Una informazione chiara e accessibile, rappresenta, peraltro, anche una modalità per render conto del proprio operato, non solo garantendo l'accesso passivo dei cittadini, ma anche lavorando per disseminare attivamente l'informazione stessa rendendo trasparenti e comprensibili programmi, attività, risultati raggiunti. L'introduzione crescente di modalità e metodologie di rendicontazione nei confronti dei cittadini dovrebbe diventare un vero e proprio asse strategico nell'azione di cura e del prendersi cura. Piani strategici, linee di indirizzo, programmi, attività effettivamente svolte, risultati conseguiti, bilancio di missione, dovrebbero diventare, progressivamente, strumenti di dialogo con fasce sempre più estese dell'opinione pubblica, avendo cura di confrontare quanto era negli obiettivi programmati rispetto a quanto si è riusciti effettivamente a realizzare e a rendicontare.

Ciò a cui si pensa è una partecipazione accogliente, in grado di farsi portatrice di un segnale forte nei confronti del mondo delle organizzazioni di tutela e dei consumatori, puntando sulla accoglienza, l'ascolto, la valorizzazione delle competenze e il rafforzamento della dimensione civica; e come componente essenziale e vera e propria risorsa del sistema, la valorizzazione delle attività di documentazione dello stato dell'arte e la valutazione dell'impatto sociale delle politiche che questo mondo è in grado di esprimere deve essere reso trasparente e compartecipato.

Realizzare tutto ciò significa riconoscere ai cittadini l'esercizio di ruoli e funzioni nella cura di un bene comune come il SSN. Per questo è necessario mettere in cantiere un programma di attività con l'obiettivo di costituire una consulta permanente dei soggetti e delle associazioni che, a vario titolo, si occupano di salute che rifugga dall'occasionalità e dall'episodicità che troppo spesso hanno caratterizzato i rapporti tra Istituzioni e Cittadino.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition revised*, Washington, D. C.; trad., it., di M. Mauri, N. Rossi, P. J. Scarsi, *DSM-III-R, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Ristampa riveduta e corretta, Masson, Milano, 1988.
- American Psychiatric Association, (A.P.A., DSM.IV 1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, four edition*, Washington.
- Barone R., Bellia V., Bruschetta S., (2010), *Psicoterapia di comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale*, FrancoAngeli, Milano.
- Cavicchi I., (2008), *Il pensiero debole della sanità*, Dedalo, Bari.
- D'Alema M., (2010), *La salute mentale in Italia oggi*, a cura di, Il Pensiero Scientifico, Roma, *in Press*.
- D'Alema M., Licari G., Cori P., (2010), *Processi partecipativi e sviluppo sostenibile*, Cleup, Padova.
- Husserl E., (1989), *Le crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Il saggiatore, Milano, 1987.

- ICD. 10 (1992). *Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, ed Italiana a cura di, Temali D., Maj M., Catapano F., Lo brace S., Magliano L., OMS, Masson, Milano, 1994.
- Licari G., (2006), *Antropologia Urbana*, Cleup, Padova.
- Salvini A. (2006), Normalità/Anormalità, in *Dizionario sulla storia delle scienze della psiche*, (a cura di) F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura, A. Zamperini, Torino, Einaudi.
- Tibaldi G., (1995), *I disturbi di personalità nell'ICD 10*, Poletto, Milano, 1995.