

Standardization of Processes in Mental Health Services: Balancing Organizational Governance, Clinical Complexity, and Nursing Coordination

Citation: Piliero S. "Standardization of Processes in Mental Health Services: Balancing Organizational Governance, Clinical Complexity, and Nursing Coordination" (2026) *NEU* 50 (2): 103-110. DOI: <https://doi.org/10.82051/neu-2026-371>

Received: March 10, 2026

Revised: April 22, 2026

Just accepted online: June 11, 2026

Published: June 11, 2026

Correspondence: Salvatore Piliero, Department of Mental Health and Addiction Services (DSMD), ASST Bergamo Est, Bergamo, Italy. Email: salpiliero@gmail.com

Copyright: © The Author(s) 2026. This article is published by iEditore and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Conflict of Interest: The author(s) declare(s) no conflict of interest.

Funding: This research received no external funding.

Salvatore Piliero¹

¹ *Department of Mental Health and Addiction Services (DSMD), ASST Bergamo Est, Bergamo, Italy*

Abstract

Introduction. Standardization of care processes is a widely adopted strategy in healthcare systems to improve the quality, safety, and efficiency of care. Through clinical guidelines, operational protocols, and performance indicators, healthcare organizations aim to reduce variability in clinical practices and promote more consistent care models. However, in mental health services, the application of rigidly standardized organizational models presents specific challenges related to the complexity of psychiatric disorders, the variability of treatment pathways, and the heterogeneity of patient case mix. Psychiatric practice requires an integration of biological, psychological, and social dimensions, which requires significant clinical and organizational adaptability. This paper critically analyzes the role of standardization in mental health services and proposes an organizational governance model capable of integrating structural rigor and clinical adaptability.. **Methods.** This paper provides a conceptual and organizational analysis based on the scientific literature on healthcare system management, the theory of complex adaptive systems, and the organization of mental health services. Theoretical contributions and international studies examining the role of process standardization in complex healthcare settings were analyzed, with particular attention to the organizational governance of psychiatric services, the variability of care pathways, and the role of nursing leadership.

Results. The analysis highlights how mental health services exhibit high variability in organizational models, treatment pathways, and patient care needs. This variability reflects the nature of psychiatric systems as complex, adaptive systems, in

which care outcomes emerge from the interactions between professionals, patients, and the organizational context. In such contexts, excessively bureaucratic process standardization can reduce the adaptive capacity of services, limit the clinical flexibility of professionals, and increase administrative burden without necessarily producing improvements in clinical outcomes or the quality of care.

Discussion and Conclusions. The governance of mental health services requires a balance between standardization of care principles and operational flexibility of clinical processes. Clinical guidelines, quality indicators, and safety criteria represent shared and standardized elements, while the actual organization of care pathways must remain adaptable to patient characteristics, care case mix, and the specificities of local contexts. In this scenario, nursing coordination emerges as a strategic mediator between organizational governance and clinical practice. The integration of standardization and flexibility is key to ensuring effective, safe, and person-centered care in mental health services. Adaptive nursing leadership is a fundamental element for translating organizational principles into concrete care practices. This conceptual model offers an operational framework to guide the governance of psychiatric services and enhance the strategic role of nursing coordination, with implications for future practice and research.

Keywords: Mental Health Services, Process Standardization, Clinical Governance, Complex Adaptive Systems, Case-Mix, Psychiatric Service Organization, Nursing Coordination, Adaptive Leadership

Introduzione

Negli ultimi decenni la standardizzazione dei processi assistenziali è diventata uno degli strumenti principali per il miglioramento della qualità nei sistemi sanitari contemporanei. L'introduzione di linee guida cliniche, protocolli operativi, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e sistemi di monitoraggio degli indicatori di qualità rappresenta una strategia ampiamente adottata per ridurre la variabilità delle pratiche cliniche, aumentare la sicurezza dei pazienti e migliorare l'efficienza organizzativa dei servizi sanitari (Institute of Medicine, 2001; Greenhalgh & Papoutsis, 2018).

Uno dei documenti più influenti nel promuovere questo approccio è il rapporto *Crossing the Quality Chasm*, che ha evidenziato la necessità di sviluppare sistemi sanitari più sicuri, efficaci, tempestivi ed equi attraverso modelli organizzativi basati su processi

strutturati, misurabili e orientati agli esiti. In questo quadro, la standardizzazione è stata progressivamente riconosciuta come uno strumento fondamentale per garantire coerenza nei percorsi assistenziali, migliorare l'appropriatezza clinica e sostenere la governance dei sistemi sanitari complessi.

L'adozione di modelli organizzativi standardizzati si è dimostrata particolarmente efficace in ambiti clinici caratterizzati da procedure altamente codificate e risultati relativamente prevedibili, come la chirurgia, la medicina d'urgenza o la diagnostica di laboratorio. In questi contesti, la standardizzazione consente di ridurre l'errore umano, migliorare il coordinamento tra professionisti e garantire livelli più elevati di sicurezza per i pazienti.

Tuttavia, l'applicazione di modelli rigidamente standardizzati non è uniforme in tutti i settori della medicina. Alcuni ambiti assistenziali sono

caratterizzati da livelli di complessità clinica e organizzativa tali da rendere necessaria una maggiore flessibilità nella gestione dei percorsi di cura. Tra questi, i servizi di salute mentale rappresentano uno degli esempi più emblematici.

La pratica psichiatrica si sviluppa infatti in contesti clinici altamente eterogenei, nei quali le decisioni terapeutiche sono influenzate da una molteplicità di fattori biologici, psicologici e sociali. I disturbi mentali presentano frequentemente quadri clinici complessi, caratterizzati da elevata variabilità nella sintomatologia, nella risposta ai trattamenti e nei bisogni assistenziali dei pazienti. A ciò si aggiungono elementi relazionali e contestuali che influenzano profondamente il processo di cura, rendendo la relazione terapeutica e la personalizzazione degli interventi componenti centrali dell'assistenza psichiatrica (Thornicroft & Tansella, 2013).

Nel contesto italiano, l'organizzazione dei servizi di salute mentale è stata profondamente trasformata dalla riforma introdotta con la Legge 180, che ha determinato il superamento del modello manicomiale e ha promosso lo sviluppo di un sistema di assistenza psichiatrica territoriale basato sulla presa in carico comunitaria della persona con disturbo mentale. Tale riforma ha portato alla creazione di una rete articolata di servizi che comprende centri di salute mentale, servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri, strutture residenziali e semiresidenziali, oltre alla collaborazione con servizi sociali e risorse della comunità.

Questo modello organizzativo, orientato alla continuità assistenziale e all'integrazione territoriale, implica una forte interazione tra differenti livelli di assistenza e tra molteplici professionisti, tra cui medici psichiatri, infermieri, psicologi, educatori professionali e assistenti sociali. In tale contesto, i percorsi di cura non possono essere rigidamente predeterminati, ma devono essere adattati alle caratteristiche cliniche e sociali dei pazienti, alle risorse disponibili e alle specificità organizzative dei servizi.

Negli ultimi anni, la letteratura scientifica ha iniziato a interpretare i servizi sanitari, e in particolare quelli di salute mentale, come sistemi complessi adattivi. Secondo questa prospettiva teorica, proposta da Greenhalgh e Papoutsis (2018), le organizzazioni sanitarie

non possono essere viste esclusivamente come modelli lineari di gestione dei processi, ma devono essere considerate come sistemi dinamici nei quali gli esiti emergono dalle interazioni tra molteplici attori, professionisti e contesti organizzativi.

All'interno di questi sistemi complessi, la standardizzazione dei processi rimane uno strumento importante per garantire sicurezza, qualità e coerenza dei percorsi assistenziali. Tuttavia, essa deve essere bilanciata da adeguati livelli di flessibilità operativa, che consentano ai professionisti di adattare gli interventi alle specificità dei pazienti e alle condizioni concrete dei contesti assistenziali.

In questo scenario, assume particolare rilevanza il ruolo delle professioni infermieristiche e, in particolare, delle funzioni di coordinamento infermieristico. I coordinatori infermieristici operano infatti in una posizione strategica all'interno delle organizzazioni sanitarie, fungendo da interfaccia tra la governance istituzionale e la pratica clinica quotidiana. Essi contribuiscono ad implementare le linee guida, al monitoraggio degli indicatori di qualità e sicurezza e alla gestione dei processi assistenziali, favorendo al contempo l'integrazione multiprofessionale e la personalizzazione dei percorsi di cura.

Alla luce di queste considerazioni, il presente lavoro si propone di analizzare criticamente il ruolo della standardizzazione dei processi nei servizi di salute mentale, discutendo i limiti dei modelli organizzativi eccessivamente burocratici e proponendo una prospettiva di governance capace di integrare rigore strutturale e adattamento clinico. In particolare, l'articolo esplora il rapporto tra standardizzazione e flessibilità operativa nei servizi psichiatrici, con particolare attenzione al contributo del coordinamento infermieristico nel promuovere modelli assistenziali efficaci, sicuri e centrati sulla persona.

Il case-mix nei servizi di salute mentale

Un elemento centrale che limita la standardizzazione dei processi nei servizi psichiatrici è rappresentato dal case-mix assistenziale, ovvero dalla composizione e dalla variabilità dei casi clinici trattati.

Nei servizi di salute mentale i pazienti presentano frequentemente:

- diagnosi psichiatriche eterogenee.
- comorbidità psichiatriche e somatiche.
- differenti livelli di funzionamento sociale.
- condizioni socioeconomiche variabili.
- bisogni assistenziali complessi e multidimensionali.

Questa eterogeneità determina una significativa variabilità nei percorsi terapeutici e riabilitativi. Il trattamento di un paziente con disturbo depressivo maggiore richiede interventi clinici e organizzativi differenti rispetto a quelli necessari per persone con schizofrenia cronica, disturbo bipolare o disturbi gravi della personalità.

Inoltre, il case-mix nei servizi territoriali di salute mentale è frequentemente influenzato da fattori sociali e ambientali quali vulnerabilità socioeconomica, marginalità sociale e carenza di supporto familiare, elementi che aumentano la complessità della gestione dei percorsi assistenziali e richiedono strumenti organizzativi adattivi (Ellis et al., 2017).

I servizi di salute mentale come sistemi complessi

La letteratura contemporanea interpreta le organizzazioni sanitarie come sistemi complessi adattivi (Greenhalgh & Papoutsis, 2018; Braithwaite et al., 2018). In tali sistemi, le dinamiche organizzative e cliniche non seguono percorsi lineari: gli esiti emergono dalle interazioni tra professionisti, pazienti e contesto organizzativo, e la capacità di adattamento diventa un elemento cruciale.

Nei servizi di salute mentale i percorsi assistenziali coinvolgono numerosi attori:

- servizi ospedalieri (SPDC).
- centri di salute mentale territoriali.
- strutture residenziali e semiresidenziali.
- servizi sociali.
- organizzazioni della comunità.

L'efficacia dell'assistenza dipende quindi dalla capacità di coordinamento tra questi attori e dalla possibilità di adattare gli interventi ai bisogni emergenti dei pazienti. La gestione dei sistemi complessi richiede strumenti che favoriscano la flessibilità operativa, pur mantenendo standard di qualità e sicurezza coerenti.

Limiti della standardizzazione burocratica

Quando la standardizzazione assume una forma eccessivamente burocratica, possono emergere criticità significative:

- riduzione della flessibilità clinica.
- aumento del carico amministrativo.
- limitazione dell'autonomia professionale.
- difficoltà nell'adattamento ai bisogni individuali dei pazienti.

Queste criticità risultano particolarmente rilevanti nei servizi di salute mentale, dove la relazione terapeutica e la personalizzazione degli interventi rappresentano componenti fondamentali dell'assistenza. In tali contesti, un approccio troppo prescrittivo rischia di trasformare strumenti di miglioramento della qualità in vincoli che ostacolano l'efficacia clinica e l'esperienza del paziente (Thornicroft & Tansella, 2013).

Esempi clinico-organizzativi

Per comprendere le implicazioni pratiche della relazione tra standardizzazione e flessibilità nei servizi di salute mentale, si possono analizzare alcuni esempi ricorrenti nella pratica assistenziale:

Gestione delle crisi psichiatriche

Episodi di agitazione psicomotoria, comportamenti auto- o etero-aggressivi, stati di intensa ansia o disorganizzazione psicotica richiedono interventi tempestivi e coordinati.

- I protocolli standardizzati (es. gestione dell'agitazione acuta, utilizzo appropriato della terapia farmacologica, misure di contenimento) garantiscono sicurezza per pazienti e operatori.
- Tuttavia, l'efficacia dipende anche dalla capacità dell'équipe di modulare le procedure in base alla storia clinica del paziente, alle dinamiche relazionali e al contesto.
- Tecniche di de-escalation verbale, conoscenza pregressa del paziente e collaborazione interdisciplinare sono essenziali.

Riabilitazione psicosociale e percorsi di recovery

Gli interventi riabilitativi mirano a favorire il recupero delle capacità personali, relazionali e sociali, promuovendo processi di recovery e inclusione comunitaria:

- Gruppi terapeutici, laboratori occupazionali, training delle abilità sociali, interventi psicoeducativi e reinserimento lavorativo.
- Modelli standardizzati definiscono obiettivi generali, modalità di valutazione e indicatori di qualità.
- I progetti devono rimanere flessibili, adattandosi alla storia clinica, alle capacità residue e agli obiettivi di vita dei pazienti.

Continuità assistenziale tra ospedale e territorio

La transizione tra ricovero ospedaliero e presa in carico territoriale è critica:

- Procedure standardizzate, come moduli di dimissione strutturati e criteri condivisi di

follow-up, migliorano il coordinamento.

- La qualità del processo dipende dalla comunicazione tra professionisti e dalla capacità di adattare il piano assistenziale alle risorse e ai bisogni del paziente.

Modello concettuale di equilibrio tra standardizzazione e flessibilità

La figura mostra il flusso tra due dimensioni chiave nei servizi di salute mentale:

- Standardizzazione dei processi: linee guida cliniche, indicatori di qualità, sicurezza dei pazienti e coerenza dei percorsi assistenziali.
- Flessibilità operativa: personalizzazione terapeutica, autonomia professionale, adattamento ai casi complessi e integrazione multiprofessionale.

Il coordinamento infermieristico media tra governance e pratica clinica, garantendo che i principi organizzativi condivisi vengano tradotti in interventi concreti e adattati ai bisogni.



Figura 1. Modello concettuale (Ellis et al., 2017; Braithwaite et al., 2018).

Applicazioni per il coordinamento infermieristico

Il coordinamento infermieristico rappresenta una funzione chiave per tradurre i principi organizzativi in pratiche assistenziali concrete:

- Mediazione tra governance e pratica clinica: traduzione degli obiettivi strategici in modalità operative compatibili con la realtà clinica.
- Gestione della complessità multiprofessionale: facilitazione della comunicazione tra medici, psicologi,

educatori, assistenti sociali e infermieri.

- Sicurezza e risk management: implementazione di protocolli per gestione sicura dei farmaci, prevenzione di comportamenti autolesivi e gestione eventi avversi.
- Sviluppo professionale: supervisione, formazione e supporto all'équipe, promuovendo una cultura di apprendimento continuo e adattamento ai cambiamenti organizzativi.

In questo ruolo strategico, il coordinatore

infermieristico contribuisce a realizzare un equilibrio dinamico tra standardizzazione e flessibilità, migliorando la qualità e la personalizzazione dell'assistenza (Thornicroft & Tansella, 2013; Braithwaite et al., 2018).

Discussione

L'analisi dei servizi di salute mentale alla luce della teoria dei sistemi complessi adattivi evidenzia che la standardizzazione, pur rappresentando uno strumento fondamentale per garantire sicurezza, qualità e coerenza dei percorsi assistenziali, non può essere applicata rigidamente senza rischiare di compromettere l'efficacia clinica.

La variabilità dei bisogni dei pazienti, determinata dall'eterogeneità del case-mix e dalla multidimensionalità delle condizioni cliniche, sociali e relazionali, richiede modelli di governance capaci di integrare principi organizzativi condivisi e capacità di adattamento locale. Nei servizi di salute mentale, infatti, la pratica clinica è fortemente influenzata da fattori relazionali, contestuali e sociali che difficilmente possono essere completamente proceduralizzati.

La letteratura sui sistemi sanitari complessi suggerisce che le organizzazioni sanitarie debbano essere interpretate come sistemi complessi adattivi, nei quali gli esiti emergono dalle interazioni dinamiche tra professionisti, pazienti e contesto organizzativo (Greenhalgh & Papoutsis, 2018). In tali sistemi, l'efficacia organizzativa non dipende esclusivamente dalla presenza di procedure standardizzate, ma anche dalla capacità delle organizzazioni di apprendere, adattarsi e coordinarsi.

Questa prospettiva appare particolarmente rilevante nei servizi di salute mentale, dove i percorsi terapeutici coinvolgono frequentemente molteplici attori istituzionali e comunitari, tra cui servizi sanitari, servizi sociali, strutture residenziali e reti informali di supporto. L'efficacia dell'assistenza dipende quindi non solo dalla qualità degli interventi clinici, ma anche dalla capacità dei sistemi di coordinare risorse diverse e adattare le strategie terapeutiche alle specificità del contesto.

Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dalla variabilità del case-mix assistenziale. I pazienti seguiti nei servizi di salute mentale presentano frequentemente

combinazioni differenti di disturbi psichiatrici, condizioni mediche concomitanti, problematiche sociali e livelli di funzionamento personale. Questa eterogeneità richiede una forte personalizzazione degli interventi terapeutici e riabilitativi.

In questo contesto, la standardizzazione può comunque svolgere un ruolo rilevante, purché venga applicata in modo selettivo e strategico. Piuttosto che imporre procedure operative rigidamente uniformi, la governance dei servizi di salute mentale dovrebbe concentrarsi sulla definizione di principi clinici condivisi, criteri di qualità e indicatori di sicurezza. Tali elementi forniscono una cornice comune di riferimento per l'azione professionale, lasciando al contempo spazio alla flessibilità operativa necessaria per affrontare situazioni cliniche complesse.

In pratica, l'adozione di procedure burocratiche principalmente per conformità normativa può limitare la personalizzazione dei percorsi terapeutici, riducendo l'efficacia clinica e la capacità dei professionisti di adattare gli interventi alle esigenze specifiche dei pazienti. Questo fenomeno evidenzia come la standardizzazione, se non mediata da strumenti di governance adattiva e da figure di coordinamento professionale, rischi di diventare un vincolo organizzativo piuttosto che uno strumento di miglioramento qualitativo dell'assistenza. In contesti complessi come i servizi di salute mentale, la mediazione del coordinamento infermieristico diventa quindi essenziale per tradurre principi organizzativi condivisi in pratiche operative efficaci e centrate sulla persona.

La teoria istituzionale delle organizzazioni evidenzia inoltre il rischio che i processi di standardizzazione vengano adottati principalmente per ragioni di conformità normativa o istituzionale, piuttosto che per reali esigenze cliniche. Il fenomeno dell'isomorfismo organizzativo descritto da Powell e DiMaggio (1983) suggerisce infatti che le organizzazioni possano tendere ad adottare modelli considerati legittimi o appropriati, anche in assenza di prove concrete della loro efficacia.

Alla luce di queste considerazioni, appare necessario sviluppare modelli di governance organizzativa in grado di integrare standardizzazione e flessibilità. In questo modello, la standardizzazione dovrebbe

riguardare principalmente gli obiettivi di qualità, gli standard di sicurezza e le linee guida cliniche, mentre l'organizzazione concreta dei processi assistenziali dovrebbe rimanere sufficientemente flessibile da adattarsi alle caratteristiche dei pazienti e dei contesti.

In questa prospettiva, il coordinamento professionale assume particolare importanza. Figure come i coordinatori infermieristici possono svolgere una funzione di mediazione tra governance organizzativa e pratica clinica, facilitando la comunicazione tra professionisti, promuovendo l'integrazione multiprofessionale e supportando l'adattamento dei processi assistenziali alle esigenze locali.

Limiti dello studio

Il presente lavoro si basa su un'analisi concettuale e teorica della letteratura relativa all'organizzazione dei servizi sanitari e ai modelli di governance dei sistemi complessi. Non sono stati utilizzati dati empirici originali né analisi quantitative dei servizi di salute mentale. Pertanto, le considerazioni proposte devono essere interpretate come un contributo di riflessione teorica e organizzativa, che potrà essere ulteriormente approfondito attraverso studi empirici volti a valutare l'impatto dei modelli di governance adattiva sugli esiti clinici, sul funzionamento organizzativo dei servizi e sulla qualità percepita dell'assistenza. Studi futuri potrebbero includere analisi multicentriche sui percorsi di cura e valutazioni empiriche sull'impatto di modelli di governance adattiva sugli outcome clinici, organizzativi e sulla qualità percepita dai pazienti.

Conclusioni

La standardizzazione dei processi assistenziali rappresenta uno strumento fondamentale per migliorare qualità, sicurezza e trasparenza nei sistemi sanitari. Tuttavia, nei servizi di salute mentale la sua applicazione deve confrontarsi con la complessità clinica e organizzativa che caratterizza la pratica psichiatrica.

La variabilità del case-mix assistenziale, la multidimensionalità dei disturbi psichiatrici e la centralità della relazione terapeutica richiedono modelli di governance capaci di integrare rigore organizzativo e flessibilità operativa.

In questa prospettiva, la standardizzazione dovrebbe riguardare principalmente principi assistenziali condivisi, linee guida cliniche, criteri di sicurezza e indicatori di qualità, mentre l'organizzazione concreta dei percorsi di cura deve rimanere adattabile alle caratteristiche dei pazienti e ai contesti assistenziali.

Il modello concettuale proposto suggerisce che l'efficacia dei servizi di salute mentale emerga dall'integrazione dinamica tra standardizzazione dei principi e adattamento dei processi clinico-organizzativi. In questo equilibrio, il coordinamento infermieristico assume un ruolo strategico nel tradurre gli obiettivi della governance organizzativa in pratiche assistenziali concrete, favorendo integrazione multiprofessionale, continuità terapeutica e personalizzazione degli interventi.

© The Author(s) 2026. This article is published by iEditore and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)

References

- Bartels, E. A., Meijboom, B. R., Nahar van Venrooij, L. M., & de Vries, E. (2021). How service modularity can provide the flexibility to support person centered care and shared decision making. *BMC Health Services Research*, 21, 1245. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07267-6>
- Braithwaite, J., Churruca, K., Long, J. C., Ellis, L. A., & Herkes, J. (2018). When complexity science meets implementation science: A theoretical and empirical review. *BMC Medicine*, 16(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
- Ellis, L. A., Churruca, K., & Braithwaite, J. (2017). Mental health services conceptualised as complex adaptive systems: what can be learned? *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 43. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0150-6>
- Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2018). Studying complexity in health services research: Desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16, 95. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- Stergiopoulos, V., Saab, D., Francombe Pridham, K., Aery, A., & Nakhost, A. (2018). Building flexibility and managing complexity in community mental health: lessons learned in a large urban centre. *BMC Psychiatry*, 18, 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1597-y>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43(4), 849–863. <https://doi.org/10.1017/S003329171200157X>