

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2185 del 18/12/2023

Seduta Num. 52

Questo lunedì 18 **del mese di** Dicembre
dell' anno 2023 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Priolo Irene	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Colla Vincenzo	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Felicori Mauro	Assessore
8) Lori Barbara	Assessore
9) Mammi Alessio	Assessore
10) Salomoni Paola	Assessore
11) Taruffi Igor	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Corsini Andrea

Proposta: GPG/2023/2297 del 05/12/2023

Struttura proponente: SETTORE ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: LINEE DI INDIRIZZO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA PSICOLOGIA
NELLE CASE DELLA COMUNITÀ

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Alessio Saponaro

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Viste le proprie deliberazioni:

- n. 291/2010 "Casa della salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione n. 2 funzionale";
- n.128/2016 "Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa";
- n. 2221/2022 "Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022", in cui:
 - si evidenziano le prime indicazioni sul percorso di adeguamento e riorganizzazione dei servizi territoriali delle AUSL a supporto dei processi di prevenzione e promozione della salute, di presa in carico e di accompagnamento del paziente;
 - si evidenzia che nelle Case di Comunità HUB devono essere garantite la partecipazione della comunità e la valorizzazione della co-produzione di salute attraverso le associazioni di cittadini e il terzo settore;
 - si evidenzia che entro il 2026 verranno realizzate 89 Case di Comunità HUB che dovranno essere riorganizzate per soddisfare i criteri richiesti;

Vista la propria deliberazione n. 1141/2021 "Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie in materia di psicologia clinica della salute e di comunità" che indica nel paragrafo 6.1 "Psicologia nell'assistenza primaria" che:

- le case di comunità sono il setting privilegiato per proporre una presenza integrata dello psicologo con il livello dell'assistenza primaria e con il livello specialistico;
- la funzione psicologica, collocata in stretta interfaccia professionale, può rappresentare il punto di sintesi tra componente clinica della salute e di comunità propria delle nuove case di comunità;
- per rendere sostanziali le indicazioni, si raccomanda che lo psicologo sia inserito in un contesto organizzativo esplicito all'interno delle Case di Comunità in raccordo stabile con i servizi di secondo livello della salute mentale, dei consultori e delle reti ospedaliere;

Considerato che:

- la disseminazione delle "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie in materia di psicologia clinica e di comunità" (propria deliberazione n. 1141/21) è avvenuta nel periodo compreso tra marzo e giugno 2022, attraverso l'organizzazione

- di 9 seminari su base locale aventi come filo conduttore il benessere psicologico della popolazione, nuovi bisogni e l'organizzazione della risposta da parte del SSR, che hanno visto la partecipazione delle Direzioni sanitarie e sociali;
- nel periodo successivo alla pandemia si è assistito ad un'aumentata sensibilità dell'opinione pubblica rispetto alla necessità di rendere maggiormente accessibile la consultazione psicologica per quella popolazione che soffre di disturbi emotivi comuni;
 - tale cambiamento culturale si è tradotto in una maggiore attenzione dei decisori al tema del benessere psicologico, nella formulazione di proposte sia a livello nazionale che regionale per l'istituzione di nuove figure e/o la valorizzazione della funzione psicologica in contesti diversi;

Visti:

- il decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, all'art. 1-quater, comma 3, che ha introdotto un contributo rivolto alle persone in condizioni di depressione, ansia, stress e fragilità psicologica a causa dell'emergenza pandemica e della conseguente crisi socio-economica;
- la propria deliberazione n. 1656/2022 "Approvazione atto di designazione di INPS quale responsabile del trattamento dei dati personali ex art. 28 del REG. UE 2016/679 e trasferimento delle risorse di cui al decreto 31 maggio 2022 "Contributo per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia, ai sensi dell'art. 1-quater, comma 3, del D.L. 30 dicembre 2021, n. 228" - impegno di spesa";

Considerato altresì che diverse AUSL stanno sperimentando da tempo modelli di consultazione psicologica primaria in integrazione con i MMG o NCP;

Preso atto che:

- l'Area regionale Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri, ha avviato un confronto con gli psicologi provenienti dalle Ausl che maggiormente hanno investito nella progettualità della psicologia nelle Case di comunità, al fine di sistematizzare le esperienze in essere e attualizzarle alla luce delle Linee Guida nazionali e internazionali;
- a conclusione del percorso è stato elaborato dai professionisti sopra richiamati il documento "Linee di indirizzo per l'implementazione della Psicologia nelle Case della Comunità" che valorizza le progettualità già in essere in alcune Aziende Usl nell'ambito delle Case di Comunità e che intende offrire un modello di intervento in attuazione della propria deliberazione n. 2221/2022 e dei successivi atti integrativi di questa Regione;

Considerato altresì che con propria deliberazione n. 1203/2023 "Programma dei progetti per l'innovazione e la realizzazione delle politiche sanitarie e degli obiettivi del piano sociale e sanitario regionale del settore Assistenza Territoriale - primo provvedimento generale - area Salute mentale Dipendenze patologiche Salute nelle carceri - anno 2023", si assegna un finanziamento alla Azienda USL di Ferrara per la realizzazione di un progetto formativo su base regionale che sviluppi le indicazioni regionali in collaborazione con i MMG e gli altri professionisti delle cure primarie;

Ritenuto inoltre necessario rinviare a successivi provvedimenti il potenziamento delle attività psicologiche nelle Case della Comunità;

Richiamati:

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 13 agosto 2010, n. 136" e successive modifiche;
- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" e ss.mm.ii.;
- la propria deliberazione n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna";
- le Circolari del Capo di Gabinetto PG/2017/0660476 del 13/10/2017 e PG/2017/0779385 del 21/12/2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, entrambe predisposte in attuazione della propria deliberazione n.468/2017;
- la determina dirigenziale n. 2335/2022 "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto Legislativo n. 33 del 2013. Anno 2022";
- la propria deliberazione n. 2357 del 27 dicembre 2022 "Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale di previsione della Regione Emilia-Romagna 2023- 2025";
- la propria deliberazione n. 1615 del 28 settembre 2022 "Modifica e assestamento degli assetti organizzativi di alcune direzioni generali/agenzie della Giunta regionale";

- n. 325 del 07 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";
- la propria deliberazione n. 426 del 21 marzo 2022 "Riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale. Conferimento degli incarichi ai Direttori generali e ai Direttori di agenzia";
- la propria deliberazione n. 380 del 13 marzo 2023 "Approvazione Piano Integrato delle attività e dell'organizzazione 2023-2025" e ss.mm.ii.;
- la propria deliberazione n. 474 del 27 marzo 2023 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° aprile 2023 a seguito dell'entrata in vigore del nuovo ordinamento professionale di cui al Titolo III del CCNL Funzioni Locali 2019/2021 e del PIAO 2023/2025";
- la propria deliberazione n. 2077 del 27 novembre 2023 "Nomina del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza";

Viste:

- la determinazione dirigenziale n. 6229 del 31 marzo 2022 "Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Istituzione Aree di Lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali";
- la determinazione dirigenziale n. 6238 del 31 marzo 2022 "Riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare. Istituzione ulteriore Area di Lavoro e conferimento incarico";
- la determinazione dirigenziale n. 7162 del 15 aprile 2022 "Ridefinizione dell'assetto delle Aree di Lavoro dirigenziali della Direzione Generale Cura della Persona ed approvazione di alcune declaratorie";
- la determinazione del Direttore Generale Cura della persona, salute, e welfare n. 14385 del 29 giugno 2023 "Modifica dell'assetto delle Aree della Direzione Generale cura della persona salute e welfare. Conferimento incarico"

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare, sulla base di quanto indicato in premessa e che qui integralmente si richiama, il documento "Linee di indirizzo per l'implementazione della Psicologia nelle Case della Comunità" allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, al fine di orientare le Aziende Usl regionali verso un modello di intervento comune, nell'ambito delle Case di Comunità;
2. di stabilire che la regione Emilia-Romagna, con successivi provvedimenti, sosterrà il potenziamento delle attività psicologiche nelle Case della Comunità;
3. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.



Servizio Assistenza Territoriale
Area Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri

Linee di indirizzo per l'implementazione della Psicologia nelle Case della Comunità

Dicembre 2023

Sommario

Premessa.....	4
Benessere psicologico e Salute mentale.....	5
Buone pratiche nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.....	7
Linee di intervento dell'attività psicologica all'interno delle CDC. Una sintesi.....	9
Consultazione psicologica primaria in integrazione con i MMG/PLS.....	9
Promozione della salute di comunità.....	9
Attività di supporto nella malattia somatica.....	10
Consulenza e formazione ai diversi team professionali.....	10
1. La consultazione psicologica primaria.....	10
La collaborazione con il MMG.....	11
Livello I – Consultazione Psicologica primaria (CPP).....	12
Livello II – Interventi psicologici brevi e focali, individuali o di gruppo.....	12
La collaborazione con i PLS.....	13
Interventi rivolti al nucleo di appartenenza del minore.....	13
2. Promozione della salute di comunità.....	14
3. Malattia somatica e cure intermedie.....	15
4. Consulenza organizzativa e formazione ai/con i diversi team professionali.....	16
Conoscenze e competenze del professionista.....	17
Cartella CURE e sistema informativo.....	17
Implementazione della telemedicina.....	18
Implementazione delle attività e piano di valutazione.....	19
La rilevazione delle attività inerenti la <i>Promozione della salute di comunità</i> verrà effettuata attraverso l'APP CURE, in corso di progettazione.....	20
Bibliografia.....	21

Nel mese di marzo e aprile 2023 il testo è stato inviato preliminarmente in consultazione a tutte le Aziende USL (Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche, Direttori Dipartimento Cure primarie, Direttori Dipartimento Sanità Pubblica, Direttori Attività Sociosanitaria, Direttori di Distretto). Le note pervenute sono state integrate nel seguente documento, con l'obiettivo di costruire indicazioni sostenibili e compatibili con l'organizzazione delle Aziende USL.

La stessa consultazione è stata effettuata con l'Ordine Regionale degli Psicologi che ha fornito ulteriori indicazioni migliorative.

Acronimi utilizzati nel documento

CdC	Case di Comunità
COT	Centrale operativa territoriale
CPP	Consultazione psicologica primaria
CURE	Cartella Unica Regionale Elettronica
DEC/DMC	Disturbo emotivo comune o Disturbo mentale comune Sono utilizzati come sinonimi, anche se in questo documento si predilige l'utilizzo di DEC in quanto meno stigmatizzante.
DM77	Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n.77 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"
DCP	Dipartimenti di Cure Primarie
DSM-DP	Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
EPE	Equipe Psicosociali per l'Emergenza (Direttiva 13 giugno 2006)
MMG	Medico di medicina generale
PLS	Pediatra di libera scelta
PUA	Il Punto Unico di Accoglienza è un luogo fisico nelle Case di Comunità in cui vengono raccolte le richieste e analizzati i bisogni sociosanitari espressi
SISM	Sistema informativo Salute mentale adulti della Regione Emilia-Romagna

Il gruppo di lavoro

Cinzia Badiali, Regione Emilia-Romagna

Barbara Bruni, Ausl Parma

Luigi Rocco Chiri, Ausl Bologna

Fiorello Ghiretti, Ausl Reggio Emilia

Barbara Leonardi, Regione Emilia-Romagna

Rachele Nanni, Ausl Romagna

Alessio Saponaro, Regione Emilia-Romagna

Lorenzo Scaglietti, Ausl Modena

Si ringraziano i componenti del gruppo regionale dei Direttori e Referenti della Psicologia delle Aziende Sanitarie.

Premessa

La pandemia da Covid19 ha evidenziato le vulnerabilità del nostro sistema di welfare e rimesso all'attenzione dei decisori l'importanza dell'assistenza di base e di tutto il sistema dei servizi territoriali, rilanciando la funzione delle **Case di Comunità** (d'ora in poi CdC) quale snodo strategico per fornire una risposta appropriata e integrata ai bisogni di salute della popolazione.

Il presente documento, in continuità con la DGR 1141/21 "*Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie in tema di organizzazione dell'area Psicologia clinica e di comunità*" e in coerenza con i modelli e gli standard dell'assistenza territoriale definiti dal Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n.77 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo e l'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale* (d'ora in poi DM 77), mira a fornire le Linee di indirizzo alle AUSL sulle diverse declinazioni dell'attività della Psicologia all'interno delle Case di Comunità e dei percorsi che le attraversano. Il **documento ha un taglio tecnico professionale** e non entra nello specifico di aspetti organizzativi, di politica sanitaria, per i quali si rimanda ad atti successivi di questa Regione.

I principi su cui si basa il nuovo assetto delle CdC (integrazione, prossimità, continuità assistenziale e presa in carico globale, sanità di iniziativa, empowerment individuale e di comunità) possono trovare piena realizzazione attraverso il **potenziamento della funzione psicologica nell'ambito delle Cure Primarie e la sua profonda interconnessione con i livelli specialistici e delle Cure Intermedie**. Non si tratta di istituire un nuovo profilo professionale ma di arricchire la qualità dell'ascolto e dell'offerta dei servizi di base, rispondendo così a deficit di appropriatezza e iniquità nell'accesso alle cure psicologiche da parte del cittadino. Una maggiore accessibilità alla consultazione psicologica primaria e la valorizzazione dell'approccio di comunità permetterebbero di rispondere ai bisogni di benessere psicologico che spesso rimangono inespressi nella popolazione e di intervenire in fase precoce in una logica di prevenzione e promozione della salute. Questo avrebbe conseguenze virtuose sull'intero sistema, sia dal punto di vista organizzativo che del rapporto costo-efficacia. A tal fine, si propone che la funzione psicologica sia strutturalmente incardinata nelle nuove CdC, integrata nei diversi dispositivi organizzativi ed organismi strategici (PUA, COT, Distretto, Equipe multiprofessionali) e articolata in **4 principali linee di azione**:

1. Consultazione Psicologica Primaria (CPP) in integrazione con MMG/PLS
2. Promozione della Salute di Comunità
3. Supporto al mantenimento della qualità di vita alle persone con malattia somatica
4. Consulenza organizzativa e formazione ai diversi team multiprofessionali.

La funzione della Psicologia nella CdC non è quindi solo orientata a offrire un servizio di Consultazione Psicologica Primaria ai cittadini, ma **si propone come volano del lavoro di comunità**: un lavoro finalizzato alla promozione della salute, alla prevenzione dell'acutizzazione delle problematiche psicologiche, all'attivazione delle risorse del territorio, sia in riferimento ai processi di lettura dei bisogni che della costruzione delle possibili risposte.

Il progetto sarà realizzato in maniera graduale nelle AUSL e accompagnato da successivi atti regionali inerenti allo sviluppo della Casa della Comunità.

Benessere psicologico e Salute mentale

Come afferma l'Organizzazione mondiale della sanità, "non c'è salute senza salute mentale". La salute non è una condizione statica ma un costrutto dinamico che si articola lungo un complesso continuum che vede ai suoi due poli, rispettivamente, uno stato di benessere psicologico ottimale e stati debilitanti di grande sofferenza e dolore emotivo. È il frutto dell'interrelazione tra fattori biologici, psicologici e relazionali ed è fortemente influenzata dal contesto sociale, economico e fisico che, a loro volta, agiscono lungo tutto l'arco della vita.

Negli ultimi due decenni, caratterizzati da profonde trasformazioni sociali, culturali e ambientali e da eventi epocali quali la pandemia da Covid 19, la crisi climatica o il riaccendersi di conflitti bellici in Europa, le malattie diagnosticate come disturbi mentali sono aumentate in tutti i Paesi. Come riportato dalla letteratura scientifica internazionale, la pandemia da Covid-19 ha inciso molto in termini peggiorativi sul benessere psicologico sia per l'aumento dei fattori di rischio generalmente associati all'insicurezza economico-finanziaria, che a dimensioni relazionali frutto della paura e del distanziamento sociale.

In un contesto di criticità come quello appena tratteggiato, i *cosiddetti* disturbi emotivi comuni (disturbi dell'adattamento, disturbi da stressa acuto o post traumatico, disturbi d'ansia o depressivi) continuano ad essere i grandi dimenticati del SSR. Pur essendo molto diffusi tra la popolazione, e nonostante la mole consistente di dati che ne evidenzia il forte impatto economico e sociale quando non trattati, ancora oggi non ricevono una risposta appropriata da parte dei Servizi sanitari (ESEMED – European Study of the epidemiology of mental disorders – Alonso, 2004; De Girolamo et al. 2005). La prima risposta continua ad essere opera quasi esclusiva dei MMG, con totale assenza nella popolazione adulta, della possibilità di accedere ad una consultazione psicologica primaria nel Sistema sanitario pubblico. Allo stesso tempo, i percorsi tra l'Ambito delle Cure Primarie e Servizi Specialistici sono ancora discontinui e frammentati, spesso impostati sulle articolazioni organizzative piuttosto che sui bisogni della persona. A questo si aggiunge un dato di natura culturale secondo il quale in Italia le persone con un disturbo emotivo ricorrono meno che in altri paesi europei alle cure sanitarie e, tra esse, il minor ricorso si registra proprio nella fascia 18-24 (ISS, 2022).

Uno dei primi studi epidemiologici in Italia sull'impatto della depressione nell'ambito delle Cure Primarie ha mostrato che il 40% dei pazienti che chiedono una consultazione con il MMG lamentano anche disturbi psicologici (Berardi, 2008). Lo stesso studio evidenzia le **difficoltà dei MMG nella gestione del Disturbo Emotivo Comune** e di come spesso i medici ricorrano in modo improprio alla prescrizione farmacologica. I motivi di questa inappropriatazza, di là di fattori organizzativi e di condizioni di lavoro sempre più difficili, hanno a che fare anche con aspetti tipicamente professionali, che rendono difficile per il medico di medicina generale fornire al paziente una risposta olistica, capace di integrare gli aspetti organici con gli aspetti intrapsichici, interpersonali, contestuali ed esistenziali peculiari invece del sapere psicologico.

Esiste inoltre ancora un problema di **stigma** associato alla malattia mentale (Link M.G. & Phelan J.C., 2015), così come un autostigma (Lasalvia et al, 2013), fattori questi che possono incidere sulla minore propensione a chiedere aiuto da parte del paziente così come alla sottovalutazione dei sintomi da parte del medico che tende a percepire una bassa correlazione tra questi e gli eventi di vita.

Attualmente solo una quota molto limitata dei Disturbi Emotivi Comuni entra in contatto con i Dipartimenti di Salute Mentale rispetto alla prevalenza stimata nella popolazione generale. L'analisi del flusso informativo SISM della Regione Emilia-Romagna evidenzia come solo il 6,4% dell'attività erogata presso i Servizi territoriali di Salute Mentale, sia rappresentato da attività psicologica-psicoterapica, mentre la maggioranza dei pazienti riceve **risposte di tipo psichiatrico e assistenziale**. Un'ulteriore inappropriatazza per difetto ha a

che fare con le difficoltà del nostro sistema dei Servizi di Salute Mentale ad intercettare la morbilità psichiatrica all'esordio, o comunque in fase precoce [Ministero della Salute, 2021].

Se dalla popolazione adulta ci si sposta su quella in età evolutiva, le criticità sono simili ma "più pesanti" considerando l'impatto sulle traiettorie evolutive di un disturbo mentale non rilevato in una persona giovane, così come di un disturbo della relazione genitore/bambino non trattato tempestivamente (Simonelli, 2014).

Il Rapporto Osservatorio GIMBE (GIMBE, 2022) relativo allo stato dell'arte del nostro SSN, evidenzia come sia stato sottovalutato ***l'impatto della pandemia sulla Salute mentale che rimane fortemente sotto-diagnosticato***, in particolare nelle fasce più giovani, e fatica a trovare adeguate risposte di cura.

Gli ultimi 10 anni hanno visto un costante aumento degli accessi ai servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in tutti e 4 gli ambiti di riferimento (neurologia, psichiatria, disabilità complessa e disturbi specifici). I due anni di pandemia hanno ulteriormente aggravato questa situazione. Se infatti, in termini di letalità, la crisi pandemica ha colpito in modo particolarmente accentuato la popolazione anziana, è oramai evidente come le ripercussioni indirette, dovute al contenimento della diffusione del virus, sono state subite soprattutto dai giovani e dai giovani adulti in particolare, con conseguenze di medio e lungo periodo. Questo impatto rischia di essere particolarmente grave nel nostro paese che già partiva da condizioni di maggior difficoltà e fragilità rispetto alla media europea¹.

Nella nostra Regione, gli Spazi Giovani e le Reti Adolescenza (DGR 590/2013) rappresentano presidi di base capaci di intercettare parte del disagio evolutivo così come delle problematiche di rilievo clinico (esordi psicopatologici). Le raccomandazioni regionali "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti" (Circolare n. 1 del 07/02/2017) invitano le AUSL a dotarsi di un ***punto unico di accesso su base distrettuale*** dedicato alla fascia 14-25 anni, in cui garantire la consultazione psicologica entro 7 giorni dalla richiesta e la successiva attivazione, nel caso di bisogno, dell'equipe funzionale di secondo livello. Nel DM77 vi è l'indicazione (e non l'obbligatorietà) di inserire i Consultori e gli Spazi Giovani all'interno delle CdC e dall'inizio della pandemia sono state erogate in più occasioni risorse straordinarie per favorire l'accesso alla CPP e potenziare i Servizi di Salute Mentale, soprattutto in relazione alla popolazione più giovane. Purtroppo, non si è trattato sino ad ora di misure strutturali e comunque non sono da ritenere sufficienti ad affrontare una tendenza in crescita da tempo.

Rispetto i problemi di salute evidenziati, in accordo con la letteratura internazionale (OMS 2022, Derksen J., 2009; Layard, R., Clark D., Knapp, M., & Mayraz, G., 2007) e la "*Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*" (2022, Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università degli Studi Padova e ISS), le soluzioni prospettate nel presente documento vanno nella direzione di:

- ribadire il diritto alla salute mentale, ***garantendo una prima risposta appropriata*** da parte del Sistema Sanitario Regionale;
- inserire gli interventi e i trattamenti di natura psicologica e psicoterapeutica in un sistema articolato di servizi e percorsi che comprendano anche il ***lavoro di comunità, la promozione della salute e la prevenzione***;
- potenziare nel contesto delle Cure Primarie le competenze di tutti i professionisti al fine di ***accogliere*** la domanda di salute, acquisire una ***maggiore conoscenza e consapevolezza della sofferenza psicologica legata a problematiche di adattamento, compiti evolutivi e fasi della vita e dell'impatto*** che questi possono avere sul benessere psicologico delle persone, ***riconoscere***

¹Secondo il rapporto sulla condizione giovanile 2021, il tasso di Neet (giovani che non studiano e non lavorano) tra i 25 e i 34 anni era pari a 23,1% nel 2008 all'inizio della grande recessione e risultava pari a 28,9% nel 2019 alla vigilia della pandemia (mentre la media Ue-27 era pari al 17,4% nel 2008 e al 17,3% nel 2019), con un trend in crescita.

l'eziologia dei i Disturbi Emotivi Comuni o i fattori di rischio ad essi correlati, **favorire il self help e la resilienza** delle persone inserite nella propria rete sociale e familiare, **proporre percorsi** per i disturbi di media e bassa intensità, **favorire i trattamenti** di secondo e terzo livello, migliorare le capacità di intercettazione precoce e prima risposta evitando l'abuso di terapie farmacologiche;

- **promuovere percorsi multiprofessionali** nei vari nodi della rete di cura distrettuale (MMG/PLS, Servizi Consultoriali, Servizi per la disabilità, Servizi di medicina penitenziaria, ecc) in integrazione con i livelli specialistici.

Buone pratiche nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna

Le Linee di Indirizzo della Regione Emilia-Romagna relative all'organizzazione dell'Area "Psicologia Clinica e di Comunità" [DGR 1141/21 par. 6.1], hanno evidenziato come la Casa della Comunità rappresenti il setting ideale in cui realizzare **"una presenza integrata dello Psicologo con il livello dell'assistenza primaria (in stretta connessione con MMG e PLS) e con i livelli specialistici"**.

Il percorso di realizzazione delle CdS nella nostra Regione ha preso avvio nel 2010 (DGR 291/2010). Si tratta di un percorso, importante e non ancora compiuto, il cui impianto viene confermato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR. Secondo il DM 77/2022 le *nuove* Case della Comunità dovranno acquisire una connotazione più ampia, che coniughi la **dimensione sanitaria a quella sociale e comunitaria**.

Le CdC andranno a costituire presidi prossimali ed accessibili dove il cittadino può trovare risposte articolate e integrate ai propri bisogni di salute. Al loro interno si favorisce la funzione di prossimità anche tra le differenti professioni, discipline e istituzioni, per meglio consentire l'integrazione e la progettualità comune. In tal senso, la mission della CdC è quella di offrire una risposta sanitaria e socioassistenziale frutto di sinergie multiple di reti in continua e crescente interconnessione dove la **presenza della componente psicologica nel team assistenziale deve divenire progressivamente strutturale ed organica** piuttosto che casuale ed episodica. A tal fine assume un valore non secondario la definizione di un luogo fisico, uno spazio dedicato alla consultazione psicologica, riconoscibile e facilmente identificabile sia dai cittadini che dai diversi professionisti della CdC.

Diverse Aziende sanitarie hanno sviluppato in questi anni progetti di collaborazione tra Medicina di Base e Servizi/Programmi di Psicologia. Lo stesso è accaduto nel settore privato e del privato sociale. Si tratta di esperienze che pur nelle diversità legate a dinamiche di territorializzazione, personalizzazione delle collaborazioni e quantità di investimenti residuali, presentano una coerenza metodologica e di esito e possono quindi fornire una fonte orientativa, insieme alla letteratura citata, per tentare una prima definizione di standard regionali.

Il progetto di Psicologia nelle Case della Salute dell'**Ausl di Parma** prende avvio nel 2015, sotto impulso della Direzione del Programma di Psicologia. Durante il biennio 2020-2021 sono state accolte le richieste di 295 cittadini. Il 6,2% circa è giunto al servizio su segnalazione di altri professionisti (MMG, Ostetrica consultorio, Psichiatra, servizi di 2° livello). Al termine della consultazione circa il 10% è stato inviato ad altri servizi (7,7% ai servizi di 2° livello; MMG, psicologo/psichiatra privato).

All'**AUSL Bologna** è attivo sin dal 2015 il progetto "Lo Psicologo nella Casa della Salute" finalizzato a migliorare l'appropriatezza dell'inquadramento/cura delle problematiche emotive diffuse e a ridotta complessità di presa in carico. Dal 2021, la UOC di Psicologia Territoriale ha realizzato una nuova progettualità fortemente investita nella costruzione di un'intensa collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale e di Cure Primarie. Ad oggi il progetto assorbe l'attività di 10 professionisti (totale ore dedicate = n. 156) e ha complessivamente registrato in circa 9 mesi 436 nuove richieste di consultazione psicologica

Nel corso del triennio 2016-2018, all'interno dell'area pilota di Borgo-Reno, è stato registrato l'accesso di più di 600 cittadini che nel 70% dei casi mai avevano concretizzato un contatto con i servizi sanitari per le loro problematiche ascrivibili a condizioni di disagio psicologico. Il monitoraggio dell'azione sperimentale ha compreso l'analisi di tre parametri:

- *Diffusione*: la percentuale di MMG invianti un numero complessivo di 4 o più pazienti nel corso di un anno solare rimaneva sostanzialmente stabile nel corso del tempo: dal 61,8% nel 2016 e nel 2017 al 63,9% nel 2018.
- *Impatto*: rispetto ai dati del 2014, con l'avvio del progetto e la collocazione in rete del nuovo servizio di psicologia, si è registrata una riduzione stabile del 51% degli accessi (in particolare per problematiche ansiose-depressive) al Centro di Salute Mentale del territorio;
- *Integrazione*: si è registrato un maggior livello di integrazione tra il primo livello e quelli successivi della cura. Tale integrazione non ha riguardato solo i livelli verticali ma anche quelli orizzontali dell'assistenza primaria attraverso un maggior coinvolgimento dello psicologo nelle attività di promozione della salute (Corsi Antifumo, gruppi AMA incentrati sui temi del lutto problematico, interventi di motivazione per pazienti inseriti nei PDTA attivi nelle CdS (BPCO, Scopenso Cardiaco, Post-IMA, Diabete).

Presso l'**Ausl di Modena** è attiva dal 2018 una collaborazione tra il Servizio di Psicologia Clinica e di Comunità e la Medicina Generale, presso le Case della Salute di Novi e Rovereto, nella forma di un servizio di consulenza psicologica integrato con i NCP presenti nella struttura. Tale attività, che ha coinvolto circa 200 pazienti all'anno, ha previsto una modalità di consulenza breve strutturata su invio del MMG. Oltre all'intervento diretto al paziente, lo Psicologo ha fornito consulenza al MMG inviante e, in sede di programmazione sociosanitaria sui casi complessi, ha preso parte al confezionamento di Progetti Assistenziali Individualizzati. Inoltre, circa un terzo della casistica valutata è stato inviato ai Servizi territoriali, ospedalieri e del privato sociale più appropriati. L'Ausl di Modena ha realizzato l'integrazione tra NCP e Servizio di Psicologia anche attraverso la riqualificazione delle modalità operative dei Centri di Psicologia Clinica Adulti, che a seguito della collocazione della UOC di Psicologia presso il Dipartimento di Cure Primarie hanno visto crescere la quota di pazienti inviati dai MMG, ed hanno stabilito sempre maggiori momenti di confronto tra Psicologi e NCP.

In **Ausl Romagna** l'attività ha preso avvio ad inizio 2020 presso la Casa della Comunità di Russi (RA), per poi estendersi, negli anni 2021 e 2022 su ulteriori 12 Case della Comunità delle tre Province Aziendali. Il progetto nel 2022 ha coinvolto 99 MMG che complessivamente hanno indirizzato, nel corso dell'anno, al percorso psicologico 446 utenti, con una media di 5,86 invii nei 12 mesi per medico. Il 40% degli invii si è risolto con la consultazione di base (da 1 a 3 sedute); mentre nel 60% dei casi si è proseguito con un trattamento psicoterapeutico focale (fino ad 8 colloqui successivi allo screening). Tra coloro che hanno avuto accesso alla consultazione di base sono stati effettuati i seguenti invii ad altre tipologie di intervento:

- Invio ad altro Servizio Aziendale pari al 15,6% degli utenti. Tale dato evidenzia la capacità del Servizio offerto di offrire una risposta "filtro" rispetto ai Servizi Aziendali Specialistici.
- Invio a servizi esterni (associazioni, servizi sociali...) pari al 3% degli utenti visti.

Al termine del 2022 sono poi stati attivati i primi interventi gruppalari, orientati alla gestione dello stress e delle emozioni disturbanti nei disturbi emozionali comuni ed è stata avviata la programmazione degli interventi orientati alla promozione del benessere di comunità in collaborazione con la Sanità Pubblica.

Si include in questa breve rassegna anche l'esperienza della **Ausl di Reggio-Emilia** che riguarda la consultazione primaria per adolescenti e giovani adulti. A partire da giugno 2019 è stata implementata una rete di accesso unica ai servizi della salute mentale per la fascia di popolazione 14-28. Tale rete è composta da una decina di punti di accesso che coprono dal punto di vista geografico e funzionale, tutti i Distretti

dell'Azienda. Il modello di intervento coniuga le competenze psicologiche di prevenzione e promozione della salute sviluppatasi prevalentemente in ambito dei consultori Salute Donna e Spazi giovani con quelle clinico-diagnostiche e di cura dei Servizi della Salute Mentale. Le equipe distrettuali sono composte da psicologi delle Cure primarie e del DSM-DP (circa 22 professionisti corrispondenti a 5 u.e.) in rete diretta con le equipe dei servizi specialistici della psichiatria a cui i professionisti afferiscono per appartenenza e a cui garantiscono l'accesso tempestivo dell'utente quando richiesto, ma anche in rete con le associazioni territoriali con attività o progetti a supporto delle difficoltà della fase evolutiva adolescenziale e della prima età adulta. La consulenza si sviluppa in un massimo di quattro sedute. Esiste la possibilità di intraprendere percorsi psicologici brevi presso lo stesso centro (Ghiretti e al., 2022).

Linee di intervento dell'attività psicologica all'interno delle CDC. Una sintesi.

Il contributo della Psicologia può articolarsi attraverso 4 linee di azione: due linee riferite al livello di **prevenzione e consultazione primaria**, una linea di attività specialistica riferita all'area delle **cure intermedie** ed una linea di natura **trasversale e organizzativa** avente a che fare con il supporto e la formazione delle diverse reti di professionisti in un'ottica di sinergia di sistema.

Consultazione psicologica primaria in integrazione con i MMG/PLS

Finalità:

- contribuire a costituire un sistema di cura in grado di facilitare il riconoscimento di qualsiasi forma di disagio emotivo con rischio di evoluzione psicopatologica o di compromissione della capacità di gestione della malattia fisica **garantendo un approccio globale alla persona**, considerando i fattori psicologici, ambientali, sociali e culturali;
- completare i passaggi di cura previsti dall'organizzazione della Salute Mentale (stepped care ascendente e discendente) garantendo, ove necessario e in sinergia con i MMG e PLS, collegamenti diretti e immediati con i servizi sociosanitari e riabilitativi attivi sul territorio (Consulenza del "Programma Leggeri", Centri per le famiglie, ecc);
- accogliere i disturbi emotivi lievi, discriminandoli dai disturbi psichici gravi;
- predisporre trattamenti brevi, di bassa o media intensità, di comprovata efficacia orientanti alla costruzione della resilienza;
- supportare la possibilità di invii appropriati a tutti i Servizi di secondo livello facilitando la conoscenza dei percorsi;
- favorire l'orientamento verso risposte di cura promosse anche dalla rete territoriale formale e informale e self help.

Promozione della salute di comunità

Finalità:

- contribuire alla costruzione di sistemi di informazione e processi che coinvolgano la comunità sia nella lettura dei bisogni di salute che nella delineazione delle strategie di coping, sia nelle fasi emergenziali (eventi critici di natura potenzialmente traumatica) che ordinarie;
- contribuire al cambiamento organizzativo che dalle case della salute porta alle Case di Comunità;
- contribuire alla formulazione e realizzazione degli interventi di prevenzione e di promozione della salute e dei corretti stili di vita (in attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 20-25);

- promuovere la Salute di Comunità tramite azioni di promozione della salute e dei corretti stili di vita, fornendo strumenti per l'autogestione del disagio psicologico al paziente e al caregiver, anche in raccordo con le Associazioni del privato sociale e i Gruppi di Auto Mutuo Aiuto, in un'ottica di empowerment individuale e di comunità;
- contribuire alla promozione di reti di sostegno informali quali reti di vicinato, caregiver familiari o amicali, Gruppi AMA o associazionismo, soprattutto in supporto alla permanenza presso il proprio domicilio anche in condizioni di fragilità;
- favorire percorsi di gruppo che forniscano competenze e supporto emotivo ai pazienti e ai loro caregiver, anche attraverso strumenti di Telemedicina;
- favorire percorsi che mettano in connessione le risorse informali del territorio, i diversi professionisti della CdC e di tutta la rete educativa e sociale.

Attività di supporto nella malattia somatica

Finalità:

- supporto a pazienti in condizioni di stabilità clinica che stanno affrontando fasi critiche della vita;
- supporto ai caregiver e valutazione del carico assistenziale tramite strumenti validati e indicati (DGR 1546 del 2022).

Consulenza e formazione ai diversi team professionali

Finalità:

- formazione dei MMG/PLS, infermieri di comunità, assistenti sociali e degli altri componenti dell'equipe multidisciplinare rispetto ai temi della psicologia della salute e di comunità;
- collaborare alla programmazione dei percorsi formativi transmurari ed interaziendali al fine di facilitare l'accesso dell'utente nel passaggio dal terzo livello di cura ai livelli intermedi e alle CdC;
- favorire la presa in carico integrata del sistema assistito/assistenza e del suo contesto di vita;
- contribuire alla progettazione dei percorsi formativi aventi come oggetto lo sviluppo del lavoro di rete, di comunità e dei processi partecipati.

1. La consultazione psicologica primaria

L'essere umano è un *unicum* nella sua complessa integrità psicosomatica, e lo stato di salute è il risultato dell'equilibrio tra componenti biologiche, psichiche, sociali, culturali e ambientali. Il protagonista principale del proprio percorso di cura è la persona, nel delicato rapporto con i propri curanti e il proprio contesto di vita. Questi principi stanno alla base del **modello di consultazione proposto che prevede l'interazione e integrazione tra professioni mediche, sanitarie, psicologiche e sociali sin dal primo contatto**. Un approccio di questo tipo, oltre ad **evitare che il disagio portato sia esclusivamente medicalizzato o trasformato in una nuova malattia psicologica**, è volto a favorire risposte capaci di riconoscere la componente individuale nei percorsi di cura e l'incidenza degli stili di vita nella prevenzione e nella cura delle malattie.

L'adozione di un modello basato sulla salute invece che sulla malattia sono uno specifico della professione psicologica che legge quindi nel sintomo somatico non solo un indicatore di disagio ma anche un tentativo di comunicazione di esperienza dissociata, che necessita fortemente di **essere compreso prima ancora che curato**. L'approccio psicologico alla domanda non è mai connotato esclusivamente in modo valutativo, ma è piuttosto volto a dare spazio e ad analizzare, fin dal primo incontro, il modo di porsi in relazione e le

modalità di esperire e attribuire significato al proprio mondo emozionale. Questo tipo di consultazione si caratterizza quindi sin da subito come **intervento di prevenzione e cura allo stesso tempo**.

Alcune Aziende Sanitarie stanno già sperimentando questo tipo di consultazione in accesso libero, estendendo la modalità di accesso già prevista per gli adolescenti (fascia 14-19) negli Spazi Giovani anche ai giovani adulti. Si tratta di sperimentazioni che stanno producendo dati incoraggianti sulla sostenibilità del dispositivo ma che è ancora prematuro mettere a sistema. Si rimanda quindi l'opzione dell'accesso libero alla discrezionalità delle singole Direzioni delle Aziende Sanitarie. **La modalità raccomandata per l'accesso alla consultazione psicologica primaria è quella che prevede la collaborazione con MMG/PLS e la definizione di criteri di invio condivisi.**

Modelli di integrazione tra consultazione psicologica a consultazione medica di base in un'ottica di cura globale e secondo un approccio bio-psico-sociale-culturale sono presenti da tempo in diversi paesi europei. I dati di letteratura che mostrano l'efficacia di questo tipo di collaborazione, al di là dei diversi modelli di integrazione, sono oramai numerosi, sia in contesto internazionale (Bluestein e Cubic, 2009; Miller, Mendenhall e Malik, 2016; Thota et al., 2012) che in Italia (Solano, 2011, Berardi e coll., 2018 e più recentemente Liuzzi, 2020).

Le indicazioni che seguono sono quindi una sintesi delle evidenze riscontrate in letteratura e le prassi adottate nelle Aziende Sanitarie della nostra Regione.

La collaborazione con il MMG

Si riferisce a tutte le classi anagrafiche superiori ai 18 anni. **Il modello adottabile è quello di una relazione integrata, in cui MMG e Psicologo condividono spazi, informazioni e una procedura di consultazione.**

La metodologia consigliata per la segnalazione da parte del MMG delle condizioni meritevoli di attenzione clinica è quella dell'invio purché mediato dalla condivisione delle principali informazioni riguardanti il caso interessato alla consultazione psicologica.

L'attività dello psicologo delle CdC deve essere pensata in **sinergia e continuità con gli altri nodi della rete sociosanitaria in cui è già offerta una consultazione psicologica primaria** (Spazi Giovani/Centri adolescenza e Consultorio Familiare in primis), in modo da fornire risposta alle fasce di età e alle problematiche che al momento non sono presidiate. È raccomandata quindi la predisposizione di una chiara comunicazione rispetto i diversi punti di accesso al SSR e la formalizzazione delle procedure di accompagnamento/invio al livello della stessa Assistenza Primaria.

Risultano appropriate per l'invio da parte del MMG le condizioni conosciute come Disturbi Emotivi Comuni (DEC), le Reazioni di Adattamento in fasi esistenziali critiche, i Disturbi Somatoformi, gli stati di disagio psicologico concomitante alla ridotta presenza di fattori protettivi.

La consultazione psicologica si articola su due livelli:

Livello I - Consultazione Psicologica primaria (CPP)

Rappresenta nel concreto l'anello di cura più prossimo alla cittadinanza e in maggiore integrazione con gli altri professionisti delle Cure Primarie e della rete sociale ed educativa. Le principali funzioni della CPP si sintetizzano nelle seguenti azioni:

- assessment iniziale è garantito dall'utilizzo dello strumento del colloquio clinico e può essere coadiuvato da strumenti di screening validati (GAD-7 / PHQ-9 / CORE-OM).

- contenimento emotivo e ri-contestualizzazione emotiva: la CPP può già conformarsi come strumento di primo intervento utile ad attenuare e chiarificare i possibili bisogni alla base della richiesta di aiuto.
- orientamento: accompagnamento consapevole e condiviso verso altri Servizi di cura, self help o risorse formali e informali del territorio.
- azione psicoeducativa: possibilità di introdurre un primo livello esplicativo legato al disagio/disturbo presentato.
- formulazione condivisa della proposta di cura.

Dopo aver svolto una valutazione di massima del quadro clinico, delle risorse e dei bisogni soggettivi, dei fattori protettivi e di rischio presenti, la consultazione prevede la formulazione condivisa con la persona (ed eventualmente con il MMG/PLS inviante) di un'ipotesi di intervento declinata sulle principali direzioni:

- o trattamento breve (individuale o in gruppo);
- o interventi di rete con altri professionisti della Casa della Comunità o della rete sociale e del volontariato;
- o orientamento e accompagnamento motivazionale a Servizi Specialistici.

Livello II - Interventi psicologici brevi e focali, individuali o di gruppo

Qualora a seguito della CPP emerga l'esigenza di un intervento più specifico dovuto alla permanenza di una sintomatologia psicologica di rilevanza clinica e/o una condizione di difficoltà di adattamento, la persona potrà essere orientata, in base al bisogno, a trattamenti focali brevi validati, in setting individuale o gruppale, ad interventi psico-sociali e di inclusione sociale co-progettati con i soggetti della rete oppure, orientato ai Servizi Sanitari di Secondo Livello più appropriati.

Secondo la Consensus Conference sono condizioni da privilegiare:

- le persone con una anamnesi di sintomatologia ansiosa e/o depressiva;
- gli adolescenti e le loro famiglie;
- gli anziani, in particolare quelli con rilevante comorbidità fisica o mentale e con abbassamento del funzionamento personale e sociale;
- tutte le condizioni in cui i sintomi sottosoglia si associno ad un medio-alto rischio psicopatologico o una grave caduta del funzionamento sociale e lavorativo;
- i genitori con problemi di depressione nel periodo perinatale, considerando le conseguenze negative che il disagio psicologico di uno/entrambi può avere sul rapporto di coppia e sullo sviluppo affettivo cognitivo del neonato.

Ove possibile sono da privilegiare gli interventi gruppali. Questi possono essere orientati alla psicoeducazione, al supporto fra pari o prevedere l'acquisizione di competenze emotivo/relazionali specifiche (genitorialità, assertività, gestione dell'ansia e dello stress, gestione del conflitto). I **percorsi gruppali possono scaturire anche dalla co-progettazione con altri Servizi** (area ospedaliera, area sociale, area educativa) e/o dalla co-progettazione con **Associazioni di familiari, utenti, gruppi di auto-mutuo aiuto o altre risorse della comunità** ed essere orientati a processi di empowerment, inclusione sociale, contrasto all'isolamento, utilizzando modalità di conduzione inclusive e partecipative tipiche della psicologia di comunità.

La collaborazione con i PLS

L'inserimento della figura dello psicologo all'interno della Casa della Comunità offre un'opportunità preziosa di istituzione e sistematizzazione dell'interfaccia collaborativa con i PLS e andare a colmare eventuali gap nell'attività di prevenzione in età evolutiva.

Tra questi, i progetti più significativi sono quelli orientati ai **primi 1000 giorni di vita del bambino** (Consultorio Familiare/PDTA/Programmi di prevenzione della depressione perinatale) e all'adolescenza fisiologica (Spazio Giovani, range di età 14-19 anni). Inoltre, è di rilievo l'azione dei Servizi di Neuropsichiatria già impegnati su condizioni di media-elevata severità clinica e complessità di presa in carico. Rispetto ai Servizi citati e alle reti del territorio, l'azione dello psicologo nella CdC può assumere una **funzione di primo accesso e di orientamento del nucleo familiare**.

La collaborazione strutturata tra MMG/PLS e psicologo nel supporto alle competenze genitoriali assume un valore strategico per diversi motivi:

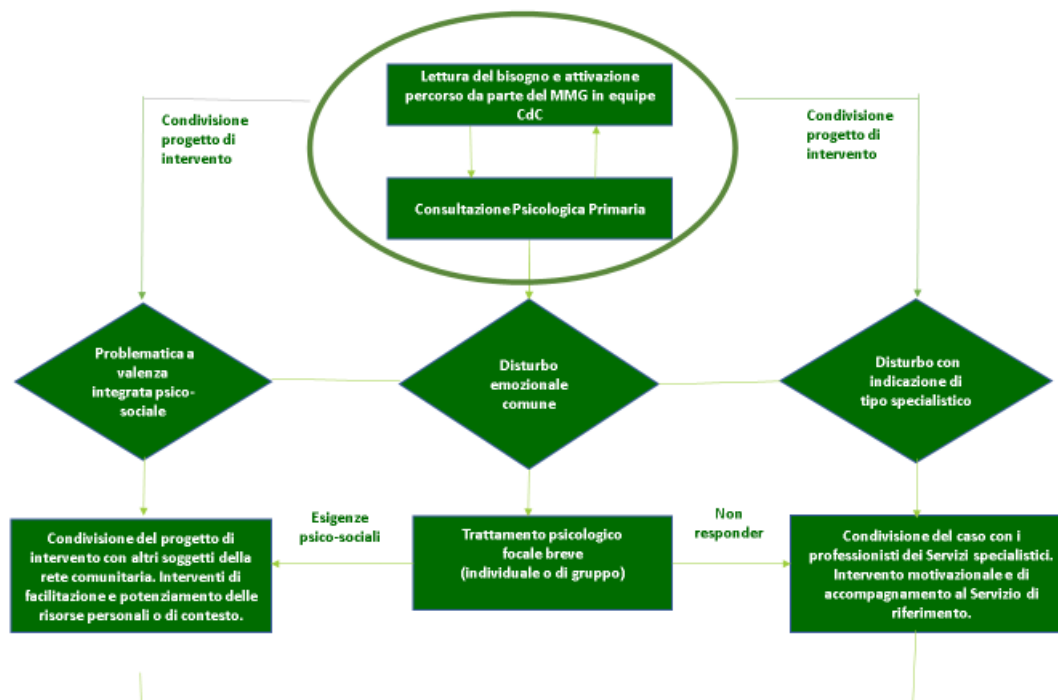
- sensibilizzazione e/o motivazione dei genitori a percorsi di assistenza/cura per i figli e per la famiglia, condividendone l'indicazione con il medico di famiglia e/o PLS;
- incentivazione dei fattori di protezione allo sviluppo, attraverso interventi sia diretti che indiretti all'interno delle situazioni familiari più fragili dal punto di vista psicologico e sociale;
- intervento precoce, quando la psicopatologia non è ancora strutturata e la mobilità, tipica dello sviluppo infantile, consente l'emergere delle componenti più sane della personalità (oppure di supportare le potenzialità emergenti);
- riduzione del tempo che intercorre tra l'esordio di un disturbo (o dei prodromi dello stesso) e l'inizio di un trattamento appropriato (Chiri, Menchetti, Berardi e Fioritti, 2016).

Interventi rivolti al nucleo di appartenenza del minore

Si tratta di percorsi brevi, da condursi in setting familiare o gruppale, che dovrebbero ricoprire le seguenti funzioni:

- monitoraggio: condivisione dell'evoluzione della condizione problematica del minore alla luce della fase evolutiva specifica e della presenza di fattori di rischio che potrebbero incidere sul decorso problematico;
- psicoeducazione: promozione della conoscenza (a) delle peculiari caratteristiche di sofferenza oggettiva e soggettiva, (b) dei fattori di innesco e mantenimento del problema, (c) delle principali strategie di gestione del problema specifico;
- sostegno alle competenze genitoriali (parenting);
- lavoro di comunità: attraverso la valorizzazione della rete sociale, educativa e del privato sociale (Centri per le famiglie, reti dei progetti adolescenza, ecc) favorire la nascita di nuove opportunità di confronto/scambio/sostegno reciproco tra diversi nuclei familiari.

Fig.1 Il modello di consultazione psicologica di base nelle Case di Comunità



2. Promozione della salute di comunità

La **psicologia di comunità** pone l'accento sull'esigenza di considerare congiuntamente le dimensioni personali e sociali. In tal senso, la comunità e le interazioni sociali che la caratterizzano divengono il riferimento principale per comprendere «in situazione» i problemi, gli ostacoli allo sviluppo della persona e le vere e proprie patologie ma anche lo strumento privilegiato attraverso il quale favorire processi di sviluppo, acquisizione di nuove risorse, competenze e sentimenti di appartenenza fondamentali nel favorire il benessere personale e collettivo.

Si tratta dell'**area di intervento più innovativa** per il nostro SSR che, se adeguatamente sostenuta, può favorire il cambio di paradigma da tanti auspicato nelle CdC: territorializzazione della salute attraverso **una nuova casa in cui non vengano solo aggiunte nuove stanze ma in cui si costruiscano, insieme, nuove funzioni**. Tra queste, la possibilità di facilitare percorsi partecipati che coinvolgano i cittadini nella lettura dei bisogni e nella co-progettazione di proposte, anche di general care, secondo un sistema della salute co-costruito e di comunità.

La cabina di regia di processi così complessi deve prevedere la presenza di **psicologi di comunità, capaci di facilitare processi partecipati, costruire nuove partnership a livello comunitario, accompagnare processi di cambiamento organizzativi e gruppal prima ancora che individuali**, contribuire alla definizione dei percorsi di domiciliarità sostenendo i caregiver e la rete di prossimità.

Sempre in questa linea di azione rientrano progettualità più tradizionali che prevedono l'attivazione di gruppi (psicoeducativi o selfhelp) che si fondano sulla capacità delle persone di adattarsi e affrontare i vari momenti di difficoltà del ciclo di vita (separazioni, eventi luttuosi, perdita di status, migrazione, ecc) così come sui fattori di resistenza e protezione del contesto. Emblematico è il ruolo dei gruppi che hanno una lunga tradizione nell'area delle Dipendenze (Alcolisti Anonimi, Gruppi familiari degli alcolisti anonimi, Club

alcolisti in trattamento, Giocatori Anonimi, ecc) e che nella nostra Regione sono riconosciuti come uno dei nodi della rete curante (DGR N. 134 del 7/02/2022). Ulteriori pratiche virtuose che promuovono le esperienze di auto cura sono i Coordinamenti aziendali come quello della Rete AMA della AUSL di Bologna, le ruote comunitarie, attività di prevenzione con la modalità peer, attività di inclusione sociale scaturite dalla co-progettazione con Associazioni di volontariato attive sul territorio. Esperienze come queste potrebbero essere implementate e ulteriormente diffuse proprio a partire dalle CdC, come luogo prossimo, capace di ospitare i gruppi, diffonderne la conoscenza tra i professionisti e favorirne la nascita, la visibilità e l'accessibilità da parte della popolazione.

Infine, va presa in considerazione la stretta correlazione tra lavoro di comunità e **intervento psicologico durante emergenze e catastrofi**. Come già accaduto in seguito al terremoto in Emilia (maggio 2012), alla pandemia da Sars-Covid (2019 e 2020) e, da ultimo, ai tragici eventi connessi con l'alluvione che hanno colpito la Romagna nel maggio di quest'anno, l'intervento psicologico nella fase acuta dell'emergenza e il lavoro di comunità sul medio e lungo termine sono fondamentali per rispondere ai bisogni immediati della popolazione, favorire il self-help e i fisiologici processi di resilienza, prevenire l'instaurarsi di sintomatologie post traumatiche e accompagnare le comunità in un **processo di normalizzazione e ricostruzione**. Il modello utilizzato da questa Regione ha previsto l'attivazione di un Board regionale composto dai Direttori/Referenti della psicologia a livello aziendale, i referenti esperti dell'EPE aziendali (là dove istituite), le Associazioni regionali esperte in psicologia dell'emergenza (SIPEM, Psicologi per i Popoli, EMDR Italia), il gruppo tecnico dell'Ordine Regionale degli psicologi, funzionari regionali.

L'intervento in questi casi si concentra sulla valutazione delle reazioni peritraumatiche, sulla normalizzazione delle reazioni emotive attraverso percorsi psicoeducazionali individuali e collettivi, interventi psicologici incentrati sull'elaborazione del trauma acuto, interventi di prossimità. Nelle fasi successive si prevedono invece interventi di tipo psicosociale articolati, differenziati in base alle caratteristiche specifiche dei territori ed alla fase emergenziale che li caratterizza, alla tipologia e all'intensità del trauma sperimentato dall'individuo o dal gruppo, al grado elaborazione dell'evento e di avvenuto recupero/ripristino di una condizione di benessere e salute accettabile.

Tale modello sarà oggetto di successive valutazioni, ma l'esperienza ha messo in luce la necessità di valorizzare la competenza nel lavoro di comunità degli psicologi all'interno del SSR, di metterla a sistema trovare soluzioni organizzative che permettano l'intervento tempestivo in un'ottica trasversale, transmuraria e multiprofessionale. **Quello che si rivela fondamentale nelle maxi-emergenze può divenire un volano di cambiamento per il disegno delle nuove case di comunità.**

3. Malattia somatica e cure intermedie

L'ambito delle cure intermedie rappresenta l'insieme dei percorsi sociosanitari che debbono essere attivati quando la persona che ha usufruito di interventi ospedalieri rientra nel territorio di appartenenza. I percorsi di area psicologica vengono costruiti sulla base dei presupposti di **trasversalità, multidisciplinarietà e continuità assistenziale** già descritti nell'ambito dell'aggiornamento delle Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie (DGR 1141/2021).

È in questa area che vengono collocati i percorsi rivolti al benessere psicologico per quella fascia di utenti *portatori* di patologie somatiche/mediche con esiti sulla condizione di salute globale. Si tratta di percorsi innovativi riferiti all'area psicosomatica che debbono essere inclusi nelle risposte di cura al cittadino.

4. Consulenza organizzativa e formazione ai/con i diversi team professionali

L'esigenza di lavorare per un modello rinnovato dell'Assistenza Territoriale che favorisca una lettura olistica e *integrata* dei bisogni delle persone da parte dei professionisti, e l'accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute a tutti i cittadini, trova ampio spazio nel *Piano Regionale della Formazione 2022-2024. Indirizzi strategici per lo sviluppo delle competenze in ambito sanitario e sociale*. La formazione di tutti i professionisti diviene un obiettivo strategico non solo rispetto l'acquisizione di conoscenze e competenze ma anche come dispositivo di integrazione e co-progettazione che va a connotare l'organizzazione come rete di relazioni e come rete di pensiero progettuale rispetto all'intervento con i pazienti e con la comunità. Il biennio 2022-24 vedrà quindi un forte impegno di questa Regione per l'implementazione di nuovi modelli organizzativi e tutti i professionisti *"saranno chiamati a sviluppare e sostenere quei modelli organizzativi che dovranno favorire un approccio integrato e multidisciplinare finalizzato alla presa in carico delle persone fragili e/o affette da patologie croniche, nonché all'attuazione della proattività finalizzata al mantenimento della salute, promuovendo la partecipazione della comunità e dei singoli cittadini"*.

Coerentemente a questo approccio, il Master universitario di I e II livello "Coordinamento dell'assistenza territoriale" è raccomandato anche per i Dirigenti Psicologi delle Aziende Sanitarie.

Come già evidenziato nel paragrafo "promozione della salute di comunità" i professionisti con una specifica formazione ed esperienza in Psicologia di comunità potranno fornire un contributo prezioso ai percorsi formativi che svilupperanno il passaggio da *Casa della Salute* a *Casa della comunità*, in accordo con gli obiettivi individuati nel Piano regionale:

- Lo sviluppo del lavoro di rete e comunità.
- Il supporto allo sviluppo organizzativo nel passaggio da CdS a CdC.
- La formazione di pool aziendali di facilitatori di reti e processi locali.
- La messa in campo di processi di programmazione partecipata (condivisione e messa in pratica di progetti ed interventi).

Un'attenzione particolare dovrà essere data ai **percorsi di formazione congiunta del personale** perché l'approccio non sia solo clinico e/o orientato alle prestazioni ma improntato alla globalità e unitarietà dell'intervento. Le esperienze di formazione congiunta tra MMG/PLS e psicologi delle CdC effettuate sino ad ora nella nostra Regione si sono rivelate propedeutiche alla condivisione del modello di lavoro consulenziale. Esse dovranno essere ulteriormente sviluppate e perseguire i seguenti obiettivi:

- la condivisione di un approccio "general care" secondo un sistema della salute co-costruito, collaborativo e di comunità.
- la condivisione di un linguaggio comune riguardante la Salute e il benessere psicologico nel contesto delle Case di Comunità e delle Cure Primarie.
- La definizione di criteri preferenziali per l'invio e la consultazione integrata.
- La predisposizione di modalità operative quali protocolli e procedure.
- L'individuazione degli indicatori per la valutazione degli esiti.
- L'individuazione e raccolta degli indicatori che permettano di valutare il medical cost offset, cioè la compensazione e diminuzione dei costi medici generali a seguito di un intervento psicologico.

Analogamente, andranno integrate nel percorso triennale di specializzazione dei medici di medicina generale, conoscenze psicologiche di base ed informazioni sui diversi assetti organizzativi e le procedure di interfaccia tra servizi di base e specialistici.

Conoscenze e competenze del professionista

*“L’agire professionale dello psicologo nella CdC prevede una buona conoscenza del territorio in cui si opera e dei percorsi clinici di secondo livello presenti nella rete dei Servizi al fine di orientare ed accompagnare l’utenza in modo mirato ed appropriato rispetto all’offerta sanitaria e sociale garantendo la continuità delle cure e della presa in carico laddove necessario. Per tali motivi, i professionisti che operano in questo settore devono possedere **competenze psicoterapeutiche, di psicologia della salute e di comunità** oltre che conoscere la realtà organizzativa all’interno delle quali operano, anche dal punto di vista del capitale sociale in essa esistente” (DGR 1141/2021).*

Lo Psicologo nelle CdC è una figura che, a fianco e in concerto con MMG/PLS, le professioni sanitarie e le altre reti di cura formale e informale, è chiamata ad incentivare la possibilità di cura, azione ed interventi in un’ottica di integrazione mente-corpo-relazioni.

Dal punto di vista tecnico/professionale questo significa che il professionista deve saper attuare interventi sia orizzontali che verticali, cioè interventi a bassa intensità ma a larga scala (promozione della salute, Prevenzione e Psicoeducazione), così come interventi psicoterapeutici brevi rispetto a specifiche problematiche e patologie (Liuzzi 2020).

La letteratura internazionale e le esperienze più consolidate di Psicologia dell’ambito delle Cure Primarie (modello IAPT inglese e modello olandese in primis) evidenziano la necessità di un percorso formativo dedicato che permetta di coniugare competenze e conoscenze delle tre sopracitate branche della Psicologia. Appaiono particolarmente strategiche conoscenze e competenze relative ai disturbi somatici più comuni, la loro diagnosi, il trattamento e la loro progressione. Così come competenze di psicodiagnostica differenziale tra sindromi organiche e disturbi psicologici e la possibilità di offrire trattamenti psicologici focalizzati all’area della psicosomatica (problem solving, gestione dello stress).

Una formazione specifica in psicologia di comunità consente al professionista di promuovere percorsi innovativi in una dimensione di welfare partecipativo e generativo, così come condurre e/o contribuire alla progettazione di interventi di promozione della salute e prevenzione con il coinvolgimento delle risorse del territorio.

Infine, riprendendo quanto già raccomandato nelle Linee di indirizzo (DGR1141/21) e nella Consensus, la presenza di questi professionisti va prospettata nelle CdC con *“un rapporto di lavoro dipendente e una propensione ad effettuare interventi a livello domiciliare diretto o attraverso forme di telepsicologia”* (ISS, 2022; pagIX).

Cartella CURE e sistema informativo

La Regione Emilia-Romagna ha realizzato **CURE, la cartella sociosanitaria informatizzata unica regionale**, che attualmente include le attività di Salute Mentale Adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, Psicologia clinica e di comunità e Servizi Tutela minori delle AUSL. Per tre anni, professionisti dei DSM-DP e della Psicologia, esperti nei settori ICT, programmazione, farmaceutica, medicina legale e privacy hanno collaborato tra loro e fornito indicazioni per la realizzazione della cartella.

I risultati raggiunti sono rilevanti: integrazione culturale dei servizi, uso di nomenclatori condivisi, come ad esempio per i trattamenti e le prestazioni, gestione facilitata dei PDTA o percorsi, uso di testistica per la valutazione di outcome e assessment, servizi di Telemedicina (dalla Televisita al Teleconsulto). L’aspetto più importante del progetto è aver definito la centralità dell’assistito nel processo di cura, attraverso la cooperazione dei diversi servizi, pubblici o privati, che intervengono nell’ambito delle proprie competenze.

Per queste ragioni **CURE diventerà progressivamente la cartella di riferimento per l'attività psicologica nelle Case di Comunità**. Attraverso di essa saranno garantite diverse funzioni:

- gestione della documentazione clinica e sociosanitaria, compreso l'invio al Fascicolo sanitario elettronico della refertazione elettronica e quindi un canale privilegiato per lo scambio di informazioni con il MMG/PLS;
- utilizzo di test di screening e assessment specifici per la consultazione psicologica di primo livello;
- possibilità di programmare ed effettuare consultazione psicologica da remoto in condizioni di estrema praticità e sicurezza;
- l'assolvimento delle informazioni epidemiologiche sull'attività della psicologia nella CdC;
- la strutturazione di un sistema informativo regionale sull'attività della psicologia nella CdC;
- condivisione delle informazioni cliniche con gli eventuali servizi di secondo livello che utilizzano la cartella CURE (CSM, SerDP, NPIA, Servizi di Psicologia Clinica).

Attraverso l'utilizzo del sistema internazionale di **classificazione ICD10** che è strutturato in CURE, i professionisti potranno codificare la diagnosi, se individuata, o comunque la motivazione di accesso alla consultazione di base. Queste informazioni, oltre a supportare l'attività clinica, favoriranno anche l'attività programmatoria dei servizi e della Regione. Sarà cura di quest'ultima proporre appositi percorsi formativi per l'utilizzo dell'ICD10 in ambito sanitario.

Tabella 2. *Livello di utilizzo della Cartella sociosanitaria CURE nelle attività della Psicologia dedicate nella Casa della Comunità (rilevazione ottobre 2023).*

AUSL	Livello attivazione
Piacenza	<i>Non attivata</i>
Parma	<i>Non attivata</i>
Reggio Emilia	<i>Non attivata</i>
Modena	Attivata
Bologna	Attivata
Imola	<i>Non attivata</i>
Ferrara	Attivata
Romagna	<i>Non attivata</i>

Implementazione della telemedicina

L'emergenza sanitaria e l'attivazione della cartella sanitaria informatizzata CURE e della *piattaforma di Telemedicina Regionale* hanno dato l'opportunità di sperimentare ed avere riscontri su miglioramenti ed implementazioni da apportare al sistema dell'assistenza in ambito della salute mentale. Anche l'ambito della consultazione psicologica di base, in cui, al di là delle afferenze Dipartimentali dei singoli professionisti psicologi, CURE è la cartella sanitaria di riferimento, è interessato da questa importante innovazione. La sperimentazione effettuata nel DSM DP dell'Ausl di Modena (Gibertoni G e al., 2023) evidenzia a questo proposito che le persone con i disturbi cosiddetti "comuni" (disturbi d'ansia e disturbi depressivi medio/lievi, con Core OM < 30 e senza la presenza di indicatori medio/alti di rischio auto/eterolesivo) **possono ben giovare di un approccio ibrido dell'intervento, secondo il quale dopo la prima visita in presenza, si possono prevedere una o più sedute di follow up in telemedicina** per controllo dello stato clinico e della eventuale terapia farmacologica e la successiva dimissione al proprio MMG.

La telemedicina non sostituisce almeno per ora il colloquio clinico in presenza, ma ne può diventare la naturale continuazione e/o integrazione, specie per la tipologia di utenza sopracitate o per le particolari situazioni esistenziali e logistiche che rappresentano storici "ostacoli" per l'accesso ai servizi. La

telemedicina permette ad esempio di migliorare l'accesso alla consultazione di base per quei cittadini che vivono in aree rurali, montane, distanti dalle CdC HUB o che comunque sperimentano difficoltà nella conciliazione dei tempi di vita e di lavoro (ad es. famiglie con bambini piccoli senza reti di supporto). Essa è una forma di prossimità che permette di ridurre i ritardi nell'accesso alle cure ed evitare complicati spostamenti, cambiamenti o procrastinazione di appuntamenti dovuti a ritardi, imprevisti od impedimenti; ottimizzare, e spesso abbreviare, i tempi della visita a parità di affidabilità e raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Implementazione delle attività e piano di valutazione

L'implementazione delle presenti linee guida verrà sottoposta ad apposito monitoraggio e valutazione.

Valutazione aspetti di integrazione organizzativa:

Attività	Descrittore	Indicatore	Fonte
Personale adeguato	Numero di professionisti psicologi dedicati all'attività nelle CdC	Attivazione della figura dello Psicologo della Casa della Comunità almeno nei CdC Hub	GRU
Setting adeguato e riconoscibile	Spazio dedicato	Presenza di un ambulatorio dedicato nelle sedi delle CdC HUB	Rilevazione ad hoc delle AUSL
Integrazione del professionista nell'equipe CdC	Partecipazione routinaria dello psicologo agli incontri di equipe	Presenza nell'organigramma aziendale N° presenze a incontri di equipe (sia in modalità da remoto che in presenza) > 80% degli incontri programmati	Organigramma Aziendale Procedure aziendali
	Percorsi di formazione congiunta sul campo (FSC) tra professionisti psicologi dedicati e MMG/PLS	Almeno 1 percorso formativo congiunto all'anno	Rilevazione ad hoc delle AUSL
Definizione dell'interfaccia	Procedure attivate per definire le interfaccia	Definizione procedure di invio/consultazione	Rilevazione ad hoc delle AUSL
Telemedicina	Uso della Telemedicina per l'attività consultazione psicologica e il teleconsulto	Progressivamente, per il primo avvio almeno il 5% delle prestazioni eroga tramite la Telemedicina	CURE
Reportistica annuale	Reportistica annuale sull'attività e funzionamento della consultazione psicologica nelle CdC	Almeno un report sintetico all'anno delle AUSL. Almeno un report all'anno della Regione Emilia-Romagna	Report

Valutazione attività clinica e di comunità

Attività	descrittore	Indicatore	Fonte
Collaborazione tra MMG/PLS e Psicologo	n. di referti inviati al FSE dall'équipe di cura "Psicologia della CdC"	Almeno il 30% delle consulenze effettuate nella CdC dovranno avere un referto inviato a SOLE tramite la cartella CURE	CURE
Appropriatezza diagnostica e valutazione di esito	Utilizzo routinario del Core-OM ad inizio e fine trattamento	Almeno il 20% degli interventi psicologici deve avere il Core-OM compilato	CURE

Codifica diagnosi e problemi sanitari correlati	Al fine di individuare le problematiche relative all'accesso degli assistiti alla consultazione psicologica, è necessaria la codifica della diagnosi o dei problemi sanitari correlati con ICD10	Almeno il 50% delle consultazioni psicologiche deve avere una codifica ICD10 (sono compresi i codici Z*)	CURE
Promozione della Salute di Comunità	n. di progetti avviati per Distretto	Avvio di almeno un progetto che preveda la partecipazione della comunità sia nella rilevazione del bisogno che nella risposta organizzata	Rilevazione ad hoc delle AUSL

La rilevazione delle attività inerenti la *Promozione della salute di comunità* verrà effettuata attraverso l'APP CURE, in corso di progettazione.

Bibliografia

Alonso et al., 2004; De Girolamo et al., 2005. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)

Aru, Chiri, Menchetti, Galligani, Filugelli, Antonica, Ciotti, Fioritti e Berardi (2018). Modelli di integrazione tra psicologia e assistenza sanitaria primaria: verso la concreta costruzione di un'assistenza psicologica di base? *Giornale italiano di psicologia*, 4, 257-278.

Bianco Francesca (2018). Lo psicologo nelle cure primarie. Dall'utenza alla realizzazione. Tesi di dottorato UniPD. Depositata gennaio 2018

Bluestein Daniela & Cubic Barbara Ann (2009). Psychologists and Primary Care Physicians: A Training Model for Creating Collaborative Relationships . *Journal of Clinic Psychological Medical Settings* (2009

Campagna primary health care (2018). Il libro azzurro per la riforma delle Cure primarie in Italia. Applicare il modello della primary health care. <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/home>

Chiri, Menchetti, Berardi e Fioritti, (2016). Il ruolo dello psicologo nella casa della salute: intercettazione precoce del disagio psichico. *SESTANTE*, 2, 46-48.

Clark DM, Realising the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program *Annu Rev Clin Psychol.* 2018 May 07; 14: 159–183

Derksen J. (2009). Primary care Psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psycholog:research and Practice*, 40 (5).

Report Osservatorio GIMBE 2/2022 Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità

Ghiretti F., Gildoni G, Danesi F., Pensieri L., Libanti J. Vida M., Casini F., Bartolini L., Condreas BML (2022). PREVENIRE E' POSSIBILE? Il punto sull'accesso diretto alla consulenza psicologica (14-28 Anni) dell'Ausl di Reggio Emilia. *Sestante* (in corso di pubblicazione).

Gibertoni G., Fanizza M., Brunello S., Pace S., Saponaro A., Starace F., Salute mentale digitale oltre la pandemia. "Rivista sperimentale di Freniatria", n. 3/2022, pp 139-158.

ISS (1/2022). Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Documento finale.

Istituto Toniolo, Rapporto sulla condizione giovanile in Italia. Rapporto giovani 2021. Il Mulino 2022

Lasalvia A. et al. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* Jan 5;381(9860):55-62.

Layard R., Clark D.M. (2014). *Thrive. The power of psychological therapy.* Penguin Random House, UK

Layard, R., Clark D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. Department of health IAPT programme: an outline business case for the national rollout of local psychological therapy services. London:department of Health

Link, Bruce G. , Wells, Jennifer , Phelan, Jo C. , & Yang, Lawrence (2015). Understanding the importance of "symbolic interaction stigma": How expectations about the reactions of others adds to the burden of mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 38(2), Jun 2015, 117-124

Liuzzi Michele (2020). Per un progetto nazionale di psicologia delle cure primarie. *Psicologia della Salute*, 2/2020

Magill, M.K., Garrett, R.W. (1988): Behavioral and psychiatric problems. In R.B. Taylor (Ed.), *Family Medicine* (3rd ed., pp. 534 – 562), New York: Springer – Verlag.

Miller, B. F., Petterson, S., Burke, B. T., Phillips, R. L., Jr., & Green, L. A. (2014). Proximity of providers: Colocating behavioral health and primary care and the prospects for an integrated workforce. *American Psychologist*, 69(4), 443–451. <https://doi.org/10.1037/a0036093>

Ministero della salute (2021). Documento di sintesi a cura del tavolo tecnico sulla salute Mentale.

Nanni R, Lisotti G., De Rosa saccone M. (2023). Il contributo della Psicologia di Cure primarie nelle case della comunità. Prospettive Sociali e Sanitarie N1/2023

OMS (2014). Social determinants of mental health. Trad. italiana a cura di DorS (2017), Centro Regionale per la Promozione della salute. I determinanti sociali della salute mentale.

Regione Emilia-Romagna (2022). Piano regionale della formazione 2022-2024. Indirizzi strategici per lo sviluppo delle competenze in ambito sanitario e sociale.

Sen K. Amartya (2020), La diseguaglianza un riesame critico. Il Mulino, Bologna.

Simonelli Alessandra 2017 (a cura di). La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia. Raffaello cortina editori

Solano L. (2011) dal sintomo alla persona: medic e Psicologo insieme per l'assistenza di base. Franco angeli, Milano.

Solano L. (2013) Tra mente e corpo Raffaello cortina ed.

The American Psychiatric Association (APA) and the Academy of Psychosomatic Medicine (APM), spring 2016

Thota A.B. et al., 2012. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. GUIDE TO COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES| VOLUME 42, ISSUE 5, P525-538, MAY 01, 2012

Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M. et al. (2021) Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. British Journal of Clinical Psychology, 60 (1). Pp. 1-37.

World Health Organization (2022) World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary. file:///C:/Users/Elicrisio/OneDrive/Desktop/transforming%20mental%20health_WHO_June22.pdf

Normativa regionale citata

Determina Regionale 15465 del 2022 "Approvazione schede e strumenti tecnici per il riconoscimento e sostegno del caregiver familiare ai sensi della dgr 2318/19"

DGR 1141/21 "Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie in tema di organizzazione dell'area Psicologia clinica e di comunità"

Circolare n. 1 del 07/02/2017 Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti.

DGR 590/2013 Linee di indirizzo per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: "Progetto adolescenza".

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Alessio Saponaro, Responsabile di AREA SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE, SALUTE NELLE CARCERI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2023/2297

IN FEDE

Alessio Saponaro

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Luca Baldino, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2023/2297

IN FEDE

Luca Baldino

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2185 del 18/12/2023

Seduta Num. 52

OMISSIS

L'assessore Segretario

Corsini Andrea

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Dirigente Incaricato Andrea Orlando