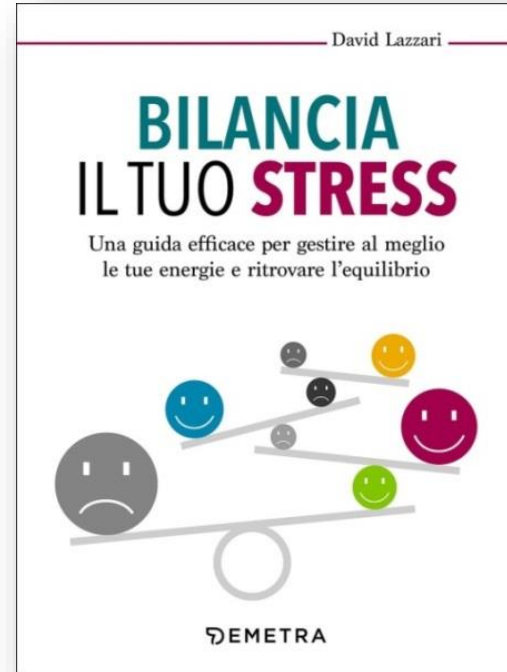


Psicologo di cure primarie storia e profilo

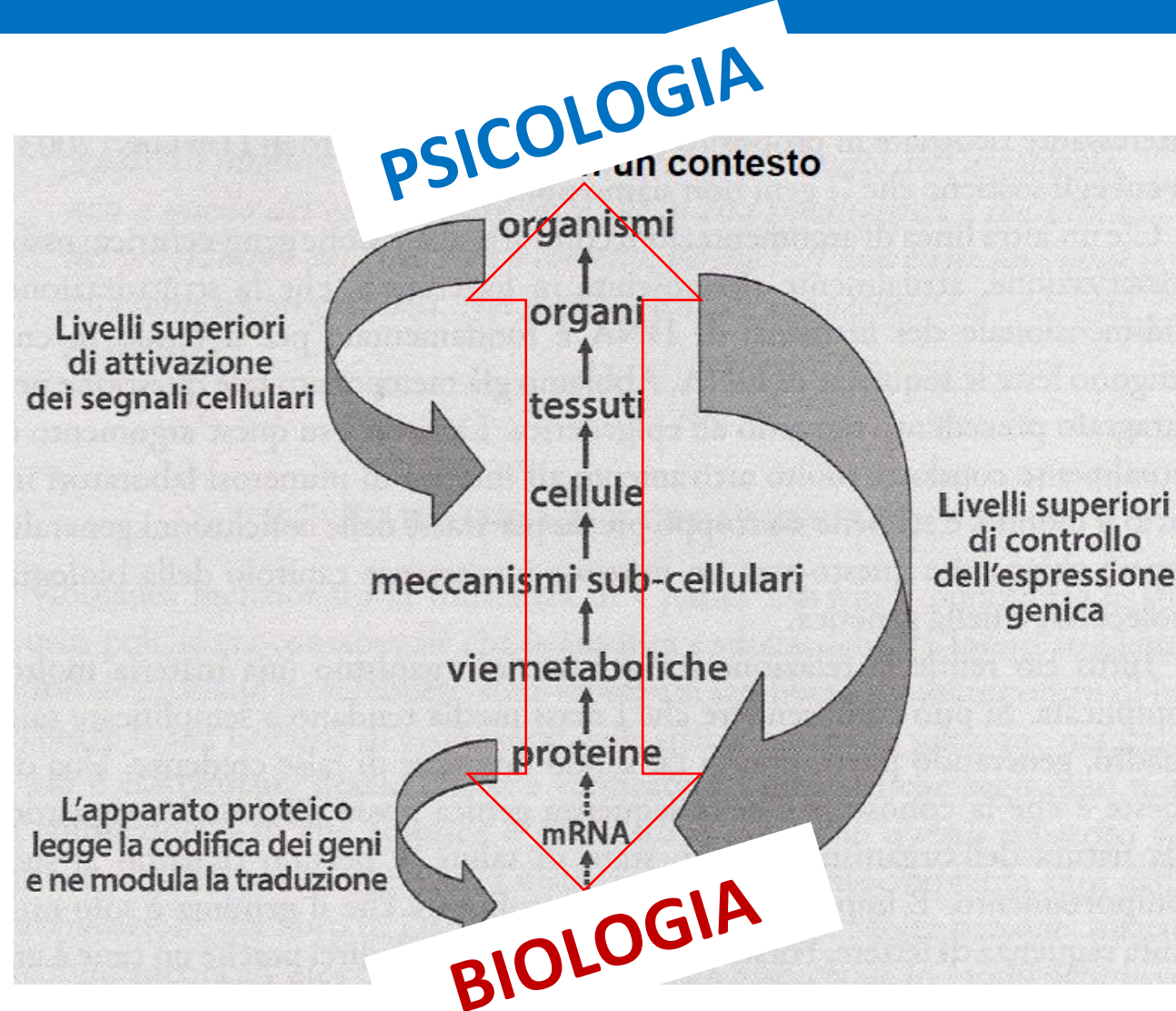
David Lazzari

Presidente CNOP

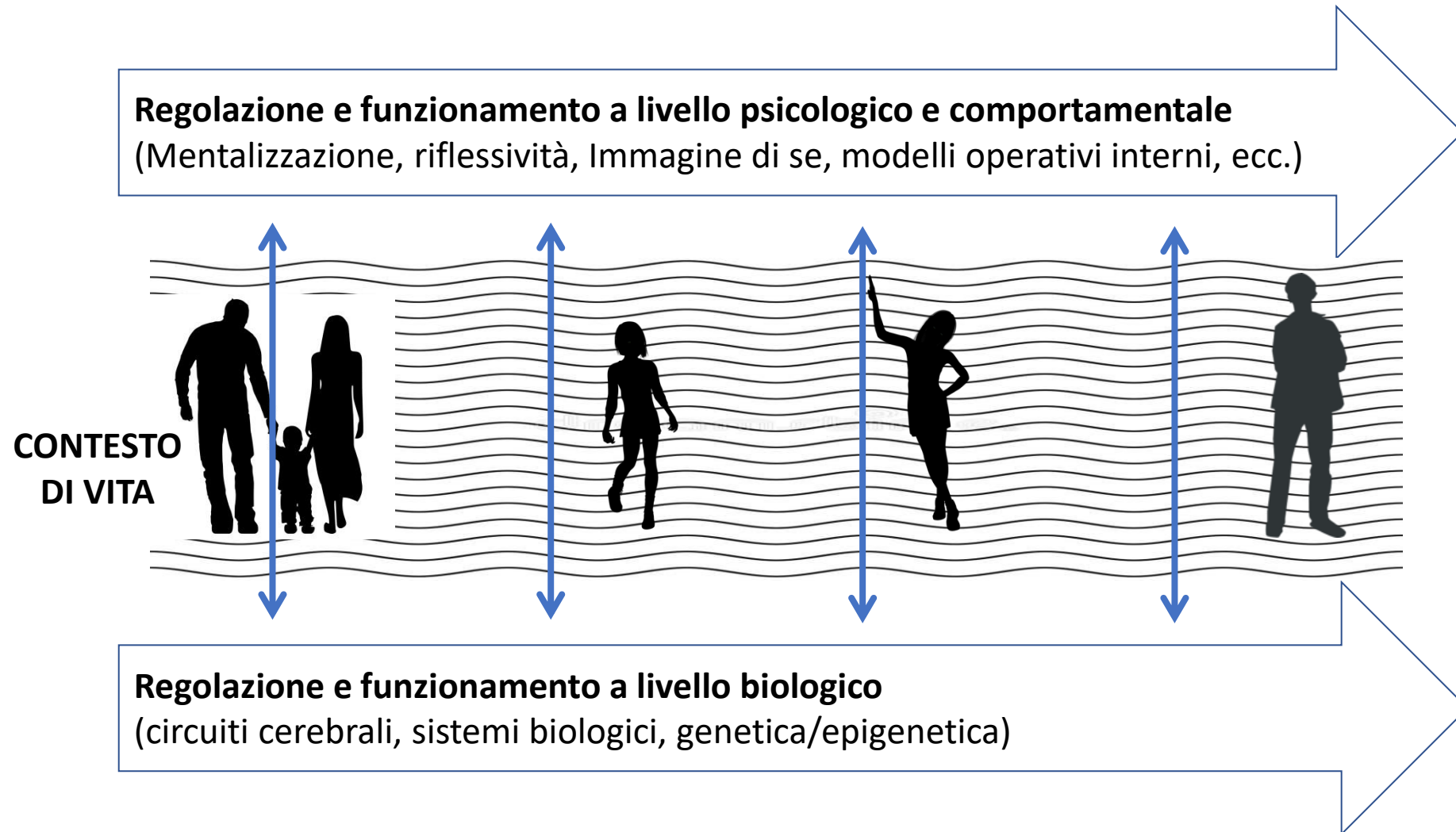
Past president Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia



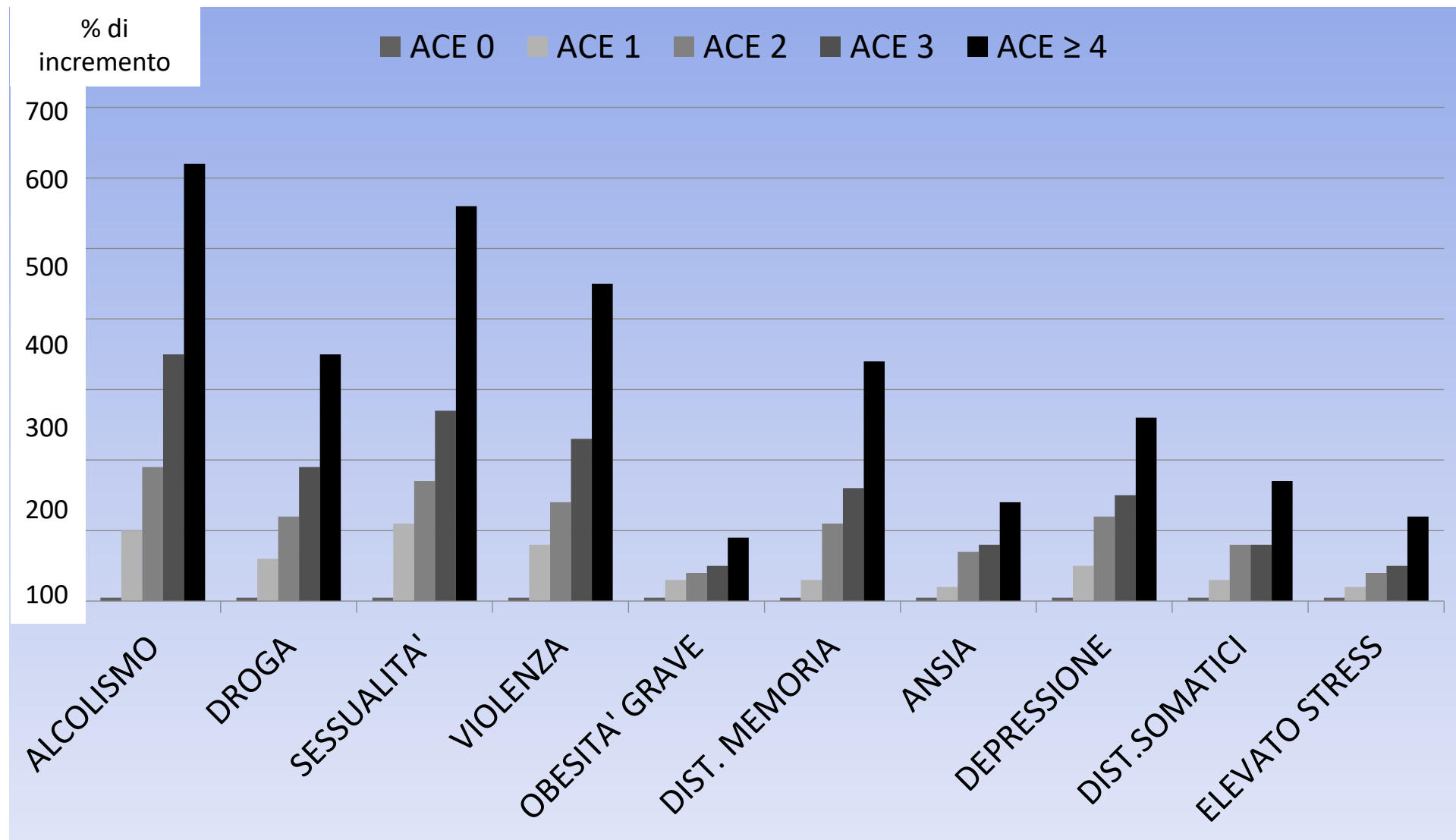
Causalità multidimensionale



Interdipendenza tra dinamiche psicologiche e biologiche nello sviluppo



Incidenza di problemi comportamentali e di salute in età adulta in relazione alle esperienze sfavorevoli nell'infanzia (Studio ACE)



Lazzari, 2020

DAVID LAZZARI - RIPRODUZIONE RISERVATA



Fig. 22 (2): Associazione tra avversità nell'infanzia e comparsa di disturbi psichici

		ETA' 4-12 ANNI	13-19 ANNI	20-29 ANNI	> 30 ANNI	TOTALE
FUNZIONAMENTO FAMILIARE DISFUNZIONALE	Disturbo psichico genitore/i	2.4	1.9	2.1	1.9	2.0
	Abuso sostanze genitore/i	1.6	1.6	1.8	1.6	1.6
	Criminalità genitore/i	1.5	1.5	1.7	1.4	1.6
	Violenza in famiglia	1.7	1.5	1.7	1.7	1.6
	Abuso fisico	2.0	2.0	1.8	1.7	1.8
	Abuso sessuale	2.1	1.7	1.7	1.4	1.8
	Trascuratezza	1.5	1.5	1.7	1.4	1.5
ALTRE AVVERSITA' NELL'INFANZIA	Morte genitore/i	1.1	1.2	<i>1.0</i>	1.1	1.1
	Divorzio	<i>1.1</i>	1.2	<i>1.1</i>	1.0	1.1
	Altra perdita genitore/i	1.3	1.3	1.5	1.3	1.4
	Grave malattia fisica	1.5	1.4	1.4	1.2	1.4
	Problemi economici in famiglia	1.3	<i>1.0</i>	<i>1.1</i>	1.2	1.3

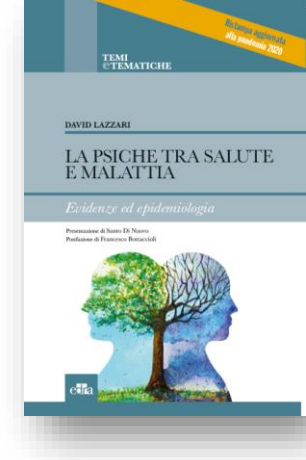
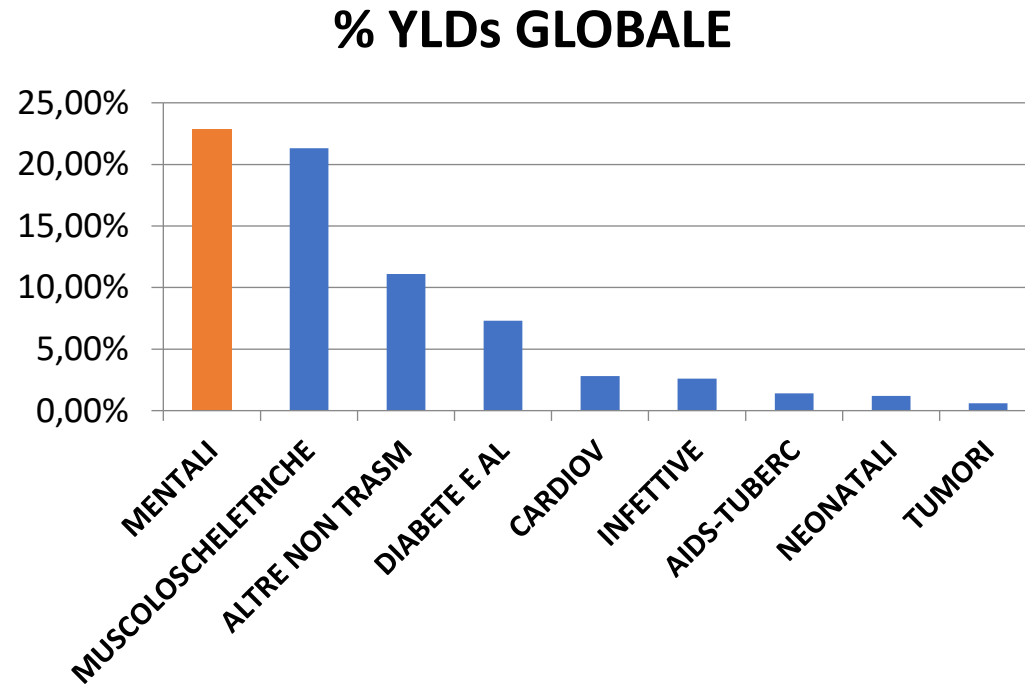


Fig. 16 (2): Aumento del rischio (OR) di problemi e disturbi in età adulta in relazione alle ACE (confronto no ACE e ≥ 4 ACE)

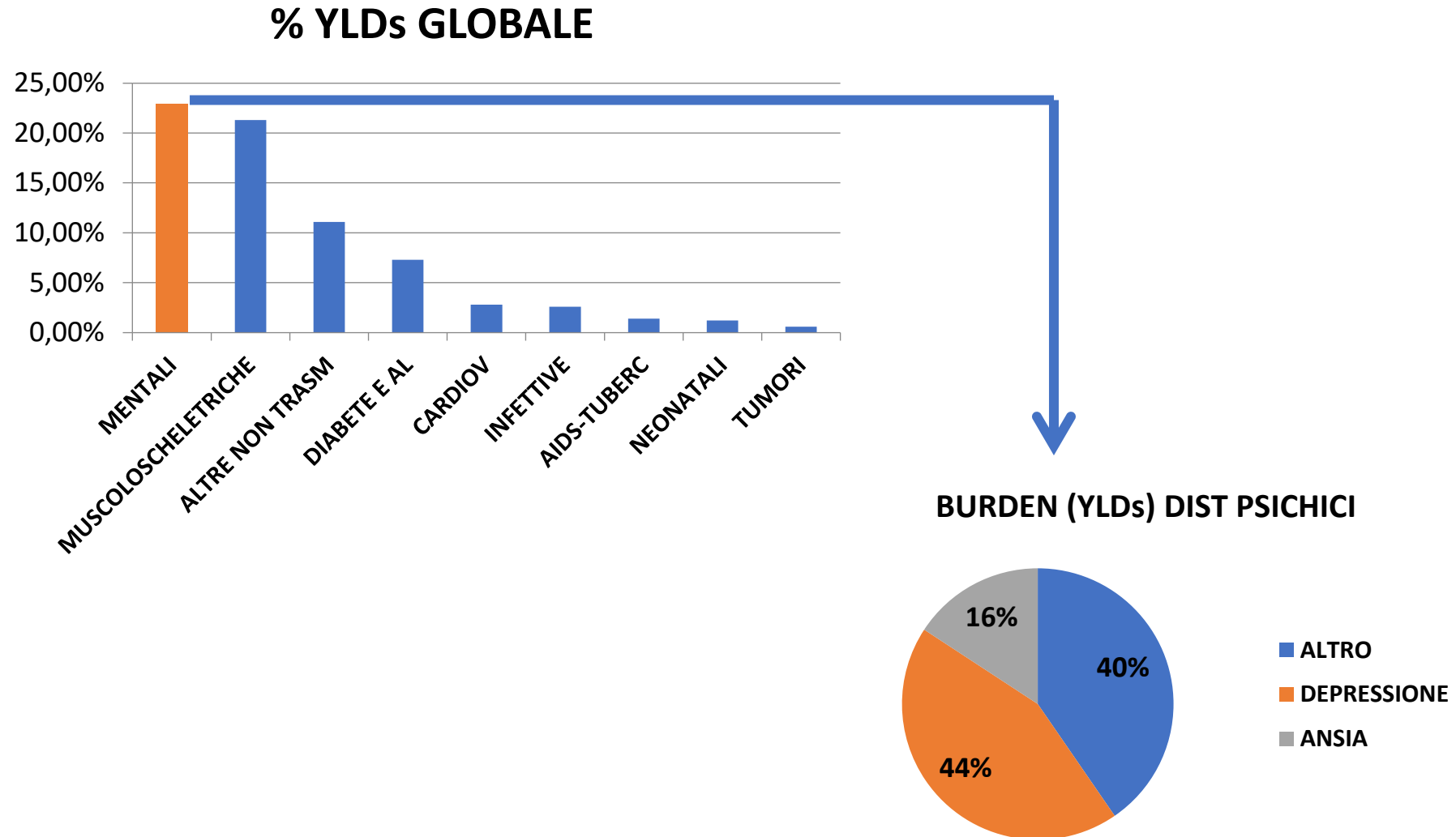
INATTIVITA' FISICA	1.25	PROMISCUITA' SESSUALE	3.64
SOVRAPPESO /OBESITA'	1.39	ANSIA	3.70
DIABETE	1.52	GRAVIDANZA IN ADOLESCENZA	4.20
MAL. CARDIOVASCOLARI	2.07	BASSA SODDISFAZIONE VITA	4.36
ALCOL	2.20	DEPRESSIONE	4.40
PROBLEMI DI SALUTE	2.24	USO DROGHE	5.62
CANCRO	2.31	ABUSO ALCOL	5.84
MAL. FEGATO/DIGESTIVE	2.76	VITTIMA DI VIOLENZE	7.51
FUMO	2.82	AGITI VIOLENTI	8.10
MAL. RESPIRATORIE	3.05	SUICIDIO	30.14



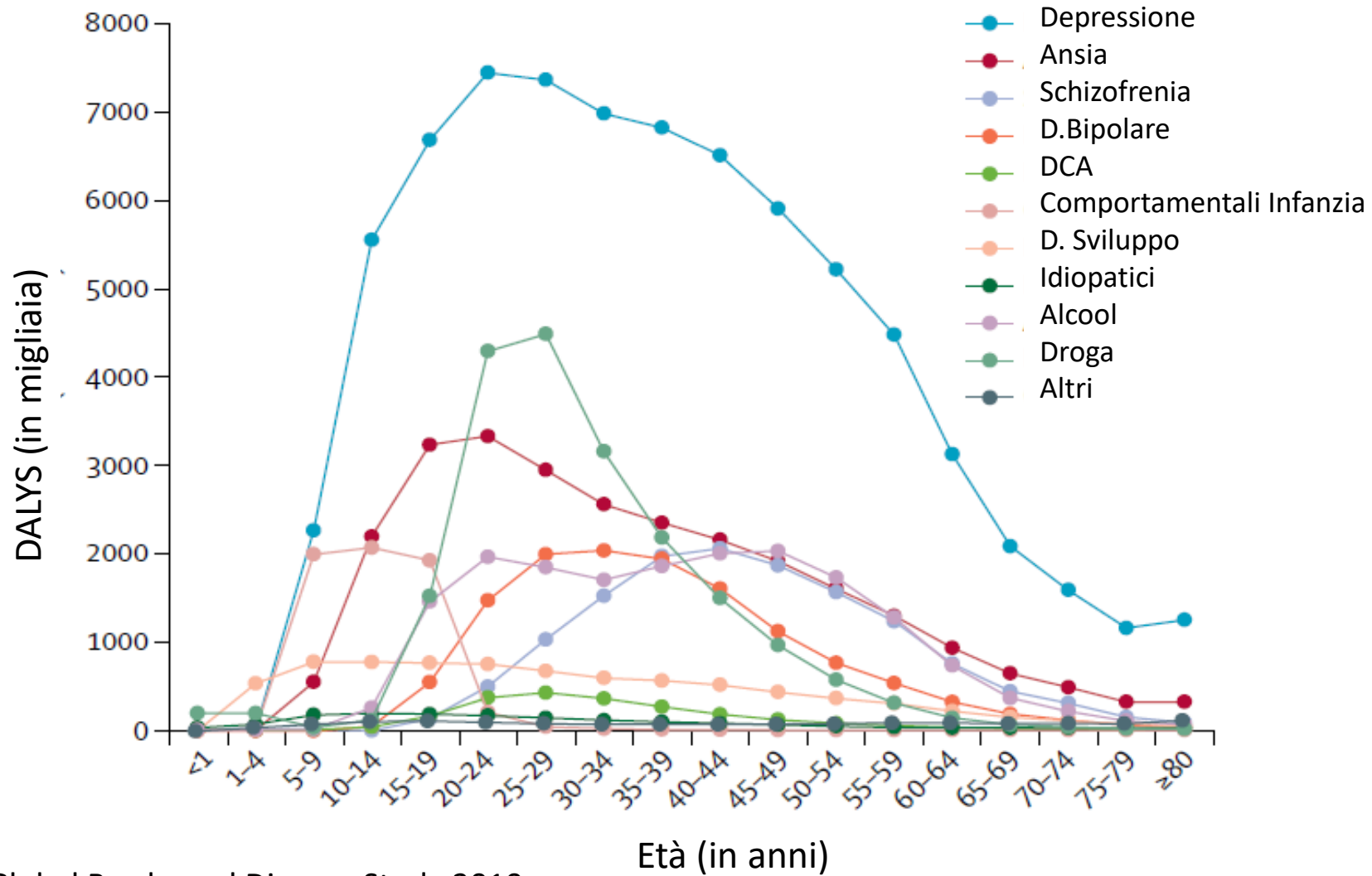
Global Burden of Disease (mondiale) dovuto ai Disturbi Psichici e Sostanze



Global Burden of Disease (mondiale) dovuto ai Disturbi Psichici e Sostanze

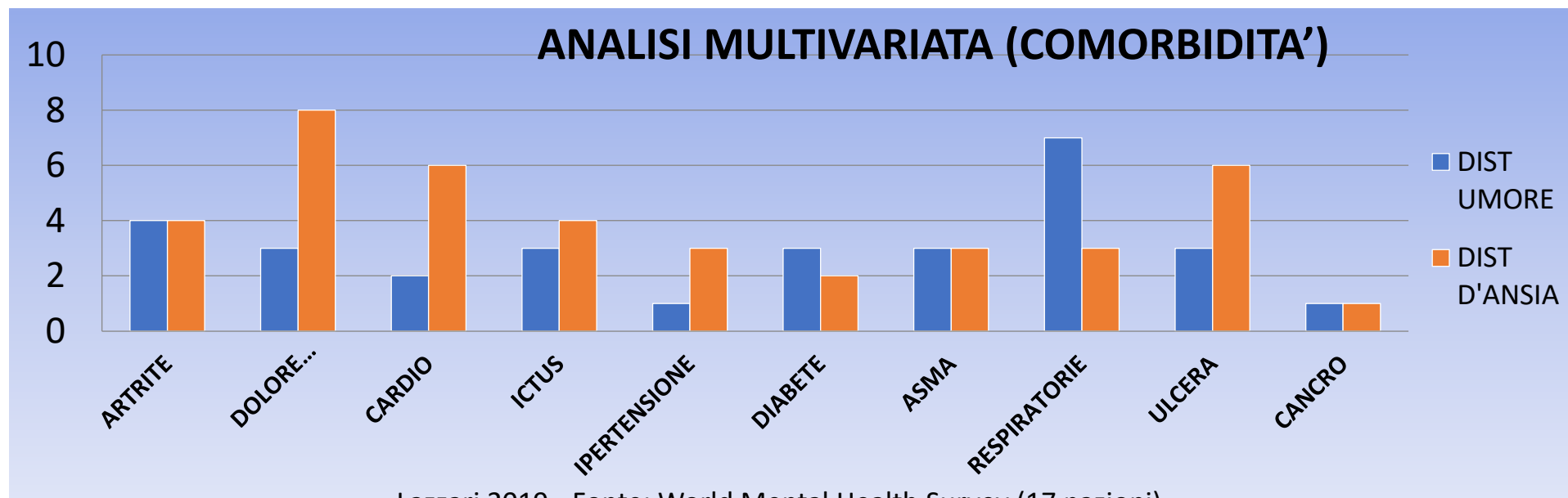
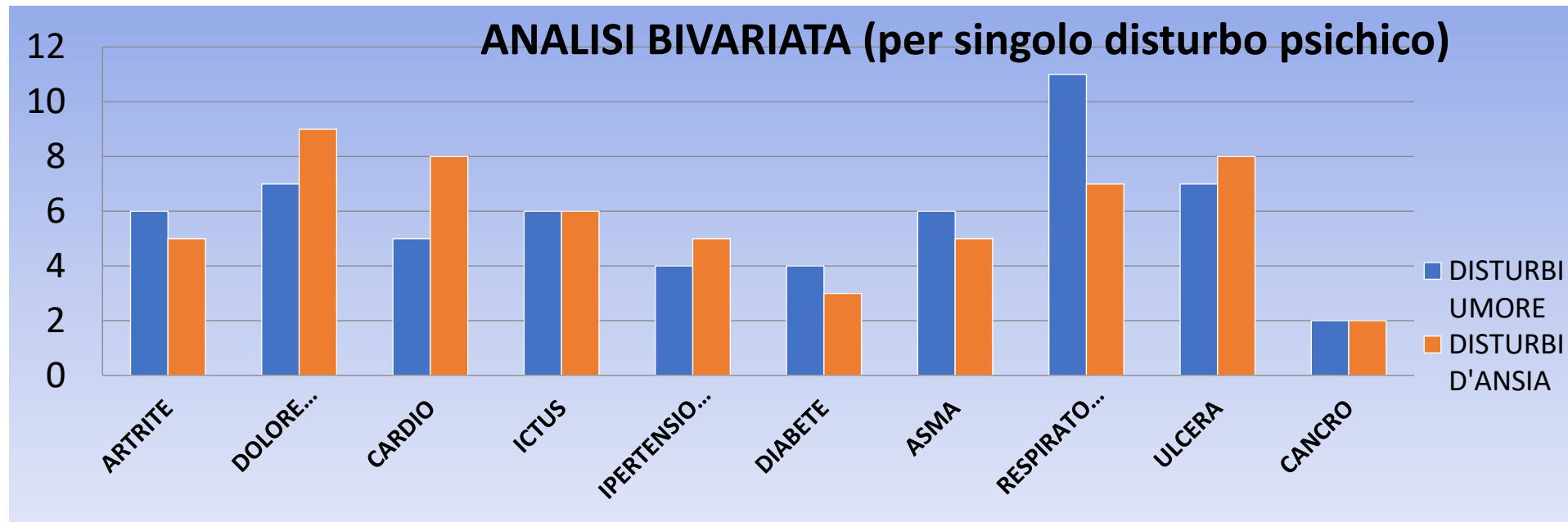


Distribuzione DALYs per disturbi psichici in base all'età

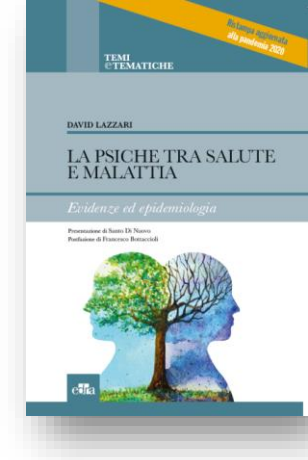


Global Burden of Disease Study 2010

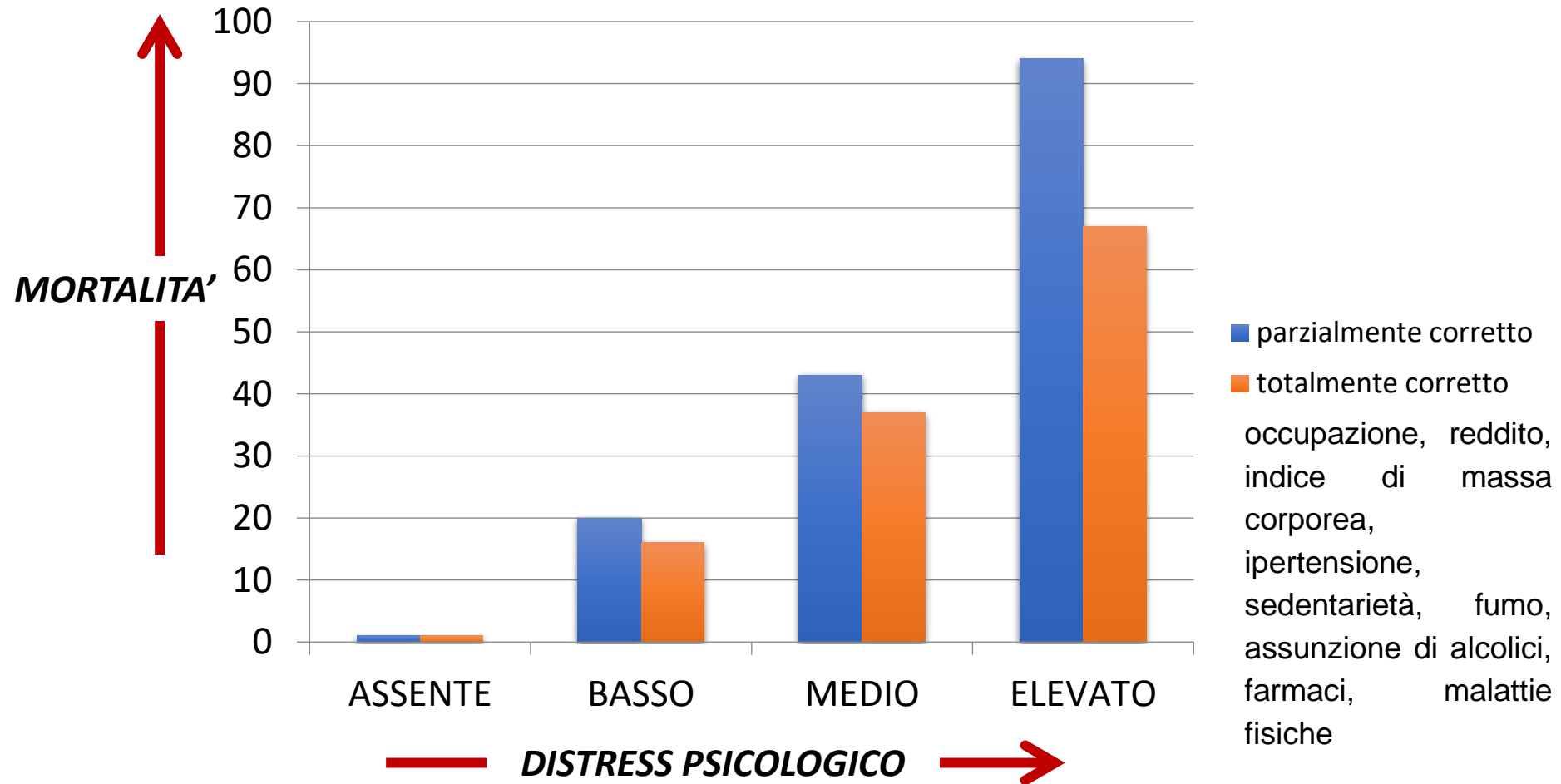
Dal disturbo psichico alla malattia



Lazzari 2019 - Fonte: World Mental Health Survey (17 nazioni)

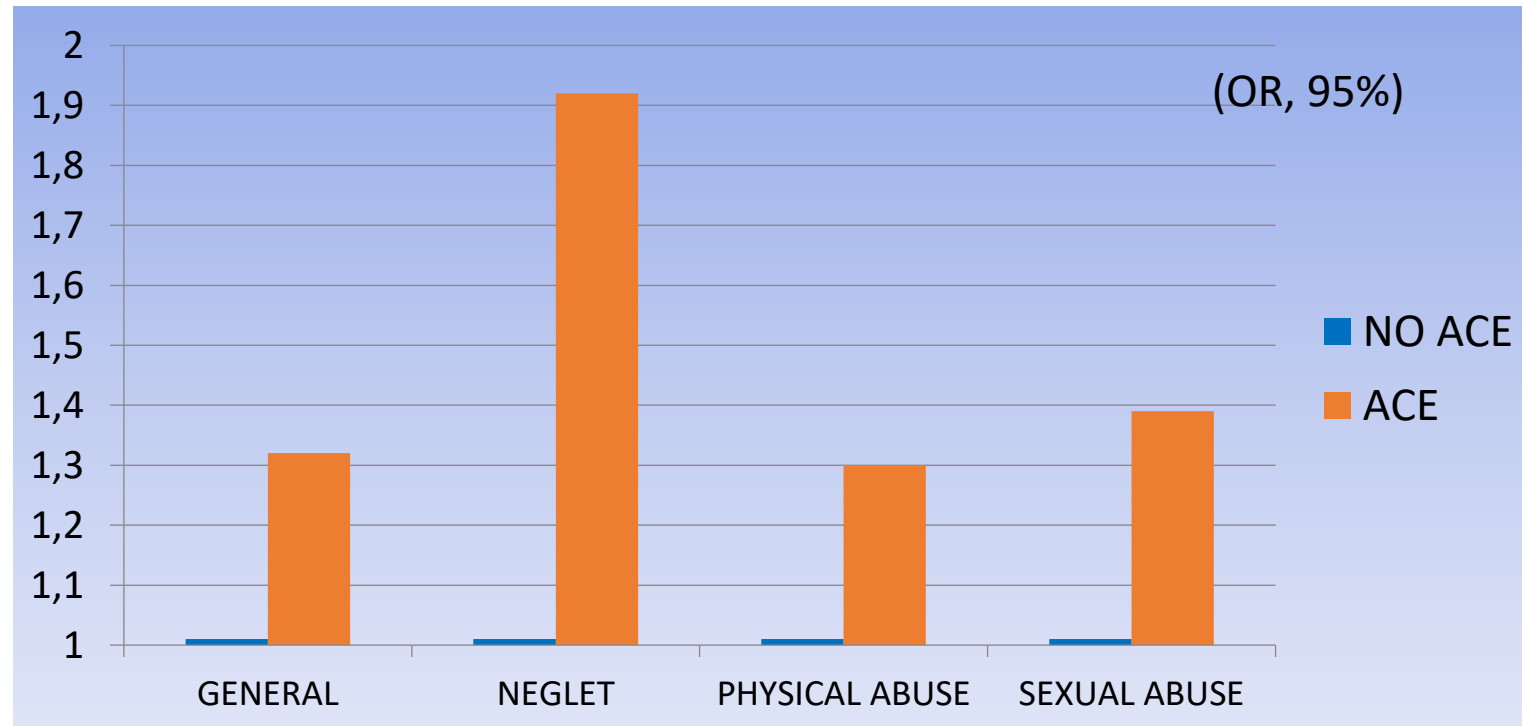


Associazione tra distress psicologico e salute fisica (incremento in %)



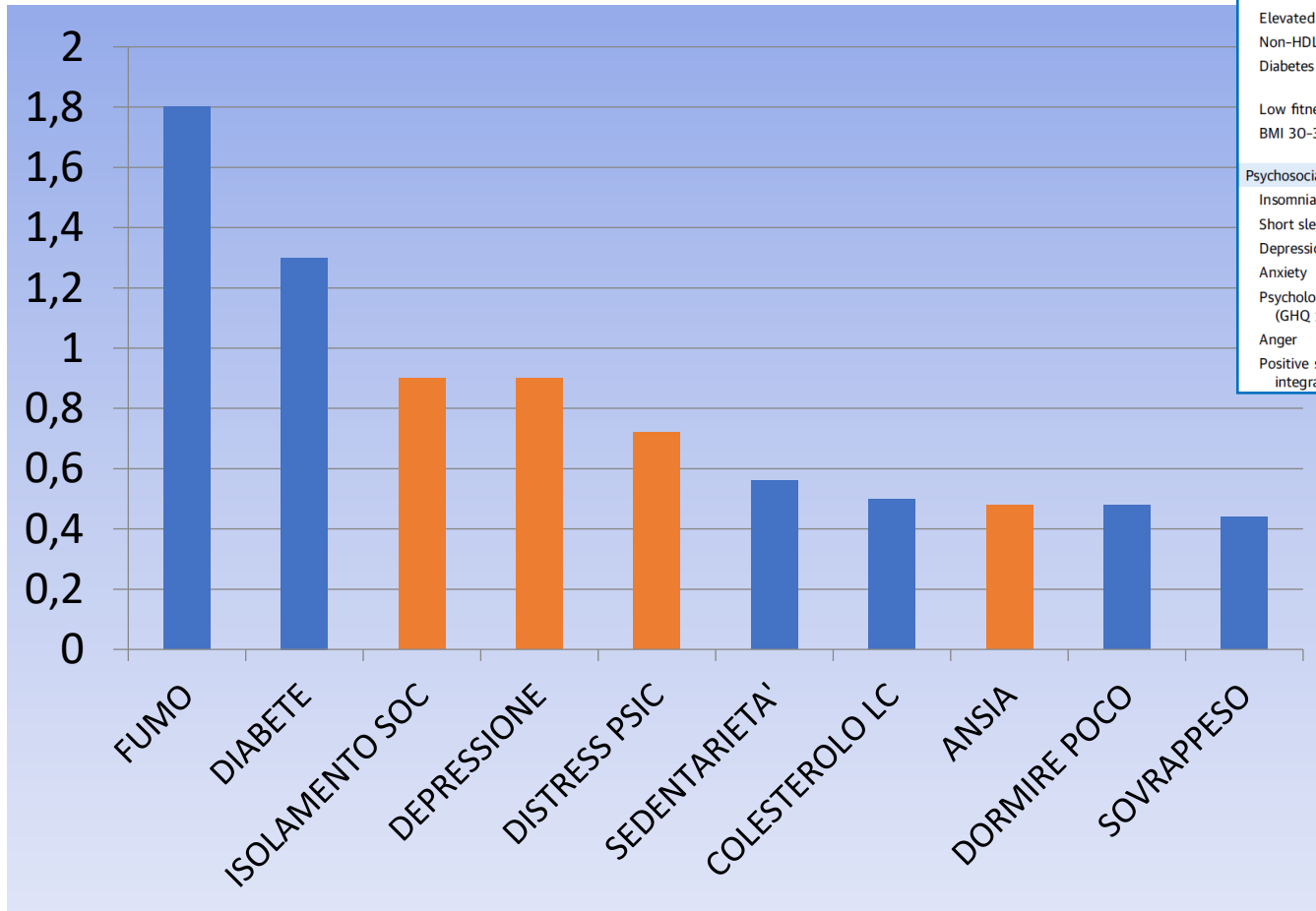
(Lazzari 2016, fonte: Batty e coll. 2012)

Esperienze sfavorevoli nell'infanzia e diabete in età adulta



Review 7 studies N=87.251
Huang et al. 2015

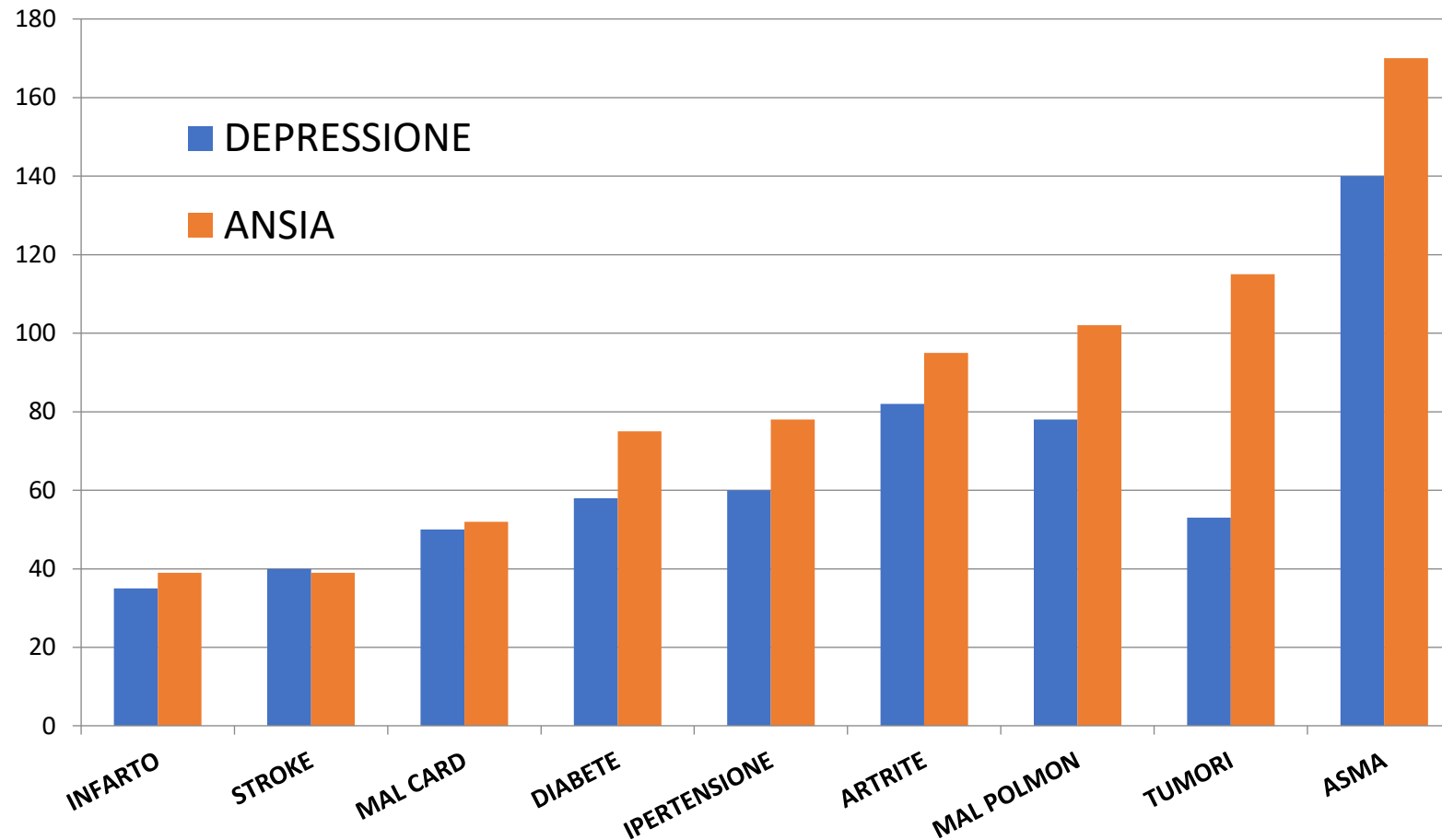
Fattori di rischio cardiovascolare: an overview da 12 meta-analisi



Parameters	First Author (Ref. #)	n	Endpoint	Adjusted Risk Estimates (95% CI)*
Conventional CHD risk factors				
Smoking	Jha (45)	88,496 men†	ACM	2.80 (2.40-3.10)
Passive smoking	He (46)	637,814	CVD/MI	1.25 (1.17-1.32)
Elevated Non-HDL-C	Emerging RFC (47)	302,430	CVD	1.50 (1.39-1.61)
Diabetes mellitus	Emerging	820,900	Vascular deaths	2.32 (2.11-2.56)
Low fitness	Kodama (49)	102,980	CHD/CVD	1.56 (1.39-1.79)
BMI 30-34.9 kg/m ²	Berrington de Gonzalez (50)	1,460,000	ACM	1.44 (1.38-1.50)
Psychosocial CHD risk factors				
Insomnia	Sofi (3)	122,501	CHD/CVD	1.45 (1.29-1.62)
Short sleep	Cappuccio (4)	474,684	CHD/CVD	1.48 (1.22-1.80)
Depression	Nicholson (6)	146,538	CVD/MI	1.90 (1.49-2.52)
Anxiety	Roest (7)	67,187	CVD	1.48 (1.14-1.92)
Psychological distress (GHQ >6)	Russ (51)	68,222	CVD	1.72 (1.44-2.06)
Anger	Chida (21)	67,187	CHD/CVD	1.19 (1.05-1.35)
Positive social integration	Holt-Lunstad (28)	309,849	ACM	1.91 (1.63-2.23)‡

Lazzari D e L, in *Psychoterapy for Ischemic Heart Disease*, 2016 – fonte: Rozansky 2014

Incremento per paziente dei costi sanitari associati a depressione ed ansia in soggetti senza problemi mentali – Dati US Medstat (9 milioni soggetti)



Gli eventuali costi per trattamenti psicologici o farmacologici di depressione ed ansia sono esclusi dal computo (Lazzari, 2014 - Fonte: Melek e Norris 2008)

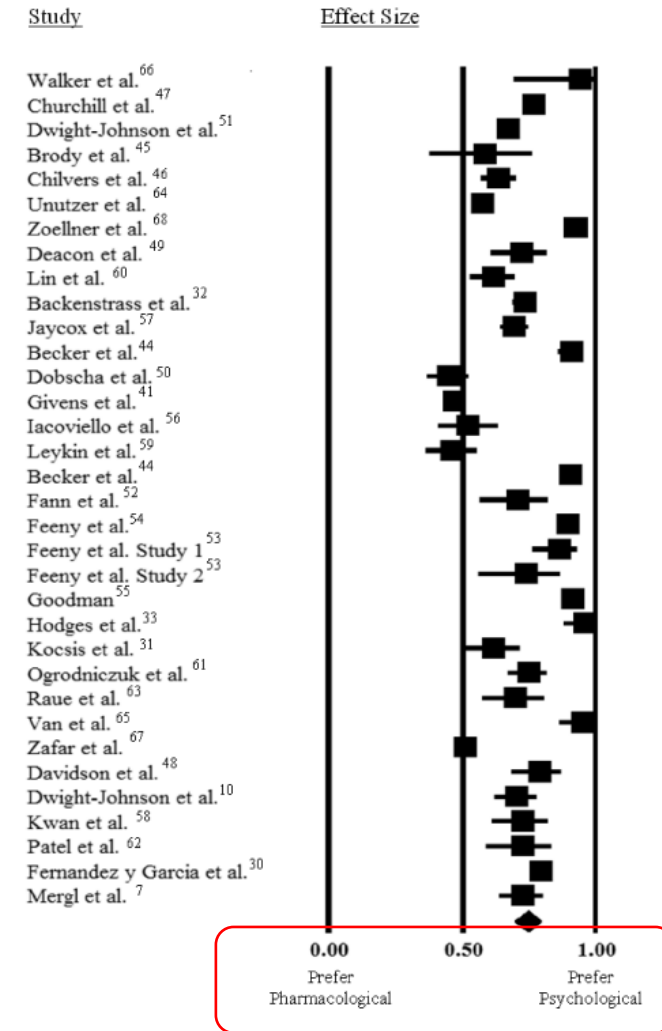
Le preferenze degli utenti

J Clin Psychiatry. 2013 June ; 74(6): 595–602. doi:10.4088/JCP.12r07757.

Patient Preference for Psychological vs. Pharmacological Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review

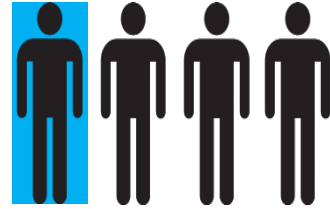
R. Kathryn McHugh, Ph.D.^{1,2}, Sarah W. Whitton, Ph.D.³, Andrew D. Peckham, B.A.⁴, A. Welge, Ph.D.⁵, and Michael W. Otto, Ph.D.⁶

Results—Across studies, the proportion preferring psychological treatment was 0.75 (95% CI: 0.69 to 0.80), which was significantly higher than equivalent preference (i.e., higher than 0.50, $p < .001$). Sensitivity analyses suggested that younger patients ($p < .05$) and women ($p < .01$) were significantly more like to choose psychological treatment. A preference for psychological treatment was consistently evident in both treatment-seeking and unselected samples ($ps < .05$), but was somewhat stronger for the unselected samples.

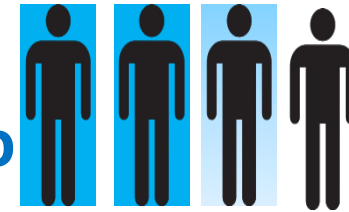


Trattamenti

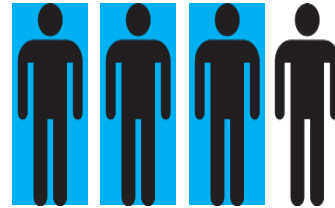
Trattamento



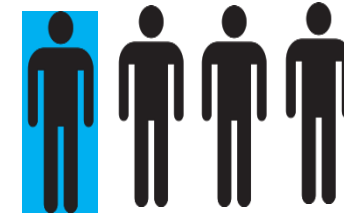
Di cui solo farmaco



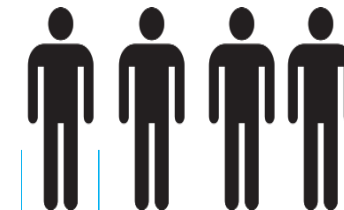
Preferenza PSI



Abbandono
farmaco



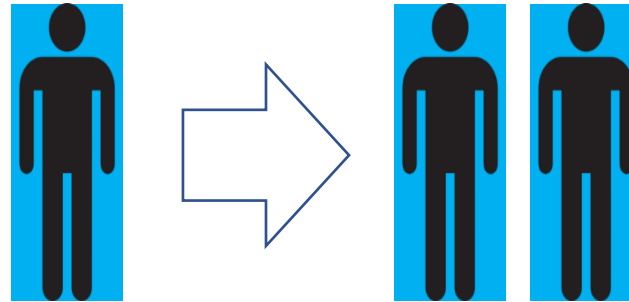
Abbandono PSI



Fonte: Lazzari (Quaderno CNOP 1/2018)

Costo benefici cure psicologiche

Trattamenti PSI



SPESA

GUADAGNO

Disturbi Depressivi



Disturbi d'Ansia



Fonte: 440 studi, Lazzari in pubbl.

DAVID LAZZARI - RIPRODUZIONE RISERVATA

GAZZETTA  UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 991 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-35081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

I L.E.A. :
una nuova
prospettiva per la
Psicologia



CONSIGLIO
NAZIONALE ORDINE
DEGLI PSICOLOGI



**RUOLO
DELLA PSICOLOGIA
NEI LIVELLI
ESSENZIALI
DI ASSISTENZA**



Quaderni CNOP

LEA 2017 – disabilità

Assistenza socio sanitaria alle persone con disabilità	“Nell’ambito dell’assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie e appropriate”	27
“	“valutazione diagnostica multidisciplinare;”	27 a
“	“colloqui psicologico-clinici;”	27 d
“	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);”	27 e
“	“interventi psico-educativi, e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana”	27 h

LEA 2017 – area disagio psicologico

Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie	“Nell’ambito dell’assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale <u>ad accesso diretto</u> , il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche necessarie ed appropriate “	24
“	“assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico”	24 e
“	“supporto psicologico per l’interruzione volontaria della gravidanza”	24 h
“	“supporto psicologico per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita”	24 i
“	“supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa”	24 j
“	“consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia”	24 k
“	“assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche”	24 l
“	“supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi”	24 m
“	“psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);”	24 n
“	“supporto psicologico a nuclei familiari in condizioni di disagio”	24 o
“	“valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l’affidamento familiare e l’adozione, anche nella fase successiva all’inserimento del minore nel nucleo familiare”	24 p

LEA 2017 – area disagio psicologico

Assistenza sanitaria di base	“controllo dello sviluppo psichico, individuazione precoce dei sospetti handicap psichici ed individuazione precoce di problematiche anche sociosanitarie”	4 e
»	“counselling per la gestione della malattia”	4 c
»	“prestazioni specialistiche (di Psicologia) incluse nel Nomenclatore”	4 g

Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita	“Il Servizio sanitario nazionale, nell’ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni psicologiche”	31
“	“Gli Hospice dispongono di programmi formalizzati per l’informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l’accompagnamento alla morte e l’assistenza al lutto ed il sostegno psico-emotivo all’équipe.”	31

Cure palliative domiciliari	“prestazioni professionali di tipo psicologico”	23
------------------------------------	---	----

Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità.	“Qualora emerga il sospetto di un disagio psicologico, è escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche.”	59
---	---	----

LEA 2017 – area promozione salute

Assistenza sanitaria di base	“adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute”	4 a
-------------------------------------	--	-----

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	Tutela della salute e sicurezza negli ambienti aperti e confinati	All.B
“	Tutela salute e sicurezza luoghi di lavoro	All. C
“	Prevenzione malattie croniche, promozione stili di vita sani	All. F



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di
Bolzano del 15 settembre 2016

Indicazioni del piano delle cronicità: Nuove parole chiave per nuovi percorsi assistenziali

C'è bisogno di nuove parole-chiave, capaci di indirizzare verso
nuovi approcci e nuovi scenari:

- salute “possibile” cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona
- malattia vissuta con al centro il paziente/persona (illness), e non solo malattia incentrata sul caso clinico (disease);
- analisi integrata dei bisogni globali del paziente, e non solo “razionalità tecnica” e problemi squisitamente clinici;
- analisi delle risorse del contesto ambientale, inteso come contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere;
- mantenimento e co-esistenza, e non solo guarigione;
- accompagnamento, e non solo cura;
- risorse del paziente, e non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori;
- empowerment inteso come abilità a “fare fronte” alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e sviluppo della capacità di autogestione (self care);
- approccio multidimensionale e di team e non solo relazione “medico-paziente”;
- superamento dell’assistenza basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria, e costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici;
- presa in carico pro-attiva ed empatica e non solo risposta assistenziale all’emergere del bisogno;
- “Patto di cura” con il paziente e i suoi Caregiver e non solo compliance alle prescrizioni terapeutiche.



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



**IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEL
PIANO NAZIONALE CRONICITÀ**



Quaderni CNOP

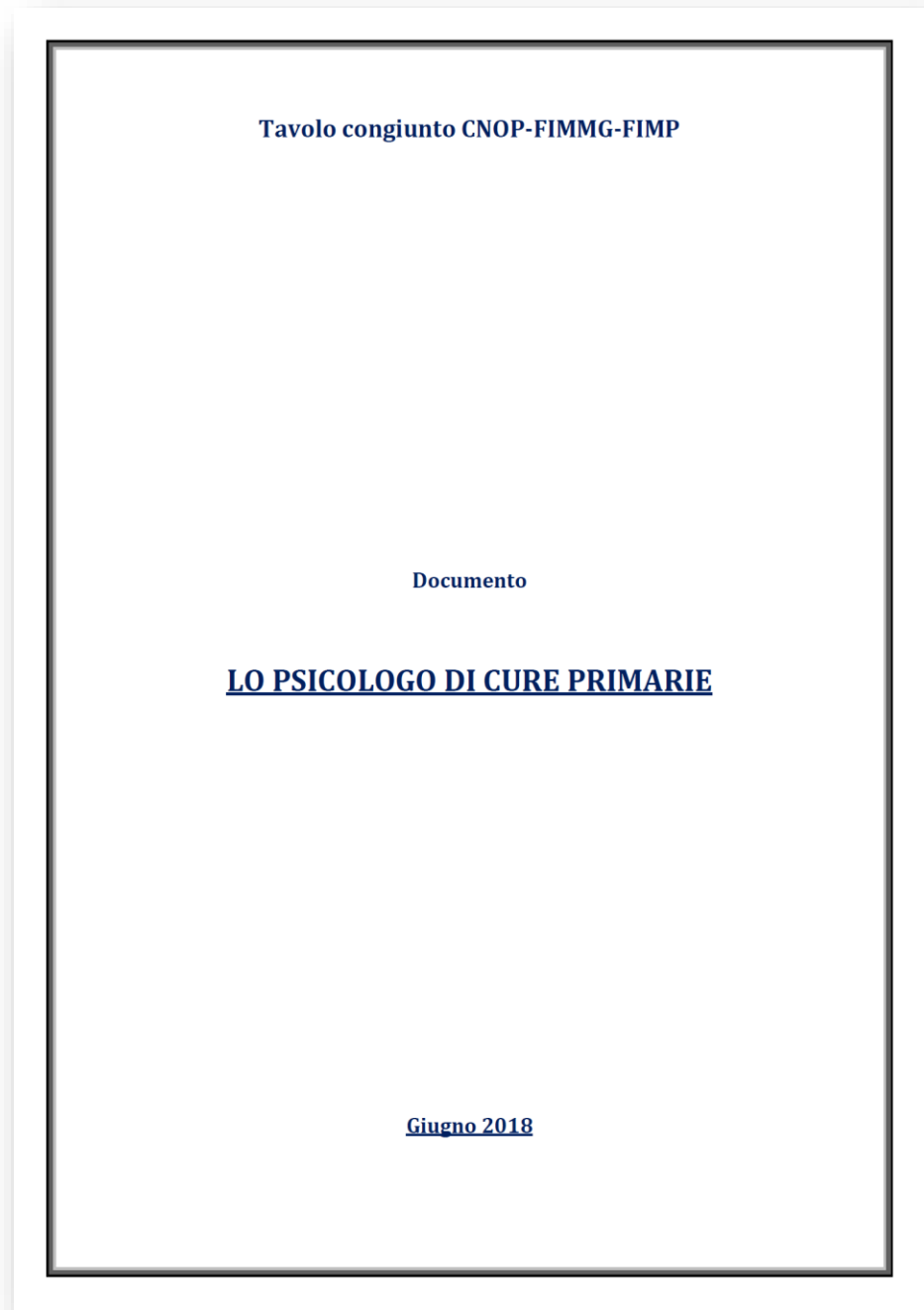
Il tavolo CNOP - 2018



• [Primo Piano](#)

22/05/2018

Tavolo Tecnico paritetico CNOP/FIMMG: proposta unitaria e condivisa sulla Psicologia nelle Cure Primarie



2018-19

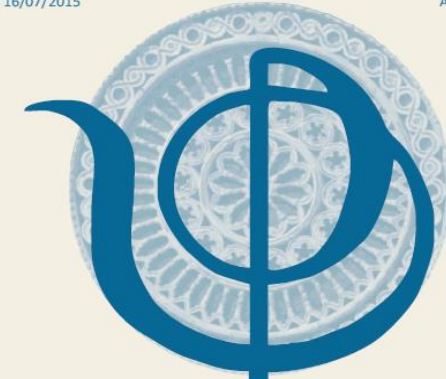
Sperimentazione in
Umbria

la mente che cura

RIVISTA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELL'UMBRIA

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 6 del 16/07/2015

Anno VI, n. 7, agosto 2020



ORDINE
PSICOLOGI
UMBRIA

**LA PSICOLOGIA
NELLE CURE
PRIMARIE**

perché la salute
è una e intera



RICADUTE ECONOMICHE		<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della spesa farmaceutica - Riduzione della spesa sanitaria dovuta a minori accessi “non urgenti” al pronto soccorso e minore richiesta di visite diagnostico-strumentali - Riduzione di visite al medico di famiglia, accessi al pronto soccorso, visite specialistiche e assenze per malattia
EFFICACIA		Valutazione pre / post intervento
	Costrutti	Principali strumenti utilizzati
	BENESSERE PSICOLOGICO GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Psychological General Well-Being Index</i> (PGWBI; Dupuy, 1984) - <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ-12, Goldberg, Blackwell, 1970) - <i>WHO-5 Well-being Index</i> (Bech, 2004)
	SINTOMATOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-9, Kroenke, Spitzer, 2002) - livello di depressione - <i>Generalized Anxiety Disorder</i> (GAD-7, Spitzer et al., 2006) - sintomatologia ansiosa
	VALUTAZIONE CAMBIAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Clinical Outcome for Routine Evaluation – Outcome Measure</i> (CORE-OM; Palmieri et al., 2009)
		<ul style="list-style-type: none"> - Questionari sulla soddisfazione dell’utente - Informazioni qualitative agli MMG

Tabella 1. Panoramica generale dei costrutti e strumenti frequentemente utilizzati per valutare l'efficacia clinica e economica dei progetti di PCP attuati.

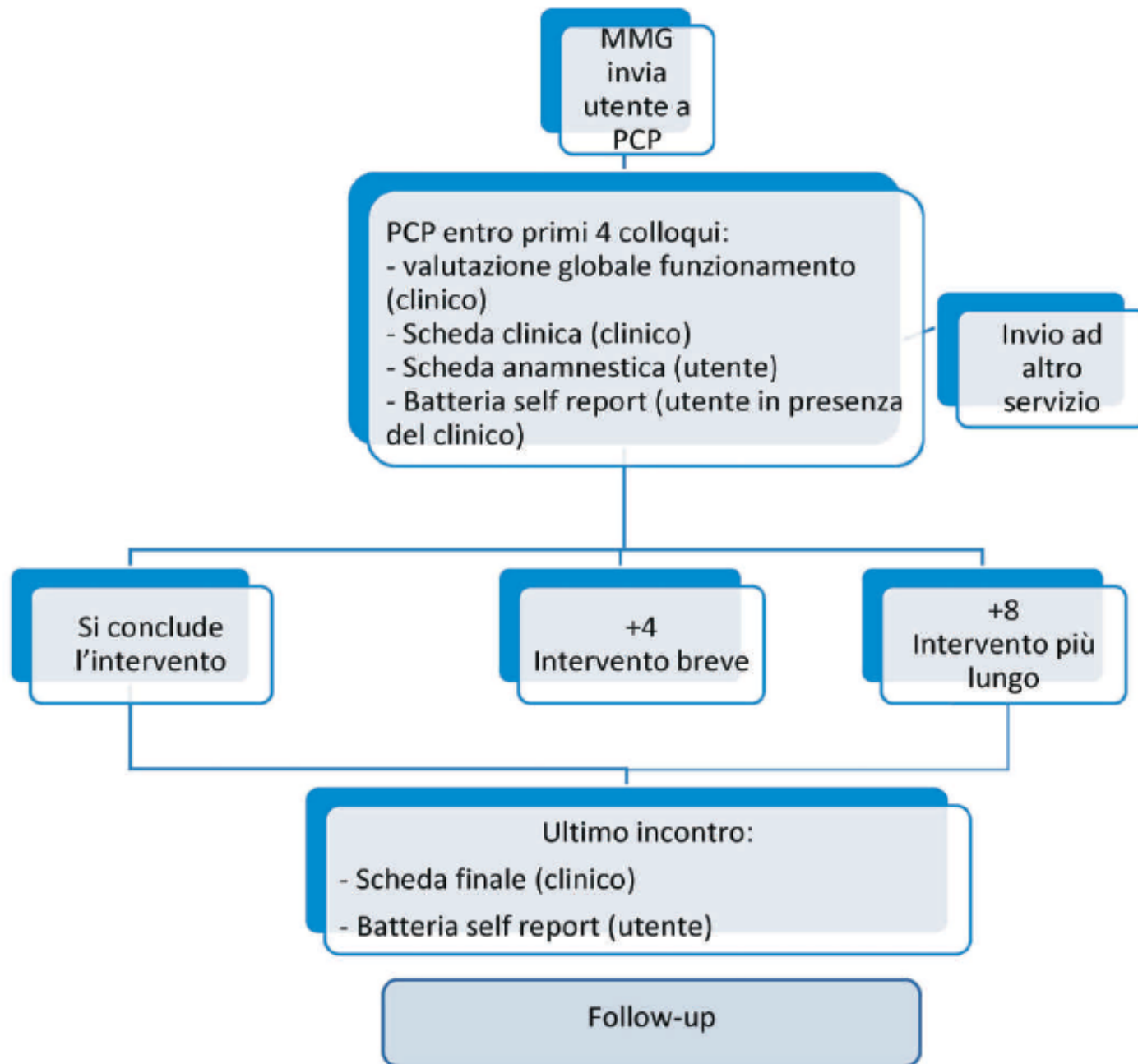


Figura 1. Schematizzazione dei possibili step previsti nella sperimentazione PSICUP.

Utenti

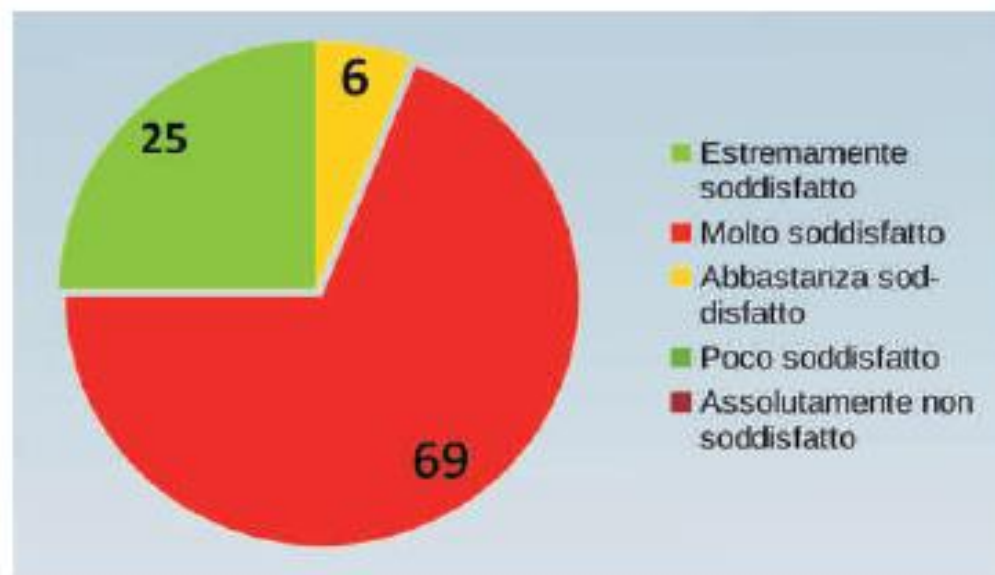


Grafico 1. Livello di soddisfazione generale rispetto allo PSICUP.

MMG

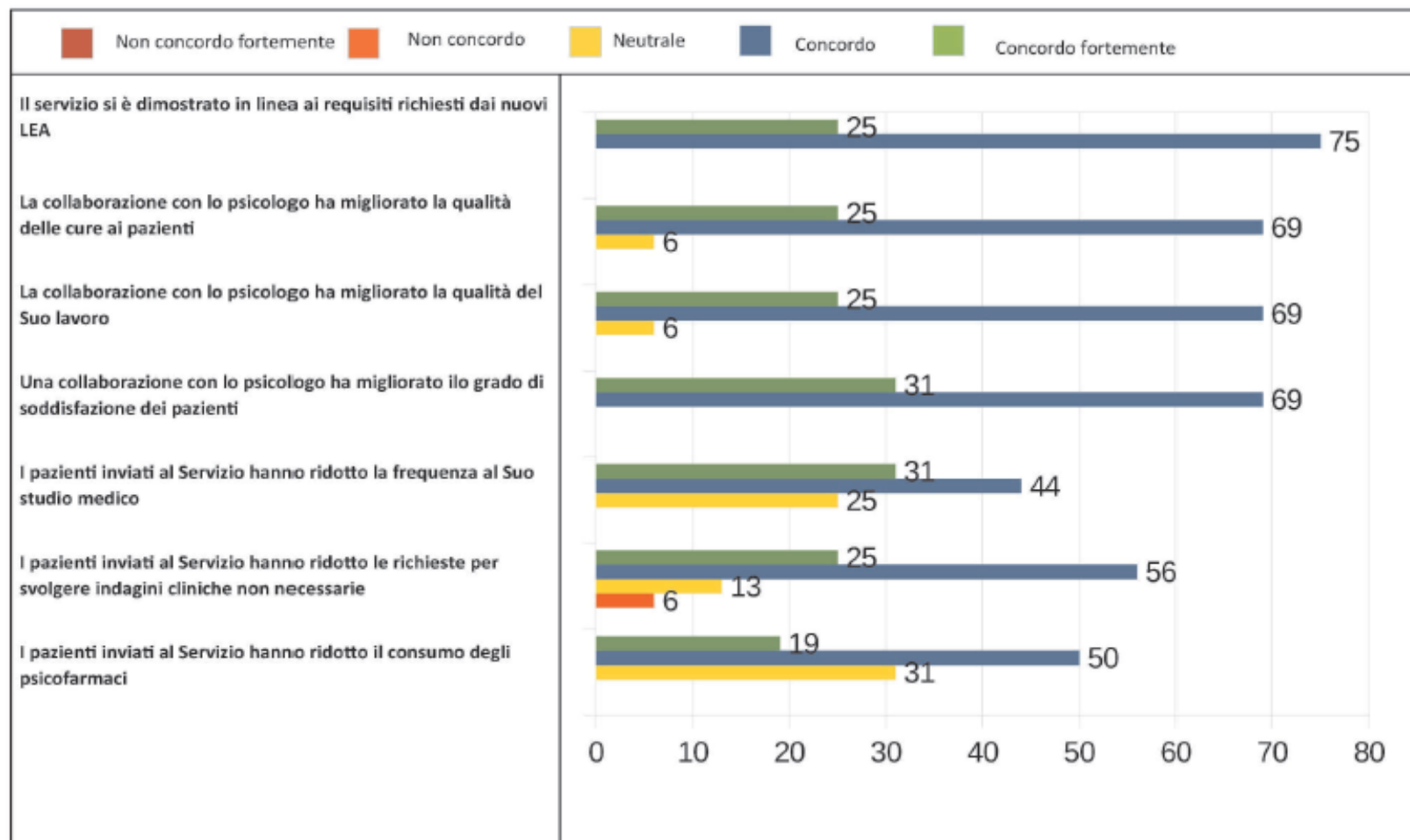


Grafico 3. Percentuali di risposta ad ogni item del questionario somministrato.

2019 – Il «Decreto Calabria»



Lo psicologo di famiglia esiste dal 2019. Ora mettiamolo a sistema

/ di David Lazzari 

Attuando l'indicazione inserita nella legge 502, si valorizza il ruolo di base generalista dello psicologo al servizio del potenziamento della rete primaria della salute, in una logica di collaborazione con il medico, il pediatra, l'infermiere di famiglia/comunità

21 Novembre 2023 alle 10:19 |



Psicologo di cure primarie

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992 , n. 502

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Vigente al : 31-3-2023

Art. 8.

Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalita' con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali ((, ***potendo prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale nell'ambito dei modelli organizzativi multi professionali nei quali e' prevista la presenza oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e dello psicologo, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica***));

2020- DDL Boldrini

• [Primo Piano](#)

14/07/2020

Salute: giovedì 16 luglio, al Senato, presentazione del DDL per lo Psicologo di cure primarie

[Home](#) / [Primo Piano](#) / [Salute: giovedì 16 luglio, al S...](#)



2020 – La legge 176

Funzione aziendale di Psicologia

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi
Consulta Nazionale Società Scientifiche Area Psicologia

Per una Sanità delle Persone:

proposte per l'attuazione della "Funzione Aziendale di Psicologia"
di cui all'art.20bis legge 176/2020 per l'implementazione dei LEA e
del PNRR

Focus sulle dimensioni trasversali del Piano

"Con questo Piano si intende potenziare i servizi assistenziali territoriali consentendo una effettiva
esigibilità dei LEA da parte di tutti gli assistiti."

Pag.234 PNRR

Giugno 2021

Direzione Aziendale

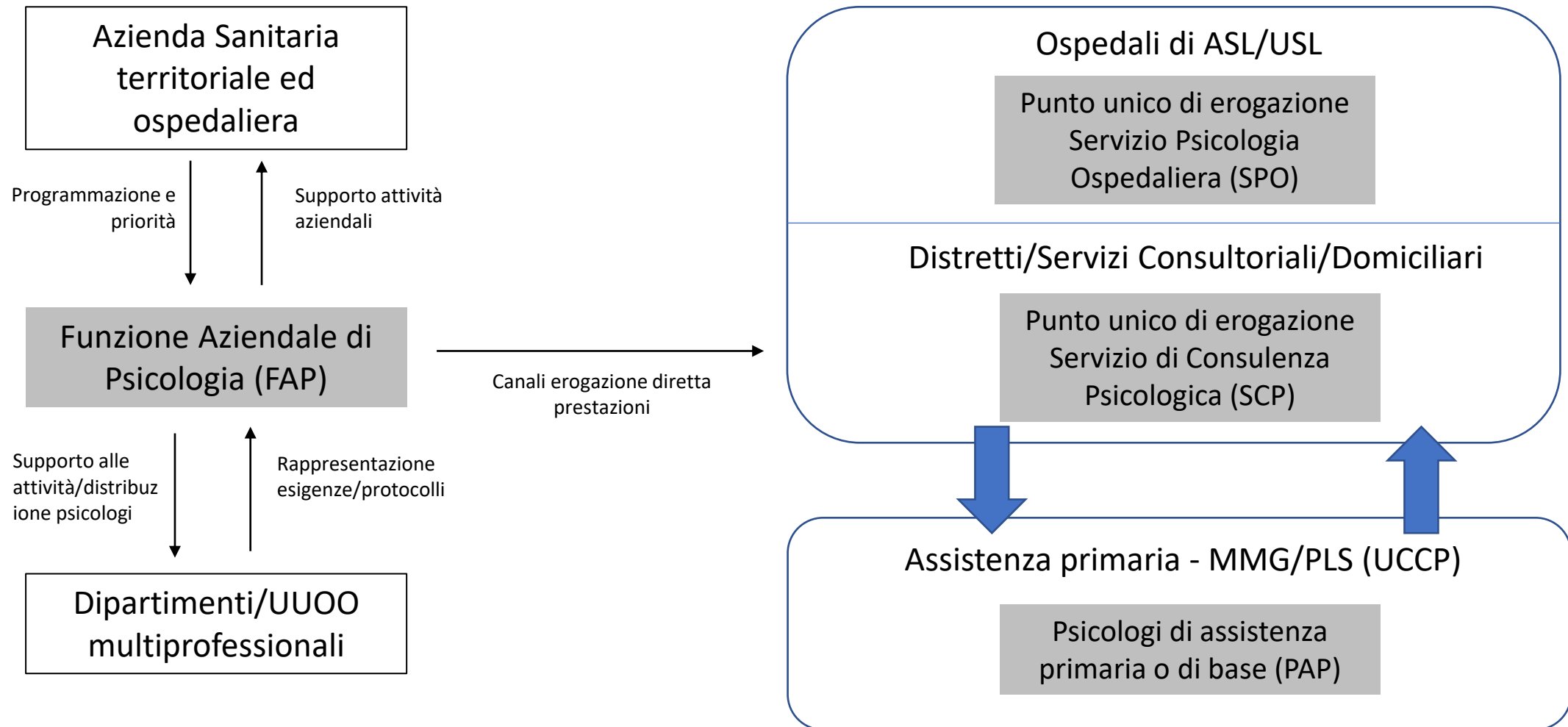


Funzione aziendale Psicologia (legge 176/20)



AMBITO	DENOMINAZIONE	SERVIZI
Cure Primarie	UO SALUTE PSICOLOGICA CURE PRIMARIE ADULTI UO SALUTE PSICOLOGICA CURE PRIMARIE INFANZIA ADOL.	attività distrettuali, case della comunità, assistenza domiciliare
Servizi Specialistici	UO PSICOLOGIA IN SALUTE MENTALE ADULTI UO PSICOLOGIA IN SALUTE MENTALE INFANZIA ADOL.	Servizi specialistici, servizi salute mentale per adulti e minori, servizi dipendenze, strutture semiresidenziali e residenziali
Ospedale	UO PSICOLOGIA OSPEDALIERA	attività psicologiche nel contesto ospedaliero, ad elevato impegno sanitario, hospice
Organizzazione	UO PSICOLOGIA DEL LAVORO E DELLE ORGANIZZAZIONI	attività per il personale e l'organizzazione, SPISAL/SPRESAL

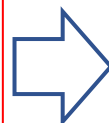
La Funzione aziendale di Psicologia



SINTESI DELLA MISSIONE TRASVERSALE DELLA PROFESSIONE PSICOLOGICA NEL SSN E SUA ARTICOLAZIONE

TARGET ATTIVITA' previsto dai LEA 2017 e principale normativa

- **DONNA** («supporto psicologico per: gravidanza», «per l'interruzione volontaria della gravidanza», «per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita», «per problemi correlati alla menopausa»)
- **INFANZIA** («supporto psicologico: ai minori in situazione di disagio, stato di abbandono, vittime di maltrattamenti e abusi», «a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche», «a coppie e minori per l'affidamento e l'adozione, anche nella fase successiva all'inserimento»)
- **INDIVIDUI, COPPIE E FAMIGLIE** («consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia», «supporto psicologico a nuclei familiari in condizioni di disagio»)
- **MINORI, ADULTI, ANZIANI CON DISABILITA'** («presa in carico multidisciplinare che include le prestazioni, anche domiciliari, psicologiche e psicoterapeutiche»)
- **MINORI CON PROBLEMI DEL NEUROSVILUPPO** (idem)
- (valutazione multidisciplinare, interventi psicologici e psicoterapici)
- **PERSONE CON MALATTIE MENTALI** (idem)
- **PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE** (idem)
- **MINORI, ADULTI, ANZIANI CON PATOLOGIE FISICHE CRONICHE** (Piano Nazionale delle Cronicità 2017),
- **ONCOLOGICHE** (Documento Stato-Regioni del 17 aprile 2019)
- **PERSONE IN TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE** (Art. 23, 31 LEA, L. 38/210)
- **SALUTE SICUREZZA LAVORO** (D.Lgs.81/2008, L.4/21)
- **PERSONALE DEL SSN** (valutazione e gestione stress lavoro correlato, burnout, empowerment psicorelazionale)
- **ORGANIZZAZIONE SANITARIA** (competenze di psicologia del lavoro e delle organizzazioni)



STRUMENTI NORMATIVI ATTUATIVI

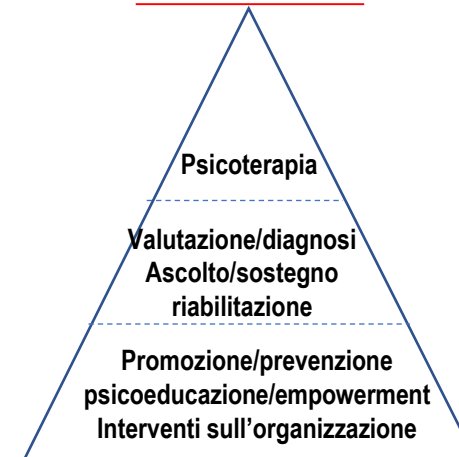
- **Livello nazionale (legge 126/2020)**
«Al fine di garantire il benessere psicologico individuale e collettivo in considerazione della crisi psico-sociale determinata dall'eccezionale situazione causata dall'epidemia da SARS-COV-2, il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, emana le **linee d'indirizzo** finalizzate all'adozione, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, di un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale che definisca le **buone pratiche per la tutela delle fragilità psico-sociali**». (art. 29 ter)
- **Livello Aziende Sanitarie (legge 176/2020)**
Art. 20-bis (Disposizioni in materia di attività degli psicologi). – «1. Al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nell'eccezionale situazione causata dall'epidemia da COVID-19 e di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari, di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati nonché di garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA), **le aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale possono organizzare l'attività degli psicologi in un'unica funzione aziendale.**».



AMBITI E LIVELLI DI EROGAZIONE previsto dai LEA 2017 e principale normativa

- **ASSISTENZA DISTRETTUALE**
- (prestazioni **domiciliari**,
- **ambulatoriali**,
- **semiresidenziali** (centri diurni),
- **residenziali** (ad es. **comunità terapeutiche, RSA, hospice**)
- **ASSISTENZA OSPEDALIERA**
- **pronto soccorso;**
- **ricovero ordinario per acuti;**
- **day surgery e day hospital;**
- **riabilitazione e lungodegenza post acuzie;**
- **attività di trapianto**
- **ORGANIZZAZIONE**
- **Attività per il personale e l'Azienda come organizzazione**

LIVELLI INTERVENTI



DM 77/2022

22-6-2022

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 144



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Allegato 1

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

Casa della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Standard organizzativi

1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;

13. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento

Standard:

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto – ove presenti -, garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E DELLE RISORSE UMANE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia nel SSN

**Documento elaborato dal Tavolo di lavoro per la Psicologia
istituito presso il Ministero della Salute**

LO STUDIO ESEMED (2005, WHO & Harvard University)

- In Italia il primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali rientra nel progetto europeo European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), al quale hanno preso parte sei paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna).
- Versione italiana → Centro di coordinamento italiano dello studio ESEMeD-WMH, ISS.
- I dati riguardanti i tassi di prevalenza riscontrati nel campione studiato in Italia confermano **che i disturbi mentali sono frequenti anche in Italia**, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce: **circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita.**

LO STUDIO ESEMED (2005, WHO & Harvard University)

A chi si rivolge rispetto ai disturbi psicologici?

- Psicologo o psicoterapeuta 6.4%
- Solo psichiatra 21.1%
- MMG 38.3%
- MMG+altro 27.6 %
- Altro medico 6.6 %

Contesto

- 25 % dei pazienti che effettuano una visita dal medico di medicina generale ha depressione, ansia, problemi di dipendenza, o un disturbo somatoforme;
- Per rimanere aggiornato un MMG necessita di 10 ore al giorno;
- I pazienti che si suicidano hanno avuto soltanto il 20% un contatto con personale dei servizi di salute mentale mentre hanno avuto uno su due un contatto con il mmg nell'ultimo mese;
- Il 70% dei pazienti con disturbi mentali ha un contatto con i servizi delle cure primarie mentre soltanto il 28% con servizi di salute mentale;
- Il disturbo mentale nel 70% dei casi si manifesta con un disturbo fisico;
- I MMG prescrivono il 60% dei farmaci psicotropi.

Primary Care Mental Health: A New Frontier for Psychology



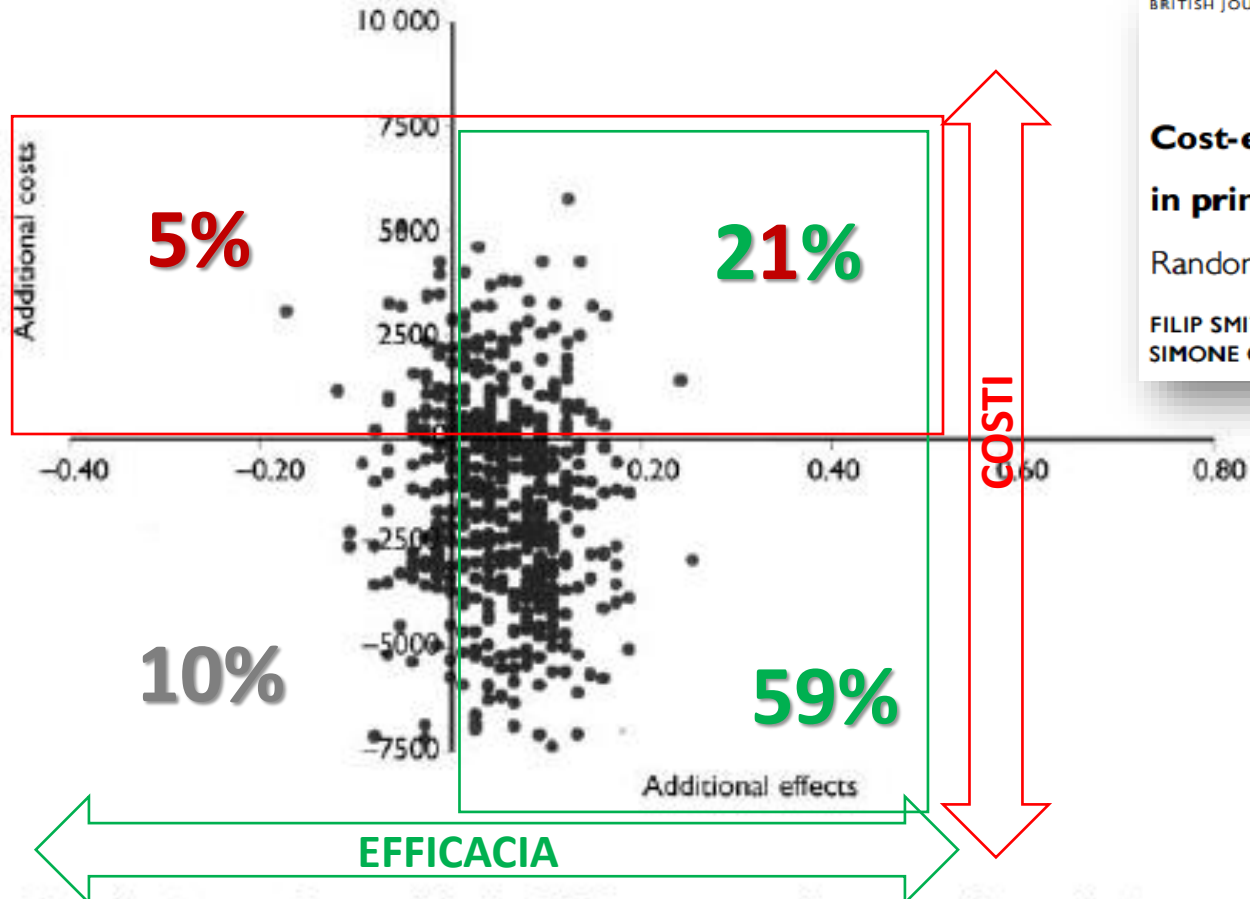
William B. Gunn, Jr.
NH/Dartmouth Family Practice Residency



Alexander Blount
University of Massachusetts Medical Center

Ancora dati di contesto ...

- Uno studio dell'OMS rivela che il 24% dei pazienti che si recano dal MMG presenta un disturbo psichiatrico, di cui il 10,4% un quadro depressivo e il 7,9% un disturbo d'ansia
- In Italia il 60% circa dei pazienti con depressione che si rivolgono al MMG presenta un quadro lieve ma non meno disabilitante e causa di sofferenze per il paziente
- Quotidianamente il 20 % circa dei pazienti che frequentano gli ambulatori del MMG presenta sintomi e/o comportamenti riconducibili ad una qualche forma di sofferenza mentale, anche se spesso risulta mascherata o associata ad altre patologie.



Cost-effectiveness plane: each dot ($n=2500$) represents a bootstrapped cost-effectiveness ratio.

Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients

Randomised trial

FILIP SMIT, GODELIEF WILLEMSE, MARC KOOPMANSCHAP, SIMONE ONRUST, PIM CUIJPERS and AARTJAN BEEKMAN

CLINICAL IMPLICATIONS

- Minimal contact psychotherapy reduces the risk of developing a full-blown depressive disorder by 30% in primary care patients with sub-threshold depression.
- Adjunctive minimal contact psychotherapy has a 70% probability of being more cost-effective than care as usual alone.
- These findings appear to be robust when excluding the costs of production losses.

Il disagio della Psiche: effetto «onda lunga» e «iceberg»



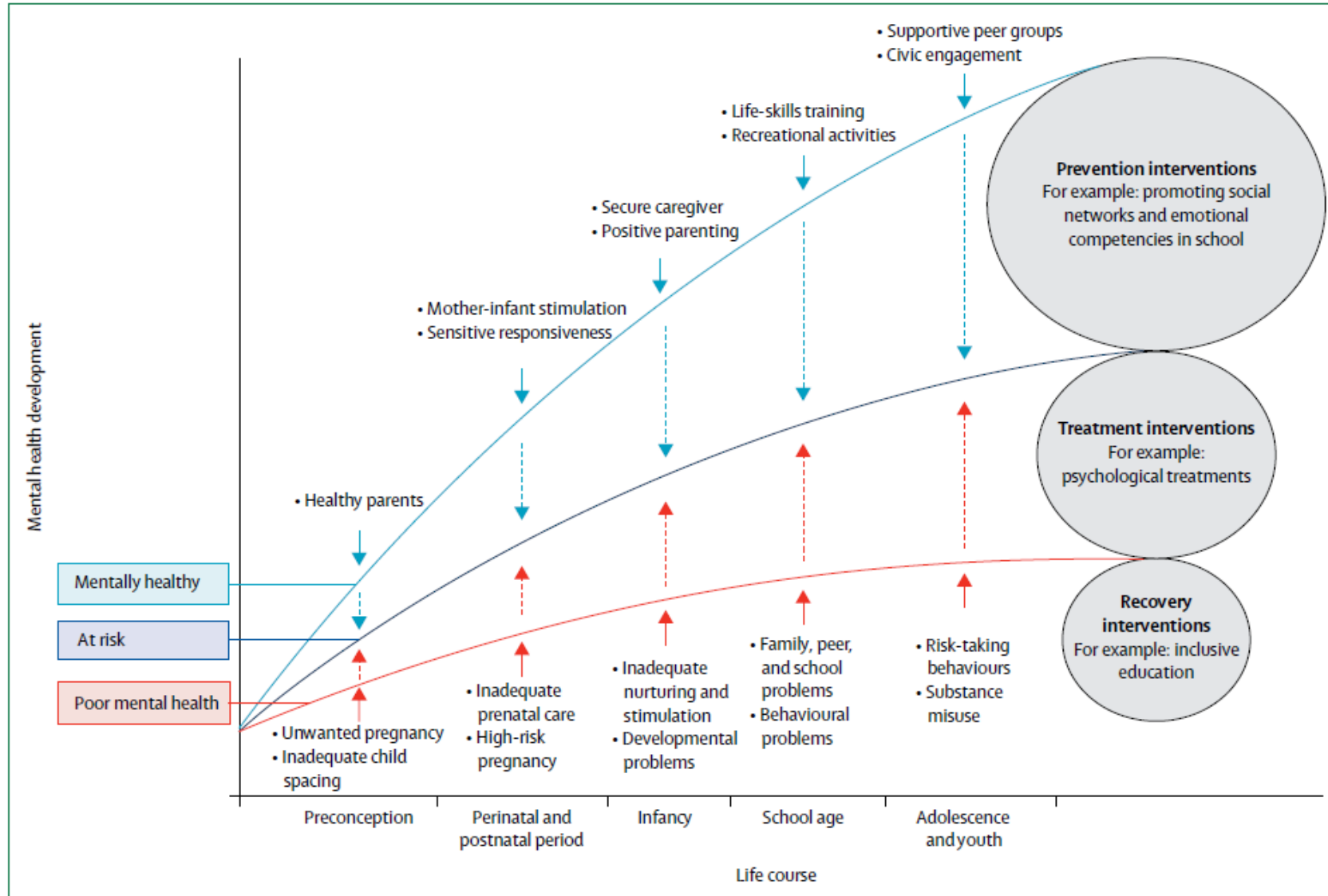
L'«effetto iceberg» tra i minori



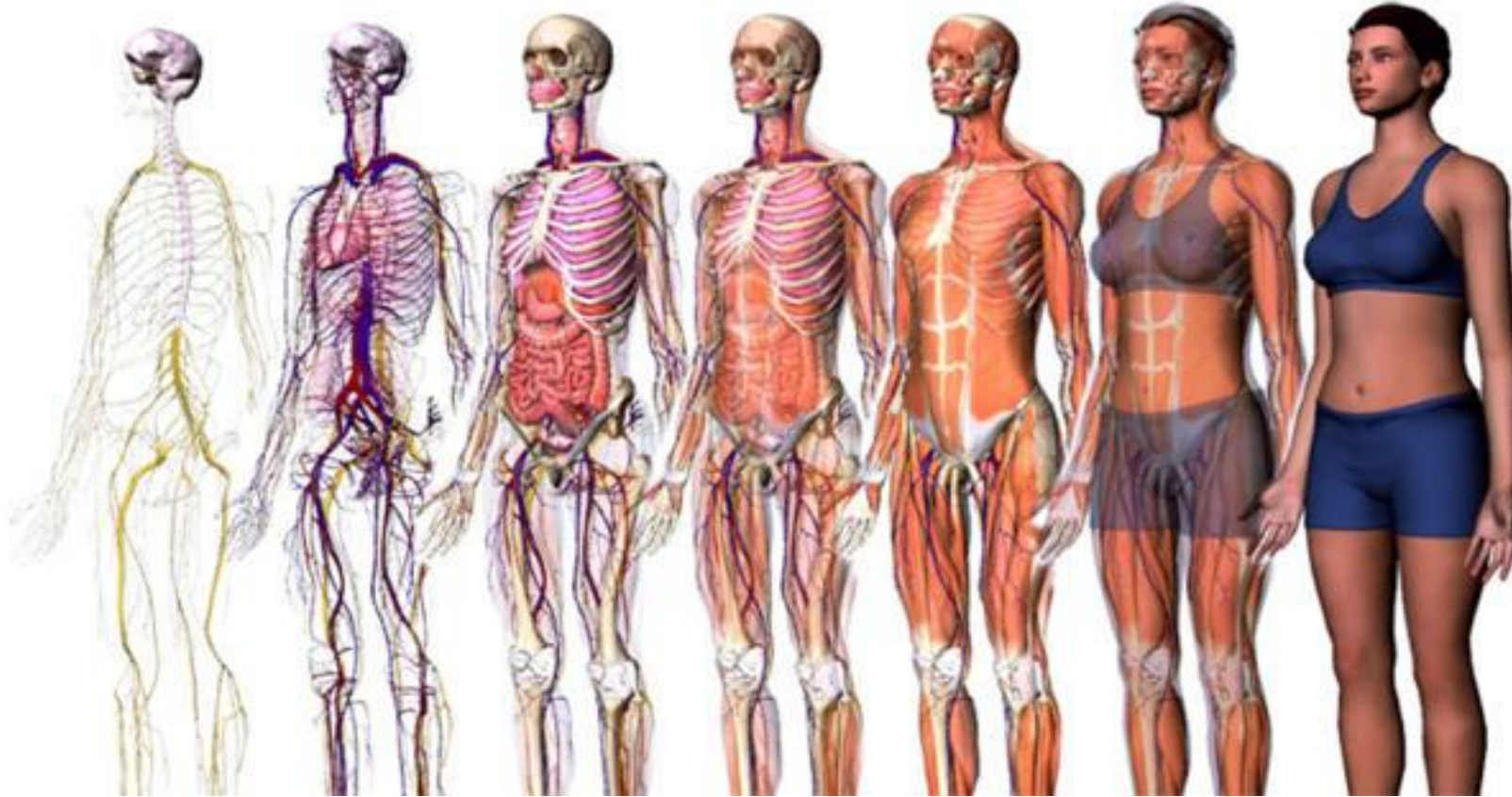
4 OTTOBRE 2021



Strategie degli interventi



Dove sta la salute, lì sta la cura



Grazie per l'attenzione!