

Funzioni psicologiche nella core mission della casa della comunità

*Antonio Capodilupo*¹

Psychological functions in the core mission of the community house

Abstract

La Casa della Comunità costituisce l'evoluzione della Casa della Salute, nata dall'esperienza della Catalogna; si ispira e attua i principi del CCM – Chronic Care Model, con un approccio preventivo, proattivo e partecipato di Sanità.

Essa è prevista nel PNRR del 2021, quale luogo fisico del SSN – Servizio Sanitario Nazionale, di prossimità e di facile individuazione dalla popolazione di riferimento.

In questo contributo, dopo aver presentato l'evoluzione internazionale e nazionale delle Case della Salute, se ne tratteggiano le dimensioni essenziali (prossimità e continuità assistenziale, proattività e prevenzione, interoperabilità multidisciplinare e istituzionale); si enucleano alcune aree di intervento cardinali: la prevenzione collettiva, gli screening di comunità, le vaccinazioni obbligatorie e facoltative, la presa in carico delle malattie croniche non trasmissibili, la promozione di stili di vita salutari; si esprimono alcune osservazioni critiche, per preservare la core mission delle Case della Comunità. In una apposita review narrativa strutturata, è già evidenziato il contributo della psicologia in tre assi di ampia portata: psicologia nella primary care, psicologia nella cronicità, community health psychology. Per la messa a terra

¹ Psicologo-psicoterapeuta – antoniocapodilupo@gmail.com

della vocazione della Casa della Comunità, le funzioni psicologiche sono trasversali a tutte le aree di intervento.

Questo studio si propone di profilare coerenti con la core mission della Casa della Comunità e di indicare metodi e strumenti di valutazione e di intervento correlati.

Dette funzioni richiedono allo psicologo di attrezzare la sua formazione con competenze e abilità, utili a convogliare il suo sapere e saper fare nella promozione della salute globalmente intesa.

The Community House is an evolution of the Health House, born from the experience of Catalonia; it is inspired by and implements the principles of the CCM - Chronic Care Model, with a preventive, proactive and participatory healthcare approach.

It is foreseen in the PNRR of 2021, as a physical location of the SSN - National Health Service, close to and easily identifiable by the reference population.

This paper presents the international and national evolution of Community Health Centers, outlining their essential dimensions (proximity and continuity of care, proactivity and prevention, multidisciplinary and institutional interoperability). It identifies several key areas of intervention: collective prevention, community screening, mandatory and optional vaccinations, management of chronic non-communicable diseases, and the promotion of healthy lifestyles. It also offers some critical observations to safeguard the core mission of Community Health Centers.

A dedicated structured narrative review has already highlighted psychology's contribution in three broad areas: psychology in primary care, psychology in chronic conditions, and community health psychology. To realize the mission of the Community House, psychological functions cut across all areas of intervention..

This study aims to profile these functions in a manner consistent with the Community Health Center's core mission and to identify related assessment and intervention methods and tools.

These functions require psychologists to equip their training with skills and abilities useful for channeling their knowledge and expertise into the promotion of global health.

Parole chiave: *Casa della Comunità, Core mission, CCM esteso, Casa hub, Casa spoke, Funzioni psicologiche*

Keywords: *Community House, Core mission, extended CCM, Hub house, Spoke house, Psychological functions*

Introduzione

La Casa della Salute (CdS), così battezzata in un intervento della Ministra della Salute on. Livia Turco ad un Convegno, svoltosi a Roma il 22 marzo 2007, «E' una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-10.000 abitanti). La Casa della salute rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare, superando le precedenti divisioni, l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato), gli specialisti ambulatoriali».

La missione essenziale della CdS è connotata, dunque, da prossimità e continuità assistenziale, vocazione preventiva, interoperabilità professionale e istituzionale.

Il presente contributo dopo aver percorso il cammino di formazione, internazionale e nazionale, delle CdS a partire dal modello esteso del CCM – *Chronic Care Model*, espone alcune osservazioni volte a preservarne la natura basica e indica le *core functions* ritenute imprescindibili per rispettarne la missione.

Le funzioni psicologiche sono trasversali nella messa in opera della missione delle CdS.

Si intende, qui, profilarle coerenti con la *core mission* della CdS e suggerire metodi e strumenti di valutazione e di intervento correlati.

Evoluzione delle Case della Comunità

L'istituzione delle Case della Salute (CdS) si è diffusa nei paesi occidentali, a partire dalla fine del secolo scorso, con modelli diversi.

In Spagna, soprattutto nella regione della Catalogna, dal 1991, i medici di famiglia, dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, lavorano in *team*, denominato EAP (*Equipo de Atención Primaria*), erogando le cure, il servizio di assistenza domiciliare e il soccorso di primo livello presso i PAC - Centri di Assistenza Primaria (Martin Moreno, 2009).

In Francia, la Casa della Salute è definita dall'art. L6323-3 del Codice della Sanità, rivisto nel 2000, come un soggetto morale, che si costituisce tra professionisti medici, ausiliari, farmacisti, per assicurare attività di cura di primo accesso (presa in carico continuata, prevenzione, diagnostica, prescrizione di farmaci, educazione sanitaria, orientamento ai servizi di cura) e di secondo livello specialistico (Clément, 2009; Lautru, 2010; Delanoe e Offrey, 2011; Vallancien, 2011).

In Inghilterra, con l'*Health and Social Care Act* del marzo 2012, i CCGs - *Clinical Commissioning Groups* sostituiscono le precedenti strutture amministrative PCTs - *Primary Care Trust*, riunendo i medici di base (GP - *General Practitioners*) di un'area geografica, dove operano vari specialisti: dentista, oculista, servizio di salute mentale ecc., strutturando un collegamento con le farmacie, con i servizi ospedalieri e con il servizio di trasporto in emergenza.

In USA, partendo dal modello CCM - *Chronic Care Model* applicato dal Dr. Calvin CJ Sia (2004), pediatra a Honolulu, nel 2002, sette organizzazioni di medici di famiglia hanno creato il progetto di una nuova Medicina di Famiglia, raccomandando che ogni americano debba avere una "casa medica personale", nella quale ricevere le cure, acute e croniche, e i servizi di prevenzione, in modalità "accessibile, affidabile, globale, integrata, centrata sul paziente" (Martin, Avant, Bowman et al., 2004).

In Italia, il lancio effettuato dalla Ministro della Salute, on. Livia Turco, nel 2007, ha dato avvio alle prime esperienze pionieristiche di Case della Salute, nelle regioni Toscana ed Emilia-Romagna nel 2010, cui sono seguite implementazioni in altre regioni.

Nel Paese, la Missione 6 / Investimento 6.1 del PNRR - Piano di Ripresa e Resilienza ne prevede la creazione, entro il 2026, di n. 1.288, recanti il nuovo appellativo di "Case della Comunità" (CdC), che, con le recenti scelte di ridimensionamento degli obiettivi del PNRR, sono state ridotte a 936.

Il PNRR assume l'obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali, per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per ridurre le disuguaglianze e per costruire un modello di erogazione dei servizi, condiviso ed omogeneo, sul territorio nazionale, mettendo in grado la ASL e i Distretti Sociosanitari di realizzare la "stratificazione dei bisogni delle popolazioni" per patologie e di

erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita.

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, con la partecipazione della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato (Banchieri, 2023).

Modello di sanità proattiva

Longo (2022) declina tre possibili vocazioni della nuova struttura: Casa della Salute con a) accesso e *case management* della cronicità stabile b) casa della specialistica territoriale, c) casa della fragilità e *long term care*, d) piattaforma dei servizi territoriali: psichiatria, igiene, materno-infantile, ecc.; Casa socio-sanitaria con a) co-programmazione interistituzionale, b) accesso e *case management* socio sanitario, c) Erogazione di servizi SSN ed EE.LL. (quota parte), d) erogazione del portafoglio completo dei servizi SSN territoriali e degli EE.LL., delega dei servizi socio assistenziali; Casa della Comunità con a) coproduzione di gruppo: educazione sanitaria per gruppi di pazienti, b) partecipazione democratica: co-design dei servizi e valutazione partecipata, c) valorizzazione e creazione di reti sociali: gruppi di lettura, gruppi di cammino, rete dei NEET - *Not [engaged] in Education, Employment or Training*.

Le CdS si ispirano al *Chronic Care Model* (CCM), sviluppato dal professor Wagner (1998) con i colleghi del *McColl Institute for Healthcare Innovation*, in California (Bodenheimer, Wagner, Grumbach, 2002), per attuare i principi di “promozione della salute”, sanciti nella Carta di Ottawa dell’OMS del 1986.

È un modello di assistenza ai pazienti affetti da malattie croniche, che si muove lungo sei direttrici:

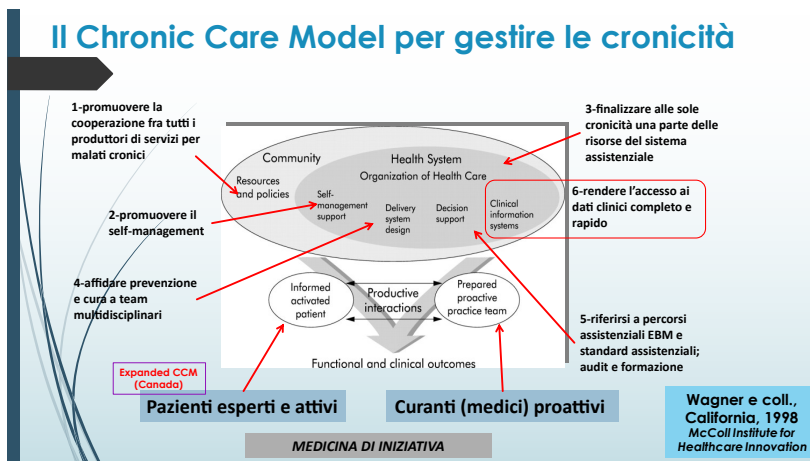
- le risorse della comunità, per migliorare l’assistenza ai pazienti cronici (gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti);
- le organizzazioni sanitarie, rivolte a dare la priorità alla gestione delle malattie croniche;
- il supporto all’auto-cura;

- l'organizzazione e il funzionamento in *team*;
- l'adozione di linee guida, basate sull'evidenza;
- i sistemi informativi con funzioni di allerta, di *feedback* per i medici, di registri di patologia (Maciocco, 2011).

Barr et al. (2003), in Canada, con l'ECCM – *Expanded Chronic Care Model*, ha aggiunto la proattività della medicina e l'attivazione/partecipazione della persona al processo di cura (Fig. 1).

La CdS assume, a ispirazione, tutte queste direttrici.

Fig. 1 – *Expanded Chronic Care Model* (Fonte: Barr et al., 2003 - commento italiano proprio)



Nel modello bio-psico-sociale di Engel (1977), i determinanti della salute (abitazione, reddito, supporto sociale, ambiente urbano ecc.) possono tutelare e promuovere la salute stessa o, per contro, minacciarla e comprometterla. Perciò, la comunità è attiva nel ciclo della pianificazione, programmazione e valutazione dello sviluppo complessivo e integrato della salute (Rei, 1996 e 2001), impegnando la popolazione a rafforzare le politiche protettive della salute e gli individui a indirizzare la richiesta di servizi verso risultati di maggiore salute.

Anche sulle malattie croniche, caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche (Cipolla, 2005),

incidono fattori di rischio modificabili, come l'alimentazione non equilibrata, il consumo di tabacco, l'abuso di alcol, la ridotta attività fisica, che generano i "fattori di rischio intermedi", quali l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Altri fattori di rischio, invece, non si possono modificare: l'età o la predisposizione genetica. Dette malattie sono collegate anche a determinanti impliciti, definiti come "cause delle cause": la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

Secondo l'OMS, in Europa, le malattie croniche provocano almeno l'86% dei morti e il 77% del carico di malattia; perciò, il loro controllo e la prevenzione rappresentano una priorità della Salute Pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli poveri (Ham, 2010).

In Italia, si calcola che la cronicità assorba l'80% delle risorse sanitarie.

Il primo PNP - Piano Nazionale della Prevenzione, approvato nel 2005, e i Piani che si sono susseguiti fino al PNP 2020-5, adottato nel 2020, attenzionano i fattori di rischio per la salute e promuovono progetti e azioni, relative a promozione di comportamenti alimentari salutari, lotta al tabagismo, contrasto all'abuso di alcol, promozione dell'attività fisica.

Riprendendo la definizione dell'OMS della salute come benessere fisico e mentale, vanno tenuti in considerazione, presso la CdS, anche i disagi emozionali, quali l'ansia e la depressione, la cui incidenza e prevalenza, già ragguardevole, sono accresciute durante la pandemia da COVID (+ 27%).

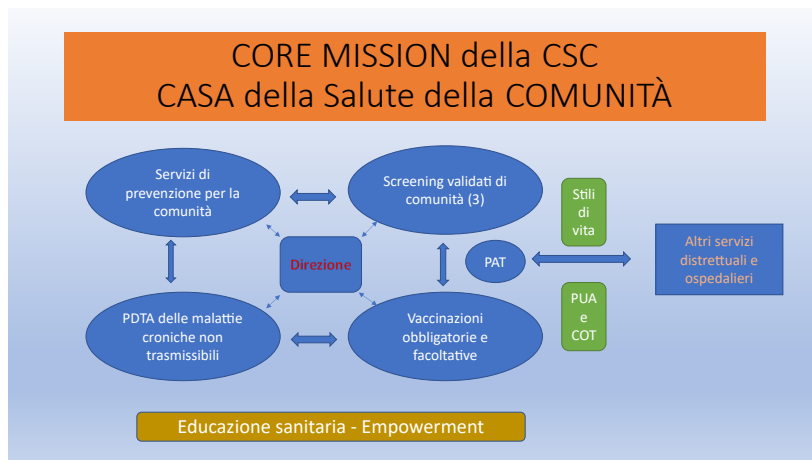
Si concepisce così un progetto di salute, individuale e collettiva, che si realizza mediante interventi di base, proposti in un luogo di facile accessibilità e indirizzati alla promozione del benessere, alla prevenzione/gestione delle cronicità e al trattamento precoce dei disturbi emotivi a basso/medio gradiente di severità.

Core mission della Casa della Salute della Comunità

La CdC dovrà impegnarsi, elettivamente e distintamente, nella riduzione dei fattori di rischio, nella promozione dei fattori protettivi e degli stili di vita salutari, nella presa in carico dei malati cronici.

Queste funzioni sono rappresentate in Fig. 2.

Fig. 2 – Funzioni *core* nella Casa della Salute della Comunità (Immagine prodotta in proprio)



I Servizi di prevenzione per la comunità richiedono un potenziamento delle figure e delle risorse dei Dipartimenti dedicati delle ASL, impiegando per intero il 5% del FSN – Fondo Sanitario Nazionale, previsto e ripartito tra le regioni in base alla popolazione non pesata, affinché le sue articolazioni (tutela dei luoghi di lavoro, sicurezza alimentare, igiene ambientale) coprano il territorio di riferimento. Nella presentazione del rapporto dell'AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica, fatta al Senato della Repubblica il 27 aprile 2017 dal presidente Carmine Pinto, si legge che, nel nostro Paese, per la prevenzione si spendono 5 miliardi di euro (2014), pari al 4,22% della spesa sanitaria totale, mentre “è stato dimostrato che, se la spesa in prevenzione raggiungesse il livello del 5% previsto dai LEA, l’incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL scenderebbe dal 9,2% all’8,92%, con un risparmio di 7,6 miliardi di euro”.

Almeno i tre *screening* scientificamente validati (colon retto, mammella e cervice uterina) devono essere offerti alla comunità, con

programmi a chiamata diretta; cosa da applicare, auspicabilmente, anche alle vaccinazioni, obbligatorie (gratuite) e facoltative.

I PDTA - Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, introdotti dall'art.1, comma 28, della legge n. 662/1996 per le malattie croniche non trasmissibili, applicabili anche in risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari complessi, superano il concetto dell'integrazione affidata alla co-presenza e impegnano le discipline e gli specialisti a interfacciarsi per la loro programmazione e a collaborare per la loro attuazione, in ordine a risultati attesi di salute.

In tutte le aree, gli individui e la comunità non sono soggetti destinatari di interventi, bensì co-costruttori di valore di salute, mediante l'educazione sanitaria partecipata e l'*empowerment* inteso come "processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consentano loro di soddisfare tali bisogni. Attraverso questo processo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti" (WHO, 1998).

Il focus della co-costruzione di valore si accentra sulla promozione degli stili di vita, in tutte le sedi e a tutti i livelli.

Il PUA – Punto Unico di Accesso è il punto d'incontro tra il cittadino e il servizio sanitario e socio-sanitario; la COT – Centrale Operativa Territoriale coordina i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

La dotazione delle risorse della CdC, professionali e strumentali, dovrebbe superare la rigidità di standard, correlandosi al bacino di utenza e ai bisogni espressi nel territorio, stratificati per livelli di stato clinico-assistenziale (Agenas, 2021).

Osservazioni critiche

Per il rispetto delle direttrici appena esposte, sorgono alcune perplessità circa la coerenza tra gli intenti generali e la effettiva realizzazione.

Relative al nome

Il PNRR adotta, per la nuova struttura, l'appellativo di “Casa della Comunità”, che non appare propriamente espressivo della missione di salute, che essa deve assolvere.

L'allocuzione “Casa” esprime bene la molteplicità delle funzioni, che si svolgono nel domicilio, e il senso di appartenenza e di responsabilità, che caratterizza le persone che vi abitano.

La denominazione “Casa della Comunità” suona, invece, generale e generica, potendosi applicare, indistintamente, ai centri culturali, ai centri ricreativi, ai centri di aggregazione, ai centri socio-sanitari.

Per quanto il concetto di salute sia globale (bio-psico-sociale) ed estensivo (applicato a tutti gli ambiti di vita), merita comunque di essere menzionato; per questo, Brugnola e Capodilupo (2022), nel titolo del loro *ebook*, coniano il nome di “Casa della Salute della Comunità” (CSC), una dizione che integra i tre modelli che Longo (2022) indica come possibili alternative.

Relative alla funzione

Alla CdC sono riconosciute le funzioni di promozione della salute, di prevenzione, di presa in carico e di riabilitazione, rivolte all'intera popolazione, con particolare attenzione al *target* delle persone affette da malattie croniche non trasmissibili.

L'ampiezza e la destinazione delle funzioni fa considerare la CdC come “lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici” (Bocconi, 2021).

In quanto polo di servizi, la CdC ospita medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, punto di erogazione di assistenza infermieristica domiciliare, punto unico di accesso (PUA), servizio prelievi e centro unico di prenotazione, ambulatori specialistici, piccole urgenze e possibili moduli aggiuntivi.

La CdC è articolata in *hub* e *spoke*, comprendenti servizi obbligatori e servizi raccomandati, tra cui i servizi per la salute mentale e le dipendenze, i consultori familiari, la medicina dello sport, le vaccinazioni, con standard di dotazione del personale e di ore di apertura (Banchieri, 2021).

Così articolata, la CdC appare come un clone dei già Centri Socio-Sanitari di Base (CSSB) distrettuali, impegnati a svolgere servizi di primo livello e prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La CdC è sicuramente un luogo fisico di riferimento per la popolazione; tuttavia, deve riconoscersi per taluni caratteri distintivi, che superino il diffuso modello poliambulatoriale.

Relative all'integrazione socio-sanitaria

Le sollecitazioni all'integrazione tra l'ambito sociale e il sanitario, in ordine alla tutela della salute bio-psico-sociale della persona e della collettività, provengono da lontano: dal D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 -Decentramento amministrativo delle funzioni centrali, e dalla Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

I CSSB sono stati istituiti come aggregazione di servizi, nella supposizione che la co-presenza in un'unica sede realizzasse la collaborazione tra gli operatori e la ricomposizione dell'assistenza: in talune realtà, ciò può essersi realizzato; più frequentemente, i servizi si sono posizionati a silos, per sfera di competenza, e gli operatori hanno privilegiato la specificità professionale.

Le CdC prevedono la collaborazione tra le componenti istituzionali (servizi e operatori) e comunitarie (gruppi di interesse, associazioni di volontariato ecc.). La presenza in un'unica sede, da sola, non garantisce l'integrazione, da perseguire, piuttosto, attraverso la definizione di risultati attesi nel miglioramento della salute, mediante bilanci di salute, individuali e comunitari, e piani di assistenza, interdisciplinari e collettivi.

Psicologia nelle cure primarie, nella cronicità e nella salute di comunità

Il sistema sanitario italiano sta attraversando una fase di profonda trasformazione, caratterizzata da un crescente riconoscimento del ruolo della psicologia nei servizi territoriali (Tanini et al., 2025). L'aumento della domanda di supporto psicologico, la diffusione delle malattie croniche e le disuguaglianze territoriali rendono necessaria una maggiore integrazione delle competenze psicologiche nei servizi di prossimità.

Per inquadrare il contributo della psicologia alla salute nel territorio, è stata condotta una breve *review* narrativa con approccio

sistematico che ha attinto tre assi di ampia portata: psicologia nella *primary care*, psicologia nella cronicità, *community health psychology*.

La *review* si è avvalsa di una ricerca bibliografica su PubMed, Scopus, PsycINFO e riviste italiane, selezionando studi empirici, narrative *review*, report istituzionali e contributi teorici rilevanti e omettendo studi pediatrici non generalizzabili e interventi specialistici non territoriali; il periodo indagato spazia dal 2018 al 2024, accogliendo, tuttavia, anche apporti significativi da anni precedenti.

L'integrazione dello psicologo nella *primary care* italiana è in crescita. Studi condotti nel territorio nazionale mostrano che l'inserimento dello psicologo nei distretti sanitari e negli studi dei medici di medicina generale migliora la gestione dei disturbi d'ansia, depressione e somatizzazioni, riduce il ricorso improprio alle visite mediche e aumenta la soddisfazione dei pazienti (Vivit et al., 2023). Modelli internazionali confermano l'efficacia della collaborazione strutturata tra psicologi e *primary care providers* (Fisher & Dickinson, 2014). Ulteriori evidenze mostrano che l'integrazione della salute mentale nella *primary care* produce miglioramenti clinici e organizzativi anche in contesti ad alta complessità (Miller-Matero et al., 2018; Vohs et al., 2023).

Le malattie croniche rappresentano una delle principali sfide del SSN. La letteratura recente evidenzia come i fattori psicologici — autoefficacia, coping, catastrofizzazione del dolore, aderenza terapeutica — influenzino in modo significativo gli esiti clinici. Una narrative *review* del 2024 sottolinea l'importanza dei trattamenti multidisciplinari e del ruolo dello psicologo nella gestione del dolore cronico, evidenziando l'efficacia di interventi integrati e psicoeducativi (Kovačević et al., 2024). Nel contesto italiano, pertanto, l'invecchiamento della popolazione e la multimorbidità rendono cruciale l'inserimento dello psicologo nei percorsi di cronicità previsti dalle Case della Comunità.

La *community health psychology* offre un quadro teorico e operativo per affrontare i determinanti sociali della salute, particolarmente rilevanti in Italia. Gli interventi di comunità — gruppi di auto-aiuto, programmi di promozione della salute mentale, iniziative nelle scuole e nei quartieri — rappresentano strumenti essenziali per ridurre l'isolamento sociale, sostenere la gestione della cronicità e rafforzare le reti territoriali. L'approccio di comunità è sempre più integrato nelle

politiche sanitarie territoriali, sebbene la letteratura italiana sia ancora in fase di sviluppo (Murray & Campbell, 2003; Kagan et al., 2011).

I risultati evidenziano come la psicologia possa contribuire in modo significativo al rafforzamento degli interventi di salute nel territorio italiano. La *primary care* rappresenta un punto di accesso privilegiato per intercettare precocemente il disagio psicologico e supportare la gestione delle cronicità. La *community health psychology* amplia ulteriormente la prospettiva, integrando interventi individuali, familiari e comunitari. Sono note tuttavia talune criticità: assenza di un modello nazionale uniforme, necessità di momenti di formazione congiunta tra psicologi e MMG, sostenibilità economica dei modelli integrati.

Funzioni psicologiche nella Casa della Comunità

Incontro di approcci

La formazione psicologica, di base e specialistica, propone conoscenze e tecniche che permettono, nella pratica, l'applicazione del modello assistenziale *CCM – Chronic Care Model*.

A titolo esemplificativo, riprendendo le direttrici del CCM:

- l'approccio sistemico facilita la cooperazione fra tutti i produttori di servizi per malati cronici;
- la psicologia sociale apre all'analisi dei bisogni nel territorio e alla programmazione di interventi di comunità, per destinare risorse economiche e professionali a prevenzione e promozione di salute;
- le teorie - dinamiche, umanistiche, cognitive - guidano il *self-management*, l'*empowerment* anche psicologico e gli interventi di psico-educazione;
- la dinamica di gruppo sostiene il lavoro di rete e l'impegno multidisciplinare;
- la metodologia della formazione assiste i percorsi assistenziali EBM e *audit* scientificamente provati;
- la psicomatria sussidia la metodologia della ricerca;
- il *counselling* psicologico promuove l'*engagement*, per rendere i pazienti esperti e attivi;
- le teorie della comunicazione e la relazione *client centered* formano curanti proattivi.

Non si sta pensando a un profilo di psicologo “generalista” o “tutologo”; piuttosto si delinea un professionista che applica le sue conoscenze e competenze in un scenario composito, in cui la salute generale, “stato di benessere psico-fisico e sociale” (OMS, 1946), è concepita come “processo dinamico di promozione di fattori protettivi” (Carta di Ottawa, 1986), e la salute mentale come “capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive” (Conferenza de L’Aia, 2009; Huber et al., 2011), e come uno stato di benessere “grazie al quale le persone affrontano in maniera ottimale i molti stress della vita, possono realizzare il proprio potenziale, funzionare in modo produttivo e fruttuoso e sono in grado di contribuire alla loro comunità” (Ministero Salute, 2021).

La linea di tendenza è verso l’idea di “salute globale”, interessata alla triade uomo, animali e ambiente, che risponde ai principi enunciati nella 7ª Conferenza di Berlino 2018 “*One Planet, One Health, One Future*”, ripresi da OMS, FAO, Commissione UE, Missione 6 PNRR (Gruetzmacher, 2021).

I contenuti e gli strumenti offerti si allineeranno, pertanto, alla logica delle “4 P” (preventivi, predittivi, personalizzati, partecipativi), già sostenuta in biologia dei sistemi (Hood e Flores, 2012) e in sanità sistemica (Auffray et al., 2010).

Funzioni psicologiche nella core mission della CdC

Se si rivolge a un motore di intelligenza artificiale il quesito circa le funzioni della psicologia nella Casa della Comunità, la macchina risponde elencando l’ampia gamma di compiti che lo psicologo è deputato a svolgere: la valutazione, il supporto, la consulenza, la psicoterapia, la promozione del benessere, la prevenzione, la gestione delle crisi, l’educazione, la formazione, la collaborazione multidisciplinare.

La restituzione è così estesa, che, per quanto corretta, rischia di iscriversi in quell’agglomerato di discipline a canne d’organo, che caratterizza taluni poliambulatori nei CSSB.

La riflessione qui si focalizza sulle funzioni psicologiche rispetto alla *core mission* della CdC, tal quali configurate nel paragrafo precedente come peculiari e distintive.

L’area di prevenzione per la comunità si gioca prevalentemente sulla promozione di stili di vita salutari. Nel rapporto AIOM (2017), si sostiene che il 40% dei casi di tumore (146 mila diagnosi ogni anno,

in Italia) potrebbe essere evitato mediante stili di vita sani, controllo e riduzione dei cancerogeni ambientali, implementazione degli *screening*.

L'OMS sottolinea, quali fattori protettivi per la prevenzione dei tumori e delle malattie croniche, quattro corretti stili di vita: l'attività fisica, la dieta mediterranea, la cessazione / riduzione del fumo, l'astensione dall'abuso di alcol. Gli stessi sono enucleati nel DPCM 4 maggio 2007 del Ministero della Salute, che ha per titolo "*Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari*", proponendo un programma governativo trasversale.

In tale ambito, le competenze psicologiche si esplicano mediante la promozione del cambiamento intenzionale, perseguibile attraverso le tecniche dell'ascolto attivo e del colloquio motivazionale, a livello sia individuale che grupppale.

L'area degli *screening* validati di comunità e delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative, nel trascorso triennio di pandemia da COVID-19, ha registrato un dibattito, aspro anche tra studiosi e non sempre fondato nei *mass media*.

In tal ambito, il contributo psicologico confronta le molteplici resistenze, personali e collettive, che talora si oppongono alla pratica della prevenzione primaria: auto-consapevolezza del corpo come "macchina" perfetta, bisogno di percepirsi "sani", timore dello stigma di "fragilità" psicologica (p.e. persona ansiosa, ipocondriaca), scarsa attenzione a patologie (tumori, cronicità) a lento decorso, ambiente familiare non applicato alla prevenzione, assimilazione e appartenenza al gruppo (p.e. fumo, alcol), condivisione di una situazione comune/fatalismo (p.e. inquinamento), senso di impotenza per mancanza di risorse risolutive; e, anche, alla prevenzione secondaria e terziaria: regressione ("mi mette ansia"), formazione reattiva ("vedete? sto benissimo!"), negazione o rifiuto ("non mi riguarda"), razionalizzazione ("è una cosa inutile"), chiusura in sé ("non lo so fare"), distacco emotivo ("se capita, capita"), sfiducia / disimpegno rispetto ai cambiamenti politici e sociali, cui nel periodo pandemico si è innestata la compulsiva ricerca di informazioni (infodemia), talvolta anche inaccurate tali da rendere difficile orientarsi su un argomento.

L'area della cronicità comprende un insieme di malattie, che sono connotate dalla *National Commission on Chronic Illness* come "caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni

fisiologiche” (Cipolla, 2005, p. 76): le cardiopatie, l’ictus, il cancro, il diabete, le malattie respiratorie croniche, le malattie mentali, le dipendenze da sostanze (fumo, alcol, droghe) ecc.

Nel malato cronico possono alternarsi periodi di remissione, durante i quali i sintomi diminuiscono o sono maggiormente sopportati, e periodi di riacutizzazione o di peggioramento; in generale, è possibile trattare i sintomi, ma non guarire.

Le malattie croniche richiedono un diverso modello assistenziale rispetto alle malattie acute: su queste ultime, causate da agenti patologici riconosciuti, l’intervento è puntuale, mentre per le prime, determinate da fattori molteplici, è necessaria la presa in carico dei pazienti, continuativa e protratta, da parte della rete di servizi ospedalieri, distrettuali e socio-sanitari, che collaborano nell’attuazione dei PDTA - Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali.

Il PDTA, secondo il *Consensus Meeting* svoltosi in Slovenia nel dicembre 2005, è “una metodologia mirata alla condivisione dei processi decisionali e dell’organizzazione dell’assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito”. Esso si declina secondo le linee metodologiche proposte dall’*European Pathway Association* (EPA) e si struttura come piano di cura multidisciplinare, che sequenzia le fasi della gestione dei pazienti, indicando le professionalità competenti.

In tal ambito, la competenza psicologica rileva e si confronta con le quattro dimensioni che più frequentemente accompagnano le malattie croniche: l’ansia, la depressione, la qualità della vita, l’aderenza alle cure; talora vi si riscontra anche il disturbo post-traumatico da stress (Capodilupo, 2018).

Sommaruga (2019) propone interventi psicologici con carico differenziato, a seconda della minore o maggiore gravità della malattia cronica:

- paziente con malattia di lieve entità e con un buon adattamento psichico individuale, buona aderenza alle prescrizioni terapeutiche e buone risorse nel contesto familiare: intervento psicologico minimo psico-educazionale, con eventuale consulenza al *team* curante;
- paziente gravemente disabile, con buon adattamento psichico e il cui *caregiver* riporta un lieve disturbo dell’adattamento: intervento psicologico di bassa intensità;

- paziente con una patologia a bassa severità clinica e con una reazione soggettiva alla malattia di elevato distress personale e familiare e non aderenza alle prescrizioni di stili di vita: intervento psicologico elevato e interventi di consulenza al *team* curante;
- paziente con grave patologia e un livello di complessità assistenziale psicologica elevata: intervento psicologico con carico massimo, interazione con il *team* curante ed eventuale necessità/opportunità di attivazione della rete dei servizi sanitari e sociali.

Sebbene l'integrazione delle figure in un progetto di intervento socio-sanitario trovi enunciazione già nella legge di riforma sanitaria n. 833/78, e il DPCM - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 precisi le aree delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, tra cui le inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, non si sottacciano alcune criticità rispetto al coinvolgimento della figura di psicologo nelle aree della *core mission* della CdC:

- nel paragrafo 2 dell'allegato 1 al Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77, la cooperazione funzionale interdisciplinare della CdC definisce lo psicologo quale "referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete". Si afferma, ivi, che, nella Sanità di Iniziativa, "si debbano tener conto di tutti gli altri aspetti psico-comportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione", e che, "in un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche". Al paragrafo 10, tuttavia, gli psicologici compaiono, nelle Case della Comunità, tra gli "altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie", senza che ne sia indicato uno standard di presenza, come, invece, contemplato per medici di medicina generale, infermieri di comunità, assistenti sociali e personale di supporto amministrativo;
- la penuria o assenza dello psicologo nell'organico dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASL, deputato a promuovere la tutela della salute collettiva attraverso la prevenzione delle malattie, il miglioramento della qualità della vita e la sicurezza alimentare: ciò ne sminuisce la capacità di agente del cambiamento per lo sviluppo della comunità;

- l'impostazione medicalizzata delle vaccinazioni e degli screening di comunità, sebbene si registrino elusioni anche a motivo di resistenze psico-sociali, individuali e collettive;
- la composizione di PDTA con la previsione di fasi e di esiti meramente sanitari, ignorando gli aspetti sociali e psicologici delle malattie croniche.

Non si sottace, neppure, per converso, che, nella pratica diffusa, lo psicologo si mostra assorbito dal modello medico ambulatoriale, più occupato nella clinica e meno impegnato nelle funzioni di educazione e di *empowerment* di comunità.

La bussola per una nuova impostazione di lavoro si trova nella Carta di Ottawa (1986), che definisce la promozione della salute come “il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla”, accendendo il faro su cinque obiettivi: costruire una politica pubblica per la salute; creare ambienti favorevoli; dare forza all'azione della comunità; sviluppare le abilità personali; riorientare i servizi sanitari.

Strumenti valutativi e di intervento

Tra gli strumenti generali di valutazione, che possono impiegarsi nelle aree psicologiche della *core mission* della CdC, possono prendersi in considerazione:

- *Perceived Stress Scale* (Cohen & Williamson, 1988), in versione a 10 item, con risposte su 5 punti di scala Likert, da “mai” (0) a “molto” (4); p.e., “Ultimamente, quanto spesso ti sei sentito nervoso o stressato?”;
- HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983), entrambe le scale comprendenti 7 item, con risposta su 4 punti di scala Likert, da 0 “mai” a 3 “molto spesso”: p.e. “Pensieri di preoccupazione mi passano nella mente” (per l'ansia) e “Mi sento come se scivolassi giù” (per la depressione);
- *Post-Traumatic Symptom Scale* (PTSS-10) di Raphael, Lundin & Weisæth (1989) e *Revised Impact of Event Scale* – IES di Horowitz (1979 e 1980);
- *Short Form-36* (SF-36), strumento di misura della QOL – *Quality of Life* più conosciuto e più usato in letteratura, sviluppato negli anni '80 (Ware et al. 1986; Ware & Sherbourne, 1992) o la sua versione ridotta SF-12.

Per ciascuna delle malattie croniche, inoltre, sono disponibili strumenti valutativi specifici (Capodilupo, 2020).

Tra gli interventi si menzionano:

- il modello transteorico di Prochaska, Norcross e Di Clemente (2007), secondo il quale si coglie la disponibilità delle persone al cambiamento, mediante l'analisi dei primi due stadi (pre-contemplazione e contemplazione), la loro volontà di cambiare nel terzo stadio (determinazione), la messa in atto e la perseveranza nel cambiamento negli stadi quarto e quinto (azione e mantenimento), la prevenzione delle ricadute e il recupero di azioni regressive nel sesto stadio (ricaduta). Ragazzoni et al. (2014), in un quaderno curato per conto della regione Piemonte, lo propongono come utile in contesti di gruppo per differenti fasce di età e ne riportano alcune applicazioni per favorire una dieta che riduca il sovrappeso, per smettere l'abitudine al fumo e per promuovere l'attività fisica;

- il *problem solving* strategico, articolato per passi e idoneo a sviluppare abilità nell'affrontare problemi:

problem finding: rendersi conto del disagio;

problem setting: inquadrare la questione in termini precisi, trasformando il disagio in un problema ben definito;

problem analysis: scomporre il problema principale in problemi secondari;

problem solving: eliminare le cause e rispondere alle domande poste dal problema;

decision making: decidere come agire in base alle risposte ottenute;

decision taking: passare all'azione;

- la psico-educazione, come insieme organizzato di interventi basati sulle evidenze scientifiche. Il modello, iniziato in ambito psichiatrico, prevede almeno due sedute informative a domicilio, di cui la prima verte sul disagio/disturbo psichico e sulla sua diagnosi, e l'altra sulle modalità di trattamento (psicologiche, psicosociali e farmacologiche); segue una serie di incontri tesi a fornire alla persona portatrice del disturbo e alla sua famiglia abilità specifiche per la gestione del disturbo. La novità sta nel considerare la famiglia come una risorsa per fronteggiare e risolvere i problemi relativi al disturbo, affidando parte dell'intervento alle figure professionali di base (Falloon, 1992). Una recente analisi sistematica *Cochrane*, che ha analizzato 44 *trial* condotti con 5.142 pazienti in ambito psichiatrico, ha confermato che la psico-

educazione non solo riduce le ricadute, ma fa anche diminuire i ricoveri ospedalieri ripetuti, migliora l'adesione ai farmaci, riduce la lunghezza della degenza (Xia et al., 2012 e 2017). Lo schema del modello, adattato, può essere applicato anche ai disagi minori e alle malattie croniche;

- le strategie di *coping*, centrate sul problema (*problem-focused*), per modificare la situazione e prevenire o ridurre la fonte dello stress, e sulle emozioni (*emotion-focused*), volte a ridurre i riflessi affettivi della percezione dello stress, quali il prendere le distanze dalla situazione, il cercare un sostegno sociale, ovvero orientate all'evitamento (*avoidance-oriented*), mediante comportamenti di fuga di fronte alla situazione stressante (Lazarus et al., 1974), o ancora il *coping* proattivo (Aspinwall e Taylor, 1997), attuato cioè prima di incontrare eventuali eventi stressanti;

- le forme di *counselling*, di terapie a seduta singola (Hoyt, 2014) e di terapie brevi, fondate su basi teoriche anche diversificate.

Conclusione

L'attenzione alle CdC, in questo contributo, ne ha focalizzato le funzioni essenziali e distintive.

La co-progettazione di piani assistenziali integrati a livello organizzativo, professionale e comunitario, costruisce l'immagine di una sanità nuova, non più frammentata e attendista, ma unitaria e proattiva.

Lo psicologo, in tal contesto, ha provate conoscenze e competenze, da valorizzare.

Il punto di forza attribuibile alla presenza dello psicologo nelle Case della Comunità sta nella opportunità offerta dalla sua visione del benessere globale e unitario, che può sostanziare la innovata concezione di salute definita dalla Carta di Ottawa (1986) come processo di promozione dei fattori protettivi e nei principi di Berlino (2018) come "*One Health*" integrata nel "*One Planet, One Future*".

Le implicazioni per la pratica clinica consistono nella presenza stabile dello psicologo nel territorio, nell'offerta di interventi brevi e focalizzati, nel supporto alla cronicità, negli interventi di comunità, nella proposta di percorsi formativi congiunti con i MMG.

Un punto di debolezza per lo psicologo, assunto nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale con il titolo di specializzazione (per lo

più in psicoterapia), sta nel suo non auspicabile posizionarsi nella sola riserva clinica.

Buone prospettive, rispetto alla penuria di menzione dello specialista psicologo nel Decreto del Ministro della Salute del 23 maggio 2022, n. 77, si preludono con la istituzione della figura dello psicologo di base o di comunità, già operativa in varie regioni e in attesa della piena regolamentazione nazionale, prevista dal PANSM - Piano di Azione Nazionale Salute Mentale 2025–2030, approvato il 29 dicembre 2025 dalla Conferenza Unificata di Stato, Regioni, Città e autonomie locali.

In tal modo, non solo si ripara a una falla nella composizione del team multidisciplinare integrato, operante nella Casa della Comunità; si completa, anche, la proattività preventiva con la propulsione della spinta motivazionale e la presa in carico e continuità assistenziale con l'attenzione e la cura del benessere psico-fisico-sociale.

Allo psicologo si chiede di dotarsi di una formazione aperta alle dimensioni individuali e di comunità, cliniche e organizzative, riparative e proattive preventive.

Bibliografia

AGENAS “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, bozza del 13 luglio 2021, (cosiddetto “DM 71”, poi Delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2022).

Aspinwall L.G., Taylor S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.

Auffray C., Charron D., Hood L. (2010). Predictive, preventive, personalized and partecipatory medicine: back to the future. *Genome Med*, 2:57.

Banchieri, G. (2021). Case di Comunità. Facile a dirsi...più difficile a farsi. Ecco una road map per farle sul serio. *Quotidiano Sanità*. In rete a questo link: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101059 (ultimo accesso: 12/12/2023)

Banchieri, G. (2023). Monitoraggio PNRR. I conti continuano a non tornare. *Quotidiano Sanità*. In rete a questo link: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116756 (ultimo accesso: 12/12/2023)

Barr, V.J. et al. (2003). The Expanded Chronic Care Model. An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, Vol. 7, n. 1, 73-82.

Bocconi Univ. (2021). Case di comunità, la sanità che verrà con il Pnrr, webinar del 27 ottobre 2021. *RIF Day*. In rete a questo link: <https://www.rifday.it/2021/10/27/case-di-comunita-la-sanita-che-verra-con-il-pnrr-webinar-della-bocconi/> (ultimo accesso: 12/12/2023)

Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness, *Journal of the American Medical Association*. 288, 1775–1779.

Brugnola, F., Capodilupo, A. (2022). *Dalle Case della Salute alle Case della Salute della Comunità. Ripresa delle reti professionali e comunitarie*. Cagliari: EbookECM.

Capodilupo A. (2018). Cooperazione psicologo-medico a beneficio della salute e della sanità, Self-editing Il Mio Libro, Roma: GEDI gruppo editoriale.

Capodilupo A. (2020). *Psicologia nelle cronicità*. EbookEcm

Carta di Ottawa per la promozione della salute (*Ottawa Charter for Health Promotion*). Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. Ottawa, Canada, 7-21 novembre 1986.

Cipolla, C. (2005) (a cura di). *Manuale di sociologia della salute. III. Spendibilità*. Milano: Franco Angeli.

Clement, M.C. (2009). Les maisons de santé: un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux, *Santé publique*. 07/08; (sup.4): S79-S90.

Cohen S., Williamson G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In: S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.). *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA, Sage, 31-67.

Conferenza 7^a di Berlino (2018). *Qualitative Research on Mental Health: Rising to a Global Challenge*. 20-22 settembre.

Conferenza Internazionale ("Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health.'") svoltasi a L'Aia (Olanda) il 10 e 11 dicembre 2009.

Delanoe, J.Y., Offrey, C. (2011). Maisons de santé pluri-professionnelles: acteurs et financeurs. *La revue hospitalière de France*. n° 542, 2011/09-10, 68-71.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 96(4286): 129-136. doi: 10.1126/science.847460

Falloon I.R. (1992). *Intervento psico-educativo integrato in psichiatria*. Erickson, Trento.

Fisher, L., & Dickinson, W. P. Psychology and Primary Care: New Collaborations for Effective Care. *American Psychologist*. 2014 May-Jun;69(4):355-63. doi: 10.1037/a0036101.

Gruetzmacher K. et al. (2021). The Berlin principles on one health – Bridging global health and conservation. *Science of The Total Environment*. Volume 764, 10 April. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.142919>

Ham, C. (2010). The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics, Policy and Law*. 5, 71-90.

Hoyt M.F. (Ed.) (2014). *Capturing the moment: Single session therapy and walk-in*, Bancyfelin (Camarthen), Crown House Publishing.

Hood L., Flores M. (2012). A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory. *N Biotechnol*, Mar 18.

Horowitz M., Wilner N., Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosom Med.*, 41(3): 209-18. doi: 10.1097/00006842-197905000-00004

Horowitz M., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 37:85-92.

Huber M. et al. (2011). How should we define health? *BMJ*; 343: d4163

Kagan, C., Burton, M., Duckett, P., Lawthom, R., & Siddiquee, A. (2011). *Critical Community Psychology*. Wiley-Blackwell. doi:10.4324/9780429431500

Kovačević, I., Pavić, J., Filipović, B., Ozimec Vulinec, Š., Ilić, B., & Petek, D. (2024). Integrated approach to chronic pain—The role of psychosocial factors and multidisciplinary treatment: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Aug 28;21(9):1135. doi: 10.3390/ijerph21091135.

Lautru, M.A. (2010). Coopération entre professionnels de santé. Perspectives de déploiement, *Revue hospitalière de France*. n° 533, 2010/03-04, 70-72.

Lazarus R.S., Averill J.R., Opton E.M. (1974). The Psychology of Coping: Issue of Research and Assessment. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, J.E. Adams (Eds.). *Coping and Adaptation*. Basic Books, New York.

Longo, F. (2022). Le vocazioni della Casa della Comunità: quale selezionare per il singolo territorio? Milano, CERGAS Bocconi, 21 gennaio. In rete a questo link: https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Longo_Dalle%20CdS%20alle%20CdC_.pdf?VersioId=YaLc1ZZXagi7eoqECSwgyEIj8st5h4gp

Maciocco, G. (2011). Modelli assistenziali innovativi in un documento canadese. L'approccio focalizzato sulla persona (person-focused care). *Salute Internazionale.info*. 2011-06-23.

Martin, J.C., Avant, R.F., Bowman, M.A. et al. (2004). The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. *Annals of Family Medicine*. (2 Suppl) 1: S3-32.

Martin-Moreno, M. (2009). Spain: a decentralized health system in constant flux. *BMJ*. 338: 883-886.

Miller-Matero, L. R., Khan, S., Thiem, R., DeHondt, T., Dubaybo, H., & Moore, D. (2018). Integrated primary care: patient perceptions and the role of mental health stigma. *Primary Health Care Research & Development*, Jun 19:20: e48. doi: 10.1017/S1463423618000403.

Ministero Salute (2020). *Per una Salute Mentale di comunità*. Seconda Conferenza Nazionale per la Salute Mentale. Roma 26-26 giugno.

Murray, M., & Campbell, C. (2003). Community health psychology: Promoting analysis and action for social change. *Journal of Health Psychology*. April 9(2):187-95. doi: 10.1177/1359105304040886

OMS (1946). *Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità*. Approvata dall'Assemblea federale il 19 dicembre 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948.

Prochaska J.O., Norcross J.C., Di Clemente C.C. (2007). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. William Morrow Paperbacks – Harper Collins, New York.

Ragazzoni P. et al. (2014). *Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni Modello Transteorico di Di Clemente e Prochaska*. DORS - Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Aslto3, regione Piemonte (2^a ed.).

Raphael B., Lundin T. & Weisæth L. (1989). A Research Method for the Study of Psychological and Psychiatric Aspects of Disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. No. 353, Vol. 80.

Rei, D. (1996). Verso un paradigma del lavoro di comunità. AA.VV., *Il lavoro di comunità. La mobilitazione delle risorse nella realtà locale*. Torino: EGA.

Rei, D. (2001). Sviluppo locale e animazione di comunità. *Animazione sociale*. 6/7 - giugno luglio, 11-17.

Sommaruga M. (2019). L'intervento dello psicologo con le persone adulte, Relazione al Meeting nazionale "Psicologi nella Cronicità", Roma, 7 giugno.

Tanini, M., Pistoia, C. Matarrese, D., Leone, S. (2025). Verso un Servizio Pubblico Nazionale di Psicologia e un Piano Nazionale per la

Salute Mentale 2025 –2030. Consultabile su: <https://www.stateofmind.it/2025/10/servizio-pubblico-nazionale-psicologia/>

Vallancien, G. (2011). Maison de santé et hôpital: une chance, deux scenarios. *La revue hospitalière de France*. n° 540, 05-06, 52-53.

Vivit, B., Chiri, L. R., Ciotti, E., Patierno, C., Gallo, G., Chiappelli, M., et al. (2023). The impact of psychological assistance in Italian Primary Care: Data collected from 2016 to 2018 in the district of Bologna. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. Vol 11, No 1 (2023), 1-12. doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3593

Vohs, J. L., Shi, M., Holmes, E. G., Butler, M., Landsberger, S. A., Gao, S., et al. (2023). Novel approach to integrating mental health care into a primary care setting: Development, implementation, and outcomes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Volume 30, 3–16. doi.org/10.1007/s10880-022-09882-9

Wagner E.H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1, 2–4.

Ware J.E., Kosinski M., Bayliss M.S., Mc Horney C.A., Rogers W.H., Raczek A. (1986). Comparison of methods for scoring and statistical analysis of SF-36 health profiles and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, n.33, AS264-279.

Ware J.E., Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF36): conceptual framework and item selection. *Medical Care*, n.30: 473-483.

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*.

Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. (2012). Psychoeducation added to standard treatment for schizophrenia reduces relapse. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 37 no. 1 pp. 21–22.

Xiao F., Song X., Chen Q., Dai Y., Xu R., Qiu C., Guo Q. (2017). Effectiveness of Psychological Interventions on Depression in Patients after Breast Cancer Surgery: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Breast Cancer*, Vol. 17, Issue 3, 171-179.

Zigmond A.S. & Snaith R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, Jun;67(6):361-70.