

Gli psicologi nel welfare della salute: policy taker o policy shaper?



A. Claudio Bosio*

Riprendiamo la riflessione introdotta con l'editoriale 1/26 della Rivista che concludeva auspicando “un ruolo più incisivo degli psicologi dentro il percorso di policy making della salute”. Ricordiamo anzitutto i punti salienti dell'analisi a sostegno di questo auspicio.

- È cresciuta negli anni la domanda di salute psicologica espressa dalla popolazione. Una crescita percepibile sia sul piano quantitativo (dimensione della domanda) sia su quello qualitativo (sviluppo di un approccio culturale inclusivo delle pratiche di cura/prevenzione/promozione del benessere psicofisico, nonché di una mutata attenzione al rapporto uomo-ambiente in prospettiva salutogenica).
- Al contempo è aumentata la distanza fra la domanda sociale di salute psicologica e l'offerta messa in campo dal welfare. Anche qui osserviamo segnali sia sul piano quantitativo (stagnazione delle risorse psicologiche disponibili nel welfare) sia su quello qualitativo (difficoltà a rigenerare i contenuti dell'offerta pubblica in risposta al nuovo configurarsi della domanda di salute psicologica).
- A fronte di queste tendenze di medio periodo, con il 2026 sono comparse due proposte normative destinate ad avere un impatto sul design istituzionale dell'offerta di salute psicologica nei prossimi anni: da un lato l'approvazione del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 (PANSM), da un altro lato l'incardinamento in sede parlamentare di una proposta di legge di iniziativa popolare per la creazione di una Rete Psicologica Nazionale (“Diritto a Stare Bene” – DSB). Due proposte accomunate da una certa affinità di sguardo sulla salute (in chiave bio-psico-sociale e in prospettiva *one health*) nonché dalla propensione a

* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore. Largo Gemelli 1, 20143 Milano. E-mail: claudio.bosio@unicatt.it

prospettare analoghe traiettorie di cambiamento nell'offerta di salute del welfare (sviluppo di servizi di prossimità territoriale e di comunità, potenziamento delle attività di prevenzione e di intervento precoce sui fattori di rischio per la salute di individui e aggregati sociali, ...). E tuttavia, al di là di queste affinità, due proposte significativamente diverse sul piano attuativo, destinate ad orientare differentemente l'implementazione dell'offerta. Il PANSM, in continuità con la sua storia pregressa originata con la legge Basaglia 1978/1801e con la prima edizione 2013 del PANSM, appare ancorato al contesto psichiatrico (Dipartimento di Salute Mentale) quale organizzatore delle pratiche e delle culture professionali. Il DSB, prefigurazione futuribile dell'offerta pubblica di salute psicologica, prospetta un'organizzazione autonoma delle professionalità psicologiche integrate nel welfare (Dipartimento per il Benessere Psicologico); un dipartimento unitario e al contempo articolato in diversi contesti operativi entro cui si definiscono i vari posizionamenti dell'offerta psicologica e i profili di expertise richiesti (Scuola, Servizi Sociali, Case di Comunità, Servizi delle Cure Primarie, Ospedale, Lavoro, Sport, Sistema Penitenziario, ...). Pur se con finalità diverse (programmatica e di breve-medio periodo nel caso del PANSM, scenaristica e di medio-lungo nel caso del DBS) le due proposte sembrano destinate ad entrare in un confronto serrato: non solo per la loro compresenza temporale nell'agenda del welfare ma anche per il rimando a obiettivi contemporaneamente simili nel contenuto e diversi nelle ricadute operative (sottolineiamo la connessione). Pare inoltre altrettanto plausibile ipotizzare che tale confronto possa portare a contrapposizioni conflittive fra attori coinvolti nel management attuativo del welfare (psichiatri e psicologi in primis ma non solo): un esito da valutare attentamente anche perché, al di là di altre considerazioni, da ciò potrebbe derivare un aumento dell'inerzia nell'offerta di salute del welfare a scapito delle opportunità di cambiamento che probabilmente saranno poste in gioco.

Il nostro auspicio per un maggiore engagement degli psicologi nel *policy making* della salute parte da qui. Alle note che seguono il compito di proporre qualche affondo sul percorso che ci attende.

1. Snodi di percorso

Partecipare a un progetto di *policy making* in generale significa essere presenti in un percorso decisionale partecipato da istituzioni e altre organizzazioni attraverso loro rappresentanti designati. Con riferimento al nostro caso, un percorso articolato su diversi snodi:

- messa a punto degli obiettivi che definiscono gli scopi del progetto;
- sviluppo di un disegno attuativo coerente con gli obiettivi in grado di: specificare il/i contesto/i di servizio entro cui veicolare l'offerta, determinare le pratiche erogate nel/i contesto/i, identificare i mezzi (materiali e immateriali) necessari al raggiungimento degli obiettivi, monitorare i risultati ottenuti e il valore generato dai risultati (intrinseco agli obiettivi, di tipo sociale ed economico).

A fronte dell'agenda 2026 sull'offerta psicologica di welfare (PANSM e DBS), una domanda: come si intende governare il compito? Ci riferiamo anzitutto alla comunità degli psicologi poiché la rilevanza del tema sembra richiedere un coinvolgimento ampiamente corale e condiviso non risolvibile in termini di pura delega alle organizzazioni istituzionali che la rappresentano.

2. Snodi di processo

Sempre in generale, un'azione di *policy making* si deve confrontare con un ulteriore livello di complessità allorché si passa dal disegno formale del progetto a una sua traduzione operativa. Tale passaggio non pare gestibile attraverso una semplice operazione di “fotocopiatura nel concreto” del disegno formale; piuttosto, la gestione di questo snodo sembra richiedere una sorta di “riscrittura di fatto” del progetto in relazione a variabili di campo che impattano sul cantiere di lavoro. Una riscrittura che tocca i momenti progettuali ancora da affrontare (in particolare, gli outcome finali) ma anche in modo riflessivo i momenti progettuali precedenti (in particolare, gli obiettivi). Di fatto, la transizione “dal dire al fare” mette in moto una dinamica degli eventi regolata dal procedere nel tempo dell'esperienza attuativa e dalle azioni poste in gioco dai partecipanti al processo. Insomma, un efficace management del percorso pare determinante al fine di assicurare il buon esito complessivo dell'operazione. In questa prospettiva può sorprendere (ma non troppo!) constatare come l'impegno a “scrivere un progetto “possa concludersi solo alla fine del processo con la definizione dei risultati.

Proviamo ora a calare queste indicazioni di ordine generale sull'azione di *policy making* oggetto della nostra riflessione. Formalmente il 2026 si configura come anno zero del processo attuativo ma in realtà già al momento di avvio si configura un contesto denso di segnali di cui farsi carico. Alcuni richiami esemplificativi al riguardo, senza pretese di completezza.

- Come già sottolineato nell'agenda 2026 sono presenti due dispositivi normativi – attuale (PANSM) e potenziale (DBS) – che insistono su temi comuni prospettandone sviluppi operativi piuttosto differenti. Come

gestire questa compresenza avendo chiara l'esigenza di parlare fin dall'inizio una sola lingua per il raggiungimento di obiettivi condivisi e in linea con il patrimonio culturale, scientifico, professionale sviluppato dagli psicologi nell'area della salute? Detto altrimenti, come attivare un intreccio (forse anche di rammendo) fra le due proposte posto che si voglia raggiungere risultati consistenti di medio-lungo periodo?

- Un altro segnale di contesto. A partire dal 2020 almeno nove Regioni italiane hanno già deliberato in modo autonomo sul tema prospettando per il loro territorio l'introduzione di servizi di psicologia di base e cure primarie (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana). Ne è seguito l'avvio di esperienze attuative certamente importanti ma prive di una sintassi di fondo condivisa; il che arricchisce ma complica la costruzione di un efficace rapporto fra quadro nazionale (da costruire) e percorsi regionali (già partiti). Mentre scriviamo, peraltro, il CNOP informa di una sua proposta (cfr. Newsletter 9-6-26) di portata nazionale che considera anche le esperienze regionali pregresse: un tema da riprendere ed approfondire per costruire una buona connessione "uno-molti" quale quella prevista dal nostro sistema di welfare.
- Ulteriori indicazioni infine giungono dai movimenti messi in atto sul versante della formazione dello psicologo delle cure primarie. Un segnale (critico) arriva dalle Scuole di Specializzazione in Psicologia della Salute (strutture accademiche elettivamente dedicate a farsi carico di questo obiettivo formativo). Nel momento in cui scriviamo (inizio giugno) non è ancora nota la determinazione delle risorse di cui esse potranno disporre nel 2026 per avviare la loro attività (in particolare del numero di borse di studio per specializzandi da cui dipenderà l'estensione dell'azione formativa). Peraltro, sempre con riferimento all'università, non si hanno segnali circa l'avvio di una riflessione organica da parte dei Corsi di Laurea Magistrale in Psicologia (incaricati di una formazione professionalizzante) nell'area della salute. Ricordiamo che circa l'80% degli psicologi italiani è oggi impegnata in attività professionali entro quest'area. A fronte di queste assenze, si registra qualche iniziativa in ambito extra-universitario con l'istituzione di nuovi corsi di formazione per psicologi nell'ambito delle cure primarie. In sintesi: siamo di fronte a segnali che, oltre ad informarci sulle difficoltà che incontra il disegno formativo per un'area professionale di primaria importanza per gli psicologi, ci dicono anche qualcosa sulla necessità di coordinare con il disegno generale di un progetto specifiche aree di attuazione. In questo caso, l'area formativa: aspetto essenziale per dare credibilità ad una professione sul piano dei fondamenti scientifico-metodologici e delle competenze richieste.

Attenzione, dunque, agli sviluppi attuativi (e micro-attuativi!) e all'impatto che essi hanno in termini sistemici sulla realizzazione complessiva di un progetto di offerta di salute psicologica nel welfare.

3. Policy taker o policy shaper?

Abbiamo sin qui cercato di tratteggiare i livelli di complessità che un'azione di *policy making* pone in campo: in generale e con specifico riferimento al progetto che ci interessa. Ciò per sostenere una assunzione di impegno sul compito e non certo indulgere ad una sua dismissione.

Peraltro, da sempre l'azione di *health policy* ha dovuto confrontarsi con questa complessità, sin dalle prime esperienze degli anni '70. Riflettendo sulla storia che ne è seguita, quali indicazioni possiamo proporre agli psicologi per la costruzione di una loro offerta di salute nell'ambito del welfare? Due punti meritano di essere qui ripresi.

In primo luogo, la progressiva marcatura delle differenze fra dispositivo normativo e attuativo posti alla base di un progetto. Il primo, un artefatto legislativo, ovvero una cornice formale finalizzata a governare un progetto con riferimento alle funzioni di autorità, direzione, controllo (*government* nel lessico originario). Il secondo, uno sviluppo operativo comprensivo di un disegno realizzativo del progetto e del suo processo di gestione (*governance*, nel lessico originario). Va da sé che mentre l'azione di governo pertiene ad una autorità statale (politici, burocrati) dotata del potere di legiferare, l'azione attuativa e di *governance* pone in gioco vari attori (istituzioni, imprese associazioni, portatori di saperi e di *expertise*, cittadini) aventi causa ad intervenire con funzione di implementazione, processazione del percorso e costruzione degli *outcome* attesi. L'esperienza di health management realizzata in questi anni sta marcando sempre più l'esigenza di creare una buona interazione fra i due momenti. Si sottolinea in particolare la opportunità di operare un aggiornamento in progress anche del momento normativo sulla base di una riflessione ricavata dall'esperienza attuativa per facilitare l'efficacia dei passaggi fra "il dire e il fare".

In secondo luogo, stiamo parlando di aggiustamenti di modello destinati ad avere anche un impatto sulla rimodulazione del ruolo degli attori impegnati in un progetto di *health policy*. Più in dettaglio, in ambito internazionale ma anche nazionale¹ si sottolinea l'opportunità di sostenere un passag-

¹ Con riferimento all'Italia cfr. ad es.:

- Brunazzo, M. (2007). Da "policy-taker" a "policy-shaper". L'europeizzazione della politica regionale dell'Italia. *Rivista italiana di scienza politica, Italian Political Science Review*, 2: 233-260. DOI: 10.1426/24699

gio di ruolo degli attori trasformando la loro posizione di *policy taker* in quella di *policy shaper*: da esecutori di linee guida deliberate altrove a partecipanti attivi alla formulazione delle regole (attraverso interventi istituzionali, lobbistici o di rappresentanza) costitutive di un testo normativo (legge o linee guida programmatiche). Il punto ovviamente non tocca soltanto la capacità autoriale degli psicologi ma di tutti i protagonisti aventi causa nella costruzione di un'offerta psicologica di salute nel sistema di welfare. Lasciamo sullo sfondo il punto (necessariamente prodromico ad una riflessione più approfondita sulle modalità di incontro fra attori portatori di interessi, culture, e competenze diverse) per rimettere al centro dell'attenzione la comunità scientifico-professionale degli psicologi.

Come sostenere la loro capacità di *agency* atta a generare una buona offerta di salute nel sistema di welfare in un momento storico in cui è palese la distanza tra domanda sociale di salute psicologica e risposte del welfare? Alla riduzione di questo divario è auspicabile ci si possa dedicare da subito, mettendo a fuoco in modo consensuale e proattivo una risposta ai temi che l'agenda di welfare 2026 porta alla nostra attenzione.

- Stoney, C., Asquith, A., Kipper, K., McNeill, J., Martin, J. and Spano, A. (2023). Policy-making, policy-taking, and policy-shaping: Local government responses to the COVID-19 pandemic. *Australian Journal of Public Administration*, 82: 440–461. DOI: 10.1111/1467-8500.12585

- Stoney, C., Asquith, A., Kipper, K., Gheduzzi, E., Savarese, M., Mangini, A., Mitidieri, S., Paleologo, M., Masella, C. and Graffigna, G. (2024). Co-producing and co-assessing a new service solution for enhancing health and social care integration: a participatory research protocol. *BMC Health Serv Res.*, 24(1): 1103. DOI: 10.1186/s12913-024-11598-5

- Cinelli, G. and Fattore, G. (2024). The 2022 community-based integrated care reform in Italy: From desiderata to implementation. *Health Policy*, 139: 104943. DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104943