Osservazioni sul Piano di Azione Nazionale sulla Salute Mentale 2025-2030 (PANSM)

Il **PANSM 2025-2030** definisce modelli organizzativi e strategie operative per la promozione, prevenzione, cura e riabilitazione in salute mentale in tutte le fasce d'età, con attenzione prioritaria ad alcuni capitoli tematici di particolare rilevanza sociale.

Assunti del PANSM
L'AIP apprezza favorevolmente gli assunti qualificanti del Piano, principalmente il riferimento al **Modello Biopsicosociale** e a quello ***One Health***. Il primo, nel riconoscere il ruolo integrato dei fattori biologici, psicologici e ambientali nella determinazione delle condizioni di benessere, salute e malattia, va oltre la dimensione clinica per includere i contesti relazionali e psicosociali dell'individuo e, di conseguenza, una pluralità interagente di metodi e profili professionali. La prospettiva *One Health* rafforza il concetto che la salute non sia di competenza esclusiva del sistema sanitario, ma un obiettivo trasversale che coinvolge l'insieme delle politiche pubbliche, sociali, educative, lavorative, ambientali (e sanitarie), in un'ottica integrata e intersettoriale.

Un ulteriore assunto qualificante del Piano è il riferimento ai **percorsi di promozione, prevenzione e cura**, con l'intenzione dichiarata di superare il riferimento esclusivo alla psicopatologia e ai percorsi di cura nei Dipartimenti di Salute Mentale, prediligendo un approccio multidimensionale e multidisciplinare lungo l'intero arco di vita, con modelli di intervento differenziati e reti di riferimento specifiche per le diverse fasi dello sviluppo, dall'infanzia all'età adulta fino alla senescenza, in base alla peculiarità dei bisogni e delle risorse proprie di ciascun momento evolutivo. Questa lettura longitudinale è coerente con il *World Health Organization Global Mental Health Action Plan 2013-2030*, che pone l'accento su prevenzione e intervento precoce lungo l'intero ciclo di vita, spostando il focus dal trattamento del disturbo conclamato all'individuazione e intercettazione dei fattori di vulnerabilità nei passaggi evolutivi critici (dalla prima infanzia alla senescenza). Nel modello è implicito anche il riconoscimento della variabilità, articolazione e gradualità degli interventi adottati e dei relativi strumenti di valutazione, capaci di cogliere e rispondere in modo personalizzato al bisogno di salute mentale. Di conseguenza, esso richiede una logica organizzativa "a matrice": gli interventi diventano progressivamente più intensi, multiprofessionali e continuativi in relazione alla complessità del bisogno. A questa gradualità si può ancorare anche la tradizionale pluralità di funzioni dell'azione professionale in salute mentale, integrando almeno tre obiettivi strategici: promozione del benessere e della salute, prevenzione, cura.

Infine, il Piano attribuisce ampio rilievo al ruolo dello psicologo e dello psicoterapeuta lungo l'intero ciclo di vita, riconoscendone la specifica competenza e la presenza trasversale nella matrice organizzativa dei servizi e nei processi di integrazione sociosanitaria. A tal fine il piano stesso ravvisa la necessità di una **collaborazione organica tra l'Università e le Agenzie Sanitarie nazionali** sia sul versante della *ricerca* sia su quello della *formazione* (che non possono limitarsi solo all'area della psichiatria) come presupposto per un collegamento organico fra la professione, la ricerca psicologica e la formazione

Punti di riflessione critica
Riconoscendo il valore di tali assunti, la comunità scientifica accademica rappresentata nell'AIP, anche in considerazione della proficua interlocuzione intercorsa con il Tavolo Tecnico per la Salute Mentale del Ministero della Salute propone alcuni punti di riflessione.

1- Il Piano sviluppa con attenzione il ruolo del sistema sanitario nella tutela della salute mentale. Tuttavia, gli assunti sopra richiamati e, in particolare, gli obiettivi connessi alla promozione e alla prevenzione, suggeriscono la necessità di **ancorare l'azione sanitaria all'interno di un più ampio sistema di welfare sociosanitario per il benessere psicologico, fondato sulla cooperazione tra diverse agenzie sociali e istituzioni:** scuola, università, mondo del lavoro, terzo settore e famiglia. Si tratta di un modello di prossimità capace di valorizzare le risorse presenti nei contesti di vita e nelle istituzioni sociali lungo tutto il corso dell'esistenza. La collocazione delle attività nelle Case di comunità e nei Distretti di cure primarie, oltre che nei Dipartimenti di salute mentale, ben si presta a tale obiettivo.

2- Un esempio concreto di ancoraggio del sistema sanitario a contesti sociali e istituzioni è rappresentato **dalla rete dei servizi accademici di counseling psicologico (SPCA) e dei Servizi Psicologici Universitari**, presenti nel 96.6% degli Atenei (Bastianoni et al., 2024; rapporto CRUI 2024). Le attività sono prioritariamente rivolte alla popolazione studentesca universitaria e, in misura minore, all'utenza esterna proveniente dal territorio. Si tratta di attività orientate alla promozione del benessere psicologico, alla consulenza e all'intervento breve in condizioni di distress o di disagio personale lieve e moderato, un osservatorio privilegiato e un'importante ma poco riconosciuta risorsa di prevenzione del disturbo psicologico conclamato. In questo modo, l'università contribuisce concretamente all'attuazione del Piano, radicandolo in un contesto di vita significativo per una larga fascia della popolazione giovanile.
L'integrazione tra Psicologia Universitaria e Servizi territoriali si realizza anche attraverso collaborazioni regionali o convenzioni specifiche rivolte alla popolazione generale (adulti, anziani, giovani, bambini e famiglie) che riguardano tutti i settori psicologici. Sono propri della Psicologia dell'età evolutiva programmi di *parenting* e sostegno alla genitorialità, protocolli di regolazione socio-emotiva e alfabetizzazione emotiva, di prevenzione del bullismo o del ritiro sociale, in particolare in età adolescenziale. Protocolli che coniugano ricerca avanzata, trasferimento applicativo e formazione dedicata appartengono anche alla Psicologia clinica (ad es. nei contesti della personalità, della memoria e apprendimento) della neuropsicologia (ad es. valutazione neuropsicologica e del deterioramento cognitivo) e alla Psicologia di comunità e del lavoro. Il tema dell'*Integrazione socio-sanitaria, abitare, lavoro, comunità*, richiamato dal Piano, richiede di valorizzare gli strumenti e metodi propri della psicologia di comunità e del lavoro nei contesti di vita quotidiana, attinenti all'area del benessere e promozione della salute. Di uguale rilevanza, infine, l'importante contributo fornito a contesti professionali prossimali e interagenti (ospedali, medicina di base, scuola, i contesti forense e giudiziario). Tutti questi ambiti, pur avendo un'intersezione con l'area della psichiatria, non sono ad essa riducibili e più propriamente richiedono conoscenze teoriche e pratiche sviluppate dalle discipline psicologiche e dalle professionalità che ne scaturiscono.

3- Un ulteriore ambito prioritario di integrazione riguarda la ricerca. **I centri clinici universitari, insieme alle reti territoriali e istituzionali in cui gli Atenei sono inseriti, possono contribuire allo sviluppo di linee guida, protocolli e buone prassi fondate sulla ricerca psicologica**, rafforzando la qualità scientifica e l'innovazione degli interventi in salute mentale. La collaborazione tra Sistema sanitario e Università può favorire un circolo virtuoso tra produzione di conoscenza, pratica clinica e valutazione degli esiti. Negli ultimi anni, la comunità accademica, in accordo con enti scientifici e professionali, ha prodotto importanti iniziative, quali la *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione* (Istituto Superiore di Sanità) che, a loro volta, hanno sostenuto esperienze concrete (ad es. il progetto collaborativo ENPAP-AIP "Vivere Meglio") che richiamano l'esigenza di quella logica "a matrice", sopra menzionata: interventi psicologici e psicoterapeutici di durata contenuta e intensità graduata (*stepped-care*) in

funzione dell'entità della condizione. Da queste esperienze sono derivati consistenti riscontri positivi che ne suggeriscono l'applicazione nei contesti territoriali più idonei (ad es. case di comunità, affiancamento ai servizi di medicina generale, servizi di psicologia di base ecc.). I risultati sono infatti in linea con quelli di programmi sanitari con caratteristiche simili effettuati ormai da molti anni in vari paesi europei, come Regno Unito (*NHS Talking Therapies, ex-IAPT*) e Norvegia (*PMHC*). Tali programmi ormai consolidati dimostrano la capacità di massimizzare l'efficacia clinica minimizzando impegno (e costi) per il paziente, con un valore socio-economico rilevante. È dunque necessario coinvolgere la popolazione sulla capacità di tali progetti di ricerca-intervento di ridurre il ricorso a più impegnative risorse sanitarie pubbliche e sulla riduzione della spesa sanitaria. Questo orientamento, infine, contribuirebbe anche a smentire nell'opinione pubblica l'immagine di scollamento tra Accademia (ricerca e formazione) e Professione.

4- Un punto cruciale riguarda **la formazione**. L'università, quale sistema formativo, è chiamata a sviluppare competenze articolate e differenziate per i diversi ambiti di intervento dello psicologo, coerentemente con la matrice organizzativa delineata dal Piano e in linea con le caratterizzazioni professionali da esso previste nei contesti della psicologia di base e di comunità, o delle cure primarie. Ciò implica una preparazione che, attraverso i Corsi di laurea, le Scuole di Specializzazione e i presidi di formazione continua (ad es. Master, Corsi di alta formazione) possa fornire competenze specifiche e specializzate e percorsi transdisciplinari per creare capacità professionali trasversali, indispensabili in contesti complessi. Le Scuole di Specializzazione Universitarie di Area Psicologica (SSUAP), organizzate in cinque percorsi (Psicologia clinica, Psicologia della Salute, Psicologia del ciclo di vita, Valutazione psicologica e consulenza, Neuropsicologia) formano e abilitano alla psicoterapia, analogamente alle Scuole private di Psicoterapia, e inoltre contribuiscono a fornire conoscenze e competenze cliniche, preventive, comunitarie e di lavoro in rete, nonché capacità di operare nei contesti di integrazione sociosanitaria, oggi sempre più centrali nelle situazioni di presa in carico complessa. Inoltre, l'istituzione della laurea abilitante in Psicologia definisce un percorso universitario che consente l'abilitazione alla professione di psicologo con il conseguimento della laurea magistrale (inclusa l'attività di tirocinio pratico). Coerentemente, la formazione universitaria orientata in senso abilitante, offre strumenti specifici, sostenuti dalla ricerca e non altrimenti sostituibili (solo per fare un esempio, i contesti dell'apprendimento e della valutazione neuropsicologica).

Conclusioni

Per concludere, l'AIP può coordinare progettualità integrate, sostenute da ricerca, formazione e terza missione, contribuendo all'innovazione, al monitoraggio e alla verifica di procedure di valutazione e intervento attraverso la standardizzazione di indicatori di *outcome* e la valutazione dell'impatto clinico, sociale ed economico dei percorsi sviluppati (le sperimentazioni triennali previste nel PANSM). I Servizi Psicologici Universitari rappresentano contesti ideali per la costruzione e la validazione di strumenti di screening evolutivamente sensibili che consentono di identificare precocemente condizioni di rischio, distinguere crisi evolutive fisiologiche da segnali clinicamente rilevanti, intervenire prima della cronicizzazione, agendo sui determinanti relazionali e ambientali, e ridurre l'escalation verso più costosi (anche in termini di impegno) interventi ad alta intensità. Attraverso la qualificazione e sostenibilità degli interventi psicologici in grado di evitare la sovra-medicalizzazione può essere infine ridotto l'impatto economico degli stessi interventi sanitari.

L'AIP auspica, infine, che si possano attivare procedure di autorizzazione sanitaria ai Servizi Universitari di Psicologia, il che consentirebbe la regolamentazione della modalità di erogazione delle attività rivolte anche alla popolazione giovanile extrauniversitaria da parte dei Servizi universitari, oltre che la piena attuazione della collaborazione fra SSN, Università e territorio.

Riferimenti

- Bastianoni, P., Baralla, F., Barone, L., Inguglia, C., Rollo, D., Sbattella, L. & Zeppegno, P. (2024). "I servizi di Counseling psicologico nelle università italiane: una panoramica sullo stato dell'arte. Giornale Italiano di Psicologia,1, 69-93.

- CRUI 2024: https://www.crui.it/commissione-orientamento.html

- ISS, Consensus ISS 1/2022) http://www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_IT.pdf

- NHS Talking Therapies: https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/

- PMHC: https://www.oecd.org/en/publications/mental-health-promotion-and-prevention_88bbe914-en/full-report/prompt-mental-health-care_9a9ca5db.html

Documento redatto dal gruppo di lavoro:
Piero Porcelli (coordinatore), Lisa Arduino, Elena Cattelino, Maria Francesca Freda, Dina Guglielmi, Daniela Palomba, Riccardo Williams, Bruna Zani

Approvato dal Consiglio Direttivo dell'AIP il 14 aprile 2026