Roma 7 Ottobre 2026

Dott. Angelo Tanese
Direttore Generale di AGENAS
dir@agenas.it
e p.c.
ANAAO ASSOMED
segreteria.nazionale@pec.anaaoassomed.it
FASSID Area AUPI
segreteria@fassid.it
FP CGIL Medici
posta@fpcgil.it
UIL
segreteria@uilfp.it
COORDINAMENTO DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA

Oggetto: Linee di indirizzo tecniche sulle équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità. Contributo della SIPSOT sul profilo della Psicologa e dello Psicologo delle cure primarie.

La Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali (SIPSOT) ha esaminato le Linee di indirizzo tecniche pubblicate il 26 luglio 2026 e la nota inviataLe il 6 ottobre 2026 dalle organizzazioni sindacali in indirizzo.

La SIPSOT condivide la richiesta di indicare espressamente, al punto 7, il requisito della specializzazione per la Psicologa e lo Psicologo dell'équipe allargata. Il requisito discende dalla normativa vigente per il personale dipendente (D.P.R. 483/1997, art. 52) e per la specialistica ambulatoriale interna (ACN, art. 19).

La richiesta, inoltre, non restringe l'esistente. Anche dove le norme regionali sulla psicologia delle cure primarie non prescrivono formalmente la specializzazione, dalle selezioni a noi note risulta che

gli incarichi siano stati attribuiti a professioniste e professionisti specializzati. Esplicitare il requisito allinea il testo alla prassi e previene letture al ribasso in futuro.

Come società scientifica riteniamo tuttavia che il titolo sia condizione necessaria ma non sufficiente. Sottoponiamo alla Sua attenzione tre considerazioni.

1. La specializzazione, oggi, è un titolo di accesso e non un criterio di allocazione. Nel Servizio sanitario nazionale essa apre alla dirigenza e alla specialistica ambulatoriale, ma non orienta l'assegnazione ai diversi contesti di lavoro: chi la possiede può operare in qualsiasi servizio. La psicologia del lavoro documenta da tempo che la corrispondenza tra competenze possedute e richieste del compito è associata a soddisfazione, permanenza nel ruolo e, in misura minore, prestazione (Kristof-Brown, Zimmerman e Johnson, 2005, Personnel Psychology). La medicina generale offre un riferimento utile: vi si accede con una formazione specifica per quel setting, non con un titolo generico.

2. La psicologia delle cure primarie richiede competenze proprie. La letteratura internazionale le ha codificate: conoscenza del sistema dei servizi, valutazione rapida e formulazione di quesiti diagnostici complessi, gestione della comorbilità tra condizioni fisiche e mentali, lavoro integrato con medicina generale, salute mentale e servizi sociali (McDaniel et al., 2014, American Psychologist). Il modello Primary Care Behavioral Health descrive la funzione consulenziale entro l'équipe (Reiter, Dobmeyer e Hunter, 2018, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings). L'efficacia dei modelli collaborativi su depressione e ansia è sostenuta da una revisione Cochrane di 79 studi randomizzati (Archer et al., 2012). L'integrazione della salute mentale nelle cure primarie è raccomandata da OMS e WONCA (2008). In Italia, l'esperienza di copresenza tra medica/o e psicologa/o è descritta da Solano (2011, Dal sintomo alla persona).

3. Gli esiti dipendono dalla formazione specifica, dalla supervisione e dal monitoraggio. La formazione avanzata mostra un vantaggio soprattutto nei casi complessi e nella riduzione degli abbandoni (Stein e Lambert, 1995, Journal of Consulting and Clinical Psychology). La sola anzianità di pratica, in assenza di riscontro strutturato sugli esiti, non migliora i risultati (Goldberg et al., 2016, Journal of Counseling Psychology). Il programma inglese di terapie psicologiche fonda la propria qualità sulla rilevazione sistematica e pubblica degli esiti di ogni servizio (Clark, 2018, Annual Review of Clinical Psychology).

Su questo sfondo segnaliamo degli aspetti che le Linee di indirizzo potrebbero utilmente chiarire.

- La denominazione. Proponiamo di adottare «psicologia delle cure primarie», coerente con la letteratura internazionale (primary care psychology) e con il lessico del D.M. 77/2022. L'espressione «psicologo di base» suggerisce un livello elementare di competenza, l'opposto di quanto la funzione richiede.
- Le esperienze regionali. Diverse Regioni hanno già legiferato in materia, e il confronto è istruttivo perché mostra modelli non omogenei proprio sul punto dei requisiti. La Campania, prima in Italia (L.R. 35/2020), ha istituito elenchi regionali e un modello convenzionale, prevedendo tra i titoli post-laurea la specializzazione di area psicologica o in psicoterapia, un attestato regionale a seguito di corso dedicato e, in prima applicazione, almeno un biennio di attività nei servizi. La Puglia (L.R. 21/2020) e l'Emilia-Romagna hanno seguito con proprie normative; ulteriori sperimentazioni sono state attivate in Umbria, Veneto e, dopo il «Decreto Calabria» del 2019, in altre realtà. La Lombardia (L.R. 1/2024) ha adottato il modello più prossimo all'impianto delle Case della Comunità: lo psicologo del servizio di psicologia delle cure primarie afferisce all'area di psicologia dell'ASST, è inserito nel distretto e nelle case di comunità e opera in raccordo con il dipartimento di salute mentale; il servizio è finanziato sulla base del costo di un dirigente psicologo. È garantita la presenza di almeno uno psicologo del servizio in ogni casa di comunità. La Regione Toscana, infine, richiede per questa funzione una pregressa esperienza nei servizi pubblici e prevede un corso regionale dedicato, non ancora avviato in attesa di un indirizzo nazionale. Due elementi accomunano queste esperienze. Primo: tutte collegano la funzione a requisiti ulteriori rispetto alla sola laurea — specializzazione, esperienza documentata nei servizi, formazione regionale dedicata — e il modello lombardo la àncora esplicitamente alla dirigenza psicologica. Secondo: tutte attendono una cornice nazionale, che l'Ordine degli Psicologi della Lombardia ha indicato come l'unico strumento per dare alla figura una definizione univoca. In assenza di tale cornice, requisiti e formazione restano disomogenei per la stessa funzione, con disuguaglianze nell'offerta alle cittadine e ai cittadini. Le Linee di indirizzo di AGENAS sono l'occasione per fornirla.
- L'iter parlamentare. Anche il legislatore nazionale si sta muovendo: presso la Camera sono all'esame proposte di legge sulla psicologia di assistenza primaria (tra cui AC 814 e AC 1140)

che prevedono l'istituzione di elenchi regionali, un rapporto minimo di professionisti sul territorio e un percorso abilitante regionale. Il testo in discussione contempla, per le Regioni che abbiano già avviato iniziative, criteri di accesso fondati sul servizio prestato e demanda a un decreto del Ministro della salute, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni e sentito il Consiglio nazionale dell'Ordine, la definizione dei criteri di riconoscimento dei titoli equipollenti alla specializzazione, oltre a un successivo accordo nazionale per la disciplina dei rapporti convenzionali. Il quadro normativo si sta dunque orientando verso una definizione strutturata della figura, con la specializzazione come riferimento. Le Linee di indirizzo di AGENAS possono anticiparne coerentemente la logica, evitando nel frattempo formulazioni che si prestino a interpretazioni al ribasso.

- I dati. Mancano oggi dati nazionali sull'efficacia del servizio di psicologia delle cure primarie; le evidenze italiane provengono da esperienze locali non controllate. Non esistono, in particolare, dati che consentano di valutare un servizio erogato da personale non specializzato. Chi intendesse prevederlo dovrebbe farsi carico di dimostrarne l'equivalenza.

Alla luce di quanto esposto, la SIPSOT chiede che le Linee di indirizzo tecniche:

1. indichino espressamente, al punto 7, il possesso della specializzazione per la psicologa e lo psicologo operanti nelle Case della Comunità;

2. adottino la denominazione «psicologia delle cure primarie»;

3. definiscano il profilo di competenze della funzione e i criteri minimi di un percorso formativo dedicato, a cui le Regioni possano riferirsi;

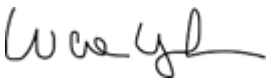
4. prevedano un sistema nazionale di monitoraggio degli esiti, con un insieme minimo di indicatori comuni.

La SIPSOT è disponibile a contribuire alla definizione del profilo e degli indicatori, e a promuovere presso le Regioni una rilevazione dei titoli e dei percorsi formativi di chi oggi svolge questa funzione.

Confidando nella Sua attenzione, porgiamo distinti saluti.

La Presidente SIPSOT

D.ssa Golfieri Lucia



Il Direttivo Nazionale SIPSOT