

Più desiderato che conosciuto: conoscenza e formazione sul ruolo dirigenziale dello psicologo nel Sistema Sanitario Nazionale

More Desired Than Known: Knowledge and Training on the Leadership Role of Psychologists in the National Health Service

Francesco Garzillo¹, Armando Cozzuto¹, Antonietta Grandinetti¹

¹ Ordine Psicologi Regione Campania

Gli autori desiderano ringraziare Carmine Acconcia, Giuseppina Liguori, Valeria Rinaldini, Anita Rubino e Attilio Ventola per i commenti alla versione preliminare del questionario.

Abstract

Nonostante il progressivo riconoscimento istituzionale del ruolo dello psicologo nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la dimensione dirigenziale della professione rimane poco esplorata. Questo studio indaga il livello di conoscenza, gli atteggiamenti e i bisogni formativi degli psicologi campani rispetto ai ruoli di Dirigente Psicologo e di Psicologo Responsabile/Direttore. Hanno partecipato 374 psicologi iscritti all'Ordine degli Psicologi della Regione Campania (82.9% femmine; età media = 43.2 anni, deviazione standard = 10.1). I risultati evidenziano una conoscenza percepita moderata ma non consolidata (Dirigente Psicologo: $M = 2.97$; Psicologo Responsabile/Direttore: $M = 2.35$, su scala 1-5) e atteggiamenti complessivamente positivi ma non pienamente strutturati. L'analisi qualitativa delle risposte aperte rivela che il valore aggiunto di tali figure è principalmente ricondotto a competenze relazionali, visione biopsicosociale e leadership collaborativa, mentre la dimensione gestionale risulta sottorappresentata. Le conoscenze normative sono prevalentemente a livello moderato, con punteggi significativamente più elevati tra gli psicologi del settore pubblico ($F(2, 329) = 5.854$, $p = .003$). Il 53.2% del campione dichiara interesse per percorsi formativi strutturati, con preferenza per modalità online o mista. I dati delineano un paradosso: la dirigenza psicologica è percepita come desiderabile ma resta scarsamente conosciuta nella sua concretezza normativa e operativa, suggerendo la necessità di interventi formativi sistematici.

Parole chiave

Dirigenza psicologica; Servizio Sanitario Nazionale; bisogni formativi; leadership in sanità; identità professionale.

Autore responsabile per la corrispondenza: Francesco Garzillo, Ordine Psicologi Regione Campania; francesco.garzillo85@gmail.com

Abstract

Despite the growing institutional recognition of the psychologist's role within the National Health Service, the managerial dimension of the profession remains largely unexplored. This study investigates the level of knowledge, attitudes, and training needs of Campanian psychologists regarding the roles of Senior Psychologist (Dirigente Psicologo) and Responsible/Director Psychologist. A total of 374 psychologists registered with the Ordine degli Psicologi della Regione Campania participated (82.9% female; mean age = 43.2 years, standard deviation = 10.1). Results reveal a moderate but unconsolidated perceived knowledge (Dirigente Psicologo: $M = 2.97$; Responsible/Director: $M = 2.35$, on a 1-5 scale) and overall positive but not fully structured attitudes. Qualitative analysis of open-ended responses shows that the added value of these roles is primarily associated with relational skills, biopsychosocial vision, and collaborative leadership, while the managerial dimension is underrepresented. Regulatory knowledge is mostly at a moderate level, with significantly higher scores among public-sector psychologists ($F(2, 329) = 5.854$, $p = .003$). Overall, 53.2% of participants expressed interest in structured training programs, preferring online or blended formats. The findings outline a paradox: psychological leadership is perceived as desirable but remains poorly understood in its regulatory and operational dimensions, highlighting the need for systematic training interventions.

Keywords

Psychological leadership; National Health Service; training needs; healthcare leadership; professional identity.

Introduzione

Il progressivo riconoscimento della psicologia tra le professioni sanitarie (Legge 3/2018) ha rafforzato la necessità di considerare la dimensione istituzionale e gestionale come parte integrante dell'identità professionale dello psicologo, superando una concezione esclusivamente clinico-assistenziale della disciplina. In un sistema sanitario sempre più complesso, interdisciplinare e orientato alla valutazione degli esiti, cresce la domanda di professionisti in grado di esercitare funzioni di leadership, coordinamento e direzione (Wong et al., 2024; British Psychological Society [BPS], 2021).

A livello internazionale, il tema della leadership psicologica in sanità ha ricevuto attenzione crescente. Shaffer et al. (2021) hanno documentato come gli psicologi operanti nei centri accademici di salute negli Stati Uniti svolgano ruoli di leadership in aree cliniche, formative e di ricerca, evidenziando tuttavia che

la competenza gestionale più frequentemente percepita come carente sia quella economico-finanziaria. In modo analogo, il BPS (2021) ha sottolineato come i clinical psychologists del NHS britannico si trovino a ricoprire ruoli sempre più manageriali senza disporre di una formazione specifica, configurando un gap sistematico tra le richieste organizzative e la preparazione ricevuta. Wong et al. (2024) hanno proposto un framework concettuale per preparare gli psicologi a posizioni di leadership nel settore pubblico, rilevando che le opportunità formative in questo ambito restano generiche e scarsamente ancorate alle specificità dei sistemi sanitari pubblici.

Nel contesto italiano, tale gap assume caratteristiche peculiari. La figura del Dirigente Psicologo e dello Psicologo Responsabile/Direttore di struttura complessa (Unità Operativa Semplice, Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Unità Operativa Complessa, Dipartimenti) sono previste dalla

normativa del SSN (D.P.R. 761/1979; D.Lgs. 502/1992; Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Area Sanità), ma la letteratura segnala una limitata esplorazione del livello di consapevolezza della comunità professionale riguardo ai compiti e alle responsabilità connessi a tali ruoli. Ricerche condotte in Italia sul rapporto tra medicina generale ed intervento psicologico hanno evidenziato come la rappresentazione del ruolo dello psicologo da parte di altri professionisti sanitari resti parziale e prevalentemente clinica (Negri et al., 2021), suggerendo che anche all'interno della stessa professione possano persistere rappresentazioni limitate rispetto alla dimensione gestionale.

In continuità con le indagini sui bisogni formativi degli psicologi italiani (Bosio e Lozza, 2012; Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi [CNOP], 2013; Collina et al., 2023), il presente studio si focalizza sulla dimensione della leadership psicologica in sanità pubblica e si propone tre obiettivi specifici: (a) rilevare il livello di conoscenza percepita e le rappresentazioni dei ruoli dirigenziali; (b) esplorare le conoscenze normative effettive e identificare eventuali distorsioni o lacune; (c) mappare i bisogni formativi in funzione delle variabili professionali.

Comprendere se e quanto gli psicologi conoscano e valorizzino la dimensione dirigenziale della propria professione rappresenta un passaggio essenziale per sostenerne la piena maturazione nel SSN. Come emerge dalla letteratura internazionale, la qualità dei servizi sanitari dipende in misura crescente dalla presenza di figure capaci di integrare competenze cliniche con abilità gestionali e di governance (Zagoloff et al., 2024). Nel contesto italiano, tale integrazione è ancora in larga parte un obiettivo da perseguire.

Metodi

Partecipanti e procedura

Tutti gli iscritti all'Ordine degli Psicologi della regione Campania (OPRC) sono stati contattati attraverso il sito web, i social network e la newsletter istituzionale dell'Ordine. Coloro che hanno aderito sono stati invitati a completare un questionario online tramite la piattaforma SurveyMonkey (it.surveymonkey.com). La raccolta dati è avvenuta tra settembre e ottobre 2025. La popolazione di riferimento è costituita dagli iscritti all'OPRC nel periodo di raccolta dati (stima: $N \approx 11.063$), corrispondente a un tasso di risposta grezzo del 3.38% ($374/11.063$). Per il solo canale newsletter, di cui sono disponibili dati di invio puntuali (10.294 destinatari, 10.194 recapitate, 5.759 aperture uniche, tasso di apertura 56.49%), il tasso di risposta calcolato sulle newsletter recapitate è 3.67%, e sulle newsletter effettivamente aperte è 6.49%. La natura multicanale del reclutamento non consente di tracciare in modo univoco l'esposizione complessiva all'invito, in particolare per i canali sito web e social network; i tassi riportati vanno pertanto considerati stime conservative del tasso di risposta reale.

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici della Dichiarazione di Helsinki. Non essendo prevista la raccolta di dati sensibili né l'utilizzo di procedure invasive, lo studio rientrava nella categoria di ricerche osservazionali non soggette a valutazione obbligatoria da parte di un comitato etico istituzionale ai sensi della normativa vigente (D.Lgs. 211/2003 e successive modifiche). La partecipazione era volontaria, anonima e preceduta dal consenso informato digitale. I dati sono stati trattati in conformità con il Regolamento dell'Unione Europea (UE) 2016/679, General Data Protection Regulation (GDPR).

Hanno partecipato 374 psicologi: 310 (82.9%) femmine, 53 (14.2%) maschi, 8 (2.1%) altro genere; 3 partecipanti (0.8%) non hanno risposto. L'età media era di 43.2 anni ($DS = 10.1$; range 24–75). Il 55.9% risiede in provincia di Napoli, il 16.3% a Salerno, l'11.8% a Caserta. Per quanto riguarda l'occupazione prevalente, il 41.9% è libero professionista, il 38.0% lavora nel settore pubblico – di cui il 23.5% come Dirigente Psicologo e il 2.1% come Psicologo Responsabile/Direttore – e il 9.6% in ambito privato convenzionato.

Strumenti

Il protocollo, costruito ad hoc, comprende sei sezioni. La Conoscenza percepita del ruolo dirigenziale (12 item Likert 1–5) misura l'alfabetizzazione istituzionale soggettiva rispetto al Dirigente Psicologo (6 item) e allo Psicologo Responsabile/Direttore (6 item). Le Rappresentazioni e atteggiamenti verso il ruolo dirigenziale (12 item Likert 1–5) rilevano il grado di accordo e le attitudini verso i due ruoli. Quattro domande aperte raccolgono le rappresentazioni soggettive del valore aggiunto di ciascuna figura nelle organizzazioni sanitarie. La Conoscenza delle funzioni e dei riferimenti normativi (2 item a risposta multipla con distrattori) valuta la conoscenza specifica delle fonti normative pertinenti al ruolo di Dirigente Psicologo (8 opzioni: 4 corrette, 4 distrattori) e al ruolo di Psicologo Responsabile/Direttore (11 opzioni: 8 corrette, 3 distrattori) e la capacità di distinguere norme pertinenti da elementi fuorvianti. L'Importanza delle competenze non psicologiche (10 item Likert 1–5) misura la rilevanza percepita di competenze manageriali e organizzative. I Bisogni formativi (8 item, misti Likert e risposta chiusa) rilevano interesse, preferenze di modalità e formazione pregressa.

Il protocollo, costruito ad hoc, è stato sottoposto, prima della somministrazione, a un

processo di validazione di contenuto da parte di un panel di 7 esperti, componenti della Commissione Sanità dell'OPRC, con specifica competenza professionale nel Sistema Sanitario Nazionale. La revisione ha portato a un affinamento degli item, in particolare per differenziare in modo coerente le funzioni normative del Dirigente Psicologo da quelle dello Psicologo Responsabile/Direttore di struttura complessa.

La coerenza interna delle scale quantitative principali è stata verificata mediante il coefficiente alpha di Cronbach. La scala di Conoscenza percepita ha mostrato un'affidabilità eccellente, sia nelle due sotto-scale (Dirigente Psicologo: $\alpha = .924$; Psicologo Responsabile/Direttore: $\alpha = .941$) sia nella versione complessiva a 12 item ($\alpha = .947$). Analogo riscontro per la scala di Importanza delle competenze non psicologiche ($\alpha = .902$, 10 item). La scala di Atteggiamenti e rappresentazioni ha invece mostrato un'affidabilità interna più contenuta nelle due sotto-scale a 6 item (Dirigente Psicologo: $\alpha = .489$; Psicologo Responsabile/Direttore: $\alpha = .555$), migliorando nella versione complessiva a 12 item ($\alpha = .727$); tale risultato è discusso nella sezione Limiti.

Analisi dei dati

Le analisi quantitative comprendono statistiche descrittive (medie, deviazioni standard, intervalli di confidenza al 95%) e una one-way ANOVA per esaminare le differenze in funzione dell'occupazione prevalente. Per verificare l'assunto di omogeneità delle varianze, è stato condotto il test di Levene su ciascuna delle tre variabili di conoscenza normativa; il test ha indicato una violazione dell'assunto in tutti e tre i casi (Conoscenza Normativa Dirigente Psicologo: $F = 3.89$, $p = .022$; Psicologo Responsabile/Direttore: $F = 6.48$, $p = .002$;

Complessiva: $F = 4.26$, $p = .015$). Di conseguenza, i confronti post-hoc tra i tre gruppi occupazionali sono stati condotti mediante il test di Games-Howell, appropriato in condizioni di eterogeneità delle varianze. Per le domande aperte è stata condotta un'analisi tematica da un singolo codificatore (lettura approfondita, codifica, raggruppamento in macro-categorie, conteggio delle frequenze), attraverso una procedura di triangolazione interpretativa tra livello semantico (contenuto esplicito delle risposte) e livello concettuale (significato psicologico-organizzativo sottostante). Per le conoscenze normative è stato costruito un indice di accuratezza (+1 risposta corretta, -1 errata, 0 assente), che ha generato tre dimensioni: Conoscenza Normativa Dirigente Psicologo (range -4/4) e Conoscenza Normativa Psicologo Responsabile/Direttore (range -3/8) e Conoscenza Normativa Complessiva, ottenuta sommando i due punteggi (range -7/12).

Risultati

Conoscenza percepita e atteggiamenti verso i ruoli dirigenziali

La Tabella 1 riporta i punteggi medi della conoscenza percepita del ruolo dirigenziale. Entrambi i valori si collocano al di sotto della soglia centrale della scala (3), con una assenza più marcata per il ruolo di Psicologo Responsabile/Direttore ($M = 2.35$), che risulta il meno conosciuto dei due.

Gli atteggiamenti verso entrambi i ruoli risultano moderatamente positivi ma non pienamente strutturati, con punteggi lievemente sopra la soglia centrale (Tabella 2). La distanza tra conoscenza percepita (al di sotto del punto medio) e atteggiamento (al di sopra) configura il paradosso centrale descritto nel titolo: un ruolo percepito come desiderabile ma scarsamente conosciuto.

Rappresentazioni qualitative del valore aggiunto

L'analisi tematica delle risposte aperte ha fatto emergere otto macro-categorie per il Dirigente Psicologo e sette per lo Psicologo Responsabile/Direttore, sintetizzate nella Tabella 3. Per il Dirigente Psicologo, il tema prevalente è quello delle competenze relazionali e dell'umanizzazione della cura (29%), seguito dalla visione biopsicosociale (16%) e dalla leadership collaborativa (15%). Per lo Psicologo Responsabile/Direttore emerge con maggiore forza la visione biopsicosociale (22%), seguita dalle competenze di coordinamento e organizzazione dei servizi (19%) e dalla leadership e coordinamento relazionale (17%). In entrambi i casi, la dimensione gestionale in senso stretto (budget, pianificazione, governance) è sottorappresentata, a conferma di una percezione ancora prevalentemente clinica e relazionale del contributo dello psicologo in posizione apicale.

Competenze non psicologiche: importanza percepita

Tutte le competenze manageriali proposte ricevono valutazioni elevate (M comprese tra 4.08 e 4.47 su 5), con mediane e mode spesso pari a 5 (Tabella 4). La leadership e gestione dei gruppi ($M = 4.47$) e la legislazione sanitaria ($M = 4.47$) emergono come competenze percepite come prioritarie, seguite dalla sanità pubblica e sistemi di welfare ($M = 4.40$). Il project management, pur ricevendo una valutazione comunque positiva ($M = 4.08$), risulta la competenza relativamente meno prioritaria tra quelle proposte. La convergenza verso valori elevati per tutte le aree suggerisce una consapevolezza diffusa della necessità di integrare competenze trasversali alla formazione psicologica tradizionale, pur in un contesto in cui tali competenze restano scarsamente presidiate dai percorsi formativi disponibili.

Tabella 1. Conoscenza percepita del ruolo dirigenziale

		Media	DS	Intervallo di confidenza (95%)	
				Limite inferiore	Limite superiore
1	Conoscenza del Dirigente Psicologo	2.97	1.69	2.80	3.14
2	Conoscenza del ruolo di Psicologo Responsabile/Direttore (UOS, UOSD, UOC, Dipartimenti, Direttore Responsabile)	2.35	1.48	2.20	2.50

Note:

Le medie rappresentano la gamma di punteggio da 1 a 5. Punteggi alti indicano una percepita alta conoscenza del ruolo.

Tabella 2. Rappresentazioni e atteggiamenti verso il ruolo dirigenziale

		Media	DS	Intervallo di confidenza (95%)	
				Limite inferiore	Limite superiore
1	Atteggiamenti verso il Dirigente Psicologo	3.21	1.91	3.02	3.41
2	Atteggiamenti verso il ruolo di Psicologo Responsabile/Direttore (UOS, UOSD, UOC, Dipartimenti, Direttore Responsabile)	3.12	1.89	2.93	3.31

Note:

Le medie rappresentano la gamma di punteggio da 1 a 5. Punteggi alti indicano un atteggiamento positivo verso il ruolo.

Tabella 3. Analisi tematica del valore aggiunto percepito: Dirigente Psicologo e Psicologo Responsabile/Direttore a confronto

	Dirigente Psicologo	Psicologo Responsabile/Direttore
	N (%)	N (%)
Competenze relazionali e umanizzazione della cura	49 (29%)	33 (13%)
Visione biopsicosociale	28 (16%)	55 (22%)
Leadership e coordinamento	25 (15%)	42 (17%)
Benessere organizzativo / prevenzione del burnout	21 (12%)	30 (12%)
Approccio sistemico e interdisciplinare	18 (11%)	–
Competenze di coordinamento e organizzazione dei servizi	–	48 (19%)
Visione sistemica e innovazione strategica	–	25 (10%)
Innovazione e qualità dei servizi	13 (8%)	–
Valorizzazione della professione psicologica	–	18 (7%)
Advocacy culturale	10 (6%)	–
Competenze cliniche specialistiche	6 (3%)	–
Totale	170 (100%)	251 (100%)

Note:

N = numero di osservazioni;

% = frequenza percentuale sul totale delle risposte codificate.

Il trattino (–) indica l'assenza del tema nelle risposte a quella domanda aperta. Le percentuali sono calcolate sul totale delle codifiche tematiche attribuite (Dirigente Psicologo: N = 170; Psicologo Responsabile/Direttore: N = 251), non sul numero

di rispondenti, poiché a ciascuna risposta potevano essere attribuiti più codici quando il contenuto toccava più categorie tematiche. Le risposte classificate come 'Non so/Nessuna risposta' o non pertinenti sono state escluse dal calcolo percentuale.

Tabella 4. Competenze non strettamente psicologiche ritenute importanti per uno psicologo dirigente, oltre alla formazione psicologica di base

Di seguito trovi un elenco di competenze non strettamente psicologiche. Indica quanto ritieni importante che uno psicologo dirigente le possieda, oltre alla formazione psicologica di base.

	M	Me	Mo
Organizzazione aziendale	4.16	4	5
Leadership e gestione dei gruppi	4.47	5	5
Project management	4.08	4	4
Sanità pubblica e sistemi di welfare	4.40	5	5
Programmazione e valutazione dei servizi	4.29	4	5
Legislazione sanitaria	4.47	5	5
Comunicazione istituzionale	4.39	5	5
Analisi dei bisogni della popolazione	4.40	5	5
Coordinamento di risorse umane	4.32	5	5
Pianificazione strategica	4.27	4	5

Note:

M indica la media delle risposte;

Me indica la mediana delle risposte;

Mo indica la moda delle risposte.

Le risposte sono fornite su una scala da 1 a 5, dove 1 sta per Per nulla importante e 5 per Molto importante.

Conoscenze normative

Circa un terzo del campione dichiara di non conoscere affatto i riferimenti normativi sulla dirigenza psicologica (25.1%) o di ignorarne l'esistenza (3.5%); solo il 10.4% li conosce in modo approfondito. L'indice di accuratezza (Tabella 5) conferma un profilo medio-basso: la Conoscenza Normativa Complessiva si attesta nel range moderato ($M = 1.41$), mentre quella specifica per il Dirigente Psicologo è prossima al livello basso ($M = 0.20$).

L'analisi delle risposte a scelta multipla rivela un pattern di conoscenza disomogeneo. Il riferimento normativo più frequentemente selezionato per il Dirigente Psicologo è stato un distrattore ("Linee guida CNOP 2020", 146 risposte), documento inesistente che riflette una tendenza a confondere documenti di indirizzo professionale con fonti normative. Correttamente individuati, invece, il CCNL dell'Area Sanità (141), la Legge 833/1978 (116) e il D.Lgs. 502/1992 (89). Anche la Legge 56/1989 (131 selezioni) è stata ampiamente scelta pur non definendo le funzioni del dirigente nel SSN, evidenziando una sovrapposizione tra normativa professionale generale e normativa di settore.

Differenze in funzione dell'occupazione prevalente

La one-way ANOVA ha evidenziato differenze significative in funzione dell'occupazione prevalente per la Conoscenza Normativa Complessiva e per quella del Psicologo Responsabile/Direttore (Tabella 6). I

confronti post-hoc (Games-Howell; Tabella 6bis) hanno mostrato che, per la Conoscenza Normativa Complessiva, gli psicologi del settore pubblico ottengono punteggi significativamente più elevati sia rispetto ai liberi professionisti e ($p=.009$) sia rispetto ai colleghi del privato convenzionato ($p=.014$). Per la Conoscenza Normativa del Psicologo Responsabile/Direttore, la differenza significativa emerge invece solo nel confronto tra settore pubblico e liberi professionisti ($p = .004$), mentre il confronto tra pubblico e privato convenzionato non raggiunge la significatività statistica ($p = .055$). Nessuna differenza significativa emerge per la conoscenza normativa specifica del Dirigente Psicologo, un ruolo che risulta poco conosciuto a prescindere dal settore lavorativo.

Bisogni formativi

Il 53.2% dei partecipanti si dichiara interessato a percorsi formativi strutturati sulla dirigenza psicologica; solo il 2.4% esprime una posizione negativa (Tabella 7). La modalità preferita è quella online (31.6%), seguita dalla formazione mista (25.7%). Il 37.2% non ha mai seguito corsi su tematiche gestionali o normative; solo il 12.8% riferisce una formazione completa. L'interesse per le competenze normative e giuridiche è il più elevato tra tutte le aree proposte ($M = 4.17$ su 5), seguito dalla programmazione dei servizi ($M = 4.16$) e dalle competenze manageriali e di leadership ($M = 4.04$).

Tabella 5. Conoscenze Normative: descrittive e intervalli di confidenza.

		Media	DS	Intervallo di confidenza (95%)	
				Limite inferiore	Limite Superiore
1	Conoscenza Normativa Complessiva	1.41	2.19	1.19	1.63
2	Conoscenza Normativa Dirigente Psicologo	0.20	0.92	0.10	0.29
3	Conoscenza Normativa Psicologo Responsabile/Direttore	1.22	1.16	1.04	1.39

Le medie Conoscenza Normativa Complessiva rappresentano la gamma di punteggio da -7 a 12, punteggi alti indicano un livello maggiore di conoscenze sui riferimenti normativi (basso: -7/0; moderato: 1/6; alto: 7/12). Le medie Conoscenza Normativa Dirigente Psicologo rappresentano la gamma di punteggio da -4 a 4 (basso: -4/-1; moderato: 0/2; alto: 3/4). Le medie Conoscenza Normativa Psicologo Responsabile/Direttore rappresentano la gamma di punteggio da -3 a 8 (basso: -3/1; moderato: 2/5; alto: 6/8).

Tabella 6. Conoscenze Normative: ANOVA analisi Occupazione Prevalente vs Conoscenze Normative

		Occupazione Prevalente			Effetti tra i fattori		
		Libero Professionista (n=154)	Pubblico (n=142)	Privato Convenzionato (n=36)	F	F critico	p
		Media (DS)					
1	Conoscenza Normativa Complessiva	1.13 (4.56)	1.90 (5.30)	0.92 (2.82)	5.854	3.023	.003
2	Conoscenza Normativa Dirigente Psicologo	0.17 (0.77)	0.27 (1.09)	-0.06 (0.63)	1.824	3.023	n.s.

3	Conoscenza Normativa Psicologo Responsabile/Direttore	0.96 (2.81)	1.63 (3.44)	0.97 (1.91)	5.996	3.023	.003
---	---	-------------	-------------	-------------	-------	-------	------

Note:

L'analisi è stata condotta sui tre gruppi occupazionali principali (N = 332). Sono stati esclusi dall'analisi 37 partecipanti che hanno indicato la categoria "Altro" e 5 partecipanti che non hanno risposto alla domanda sull'occupazione prevalente (N totale escluso = 42, 11.2% del campione).

I valori in grassetto indicano $p < .05$.

n.s. = non significativo. Per i confronti post-hoc a coppie tra i tre gruppi, si veda la Tabella 6bis.

Tabella 6bis. Confronti post-hoc (Games-Howell) tra i gruppi occupazionali per le variabili di Conoscenza Normativa

	Variabile	Confronto	Differenza medie	t	gl	p	Sig.
1	Conoscenza Normativa Dirigente Psicologo	Libero Prof. – Pubblico	-0.11	-0.94	276.1	.616	n.s.
		Libero Prof. – Privato Conv.	0.22	1.50	56.9	.298	n.s.
		Pubblico – Privato Conv.	0.33	2.09	69.5	.100	n.s.
2	Conoscenza Normativa Psicologo Responsabile/Direttore	Libero Prof. – Pubblico	-0.67	-3.23	284.6	.004	**
		Libero Prof. – Privato Conv.	-0.01	-0.04	61.5	.999	n.s.
		Pubblico – Privato Conv.	0.65	2.35	70.6	.055	n.s.

3	Conoscenza Normativa Complessiva	Libero Prof. – Pubblico	-0.77	-2.98	287.0	.009	**
		Libero Prof. – Privato Conv.	0.21	0.65	64.3	.794	n.s.
		Pubblico – Privato Conv.	0.98	2.90	72.2	.014	**

Note:

Test di Games-Howell (varianze non assunte omogenee sulla base del test di Levene: Dirigente Psicologo $F=3.89$, $p=.022$; Responsabile/Direttore $F=6.48$, $p=.002$; Complessiva $F=4.26$, $p=.015$); df non intero per correzione di Welch-Satterthwaite. ** = $p < .05$; n.s. = non significativo.

Tabella 7. Bisogni formativi in relazione a un possibile sviluppo professionale verso ruoli dirigenziali dello Psicologo nel Sistema Sanitario Nazionale.

	N	%
Interesse verso un percorso strutturato. Ti interesserebbe partecipare a un percorso formativo in questa direzione?		
Sì	199	53.21
No	9	2.41
Non so	40	10.70
Totale (N validi = 248)	248	100
Preferenza rispetto alla modalità formativa. Quale modalità di erogazione preferiresti?		
In presenza	33	8.82
Online	118	31.55

Mista (blended)	96	25.67
Totale (N validi =247)	247	100
Formazione pregressa. Hai già seguito corsi su questi temi (gestione, organizzazione, normativa, leadership...)?		
Sì	48	12.83
No	139	37.17
In parte/solo su alcuni aspetti	61	16.31
Totale (N validi =248)	248	100

Note:

N = Numero di osservazioni;

% = Frequenza percentuale calcolata sulle risposte valide. Il campione complessivo era costituito da 374 partecipanti. Le percentuali sono calcolate sulle risposte valide relative a ciascun item; le risposte mancanti sono pertanto escluse dal denominatore.

Discussione e Conclusioni

I risultati delineano un quadro che potremmo definire di "leadership desiderata ma non conosciuta": gli psicologi campani riconoscono l'utilità e la legittimità dei ruoli dirigenziali, attribuiscono loro un valore aggiunto significativo e si dichiarano disposti a investire nella formazione, ma mostrano una conoscenza concreta – normativa e operativa – ancora largamente insufficiente. Questo paradosso, già adombrato dalla letteratura internazionale, assume nel contesto italiano una specificità legata alla complessità del quadro normativo e alla storica prevalenza di un'identità professionale clinico-centrica.

Il dato più critico riguarda la conoscenza normativa: solo il 10.4% del campione dichiara di conoscere in modo approfondito i riferimenti legislativi che regolano la dirigenza psicologica, e l'indice di accuratezza posiziona la Conoscenza Normativa del Dirigente Psicologo appena sopra il livello basso ($M = 0.20$). Questo risultato è coerente con quanto rilevato da Shaffer et al. (2021) negli Stati Uniti, dove la competenza finanziaria e gestionale era la lacuna più frequentemente riconosciuta dagli psicologi in ruoli di leadership, e con il rapporto BPS (2021) che segnala come i clinical psychologists del NHS britannico si trovino a svolgere responsabilità manageriali crescenti senza un'adeguata preparazione formale.

Particolarmente rilevante è la distorsione cognitiva emersa nell'identificazione delle fonti normative: la frequente selezione di un documento inesistente ("Linee guida CNOP 2020") e il ricorso massiccio alla Legge 56/1989 – che regola l'ordinamento professionale ma non le funzioni dirigenziali nel SSN – suggeriscono una sovrapposizione tra identità professionale generale e competenza istituzionale specifica. Come sottolineato da Wong et al. (2024), gli psicologi sono ben posizionati per assumere ruoli di leadership grazie alle competenze acquisite nella formazione di base, ma necessitano di percorsi dedicati che traducano tali competenze nel linguaggio delle organizzazioni sanitarie pubbliche.

Questo pattern può essere interpretato alla luce della letteratura sulla memoria di fonte (source monitoring). Secondo il modello di Johnson, Hashtroudi e Lindsay (1993), l'attribuzione di un'informazione alla propria fonte corretta richiede processi cognitivi distinti dal semplice riconoscimento della sua plausibilità o familiarità; quando tali processi falliscono, un contenuto può essere giudicato vero o esistente sulla base della sua coerenza con conoscenze generali già possedute, piuttosto che di un ricordo specifico e verificato. Il fenomeno della falsa familiarità (Jacoby, Kelley, Brown, & Jasechko, 1989) descrive un meccanismo analogo: uno stimolo che "suona" plausibile, perché coerente con lo schema cognitivo attivato – in questo caso, l'autorevolezza istituzionale del CNOP come ente che tipicamente produce linee guida e documenti di indirizzo – viene facilmente scambiato per un'informazione reale e verificata. La massiccia selezione di "Linee guida CNOP 2020", un documento plausibile nella forma ma inesistente nella sostanza, sembra riflettere proprio questo meccanismo: gli psicologi rispondenti non hanno probabilmente inventato un ricordo, ma

hanno piuttosto confuso la familiarità generica con l'ente erogatore con la conoscenza specifica e verificata di un documento normativo puntuale. Un meccanismo concettualmente affine, riconducibile a un halo effect istituzionale, può spiegare anche la selezione della Legge 56/1989: la sua notorietà come riferimento fondante della professione ne favorisce la selezione anche quando il contenuto specifico non è pertinente al quesito posto. In entrambi i casi, la fiducia nella fonte sembra sostituirsi alla verifica del contenuto, un meccanismo di economia cognitiva comprensibile ma potenzialmente rischioso in un dominio, quello normativo-istituzionale, dove la precisione del riferimento ha implicazioni pratiche e professionali dirette.

Sul fronte delle rappresentazioni qualitative, emerge con forza il frame relazionale: il valore aggiunto del Dirigente Psicologo è ricondotto principalmente a competenze interpersonali, umanizzazione della cura e visione biopsicosociale, mentre la dimensione gestionale – budget, pianificazione strategica, governo clinico – resta sullo sfondo. Questo dato riflette la tensione documentata anche in ambito internazionale tra la specificità clinica della psicologia e le richieste organizzative dei sistemi sanitari (Negri et al., 2021; Zagoloff et al., 2024), e suggerisce che la cultura della dirigenza psicologica debba essere promossa non solo attraverso la formazione tecnica ma anche attraverso un lavoro di rielaborazione dell'identità professionale.

Le differenze significative in funzione dell'occupazione prevalente confermano che l'esposizione quotidiana al contesto normativo e organizzativo del SSN costituisce un fattore protettivo rispetto alla conoscenza istituzionale. Gli psicologi del settore pubblico mostrano punteggi significativamente più elevati nella Conoscenza Normativa Complessiva e in quella

del Psicologo Responsabile/Direttore. Questo dato suggerisce che una parte della competenza normativa si acquisisce per via esperienziale, ma anche che tale apprendimento informale non è sufficiente a colmare le lacune: anche tra chi lavora nel pubblico, i punteggi restano nel range moderato.

Sul piano dei bisogni formativi, il 53.2% del campione esprime interesse per percorsi strutturati, con una chiara preferenza per modalità flessibili (online o mista). L'area di maggiore interesse è quella normativa e giuridica ($M = 4.17$), a conferma che i professionisti percepiscono questo come il gap più urgente da colmare. Questi dati configurano una domanda formativa latente e pronta a essere intercettata, che Ordini professionali, università e aziende sanitarie potrebbero tradurre in offerte concrete e accessibili.

Tra i limiti del presente studio va segnalato il campione di convenienza, circoscritto alla Regione Campania e con una sovrarappresentazione del genere femminile coerente con la composizione della professione ma che limita la generalizzabilità. La procedura di reclutamento, inoltre, può aver introdotto un bias di autoselezione: chi ha risposto al questionario potrebbe avere un interesse o un'esposizione al tema superiore alla media della popolazione iscritta all'OPRC, il che può aver contribuito a un profilo di atteggiamenti relativamente favorevole verso la dirigenza psicologica rispetto a quanto riscontrabile nell'intera comunità professionale.

Le misure self-report possono sovrastimare la conoscenza percepita rispetto a quella effettiva. L'analisi tematica è stata condotta da un singolo codificatore, senza una doppia codifica indipendente né il calcolo di un indice di accordo inter-rater; questo costituisce un limite metodologico che può aver introdotto un margine di soggettività nella definizione delle

macro-categorie, sebbene la procedura di triangolazione tra livello semantico e concettuale abbia rappresentato un tentativo di controllo interno alla coerenza interpretativa. La scala di Atteggiamenti ha inoltre mostrato un'affidabilità interna inferiore agli standard convenzionali nelle sue due sotto-scale a 6 item. L'analisi delle correlazioni item-totale ha evidenziato che tale risultato non è riconducibile a un errore di misura casuale, ma a un'eterogeneità concettuale interna alla scala: gli item relativi alla desiderabilità normativa del ruolo ("ritengo utile/necessaria la presenza di...") correlano fortemente tra loro ($r = .83$) e con il punteggio totale ($r = .55-.61$), mentre l'item relativo alla valutazione della preparazione attuale degli psicologi ("penso che gli psicologi siano adeguatamente preparati...") presenta una correlazione item-totale trascurabile ($r = .07-.11$). Tale pattern appare coerente sul piano concettuale: il giudizio sulla desiderabilità di un ruolo e la valutazione dello stato attuale della formazione per accedervi rappresentano dimensioni distinte dell'atteggiamento, non necessariamente convergenti – un professionista può infatti ritenere il ruolo dirigenziale desiderabile e allo stesso tempo giudicare insufficiente l'attuale preparazione della categoria, posizione peraltro coerente con l'elevato interesse per la formazione strutturata rilevato nella presente indagine (53.2%). Studi futuri potrebbero adottare campioni multi-regionali, includere misure osservative delle competenze dirigenziali, prevedere una codifica indipendente condotta da più ricercatori con calcolo dell'accordo inter-rater, una revisione strutturale della scala di Atteggiamenti che distingua esplicitamente desiderabilità normativa e auto-percezione della preparazione professionale, e valutare longitudinalmente l'impatto di interventi formativi dedicati.

In conclusione, promuovere una cultura della dirigenza psicologica nel SSN significa intervenire su tre livelli complementari: informativo (diffondere conoscenza delle normative e dei percorsi di carriera), formativo (costruire offerte strutturate e accessibili sulle competenze manageriali, giuridiche e di governance) e identitario (sostenere l'elaborazione di un'immagine professionale che integri la dimensione clinica con quella strategica e istituzionale). Solo attraverso questo percorso integrato sarà possibile colmare il divario tra il desiderio di leadership e la capacità di esercitarla, rafforzando il contributo della psicologia ai processi di governo e innovazione del sistema sanitario pubblico.

Riferimenti bibliografici

- Bosio, A. C., & Lozza, E. (2012). Lo stato e le prospettive delle professioni psicologiche in Italia: 2012. Disponibile su: https://www.psy.it/allegati/documenti_utili/stato-e-prospettive-professioni-psicologiche-italia-CNOP-2012.pdf
- British Psychological Society (BPS). (2021). Leadership development and support for clinical psychologists working in health and social care. BPS. Disponibile su: [https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-07/Leadership%20Development%20and%20Support%20for%20Clinical%20Psychologists%20\(Health%20and%20Social%20Care\).pdf](https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-07/Leadership%20Development%20and%20Support%20for%20Clinical%20Psychologists%20(Health%20and%20Social%20Care).pdf)
- Collina, S., Conson, M., Cozzuto, A., Cozzolino, M., Freda, M. F., Garzillo, F., Lo Presti, A., Marocco, D., Rega, A., & Senese, V. P. (2023). Esigenze formative degli psicologi iscritti all'Albo della Regione Campania. TOPIC - Temi Di Psicologia dell'Ordine Degli Psicologi Della Campania, 2(1). <https://doi.org/10.53240/2023topic2.001.01>
- Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP). (2013). La qualità della formazione in Psicologia. CNOP. Disponibile su: https://www.psy.it/allegati/documenti_utili/La_qualita_della_formazione_in_psicologia_CNOP_2013.pdf
- Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP). (2017). Il ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) Disponibile su: <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/11/Ruolo-della-Psicologia-nei-Livelli-Essenziali-di-Assistenza-LEA-%E2%80%93-CNOP-2017-.pdf>
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 305.
- Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761. Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 349.
- Jacoby, L. L., Kelley, C., Brown, J., & Jasechko, J. (1989). Becoming famous overnight: Limits on the ability to avoid unconscious influences of the past. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(3), 326–338.
- Johnson, M. K., Hashtroudi, S., & Lindsay, D. S. (1993). Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 114(1), 3–28.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 360.
- Legge 11 gennaio 2018, n. 3. Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 25.
- Legge 18 febbraio 1989, n. 56. Ordinamento della professione di psicologo. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 93.
- Negri, A., Zamin, C., Parisi, G., Paladino, A., & Andreoli, G. (2021). Analysis of General Practitioners' Attitudes and Beliefs about Psychological Intervention and the Medicine-Psychology Relationship in Primary Care: Toward a New Comprehensive Approach to Primary Health Care. *Healthcare*, 9(5), 613. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050613>
- Shaffer, L. A., Robiner, W., Cash, L., Hong, B., Washburn, J. J., e Ward, W. (2021). Psychologists' leadership roles and leadership training needs in academic health centers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28, 252–261. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09707-7>
- Wong, T. S., Lohnberg, J. A., Wong, S. J., McQuaid, J. R., Hsu, J., e Lovett, S. (2024). Psychologists aspiring

to leadership positions in public sector health care.
Psychological Services, 21(4), 736–747.
<https://doi.org/10.1037/ser0000892>

Zagoloff, A. D., Tiryaki, E., Satin, D. J., Williams, R., Prasad, S., e Robiner, W. N. (2024). Psychologists' opportunities for fostering leadership skills in academic medicine: The Rothenberger Leadership Academy. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 31, 699–705.
<https://doi.org/10.1007/s10880-024-10053-1>.