



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata  
(FISPPA)

**Corso di Laurea in Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro**

**Elaborato finale**

**Analisi delle ricadute pragmatiche nell'attuale presa in carico  
per diagnosi di sindrome depressiva: una proposta  
d'intervento che promuova la Coesione Sociale della  
Comunità nel Comune di Padova**

**Analysis of the pragmatic implications of the current care system for the  
diagnosis of depressive syndrome: a proposal for the intervention to  
promote Social Cohesion in the Community in the Municipality of Padua**

***Relatore***

Prof. Gian Piero Turchi

***Correlatrice***

Dott.ssa Barbara Laliscia

***Laureanda:*** Eleonora Cifali

***Numero di matricola:*** 2074359

Anno Accademico 2024/2025

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1</b>	
<b>Cornice storico-culturale della presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva nel Comune di Padova</b>	<b>3</b>
1.1 Analisi semantica, descrizione storica e riferimenti normativi riguardo la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva	4
1.1.1 Analisi etimologica e semantica dei termini	4
1.1.2 Contestualizzazione storico-culturale del Modello Operativo Medico: la nascita di Psicologia Clinica e Psichiatria	10
1.1.3 Riferimenti normativi locali e linee guida nazionali	12
1.2 Stato dell'arte in Psicologia in materia di presa in carico per sindrome depressiva nel Comune di Padova	16
1.2.1 Contestualizzazione attuale sulla frammentazione delle teorie psicologiche	16
1.2.2 Prassi e strumenti diagnostici allo stato dell'arte attuale	19
1.3 Descrizione dei servizi di natura psicologica e delle strutture deputate alla presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva nel Comune di Padova	21
1.3.1 Descrizione dei trattamenti psicologici presenti nelle linee guida	21
1.3.2 Descrizione delle strutture e delle modalità in cui avviene la presa in carico	24
<b>CAPITOLO 2</b>	
<b>Cornice epistemologica della presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva e le ricadute pragmatiche dell'attuale sistema sui rapporti tra Societas e Communitas</b>	<b>29</b>
2.1 Riflessione epistemologica	30
2.1.1 I livelli di realismo e i criteri di demarcazione tra senso comune e senso scientifico	30
2.1.2 La centralità del linguaggio nelle scienze -logos	35
2.1.3 Il concetto sanità e il costruito Salute	37
2.2 Analisi critica e infrazioni epistemologiche dello stato dell'arte sulla "presa in carico per sindrome depressiva"	40
2.2.1 Criticità riscontrate nelle linee guida regionali e nazionali	40
2.2.2 Infrazioni epistemologiche allo stato dell'arte attuale in psicologia	43
2.3 Implicazioni della diagnosi di sindrome depressiva e delle criticità rilevate nei rapporti tra Società e Comunità	49
2.3.1 Nella Società: la Salute sussunta a sanità	49
2.3.2 Nella Comunità: il processo di delega e la frammentazione sociale	52
2.4 Esigenza e obiettivo dell'elaborato	59

<b>CAPITOLO 3</b>	
<b>Proposta operativa per uno scarto paradigmatico nella presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva nel Comune di Padova</b>	<b>61</b>
3.1 Introduzione alla Scienza Dialogica: il Paradigma Narrativistico	61
3.1.1 La Teoria dell'Identità Dialogica	61
3.1.2 Il Modello Operativo Dialogico	66
3.2 Proposte di applicazione	72
3.2.1 La Coesione Sociale come esigenza della Comunità	72
3.2.2 La cittadinanza come responsabilità condivisa	74
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>86</b>
<b>SITOGRAFIA</b>	<b>90</b>

## INTRODUZIONE

Nel contesto attuale c'è una grande attenzione verso tutto ciò che riguarda la “salute mentale”, intesa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come *uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità*. Risulta necessario sottolineare che, negli ultimi anni, diversi fattori hanno influito negativamente sulla percezione di benessere da parte della popolazione, quali l'isolamento legato alla pandemia, il clima di incertezza generato dalle sfide del cambiamento climatico e, in misura crescente, i conflitti armati.<sup>1</sup>

Secondo l'OMS, nel 2019, a quasi un miliardo di persone nel mondo (tra cui il 14% di adolescenti) è stato diagnosticato un “disturbo di salute mentale”, tra questi, risulta rilevante citare che la sindrome depressiva maggiore viene definita come la *condizione sanitaria* tra le più diffuse e debilitanti in tutto il mondo (Monroe, 2022).

Sebbene sia uno tra i “disturbi mentali” più comuni al mondo, la sindrome depressiva è ampiamente non diagnosticata e non trattata a causa dello stigma, della mancanza di terapie efficaci e di risorse inadeguate per la salute mentale (Smith, 2014), in un assetto in cui la maggior parte delle risorse economiche viene destinata agli ospedali psichiatrici, *nonostante i loro risultati in termini di Salute siano mediocri e al loro interno si registrino violazioni dei diritti umani*.<sup>2</sup> In Italia, secondo l'Istituto Superiore di Sanità, la prevalenza di sintomi depressivi valutati con il Patient Health Questionnaire-2 è attorno al 7%, e tra i segmenti della popolazione maggiormente colpiti da tali disturbi ci sono le donne, le persone di età più avanzata, quelle con basso livello di istruzione, le persone in difficoltà economica e le persone affette da una o più malattie croniche.

Alla luce del contesto descritto emerge la necessità di analizzare le implicazioni dell'attuale presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, andando inoltre, a contestualizzarla nel Comune di Padova: si ritiene, infatti, che, collocando la tematica dell'elaborato all'interno di un territorio circoscritto, si possa offrire un contributo utile alla promozione della Salute e della Coesione Sociale nella Comunità di riferimento.

---

<sup>1</sup> Rapporto Annuale 2025, pp.105, Istituto Nazionale di Statistica, ISTAT.

<sup>2</sup> Piano di Azione Nazionale sulla Salute Mentale (PANSM) 2013-2020, WHO Collaborating Centre for Research and Training, Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina.

Nel primo capitolo viene ricostruita l'evoluzione etimologica e storico-culturale della presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, a partire dalla storia del Modello Operativo Medico in ambito psichiatrico alla nascita della Psicologia Clinica e delineando i principali riferimenti normativi e organizzativi rispetto all'attuale configurazione dei servizi di "salute mentale". Inoltre, è stato descritto lo stato dell'arte psicologico in materia di presa in carico per sindrome depressiva, contestualizzando i trattamenti raccomandati. Nel capitolo successivo si entra nel merito della cornice epistemologica adottata per analizzare criticamente i presupposti conoscitivi dell'attuale presa in carico: qui si descriveranno i livelli di realismo (intesi come tre modalità differenti per conoscere la realtà), la distinzione tra senso comune e senso scientifico e il ruolo del linguaggio come strumento di costruzione della realtà. In seguito, verranno discusse le principali criticità e infrazioni epistemologiche riscontrate nei riferimenti normativi e scientifici, contestualizzandone le implicazioni e le ricadute pragmatiche dirette nei rapporti tra la Società e la Comunità.

Infine, nel terzo capitolo è presentato lo scarto paradigmatico che si intende operare, in quanto la proposta dell'elaborato è quella di adottare nella presa in carico del Comune di Padova un apparato teorico-metodologico rigoroso e coerente all'oggetto d'indagine.

## CAPITOLO 1

### **Cornice storico-culturale della presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva nel Comune di Padova**

Nella parte iniziale del capitolo viene presentata la cornice storico-culturale all'interno della quale si è sviluppata l'attuale configurazione della presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, anche chiamata "disturbo depressivo" o "depressione".

Nel contesto passato e attuale, tale configurazione si rifà all'ambito della Psicopatologia e della Psichiatria, ovvero quelle branche che si occupano dello studio e del trattamento dei "disturbi mentali". Con tali presupposti risulta fondativo presentare l'oggetto d'indagine attraverso l'analisi etimologica<sup>3</sup> e semantica dei termini sopracitati ("presa in carico", "diagnosi", "sindrome depressiva", "disturbo depressivo" o "depressione"); in questo modo verranno poste le basi conoscitive necessarie per analizzare l'oggetto d'indagine in maniera critica nel secondo capitolo.

Dopo aver effettuato questo passaggio, risulta necessario andare a descrivere quanto è stato redatto in ambito legislativo rispetto alla presa in carico, sia nel contesto nazionale, che in quello regionale, in modo da approfondire i servizi del Comune di Padova.

Successivamente si intende contestualizzare a livello storico-culturale le origini della presa in carico, in cui per rispondere all'esigenza di operare del Modello Operativo Medico, si effettuò un passaggio retorico-argomentativo rispetto alla "piattaforma psichica" e i quadri clinici sindromici, permettendo la nascita della Psicologia Clinica e della Psichiatria. Infine, trattandosi di un elaborato nell'alveo delle conoscenze psicologiche, l'obiettivo è contestualizzare come questi riferimenti normativi si rifanno allo stato dell'arte attuale della Psicologia.

---

<sup>3</sup> etimologia = lat. ETYMOLOGIA, dal gr. ÈTYMOS *ragione delle parole*, e LOGIA da LÒGOS *discorso*.  
– Scienza che indaga l'origine e il vero senso delle parole e ne analizza gli elementi, comparandoli con quelli di altre parole della stessa lingua o di lingue affini; ed anche la Ragione e origine di una parola.  
Vocabolario etimologico della lingua italiana: [www.etimo.it](http://www.etimo.it)

## 1.1 Analisi semantica, descrizione storica e riferimenti normativi riguardo la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva

### 1.1.1 Analisi etimologica e semantica dei termini

Per poter entrare nel merito della tematica che si intende prendere in analisi nel presente elaborato, risulta necessario presentare l'etimologia e la definizione attuale dei termini che vengono utilizzati per riferirsi alla presa in carico a seguito di diagnosi di sindrome depressiva. Di seguito si riporta l'etimologia e la definizione più condivisa dal senso comune<sup>4</sup> a partire dal termine "presa in carico".

"Presa in carico" è un lessema complesso, per questo motivo è necessario andare a suddividere i singoli vocaboli per presentarne l'etimologia: "presa" deriva dal participio passato latino di "prendere" e viene definito come *l'atto del prendere, dell'afferrare, dell'impadronirsi*<sup>5</sup>; "in" nel senso di *entro* equivale al latino *in* e viene definito come una *preposizione indicante la relazione fra contenente e contenuto [...]; con la idea di moto esprime il concetto di dirigersi verso o su qualche cosa*<sup>6</sup>; infine "carico", che deriva dal latino *cerco, cargo*, da *caricàre*, in senso figurativo viene definito come *ciò che viene addossato ad uno, e quindi Incombenza, Ufficio; ciò che si fa pesare su alcuno, e quindi addebito, Incolpazione*.<sup>7</sup>

Andando a considerare il lessema nella sua interezza, vi è una definizione dell'Accademia della Crusca che adotta dei riferimenti più generali di "*presa in carico*" che *indica l'assunzione di responsabilità rispetto al buon fine di un fatto (nuovo) richiesto*. È presente inoltre, una definizione più contesto-specifica: *negli ultimi anni la locuzione presa in carico è entrata stabilmente nel linguaggio medico e nell'ambito dei servizi sociali, in cui l'espressione presa in carico (di un paziente o di un utente) designa (con riferimento a un paziente o a un utente) l'iter di azioni e interventi specifici pensati attorno al soggetto (come cura e assistenza)*<sup>8</sup>; tale definizione risulta quella che viene adottata, anche se in maniera implicita<sup>9</sup> nel *Percorso Diagnostico Terapeutico*

---

<sup>4</sup> cfr. cap.2.1

<sup>5</sup> Vocabolario etimologico della lingua italiana: [www.etimo.it](http://www.etimo.it)

<sup>6</sup> Ibidem.

<sup>7</sup> Ibidem.

<sup>8</sup> Accademia della Crusca: [www.accademiadellacrusca.it](http://www.accademiadellacrusca.it)

<sup>9</sup> Si scrive "in maniera implicita", in quanto nel documento citato non viene data rilevanza nel presentare una definizione ufficiale di "presa in carico"; si evince come venga adottata la definizione usata nel PANSM (Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020, Organizzazione Mondiale della Sanità)

*Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi depressivi*, approvato come Decreto n°60 del 10 giugno 2019 dalla Giunta della Regione Veneto.

Dopo aver descritto e contestualizzato la “presa in carico”, è necessario specificare maggiormente l’oggetto d’indagine dell’elaborato approfondendo il termine “diagnosi”, che deriva dal greco *diagnôsis* ed è composta dalle particelle *dià* (per mezzo) e *gnôsis* (cognizione, conoscere), letteralmente significa “conoscere attraverso”, ma nell’ambito medico viene definita come la *cognizione dell’indole e sede di una malattia, per mezzo della osservazione dei fenomeni che l’accompagnano e dall’esame della sua cagione*<sup>10</sup>. Parafrasando tale definizione, si può attestare che la diagnosi è una prassi (la seconda dopo l’anamnesi) del M.O.M., ovvero il *Modello Operativo Medico*, in cui vi è l’individuazione delle cause che hanno modificato l’unità (l’organismo) e/o le sue funzionalità. Si parla di Modello Operativo Medico in ambito sanitario dalla pubblicazione dei libri ippocratici datati nel 700-800 a.C., anche se viene accreditato dal senso comune solamente tra il 1500 e il 1600 d.C., negli anni in cui fu pubblicata la prima mappa anatomica del corpo umano (*De Humanis Corporis Fabrica*, Andrea Vesalio, 1543)<sup>11</sup>. Nonostante sia nato in ambito medico, il M.O.M. ha subito delle modificazioni per poter essere utilizzato in ambito psichiatrico: questo passaggio avviene nel periodo storico in cui il Modello Operativo Medico viene accettato come *paradigma* per intervenire in tutti quei quadri clinici di cui non si poteva *conoscere la sede di una malattia*, in quanto appartenevano alla “dimensione psichica”, invece che all’unità anatomo-funzionale<sup>12</sup>.

Come verrà approfondito successivamente, il Modello Operativo Medico è stato la base conoscitiva e operativa che ha segnato la nascita della Psichiatria, la quale, per operare, ha tratto la sua terminologia dall’ambito sanitario. Per esempio, nel momento in cui si parla di “disturbi mentali” o “disturbo depressivo” si sta adottando la terminologia medica per riferirsi a qualcosa che però non ha una sede specifica nel corpo, come, al contrario, la definizione suggerisce. Qui, risulta necessario contestualizzare in termini etimologici

---

<sup>10</sup> Vocabolario etimologico della lingua italiana: [www.etimo.it](http://www.etimo.it)

<sup>11</sup> Turchi, G. (2016). *Manuale critico di psicologia clinica: Prolegomeni allo studio scientifico della psicologia clinica per la salute: lezioni di e su la psicologia clinica per la salute*, EdiSES srl, Napoli.

<sup>12</sup> cfr. cap.1.1.2.

il vocabolo “disturbo” (disturbare), il quale deriva dal latino ed è composto dal prefisso *dis-* (che aumenta forza) e *turbo, turbare* (disordine, disordinare)<sup>13</sup>. Nel Vocabolario Treccani per “disturbo” si intende una *leggera irregolarità o disordine nelle funzioni organiche [...]; perturbazione del normale andamento di un dispositivo o di una macchina*.<sup>14</sup> Seguendo la logica dello storico dualismo mente-corpo teorizzato da Cartesio, ai “disturbi fisici” sono stati affiancati i “disturbi mentali” tra cui il “disturbo depressivo” o anche chiamato interscambiabilmente, “depressione”; poiché l’uso del sostantivo “depressione” o del termine “disturbo” appartiene alla terminologia medica, sarebbe opportuno sostituirli con “sindrome depressiva”, in questo modo si esplicita come non sia possibile rintracciare una causa.<sup>15</sup>

Infatti, quando la causa è incerta si ricorre alla descrizione del caso clinico, in quanto non si possono attribuire etichette diagnostiche: così si antepone alla presupposta causa l’etichetta linguistica di “sindrome”. Non avendo aderenza al dato percettivo, in quanto non è possibile indagare la causa attraverso gli organi di senso, in Psichiatria non è spendibile l’etichetta diagnostica sottoforma di sostantivo (“depressione”) o di disturbo (“disturbo depressivo”), in quanto si hanno a disposizione solo sintomi come *effetti della causa*, che non sono identificabili nella causa stessa.

Per poter entrare nel merito dell’oggetto d’indagine nella sua interezza è necessario descrivere cosa si intende per il sostantivo “depressione” e l’aggettivo “depressivo”. L’etimologia di “depressione” risale alla lingua latina *depressio -onis*, derivato di *deprimere* (deprimere), il cui participio passato è *depressus*; tale termine risulta composto da *de* e *prèmere* (pigiare, calcare), letteralmente “premere verso il basso”, e in senso figurativo significa *abbattere, umiliare, avvilito, calcare una cosa acciòché si abbassi*<sup>16</sup>. Nel Vocabolario Treccani, oltre alla definizione sopracitata, è presente una definizione legata al contesto specifico psichiatrico: *modificazione del tono del sentimento in senso malinconico (tedio e pessimismo diffuso, distacco dagli abituali interessi, svalutazione delle proprie capacità psichiche e fisiche, ...), caratteristica di stati psicotici, psiconevrotici e nevrotici*.<sup>17</sup>

---

<sup>13</sup> Vocabolario etimologico della lingua italiana: [www.etimo.it](http://www.etimo.it).

<sup>14</sup> Vocabolario Treccani: [www.treccani.it](http://www.treccani.it).

<sup>15</sup> In ambito medico si parla di “sindrome” quando la diagnosi è ad eziologia incerta; cfr. cap.1.1.2.

<sup>16</sup> Vocabolario etimologico della lingua italiana: [www.etimo.it](http://www.etimo.it).

<sup>17</sup> Vocabolario Treccani: [www.treccani.it](http://www.treccani.it).

Come nella definizione di “presa in carico”, anche in quella di “depressione” si trova un’ulteriore specifica rispetto alla loro interazione con l’ambito sanitario: nel caso della “presa in carico” si passa da un’*assunzione di responsabilità rispetto al buon fine di un fatto (nuovo) richiesto* come definizione più generica a una più specifica ovvero un *iter di azioni e interventi specifici pensati attorno al soggetto (come cura e assistenza)*.

Nel caso di “depressione” si ha *abbattere, umiliare, avvilitare, calcare una cosa acciòché si abbassi* come definizione generale, ma nel contesto specifico diventa *modificazione del tono del sentimento in senso malinconico (tedio e pessimismo diffuso, distacco dagli abituali interessi, svalutazione delle proprie capacità psichiche e fisiche, ecc.)*, caratteristica di stati *psicotici, psiconevrotici e nevrotici*. Così, se nel primo caso si tratta di descrivere un fatto e le sue caratteristiche sia nella definizione generica che in quella specifica del contesto sanitario; nel secondo caso, invece, si tratta di tradurre un’azione diretta (abbattere, umiliare, ...) in una combinazione di stati emotivi a cui si attribuisce un’etichetta diagnostica patologica.<sup>18</sup> Tale passaggio retorico, avvenuto nel corso dell’ultimo secolo, implica l’affermazione di determinati comportamenti come “patologici, anormali” e quindi opposti al “normale” (inteso come socialmente accettato).

Nel momento in cui si fa riferimento alla terminologia psichiatrica, risulta opportuno citare che, della sua sistematizzazione, se ne occupò l’American Psychiatric Association (APA) attraverso la pubblicazione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (in inglese l’acronimo è DSM), la cui prima edizione risale al 1952; all’interno di tale manuale è contenuta la tassonomia diagnostica raccomandata per la pratica clinica di psicologi e psichiatri, promosso anche dal contesto britannico NICE (National Institut for Health and Care Excellence).<sup>19</sup>

Il “disturbo depressivo” fa parte della categoria dei “disturbi dell’umore” e viene presentato all’interno del DSM-V-TR, l’ultima edizione revisionata nel 2023, con il nome di “disturbo depressivo maggiore” a cui vengono associati determinati criteri diagnostici riconducibili alla definizione del Vocabolario Treccani, per esempio:

---

<sup>18</sup> Dal greco “trattare delle malattie o delle passioni”. Che riguarda la patologia o, più genericamente, le malattie e le alterazioni da queste prodotte. Vocabolario Treccani: [www.treccani.it](http://www.treccani.it)

<sup>19</sup> Si tratta degli organismi riconosciuti a livello internazionale per la pubblicazione della tassonomia diagnostica psichiatrica (APA) e per la formulazione di linee guida e raccomandazioni per la pratica clinica e la salute pubblica (NICE).

- 1) Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dal soggetto (p. es., si sente triste o vuoto) o come osservato da altri (p.es., appare incline al pianto);
- 2) Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come riportato dal soggetto o come osservato da altri).<sup>20</sup>

Come è stato anticipato sopra, una delle prassi del Modello Operativo Medico è la “diagnosi”, la quale, come le altre prassi, segue il criterio *eziopatogenico*. Risulta strategico riferirsi all’etimologia di tale termine per poter descrivere con precisione i rapporti tra il modello in ambito medico e l’uso che se ne fa in ambito psichiatrico: dal greco *etio* (causa), *pato* (dolore/malattia), *genico* (principio/generazione), complessivamente significa “ciò che genera il morbo”. Si può asserire che il criterio eziopatogenico delinea la cornice operativa entro cui avvengono le azioni e gli interventi: il modello medico interviene nel momento in cui una *etio* (causa) modifica l’assetto dell’unità anatomico-funzionale.

La diagnosi può essere ad eziologia certa o incerta: quando l’*etio* è certo, allora è possibile inquadrare immediatamente quali siano le caratteristiche dell’ente causa e che cosa, questo, possa determinare per l’unità anatomico-funzionale; qui risulta spendibile l’etichetta diagnostica (dalla tassonomia di riferimento). Nella diagnosi ad eziologia certa la prognosi<sup>21</sup> è fausta, in quanto si persegue l’obiettivo della guarigione attraverso il ripristino dell’unità anatomico-funzionale prima dell’intervento della causa.

Nel caso in cui, invece, si tratti di diagnosi ad eziologia incerta si dispongono esclusivamente di dati percettivi<sup>22</sup> rispetto alla modificazione dell’unità anatomico-funzionale, dunque non si è nella condizione di individuare la causa: in questo caso, il modello medico opera in termini deduttivi, partendo dal presupposto che la causa sia presente nella misura in cui si registra un dato percettivo di modifica, ma non disponendo della causa dell’alterazione dell’unità anatomico-funzionale, non vi è corrispondenza ad

---

<sup>20</sup> American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione* (Trad. it., 2015). Raffaello Cortina.

<sup>21</sup> Etimologia di prognosi: pro (avanti) e gnosis (conoscere), definita come il “giudizio sull’esito di una malattia, tratto dai segni che la precedono e l’accompagnano.” [www.etimo.it](http://www.etimo.it)

<sup>22</sup> I dati percettivi (o percetto) sono generati in base agli organi di senso e le loro caratteristiche morfo-fisiologiche.

un'etichetta diagnostica. Quando la diagnosi è ad eziologia incerta, la prognosi è infausta, in quanto non disponendo di una causa viene perseguito l'obiettivo di cura, senza garanzia di guarigione: non potendo disporre di un'etichetta diagnostica riferita alla causa, a livello diagnostico tali quadri clinici vengono chiamati “sindromici”; pertanto, si è vincolati alla descrizione del quadro clinico, anziché individuarne la causa.

Come si diceva precedentemente, nel caso in cui la diagnosi sia ad eziologia incerta, non potendo identificare una causa, allora non si dispone di un'etichetta diagnostica (come “depressione”), ma di una sindrome (come “sindrome depressiva”), la quale viene descritta attraverso i dati percettivi auto ed etero-riferiti.

Se il MOM in ambito medico opera seguendo il criterio eziopatogenico, in ambito psichiatrico viene perseguito il *criterio sintomatologico*, il cui obiettivo non è il ripristino dell'unità anatomico-funzionale prima dell'intervento della causa (la guarigione), ma è la cura: in questo modo l'intervento consiste nella riduzione o nell'eliminazione, non della causa, ma delle sue “manifestazioni”, della sintomatologia.<sup>23</sup>

Dunque, quando il Modello Operativo Medico viene utilizzato in ambito psichiatrico la diagnosi può essere esclusivamente ad eziologia incerta e la prognosi infausta, in quanto non si dispone della sede della causa.

Questa prima disamina etimologica e semantica ha evidenziato come l'attuale configurazione di presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva sia interconnessa all'ambito medico-sanitario, adottandone lo stesso campo semantico. Mentre la terminologia medica (come la diagnosi) suggerisce la cognizione dell'indole o della sede di una malattia, nei quadri clinici come la sindrome depressiva non è possibile rintracciare una causa certa o una sede specifica nel corpo. Si è inoltre osservato come, nell'uso del linguaggio ordinario, un'azione diretta (“depressione” intesa come “premere verso il basso”) sia stata tradotta nel corso in una combinazione di stati emotivi a cui si attribuisce un'etichetta diagnostica.

È, pertanto, necessario approfondire il contesto storico-culturale del Modello Operativo Medico in modo da descrivere come l'esigenza di operare nei quadri clinici sindromici abbia portato all'istituzione di una “piattaforma psichica” come alternativa a quella

---

<sup>23</sup> Ibidem, pp.180.

organica. Tale passaggio rappresentò la base conoscitiva e operativa che ha segnato la nascita della Psicologia Clinica e della Psichiatria.

### **1.1.2 Contestualizzazione storico-culturale del Modello Operativo Medico: la nascita di Psicologia Clinica e Psichiatria**

L'origine dei rapporti tra la Medicina e la Psichiatria risale alla nascita della psicologia come Psicologia Clinica, ovvero nei primi anni del 1800<sup>24</sup>: si tratta del periodo storico-culturale in cui l'osservazione medico-clinica stava diventando sempre più precisa e accadde che la stessa osservazione venisse compiuta anche nei confronti di coloro a cui non si riscontravano alterazioni organiche<sup>25</sup>. Si verificò tale passaggio, quando Philippe Pinel (Saint-Paul, Tarn, 1745 – Parigi, 1826), medico e direttore di un ospedale (*l'Hopital général de Paris*), si ritrovò di fronte a quadri clinici che, relativamente alle sue conoscenze di tipo medico, non riusciva a giustificare, né, tantomeno riusciva a intervenire a livello operativo (attraverso metodi usati allora come salassi e purghe), in quanto si trattava di comportamenti ritenuti particolari, al di fuori della nosografia allora disponibile (Turchi, 2016).

Non trovando un fondamento di tipo organico per poter operare, la risposta di Pinel fu quella di istituire il cosiddetto *traitement moral*, facendo ricorso a un'ipotetica piattaforma non organica trasponendola all'interno della pratica medico-clinica.<sup>26</sup>

Sulla scia del dualismo tra mente e corpo di Cartesio, Pinel suppose che, se c'è una piattaforma di tipo organico, allora si può ipotizzare anche l'esistenza di una piattaforma non organica, che potremmo chiamare “psichica” e che Pinel definisce “mentale”.

La “piattaforma psichica” consente a Pinel di *poter fare il salasso* e anche di *intervenire con il “trattamento morale”*, nei confronti di coloro che dal punto di vista anatomico e funzionale non palesano alcuna differenziazione, ma da un altro punto di vista manifestano certi comportamenti, rispetto ad altri che invece non li manifestano.<sup>27</sup>

Ponendo la “piattaforma psichica” come alternativa all'unità anatomo-funzionale, si predispongono le basi per cui, in termini ipotetici, possa esserci “un qualcosa” che

---

<sup>24</sup> Turchi, G. P. & Sposini, F. M. (2016). *Al di là del normale e del patologico*. Napoli: EdiSes.

<sup>25</sup> Turchi, G. (2016). *Manuale critico di psicologia clinica: Prolegomeni allo studio scientifico della psicologia clinica per la salute: lezioni di e su la psicologia clinica per la salute*. Napoli: EdiSes. pp.29.

<sup>26</sup> Ibidem, pp.31.

<sup>27</sup> Ibidem, pp.38.

interviene e che non si identifica in una causa osservabile scientificamente. In questo modo nasce la Psicologia Clinica su precisa richiesta da parte del M.O.M., in quanto si necessita di disporre di un substrato conoscitivo a cui fare riferimento per tutti quei quadri clinici che per il modello medico (di allora) risultavano solo ed esclusivamente di tipologia sindromica.<sup>28</sup> Ecco che allora il termine “psiche” (anche definita “mente”) diviene l’ente ipotetico, in quanto *presupposta causa* della sindrome diagnosticata. Una volta creata l’etichetta linguistica (psiche) e delineata la distinzione categoriale della “piattaforma psichica” da quella organica, in linea con il modello medico nascono le prime tassonomie, ossia le classificazioni dei quadri clinici, che hanno come substrato conoscitivo una nuova disciplina: la Psicopatologia.

Come la Medicina si poggia su presupposti conoscitivi scientifici come l’Anatomia, la Chimica e la Biologia, anche l’uso del modello medico riferito alla “piattaforma psichica” necessitava di un apparato teorico che supportasse la sua applicazione in termini operativi. Le discipline sopracitate sono basate su evidenze empiriche, dunque sull’evidenza che offre il dato percettivo; la Psicologia avendo come oggetto di studio la “psiche” non ha aderenza sul percetto e formula ipotesi rispetto ad enti non misurabili<sup>29</sup>.

Poiché la “psiche” non è un ente misurabile che aderisce al percetto, lo strumento utilizzato per descriverla e indagarla è il linguaggio naturale, il quale varia in base all’interpretazione dell’osservatore che può produrre infiniti valori di tale costrutto.

Pertanto, nell’alveo della Psicologia, ogni costrutto (come “psiche” o “intelligenza”) necessita di essere definito all’interno della teoria che lo pone come oggetto d’indagine, in quanto senza una teoria che lo genera, non può essere osservato.

Nel momento storico in cui nasce la Psicopatologia, essendo una disciplina che non aderisce al percetto, si iniziano a produrre molteplici valori dell’oggetto di indagine “psiche” e quindi, i diversi orientamenti teorici prodotti consentono la declinazione di una propria organizzazione tassonomica svincolata da quella della patologia nell’alveo del Modello Operativo Medico.<sup>30</sup>

Questo modo di procedere, inizialmente, rappresenta un reale valore di ricchezza e si creano diverse scuole di Psicopatologia focalizzate sui propri riferimenti teorici. Tuttavia,

---

<sup>28</sup> Ibidem, pp. 174.

<sup>29</sup> cfr.cap.2.1.

<sup>30</sup> Ibidem, pp.181.

il perdurare di questo stato di cose comportò la frantumazione e la diversificazione della prassi diagnostica, con conseguente perdita di rigore e di precisione, ma soprattutto di condivisione dell'accertamento diagnostico medesimo: si verifica un vero e proprio movimento centrifugo (rispetto alla diagnosi).

Alla luce di questo, il M.O.M. cerca di generare un movimento opposto, ovvero centripeto, e tenta di contenere questa frantumazione con l'uso di un termine che fino a quel momento storico era stato utilizzato saltuariamente, ovvero la "Psichiatria": così l'uso di tale termine, intorno ai primi decenni del XX secolo, corrispose all'organizzazione diagnostica che accorpa le spinte dei diversi costrutti nati in ambito psicopatologico e ne fece una questione di *univocità*, spostando l'attenzione dal costrutto di riferimento alla prassi diagnostica. Questa spinta centripeta della necessità di intervenire attraverso il M.O.M., porta a far sì che la specializzazione in Psichiatria sia possibile all'interno di una formazione accademica di tipo medico-sanitario.<sup>31</sup>

Il termine "Psichiatria" comprende il suffisso *-iatria* che deriva da *iatros*, inteso come "malattia", "ciò che genera il disturbo, alterazione, modifica dell'organismo": esso è cruciale per definirne lo statuto, infatti con *-iatria* si intende che la Psichiatria non genera conoscenza, bensì consiste nell'applicazione di prassi operative. Di conseguenza, la Psichiatria, operando attraverso lo *iatros* sulla psiche, è stata in grado di affermarsi come applicazione sanitaria, nonostante operasse su un costrutto non organico.

In sintesi, la Psichiatria è legittimata a operare nel M.O.M. non perché produca conoscenza scientifica autonomamente (non è una disciplina scientifica), ma perché si configura come l'applicazione medica (suffisso *-iatria*) di prassi generate da conoscenze esterne, necessarie per intervenire sui fenomeni della "piattaforma psichica" che il Modello Medico aveva istituito come un'area di competenza sanitaria.

### **1.1.3 Riferimenti normativi locali e linee guida nazionali**

Trattare tematiche che riguardano la Psicologia Clinica implica toccare aspetti politici, per esempio riguardo le politiche pubbliche in merito alla gestione dei servizi, ma implica anche parlare di questioni di carattere scientifico della disciplina psicologica: in questo paragrafo l'obiettivo è quello di descrivere i rapporti che intercorrono tra gli aspetti politico-legislativi e la letteratura di settore.

---

<sup>31</sup> Ibidem, pp.182.

In ordine cronologico di pubblicazione, il documento meno recente a cui si fa riferimento in materia di presa in carico per sindrome depressiva è il *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi depressivi*, approvato come Decreto n°60 del 10 giugno 2019 dalla Giunta della Regione Veneto.

Il PDTA applicato a quest'ambito è definito come uno *strumento di governo clinico basato su evidenze scientifiche aggiornate, finalizzato a ridurre la variabilità dei trattamenti, garantire la qualità dei processi e assicurare l'erogazione tempestiva di trattamenti efficaci*.<sup>32</sup>

La raccomandazione centrale riguarda la “presa in carico precoce”, la quale è necessaria per *contrastare la frequente e lunga latenza tra l'esordio dei sintomi e la formulazione della diagnosi*, che ritarda l'inizio di trattamenti farmacologici, psicoterapici e psicosociali.

Nel percorso diagnostico, pur con minori evidenze in letteratura rispetto ad altre patologie per quanto riguarda *l'efficacia in termini prognostici di interventi precoci*, si concorda sull'importanza di un *corretto inquadramento diagnostico sin dal primo episodio depressivo* e una riduzione del periodo di *malattia non trattata* in modo da *condizionare positivamente il decorso della patologia*.<sup>33</sup>

Il riconoscimento della sindrome depressiva presenta difficoltà, specialmente nel momento in cui avviene la prima valutazione da parte del medico di medicina generale (MMG), il cui ruolo è enfatizzato come il *primo ed il più importante filtro* per il riconoscimento e il trattamento dei disturbi depressivi, agendo come snodo strategico nelle interazioni con i servizi specialistici (modello di "Collaborative Care").

Secondo il modello “Stepped Care” (NICE, 2012), il quale descrive un percorso di cura strutturato per livelli di gravità, con obiettivi e interventi appropriati, il MMG è prevalentemente coinvolto nella gestione della depressione lieve e della distimia, mentre il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) interviene dalla depressione moderata a grave, inclusi i casi ricorrenti, resistenti, con sintomi psicotici o ad alto rischio suicidario.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Allegato A al Decreto n°60 del 10 giugno 2019, Area Sanità e Sociale, Regione Veneto. pp.3.

<sup>33</sup> Ibidem, pp.5.

<sup>34</sup> Ibidem, pp.14.

Le modalità d'intervento sopracitate risultano adeguate rispetto a quelle presentate nel Piano di Azione Nazionale sulla Salute Mentale (PANSM) 2013-2020, in cui vengono delineati 3 modelli organizzativi così descritti:

- *Collaborazione/consulenza*: una modalità di lavoro organizzata tra servizi per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- *Assunzione in cura*: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- *Presa in carico*: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali.

Quest'ultima risulta un percorso clinico specifico che prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente e, a seconda dei bisogni identificati, richiede l'identificazione di un "case manager". Inoltre, implica una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e nello sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli enti locali e con la scuola.

Dopo 2 anni dall'approvazione del *PDTA per il trattamento dei disturbi depressivi* (Decreto n°60 del 10 giugno 2019), nel 2021 vengono pubblicate le Linee guida di Fondazione Onda<sup>35</sup>, in cui si procede a delineare un modello per la presa in carico molto simile a quello della normativa sopracitata, pur entrando maggiormente nello specifico nella differenza tra "depressione lieve" e "depressione moderata-grave", alle quali corrispondono differenti interventi e setting nella presa in carico.

Per quanto riguarda la "depressione sottosoglia e lieve", la tipologia di intervento proposta è di supporto e di psicoterapia breve, in un contesto in cui basta il contributo del medico di medicina generale e dei consultori, i quali effettuano operazioni di screening attraverso la scala Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

Nel caso in cui si rilevi la "depressione moderata-grave" si propone la terapia farmacologica o la psicoterapia, attraverso la consulenza del medico di medicina generale e l'assunzione in cura in un Centro di Salute Mentale (CSM).

---

<sup>35</sup> Raccomandazioni nazionali per la presa in carico del paziente con depressione, Progetto Stargate, Fondazione Onda, 2021.

Infine, per la “depressione resistente, ricorrente, con comorbidità<sup>36</sup>, con sintomi psicotici” la tipologia d’intervento più adeguata risulta il trattamento psicoterapeutico e farmacologico integrato unitamente al supporto psicosociale ed il contesto è quello del CSM, in cui si procede una presa in carico integrata.

Se presente un quadro clinico complesso e un alto rischio suicidario, il setting di cura delineato è quello del CSM, ma attraverso una presa in carico intensiva e multiprofessionale (psichiatra, infermiere professionale, assistente sociale, educatore) e se necessario il ricovero ospedaliero.

Vengono identificati, inoltre, i ruoli coinvolti nella presa in carico e le relative responsabilità di ruolo, in cui lo psicologo è deputato *alla valutazione dei pazienti, al sostegno e monitoraggio durante il percorso terapeutico e al supporto e psicoeducazione individuale e familiare*; invece, il medico di medicina generale è responsabile *della diagnosi, della valutazione delle comorbidità e della gestione dei casi sottosoglia/lievi e talora moderati/gravi*. Unitamente al ruolo del MMG, vi è lo psichiatra, il quale si occupa dell’assunzione in cura e della presa in carico dei pazienti più complessi (depressione ricorrente, resistente, a rischio suicidario) e gestisce inoltre le terapie farmacologiche.

Una volta formulata la diagnosi e definito il livello di gravità, il paziente riceve i trattamenti più adeguati, primariamente a cura del MMG o presso i CSM: ciò implica un lavoro in rete tra strutture e professionalità e una gestione multidisciplinare dei pazienti, specialmente *quelli più complessi*.<sup>37</sup>

Nel presente documento si rilevano determinate criticità, quali la necessità di migliorare l’efficienza diagnostica (soprattutto in fase di screening, diagnosi precoce) e l’esigenza di una rete nazionale capillare e diversificata per garantire l’accesso a servizi e possibilità di trattamento opportunamente diversificate, che devono tenere conto del quadro clinico, della gravità e delle comorbidità per un trattamento realmente individualizzato.

Quanto descritto finora sono i presupposti normativi che hanno portato in data 29 gennaio 2024 all’approvazione, da parte del Consiglio comunale, della mozione per il sostegno alla salute mentale attraverso la condivisione del manifesto “Salute mentale bene in

---

<sup>36</sup> In medicina, la presenza contemporanea nello stesso soggetto di due o più malattie; comorbilità. Vocabolario Treccani: [www.treccani.it](http://www.treccani.it)

<sup>37</sup> Raccomandazioni nazionali per la presa in carico del paziente con depressione, Progetto Stargate, Fondazione Onda, 2021.

Comune”, in cui sono state applicate le Raccomandazioni nazionali di Fondazione Onda (2021) nel contesto del Comune di Milano.<sup>38</sup>

## **1.2 Stato dell’arte in Psicologia in materia di presa in carico per sindrome depressiva nel Comune di Padova**

### **1.2.1 Contestualizzazione attuale sulla frammentazione delle teorie psicologiche**

Come anticipato nel primo paragrafo, la Psicologia nasce come Clinica per rispondere alla richiesta operativa del Modello Operativo Medico, per poter operare clinicamente nei casi in cui si trattasse di quadri clinici sindromici relativi alla “piattaforma psichica”. Verso la fine del 1800, nasce la prima teoria completamente psicologica, svincolata da qualsiasi riferimento ad una piattaforma organica, ovvero la prima topica freudiana (in cui si distingue tra conscio e inconscio).

Nel momento in cui nasce tale teorizzazione, nasce anche la prima classificazione che, per esempio, distingue il quadro clinico nevrotico dal quadro clinico isterico.

Intorno al 1930-40, la prevalenza del termine “Psichiatria” inizia a sostituire quello di “Psicopatologia” e le classificazioni psicopatologiche sono via via abbandonate e sostituite da classificazioni generate in seno alla Psichiatria.

Tutto ciò che è stato prodotto da Pinel in poi, in virtù dell’uso del linguaggio naturale, ha permesso di configurare molteplici teorie sulla “psiche”, le quali entrano in gioco nel trattamento dei “disturbi mentali” e quindi anche di quelli depressivi.

La prima tradizione squisitamente psicologica è quella dinamica, i cui autori principali sono stati Freud, Jung e Adler: tale approccio si fonda su una determinata ipotesi, ovvero che la “psiche” sia data dal dinamismo intrapsichico, in cui il “problema della psiche” risulta essere un “conflitto intrapsichico” tra forze pulsionali e meccanismi di controllo. Il trattamento identificato per “curare la psiche” era l’ipnosi a scopo catartico, per liberare l’energia psichica legata a episodi traumatici rimossi, ma anche il metodo delle libere associazioni, che garantisce un accesso privilegiato all’inconscio.<sup>39</sup> Questi sono i presupposti conoscitivi alla base della Terapia dinamica e della Terapia interpersonale, le quali vengono proposte nella normativa regionale tra i trattamenti per la “depressione”.

---

<sup>38</sup> <https://www.comune.padova.it/novita/notizie/manifesto-salute-mentale-bene-comune> (2025).

<sup>39</sup> Paolo Legrenzi (2019). *Storia della psicologia*. Il Mulino.

Questo approccio, infatti, rimane ancorato alle sue origini orientate alla psicoterapia, piuttosto che direzionate verso la ricerca scientifica.

La seconda tradizione psicologica coinvolta nel trattamento della “depressione” è il comportamentismo: tale approccio risale agli studi di Pavlov e l’ipotesi su cui si basa è che lo stimolo sia uguale nelle diverse declinazioni e derivazioni, in cui il “problema della psiche” risulta essere una “risposta disfunzionale” a tale stimolo determinato.

Al giorno d’oggi, non si parla più di comportamentismo a sé stante, in quanto, le conoscenze generate da tale filone sono state integrate alle nozioni teorizzate da un’altra tradizione psicologica, il cognitivismo. L’ipotesi su cui si fondano le teorie cognitiviste è che la “psiche” sia l’elaborazione dell’informazione; infatti, viene coniato l’acronimo HIP (Human Information Processing), in cui l’essere umano viene considerato al pari della “macchina di von Neumann”, ovvero un sistema dotato di una memoria, espandibile in teoria in modo indefinito, e di un’unità centrale di elaborazione (la CPU, Central Processing Unit). Nel momento in cui si riscontra un “problema della psiche”, esso viene definito una “disfunzione cognitiva”. Parlare in termini deterministici di elaborazione cognitiva delle informazioni e di risposta funzionale o disfunzionale rientra nell’alveo del linguaggio utilizzato nella Terapia Cognitivo-Comportamentale.

Le differenti tipologie di psicoterapia descritte sopra costituiscono i trattamenti ritenuti più efficaci in letteratura,<sup>40</sup> per questo motivo le principali linee guida (APA e NICE) consigliano di adottarle come trattamento nella presa in carico.

Affiancata alla psicoterapia, nel trattamento della sindrome depressiva, vi sono la terapia farmacologica e la terapia somatica, le quali, in parte, risultano un trattamento sanitario e d’altra parte, si poggiano su implicazioni di natura psicobiologica.

La Psicobiologia e le Neuroscienze sono definite come un approccio interdisciplinare nello studio del cervello, che rappresenta il punto d’incontro di diverse discipline e tradizioni sperimentali nello studio dei fondamenti anatomo-fisiologici del comportamento umano e dell’attività psichica.<sup>41</sup> In questa sede non verranno trattati aspetti specifici legati alla terapia farmacologica.

---

<sup>40</sup> C. Bressi, G. Invernizzi (2017). *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*. Quinta edizione. The McGraw-Hill Companies, Srl.

<sup>41</sup> Turchi, G. (2016). *Manuale critico di psicologia clinica: Prolegomeni allo studio scientifico della psicologia clinica per la salute: lezioni di e su la psicologia clinica per la salute*. Napoli: EdiSes. pp.231.

Oggigiorno la ricerca scientifica propone un approccio integrato per tentare di superare la frammentazione delle tradizioni psicologiche e garantire maggiore “rigore”. L’integrazione tra il cognitivismo e le neuroscienze permette di creare dei legami empirico-fattuali tra gli assunti bio-chimici relativi al cervello e al sistema nervoso, e i meccanismi cognitivi riguardo la formazione di schemi di pensiero, come credenze e aspettative.

Per esempio, nell’articolo di Kube et al. pubblicato nel 2020<sup>42</sup> viene criticato il modello cognitivo tradizionale, in quanto la sua concezione della cognizione è ritenuta ampia e aspecifica, per questo motivo proponendo una nuova prospettiva meccanicista sulla “depressione maggiore”. L’articolo suggerisce una riformulazione che tenga conto dell’attuale modello Bayesiano e del “predictive processing” (PP), in cui il cervello genera attivamente previsioni top-down sugli input sensoriali attesi, e le discrepanze tra previsioni e realtà (errori di previsione - PE) normalmente portano all'aggiornamento delle previsioni. Viene specificato come nella “depressione”, questo meccanismo di apprendimento è distorto; infatti, le persone che ne sono affette tendono ad aspettarsi prevalentemente eventi o esperienze negative e a rielaborare o ignorare le informazioni positive che disconfermano queste aspettative negative. Così, la mancata elaborazione degli errori di previsione positivi (in particolare gli errori di previsione di ricompensa) è associata a una ridotta attivazione nello striato ventrale (VS) negli individui con depressione. Si ipotizza, inoltre, che la corteccia prefrontale (PFC) possa sopprimere l'elaborazione degli errori di previsione positivi nel VS, spiegando la persistenza delle aspettative negative; questo meccanismo neuronale corrisponde all'immunizzazione cognitiva. Con tali ipotesi, il modello avvalora l’importanza di modificare le aspettative disfunzionali e suggerisce la riduzione dell’impiego di strategie di immunizzazione cognitiva nel trattamento della “depressione”. Anche Beaujean et al. (2013)<sup>43</sup> riportano di legami empirico-fattuali tra le abilità cognitive e la “depressione”: essi sostengono che i sintomi depressivi nei periodi di sviluppo critici (come l’infanzia e l’adolescenza)

---

<sup>42</sup> Kube, T., Schwarting, R., Rozenkrantz, L., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2020). Distorted Cognitive Processes in Major Depression: A Predictive Processing Perspective. *Biological Psychiatry*, 87(5), 388–398. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.017>.

<sup>43</sup> Beaujean, A. A., Parker, S., & Qiu, X. (2013). The relationship between cognitive ability and depression: A longitudinal data analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(12), 1983–1992. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0668-0>.

possono causare una riduzione dell'abilità cognitiva, attraverso un deterioramento delle funzioni cognitive dovuto alla "depressione".

### **1.2.2 Prassi e strumenti diagnostici allo stato dell'arte attuale**

Dato il movimento centripeto operato dal Modello Operativo Medico per contenere la frammentazione diagnostica della Psicopatologia, si affermò la Psichiatria come paradigma di riferimento, spostando l'attenzione dalle teorie e dai costrutti alla prassi diagnostica: tale spinta all'univocità nella diagnosi, oggi, si manifesta nell'utilizzo diffuso delle tassonomie psichiatriche. Le classificazioni dei quadri clinici generate in seno alla Psichiatria hanno infatti sostituito quelle psicopatologiche come riferimento per la pratica clinica di psicologi e psichiatri.

Le categorie diagnostiche attuali sono inserite all'interno di produzioni manualistiche come il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD), che rispettivamente sono giunte alla loro quinta e undicesima versione.<sup>44</sup> Tali manuali rappresentano la base "scientifica" per praticare la diagnosi, ma non è chiaro se riguarda il ruolo dello psicologo, in quanto come asserito nel paragrafo 1.1.3, lo psicologo è deputato *alla valutazione dei pazienti, al sostegno e monitoraggio durante il percorso terapeutico e al supporto e psicoeducazione individuale e familiare*. Ma la normativa nazionale risulta ambivalente, in quanto nell'art.1 della Legge 56 del 18/2/1989 si dice che *la professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità*. In questo modo gli psicologi vengono accomunati a medici e odontoiatri come uniche figure professionali con facoltà di diagnosi; al tempo stesso si evince l'intento di limitare la possibilità di formulare la diagnosi, in modo tale che sia di tipo psicologico. La diagnosi, in quanto psicologica, varia in base alla teoria su cui si basa il professionista per esercitare la propria professione, a differenza della diagnosi psichiatrica che risulta "ateorica" (APA, 2000, pp. 8-9).

---

<sup>44</sup> Turchi, G. (2016). *Manuale critico di psicologia clinica: Prolegomeni allo studio scientifico della psicologia clinica per la salute: lezioni di e su la psicologia clinica per la salute*. Napoli: EdiSes. pp.176.

Per fare una diagnosi la normativa riporta come i criteri diagnostici più utilizzati siano quelli del DSM-V e del ICD-10<sup>45</sup>: quest'ultimo risulta il riferimento usato per differenziare le modalità per la presa in carico, in cui in base al numero di sintomi riportati dal "paziente" si definisce la gravità della sindrome depressiva. Sulla base di tali riferimenti è stato costruito il Patient Health Questionnaire (PHQ-9), in cui ad una persona che riporta 9 sintomi su 9 percepiti quasi tutti i giorni viene diagnosticata la "depressione maggiore severa", ovvero il livello di gravità più alto, a cui in alcuni casi è associato il rischio suicidario.<sup>46</sup>

Come riportato nel paragrafo 1.1.1., nel DSM-V si descrivono alcuni dei sintomi necessari per attribuire una diagnosi di "depressione maggiore". Nel ICD-10, invece, non si parla di depressione maggiore, ma di "disturbo depressivo ricorrente"<sup>47</sup> caratterizzato da "episodi depressivi" o "episodi di depressione" che in relazione al numero e alla gravità dei sintomi possono essere classificati come lievi, di media gravità o gravi.

Durante tali episodi *il paziente lamenta umore depresso, riduzione dell'energia e decremento dell'attività: [...] l'umore depresso si modifica scarsamente da un giorno all'altro, non è correlato agli eventi e può essere accompagnato da sintomi cosiddetti "somatici", come la perdita d'interesse o piacere, il risveglio mattutino parecchie ore prima del solito, il peggioramento mattutino della depressione, il rallentamento psicomotorio accentuato, l'agitazione, la perdita dell'appetito, la perdita di peso e la riduzione della libido.*

La valutazione dei sintomi sopracitati può essere auto o etero-riferita, ma le scale di valutazione più utilizzate sono il Beck Depression Inventory (BDI) e il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), in entrambi i casi si tratta di scale di autovalutazione e vengono utilizzate per praticare lo "screening", che è d'aiuto per identificare alcuni sintomi depressivi per quanto riguarda le "persone a rischio", ma non può essere utilizzato da solo a scopo diagnostico.<sup>48</sup> I test psicologici sopracitati, infatti, sono strumenti che offrono una

---

<sup>45</sup> World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10)*, 5th ed. World Health Organization.

<sup>46</sup> <http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/depressooverview.pdf> (2025).

<sup>47</sup> World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10)*, 5th ed. World Health Organization. pp.246-247.

<sup>48</sup> American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, pp 177-214.

fotografia parziale e soggettiva del vissuto della persona. Utilizzarli senza affiancarli ad ulteriori pratiche cliniche, comporta un aumento delle diagnosi, associato ad un aumento della medicalizzazione che può sovraccaricare il sistema sanitario (Conrad, 2013).

Nel DSM-V si evince come due episodi depressivi nel corso della vita siano divenuti la soglia che definisce la depressione ricorrente (Monroe & Harkness, 2011), nonostante non sia chiaro il processo che abbia portato a tale *affermazione*. Non si rinviene alcuna giustificazione concettuale evidente, in quanto non è stato avanzato alcun argomento teorico convincente in modo esplicito (Monroe, 2022). Come citato nel manuale «una diagnosi [di depressione] basata su un singolo episodio è possibile, sebbene il disturbo sia ricorrente nella maggior parte dei casi» (APA, 2013, p. 155); tuttavia, si tratta di una semplice affermazione, priva di informazioni a supporto. È evidente che molteplici interrogativi possono – e devono – essere sollevati in merito alle basi teoriche ed empiriche che giustificano l’attuale definizione di “depressione ricorrente”.<sup>49</sup>

### **1.3 Descrizione dei servizi di natura psicologica e delle strutture deputate alla presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva nel Comune di Padova**

#### **1.3.1 Descrizione dei trattamenti psicologici presenti nelle linee guida**

Avendo descritto lo stato dell’arte attuale dell’oggetto d’indagine, è stato evidenziato come il contributo della disciplina psicologica emerge nel *trattamento* della sindrome depressiva. Questo si dimostra, non solo dalla produzione di ricerca scientifica, ma anche dalla diretta applicazione delle conoscenze psicologiche nella psicoterapia, la quale è riconosciuta come un intervento cruciale per tutti i livelli di gravità della sindrome depressiva e si diversifica in base all’approccio teorico di riferimento.

Nel trattamento per livelli di gravità superiori alla “depressione moderata-grave” è inoltre prevista la terapia farmacologica, la quale, in parte, è supportata dalla Medicina e d’altra parte, dalle conoscenze relative alla Psicobiologia (e alle Neuroscienze).

Nelle Linee guida nazionali<sup>50</sup> sono presenti specifiche esclusivamente riguardo la terapia farmacologica; invece, nella Normativa regionale (Decreto n°60 del 2019) sono presentate e descritte tre tipologie di trattamenti psicologico-clinici evidence based: la

---

<sup>49</sup> Monroe, S. M. (2022). Major Depression and Its Recurrences: Life Course Matters. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18(1), 329–357. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>.

<sup>50</sup> Raccomandazioni nazionali per la presa in carico del paziente con depressione, Progetto Stargate, Fondazione Onda, 2021.

Terapia Interpersonale (IPT), la Terapia Psicodinamica breve (TPB) e la Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC); quest'ultima risulta la più utilizzata.<sup>51</sup>

L'approccio teorico su cui si basa la TCC risulta misto, in cui da una parte vi è la componente cognitiva, la quale si basa sull'assunto che nella sindrome depressiva sia centrale l'interpretazione negativa di sé, del mondo e del futuro e che, pensieri distorti, errati e disfunzionali condizionino l'umore, le reazioni emotive e comportamentali del paziente, proponendosi di aiutarlo a riconoscere e a modificare i pensieri disfunzionali.

D'altra parte, vi è la componente comportamentale, la quale affronta, invece, la mancanza di motivazione e di energia che porta il paziente a ridurre le attività, a trascurare sia i compiti e le responsabilità quotidiane che le attività piacevoli, lasciando che siano gli altri spesso a prendere le decisioni.

I programmi di ripresa dell'attività e la tecnica dell'attivazione comportamentale hanno proprio lo scopo di interrompere il *circolo vizioso* attraverso una progressiva riduzione dell'attività e una conseguente riduzione delle gratificazioni e degli stimoli, che porta a un'ulteriore riduzione dell'attività. Il programma si articola generalmente in 10-12 sedute, individuali o di gruppo, e si apre con una parte psico-educativa, per passare poi agli interventi comportamentali, a quelli cognitivi e concludersi con un intervento di prevenzione delle ricadute (follow-up).<sup>52</sup>

La terapia cognitivo comportamentale in età evolutiva rappresenta la pratica clinica di maggior efficacia *evidence based* a livello internazionale. Solitamente tutte le psicoterapie in età infantile e spesso adolescenziale comportano anche un percorso genitoriale, indipendentemente dal tipo di psicoterapia utilizzata.

Un'altra tipologia di psicoterapia riconosciuta come efficace è la Terapia Interpersonale (IPT)<sup>53</sup>, che è un modello di psicoterapia breve che si focalizza sui fattori familiari e ambientali che favoriscono lo sviluppo della psicopatologia. Klerman (1984) ha delineato un intervento di IPT per il *trattamento di pazienti con depressione maggiore, non psicotici e non bipolari*, e ne ha descritto le caratteristiche in un manuale del 1984 che fa da guida

---

<sup>51</sup> Allegato A al Decreto n°60 del 10 giugno 2019, Area Sanità e Sociale, Regione Veneto.

<sup>52</sup> Daniela Leveni, Paolo Michielin, Daniele Piacentini (2018). *Superare la depressione. Un programma di terapia cognitivo-comportamentale*. Trento, Edizioni Erickson.

<sup>53</sup> Allegato A al Decreto n°60 del 10 giugno 2019, Area Sanità e Sociale, Regione Veneto. pp.7.

al trattamento.<sup>54</sup> Il modello proposto per comprendere la “depressione” fa riferimento a tre fattori principali che riguardano la funzione dei sintomi depressivi, le relazioni interpersonali attuali e la struttura di personalità del soggetto. L'IPT, che si articola in 10-15 sedute (individuali o di gruppo), si propone di intervenire principalmente sui primi due di questi fattori.

Gli obiettivi del trattamento consistono sia nel miglioramento delle relazioni interpersonali (diminuzione della frequenza e dell'intensità del comportamento disadattivo, introduzione di un comportamento che crea e mantiene il supporto sociale), sia nella riduzione della sindrome depressiva. Le tecniche comprendono l'incoraggiamento all'*espressione affettiva*, la chiarificazione degli *stati emotivi*, il confronto, l'analisi della *comunicazione interpersonale*, l'esame delle *percezioni* e delle *aspettative* del paziente nei suoi rapporti interpersonali e la pratica di strategie relazionali più funzionali. La terapia interpersonale in età evolutiva viene impiegata soprattutto in ambito adolescenziale e rappresenta in base alle prove di efficacia la seconda possibile scelta psicoterapeutica per la sindrome depressiva.

La Terapia Psicodinamica breve (TPB) viene considerata, sia nelle modalità brevi che in quelle più prolungate, una delle possibili psicoterapie da impiegare in età evolutiva, specialmente nelle forme depressive lievi e nell'esordio infantile.

Si tratta di un intervento terapeutico derivato dalla tecnica focale breve di Malan (1976), che prevede 15-30 sedute a cadenza settimanale. È un modello di intervento che richiede che il paziente venga concordato con un focus, cioè un'area conflittuale specifica sottesa al quadro depressivo presentato dal paziente, su cui centrare l'intervento terapeutico. Il terapeuta assume un ruolo attivo ed esclude selettivamente ogni informazione che il paziente potrebbe portare non inerente al focus precedentemente deciso (tecnica focale).<sup>55</sup>

La terapia si articola lavorando sull'area conflittuale centrale della *vita psichica* del paziente, attraverso l'analisi dei movimenti di *transfert* e *controtransfert*, promuovendo il cambiamento delle *difese* e dei *conflitti strutturali della personalità*.

---

<sup>54</sup> G. Klerman, M. Weissman, B. Rounsaville (1989). *Psicoterapia interpersonale della depressione*. Torino, Bollati Boringhieri.

<sup>55</sup> Friedric N. Bush, Marie Rudden, Theodore Shapiro (2007). *Psicoterapia psicodinamica della depressione*. Milano, Raffaello Cortina.

### 1.3.2 Descrizione delle strutture e delle modalità in cui avviene la presa in carico

Nella Regione Veneto la Sanità pubblica è gestita dal sistema delle Cure Primarie, il quale comprende i servizi e le prestazioni riferibili alla medicina generale (medici di famiglia e pediatri), alla continuità assistenziale (Guardia medica), alla specialistica ambulatoriale dei poliambulatori distrettuali, alla medicina riabilitativa territoriale e all'assistenza protesica e integrativa, alle cure domiciliari, alle strutture residenziali e semiresidenziali. L'ambito organizzativo delle Cure Primarie è quello distrettuale dove le diverse figure professionali operano in modo integrato per garantire la presa in carico del cittadino e una assistenza continua. All'interno delle Cure Primarie vi sono i Servizi per la Salute Mentale, che sono organizzati in un Dipartimento di Salute Mentale, che opera per *prevenire, curare e riabilitare ogni forma di patologia psichiatrica*; il Dipartimento garantisce interventi personalizzati, primariamente sul territorio, e valorizza la partecipazione delle associazioni e degli Enti Locali, anche con l'obiettivo di evitare discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale.<sup>56</sup>

La tutela della salute mentale è una delle aree di intervento più complesse, che richiede una forte integrazione fra “area delle cure sanitarie” e “area degli interventi socio-relazionali”, che si sviluppa in una rete integrata di servizi secondo una logica di psichiatria di comunità. Altrettanto importante è il raccordo con la rete informale (associazioni di volontariato e privato sociale) per garantire al paziente una risposta flessibile e continuativa.

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione.

Nella Città di Padova, il D.S.M. è territorialmente integrato con i servizi sociosanitari dell'Azienda Ulss 6 Euganea e comprende tre Unità Operative (U.O.) e la Linea Riabilitativa:

- Psichiatria 1: relativa al territorio dei Distretti Padova Bacchiglione, Padova Terme Colli e Padova Piovese;
- Psichiatria 2: relativa al territorio del Distretto Alta Padovana;
- Psichiatria 3: relativa al territorio del Distretto Padova Sud;

---

<sup>56</sup> <https://www.aulss6.veneto.it/Servizi-per-la-Salute-Mentale>.

- Linea Riabilitativa: trasversale a tutti i Distretti dell'Ulss 6 Euganea.

Per entrare nel merito dell'organizzazione e della gestione dei servizi, si prende come esempio Psichiatria 1, che è un'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) nel contesto del Comune di Padova.

Questa Unità fornisce un'assistenza psichiatrica integrata (prevenzione, terapia e riabilitazione) ai residenti nel territorio di competenza, in collaborazione con gli operatori delle strutture sociali e sanitarie pubbliche e private.<sup>57</sup>

Il servizio garantisce la continuità del trattamento, la progettualità personalizzata, l'integrazione fra gli interventi ospedalieri e quelli territoriali, offrendo prestazioni di:

- consultazione diagnostica di tipo medico e psicologico
- accoglimento e assistenza infermieristica
- trattamenti personali, ambulatoriali, o se indicato anche domiciliari, di breve e di lunga durata, di tipo individuale o anche di gruppo e familiare
- trattamenti ospedalieri e presso strutture semiresidenziali
- interventi programmati di consulenza psicologica
- interventi programmati di educazione alla salute mentale
- osservatorio sui bisogni di salute mentale

Le strutture presso le quali tali prestazioni vengono erogate sono:

- il Centro di Salute Mentale (C.S.M.): è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e punto di coordinamento dell'attività sul territorio;
- il Day Hospital Territoriale (D.H.T.): da riservare alle situazioni che richiedono un ricovero parziale diurno o notturno;
- i Centri Diurni (C.D.): è una struttura semi-residenziale con funzioni terapeutico-riabilitative che mira all'integrazione degli individui nel contesto sociale di appartenenza, favorendone l'eventuale inserimento lavorativo (attraverso i Centri di Lavoro Guidato).

Anche Psichiatria 3 è un'Unità Operativa Complessa gestita dall'Azienda Ospedale Università di Padova e affronta *le tematiche connesse alla diagnosi e al trattamento della fase acuta dei disturbi psichiatrici* nella popolazione (in genere adulta, ma in casi

---

<sup>57</sup> <https://www.aulss6.veneto.it/Psichiatria-1>.

particolari anche di minori) di Padova (in particolare ai residenti nel Distretto 3) o proveniente da altri territori, in regime di degenza ordinaria in condizioni di ricovero volontario o obbligatorio, in stretto rapporto di collaborazione con il Centro di Salute Mentale e con le altre Strutture territoriali. Tale servizio è dedicato al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici in fase acuta e al trattamento di pazienti ad alta complessità o con disturbi psichiatrici resistenti.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) è la struttura dell'équipe deputata ad erogare trattamenti psichiatrici in regime di ricovero ospedaliero, volontario (TSV) o obbligatorio (TSO).<sup>58</sup> Tali ricoveri possono essere di tipo ordinario, il quale prevede una degenza continuativa per un periodo definito di tempo oppure in Day Hospital, che prevede una degenza di alcune ore nell'ambito della giornata.

L'Attività di ricovero è rivolta principalmente agli utenti del territorio di Padova (Distretti 1, 2 e 3) che presentano disturbi psichiatrici in fase acuta. L'obiettivo del ricovero è la risoluzione dell'acuzie o, in alcuni casi, l'approfondimento diagnostico multidisciplinare di casi ad alta complessità con resistenza ai trattamenti convenzionali. I Ricoveri Ordinari Volontari avvengono dal Pronto Soccorso, dopo valutazione del medico del Pronto Soccorso e con precisa indicazione del medico di guardia della psichiatria oppure su invio di un medico del Centro di Salute Mentale referente per territorio.

Nel caso del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) il trattamento inizia ancora prima della prassi diagnostica, perché il trattamento è attuato a prescindere dalla diagnosi; infatti, si effettua "se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi sono le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere" (art.34 legge 833/78).<sup>59</sup>

Deve essere proposto da un medico e convalidato da un altro medico della struttura sanitaria pubblica. Il provvedimento viene poi emanato dal Sindaco e notificato al Giudice Tutelare. Previsto dagli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, il TSO consente l'erogazione di cure mediche a una persona contro la sua volontà. Sebbene la normativa non limiti l'applicazione del TSO a un ambito specifico, nella pratica esso si manifesta

---

<sup>58</sup> Deliberazione della giunta regionale n. 371 del 08 aprile 2022. Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale.

<sup>59</sup> <https://www.ccdp.org/tso/trattamento-sanitario-obbligatorio>.

quasi esclusivamente in psichiatria, attraverso il ricovero coattivo nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) degli ospedali pubblici.

Come previsto dalla Legge 180/78 e dal DGR Veneto n. 847 del 31/3/2009, il sindaco, in qualità di autorità sanitaria del Comune di residenza o del luogo in cui si trova la persona, è l'unico deputato a disporre il TSO.<sup>60</sup>

L'ordinanza sindacale può essere emessa solo in presenza di due certificazioni mediche che attestino:

- Una situazione di alterazione tale da richiedere interventi terapeutici urgenti.
- Il rifiuto degli interventi proposti.
- L'impossibilità di adottare tempestive e idonee misure extraospedaliere.

Il sindaco emana il provvedimento di TSO entro 48 ore dalla proposta medica. Il provvedimento deve essere comunicato alla persona interessata o al suo rappresentante legale e notificato al giudice tutelare del comune entro 48 ore dal ricovero.

Il TSO ha una durata massima di sette giorni, in cui si effettuano accertamenti diagnostici. Alla scadenza, se lo psichiatra del servizio non presenta una richiesta motivata di prolungamento, il trattamento cessa. Durante il ricovero in TSO, l'unica via per il paziente di sottrarsi al trattamento obbligatorio è quella di accettare la terapia, in questo caso il provvedimento di TSO decade e si parla di Trattamento Sanitario Volontario.<sup>61</sup>

Con l'obiettivo di presentare la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva nel Comune di Padova nel contesto attuale, sono stati analizzati i termini chiave attraverso l'etimologia e la definizione attuale delle singole locuzioni ("presa in carico", "diagnosi", "sindrome depressiva" o "disturbo depressivo" o "depressione").

Per guidare la disamina, si è proceduto contestualizzando storicamente i presupposti della presa in carico: pertanto, è stato messo in luce il passaggio retorico-argomentativo che, per operare secondo l'esigenza del Modello Operativo Medico (M.O.M), portò all'istituzione di una "piattaforma psichica" alternativa alla "piattaforma organica". Questo passaggio, come precedentemente descritto, ha segnato la nascita della Psicologia

---

<sup>60</sup> Legge 180/78 e DGR VENETO n. 847 del 31/3/2009. "Linee Guida Regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio e Accertamento Sanitario Obbligatorio"

<sup>61</sup> M. Di Fiorino, F. M. Saviotti, A. Gemignani. (2004). *Gli interventi non volontari: la gestione medica e le implicazioni legali*. <https://old.jpsychopathol.it/article/gli-interventi-non-volontari-la-gestione-medica-e-le-implicazioni-legali/>

Clinica e della Psichiatria, pur implicando l'adozione di una terminologia medica per riferirsi a fenomeni (come la sindrome depressiva) che non hanno una sede specifica nel corpo. L'applicazione del M.O.M. in ambito psichiatrico, non potendo disporre di una causa certa per i quadri sindromici, abbandona così il criterio eziopatogenico in favore di un criterio sintomatologico, il cui obiettivo diviene la cura e non la guarigione.

Entro questo inquadramento storico, sono stati descritti i riferimenti normativi attuali (come il PDTA della Regione Veneto e le Linee guida di Fondazione Onda) e le strutture deputate alla presa in carico nel Comune di Padova, mettendo in luce la frammentazione delle teorie psicologiche coesistenti nel trattamento delle sindromi depressive (come la Terapia Interpersonale, Psicodinamica breve e Cognitivo-Comportamentale).

Tali presupposti etimologici, storici e normativi a fondamento dell'attuale stato dell'arte per la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, sollevano interrogativi fondamentali circa la validità epistemologica di tali pratiche. La necessità di operare in quadri clinici sindromici, reificando il costrutto ipotetico di "psiche" e applicando il Modello Operativo Medico alla "piattaforma psichica", invece che a quella organica, richiede un'analisi critica approfondita. Per fare ciò, nel prossimo capitolo si procederà, per prima cosa, a delineare la cornice epistemologica, al fine di comprendere le ricadute pragmatiche dell'attuale sistema, soprattutto nella configurazione per cui la salute viene sussunta dalla sanità, generando processi di tipizzazione, delega e frammentazione sociale nella comunità umana.

## CAPITOLO 2

### **Cornice epistemologica della presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva e le ricadute pragmatiche dell'attuale sistema sui rapporti tra *Societas* e *Communitas***

Nel capitolo precedente, è stata delineata la cornice storico-culturale necessaria per comprendere l'attuale configurazione di presa in carico a fronte di una diagnosi di sindrome depressiva nel contesto del Comune di Padova. A partire dall'analisi semantica ed etimologica, è stato poi contestualizzato l'uso del Modello Operativo Medico per la presa in carico psichiatrica. Successivamente, sono state descritte le normative e le linee guida in cui vengono descritte le modalità d'intervento da parte dei ruoli di psichiatra, psicologo e medico, in modo da operare secondo le conoscenze e posizioni riconosciute dalla comunità scientifica sul tema.

Con il presente capitolo si propone un'analisi critica dello stato dell'arte relativo alla *presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva* delineando i principali riferimenti epistemologici entro cui si inserisce l'oggetto d'indagine. Pertanto, si descriveranno i differenti *livelli di realismo*, la distinzione tra *sensu comune* e *sensu scientifico* e il ruolo del *linguaggio*, quale strumento di costruzione della realtà e di conoscenza (Turchi, 2016). Si procederà applicando tali riferimenti per analizzare in maniera critica i riferimenti normativi e le linee guida descritte nel capitolo precedente, specialmente in relazione all'applicazione del Modello Operativo Medico. Infine, verranno approfondite le implicazioni di tali criticità nei rapporti tra la *Societas* e la *Communitas*, descrivendo quali ricadute pragmatiche si generano all'interno della Comunità, stante come il sistema dei servizi sanitari configura questa diagnosi.

## 2.1 Riflessione epistemologica

### 2.1.1 I livelli di realismo e i criteri di demarcazione tra senso comune e senso scientifico

La riflessione epistemologica<sup>62</sup> consente di individuare l'oggetto di indagine e l'ambito di pertinenza della disciplina di riferimento, ancora prima di definirne il piano operativo, ovvero le modalità attraverso cui gli oggetti di conoscenza vengono costruiti e conosciuti, ovvero il linguaggio<sup>63</sup>. In tale prospettiva, la riflessione epistemologica comporta un passaggio dal contenuto, il *cosa* si conosce, alla conoscenza, il *come* si conosce l'oggetto d'indagine. In altri termini, si assiste a uno spostamento dell'attenzione da un piano ontologico<sup>64</sup> a uno più propriamente gnoseologico<sup>65</sup>.

Una riflessione sugli aspetti epistemologici e fondativi risulta, pertanto, imprescindibile affinché una scienza possa considerarsi rigorosa e capace di elaborare metodologie efficaci, in risposta alle istanze provenienti dalla Comunità. In quest'ottica, non si parlerà più di una "realtà" unica e data, bensì di livelli di realismo (Turchi, 2009).

Tali livelli corrispondono a tre modalità differenti di costruzione della realtà, intese come tre livelli di *gnosis*, ciascuno dei quali implica un diverso modo di conoscere. Essi rappresentano, nello specifico, le diverse relazioni possibili tra l'"osservatore", ossia le categorie che rendono possibile e su cui si fonda la conoscenza, e l'"osservato", ovvero ciò che emerge come astrazione categoriale<sup>66</sup> derivante dall'atto conoscitivo (Turchi, 2009).

---

<sup>62</sup> Definibile come "la *branca della teoria generale della conoscenza che si occupa di problemi quali i fondamenti, i limiti, la natura e le condizioni di validità del sapere scientifico [...] è lo studio dei criteri generali che permettono di distinguere i giudizi di senso scientifico da quelli di opinione tipici delle costruzioni metafisiche e religiose, delle valutazioni etiche*" (Enciclopedia Garzanti, 1981).

<sup>63</sup> In questo elaborato si considererà il "linguaggio" come costituito da *unità simboliche* e le *regole di applicazione* (che ne governano l'impiego) delle stesse, dove per "unità simbolica" s'intende "un segno a cui viene attribuito un valore puramente simbolico, ossia convenzionale, che non ha un valore di fatto, ma costruito e/o stabilito a priori". Per "regole di applicazione" si intendono "le modalità che governano la composizione, scomposizione o raggruppamento delle unità simboliche" (Turchi & Orrù, 2014).

<sup>64</sup> L'*ontologia* (composto dal termine greco "òntos", participio presente del verbo "èimi", essere, e dal termine "logia", dal latino "logos", discorso, dottrina) è la branca della filosofia che si occupa dell'essere in quanto tale, ovvero degli enti, i contenuti.

<sup>65</sup> La *gnoseologia* (composto dal termine greco "gnosis", conoscenza e dal termine "logia", dal latino "logos", discorso, dottrina) è la branca della filosofia che si occupa della conoscenza.

<sup>66</sup> Per *astrazione categoriale* si intende l'operazione, propria del linguaggio, con cui si costruiscono categorie concettuali prive di aderenza percettiva che fungono da "osservatori" e rendono possibile la

I tre livelli di realismo conosciuti sono: realismo monista, realismo ipotetico e realismo concettuale.

Nel *realismo monista*, come delineato da Turchi (2016), si postula l'esistenza di un'unica realtà, oggettivamente data e indipendente dall'osservatore. Tale approccio si colloca su un piano strettamente ontologico, secondo il quale la realtà è separata dal conoscente e può essere indagata mediante strumenti e tecniche di osservazione in grado di produrre un quadro sempre più dettagliato e completo. In questa prospettiva, le teorie non costituiscono rappresentazioni approssimative della realtà, ma tendono a coincidere con essa: il sistema conoscitivo viene considerato isomorfo alla realtà esterna percepibile agli organi di senso (Turchi, 2009).

Le scienze che si collocano in suddetta cornice, come la fisica classica, la biologia e l'astronomia, si propongono di indagare i nessi deterministici che costituiscono la natura degli oggetti di studio, definiti enti empirico-fattuali. In tale contesto, la definizione di una relazione causa-effetto tra due variabili produce un "fatto scientifico". L'esistenza di legami deterministici consente la formulazione di previsioni rispetto a eventi futuri: in virtù dello *stato* di un fenomeno ad un certo momento, è possibile prevedere cosa succederà (Turchi, 2009, 2016).

A fronte di quanto delineato, collocare la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva entro tale cornice epistemologica, implicherebbe il suo trattamento come un ente empirico-fattuale, al pari di un astro o di un organo biologico: le teorie sarebbero isomorfe rispetto alla realtà in quanto gli oggetti d'indagine entro tale realismo sono immediatamente percepibili attraverso gli organi di senso.

A differenza del realismo monista, il *realismo ipotetico*, pur ammettendo una realtà ontologicamente data, ne postula l'inconoscibilità diretta a causa dell'assenza di un percepito immediatamente disponibile. In questa prospettiva, ciò che risulta possibile è unicamente la produzione di teorie, intese come modelli interpretativi della realtà (Turchi, 2009). La conoscenza si costruisce, dunque, attraverso schemi conoscitivi o paradigmi elaborati dall'osservatore, che consentono di avvicinarsi alla realtà pur non potendo coglierla nella sua interezza.

---

generazione del dato osservativo. Non è il termine a costituire la categoria, ma la costruzione di senso che inquadra il percepito o opera anche in sua assenza.

In questo quadro, il realismo ipotetico si configura come un approccio pluralista, secondo cui ogni teoria rappresenta una possibile modalità di accesso alla realtà, senza che una teoria possa sostituirsi completamente a un'altra: le diverse prospettive coesistono, offrendo letture molteplici e complementari della realtà (Turchi, 2016). In virtù di ciò, la conoscenza si configura come un processo ipotetico e costruttivo volto ad avvicinarsi a una realtà di fatto inaccessibile. Scienze quali la psicologia, la sociologia e l'antropologia si collocano in questa cornice epistemologica, in quanto non vi è aderenza al percetto. Collocare la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva entro tale cornice epistemologica, a fronte dell'assenza di un percetto diretto e dunque dell'impossibilità di un isomorfismo tra le modalità conoscitive e una realtà data "in sé", impedisce lo studio del funzionamento della presa in carico e le sue ricadute pragmatiche secondo nessi causa-effetto. Pertanto, ciò che risulta epistemologicamente legittimo è la produzione di astrazioni categoriali e l'avanzamento di ipotesi che consentano un avvicinamento alla realtà senza mai possederla pienamente (Turchi, 2016). Se in una scienza che aderisce al realismo monista si è nelle condizioni epistemiche di affermare la presenza o l'assenza di un determinato fenomeno, in una scienza di realismo ipotetico tale pretesa è considerata una forma di inconsistenza epistemologica.

Infine, nel *realismo concettuale*, la realtà non viene concepita come ontologicamente data ed esistente di per sé, bensì come costruita a partire dalle categorie conoscitive impiegate per descriverla in quanto tale (Turchi, 2009). In tale prospettiva, Turchi (2016) sottolinea come la realtà si articoli attraverso l'uso del linguaggio, il quale fornisce configurazioni di senso che assumono statuto autonomo. Alla luce di queste premesse, non è più la dimensione ontologica dei contenuti ad avere rilievo, bensì i processi di costruzione della realtà, ovvero le modalità conoscitive messe in atto.

In tal modo, all'interno di questa cornice epistemologica, l'interesse si sposta dal "perché" al "come": la questione gnoseologica diviene centrale. Tale slittamento concettuale comporta un allontanamento dalla considerazione dei fatti in sé, a favore degli "arte-fatti": configurazioni costruite attraverso sistemi simbolici, il linguaggio, che, come forma di conoscenza, è inseparabile dalle produzioni discorsive che nominano e descrivono le configurazioni stesse (Turchi, 2009). Un apporto conoscitivo rappresentativo dello sviluppo epistemologico del realismo concettuale è suggerito dall'uso del Principio di

Indeterminazione di Heisenberg<sup>67</sup>, per cui la realtà non è data né preesiste alle categorie conoscitive dell'individuo (costituite nel linguaggio), ma si articola a partire da esse. Ciò implica che le categorie conoscitive generino una pluralità di configurazioni di realtà (ovvero *realtà di senso*), riconducendo la conoscenza a un processo costruttivo (Turchi, 2016). Iscrivere la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva entro tale livello di realismo implicherebbe quindi l'abbandono dall'assunto ontologico dell'oggetto indagine e l'adozione di una prospettiva gnoseologica che contempri la presa in carico come una "configurazione di realtà di senso".

In virtù di quanto tracciato, l'epistemologia non entra nel merito dei contenuti che vengono riferiti all'oggetto di conoscenza, bensì concerne le modalità con le quali essi vengono generati come "conosciuti". Una rigorosa riflessione epistemologica consente pertanto di distinguere i criteri che demarcano la modalità di conoscenza del *senso scientifico* alla modalità di conoscenza del *senso comune*, ma anche di analizzare in maniera critica quanto generato finora in termini di "presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva".

Nel *senso comune*, il modo di conoscere si riferisce alla regola dell'*affermazione* che si caratterizza per l'enunciazione di ciò che "è", ovvero per la definizione di "come stanno le cose", stabilendo ciò che è reale come dato di fatto. L'uso del linguaggio non si limita a descrivere la realtà, ma la istituisce come tale: ciò che viene detto è reale perché viene detto. Il senso comune, in tal senso, può essere definito autoreferenziale, in quanto si autolegittima generando una realtà che si pone come indiscutibile, semplicemente in virtù della sua enunciazione. Con il termine "senso comune" si fa quindi riferimento a proposizioni di varia natura che definiscono e impongono una visione del reale, presentandola come realtà oggettiva e autoevidente (Turchi, 2009, 2016).

Diversamente, il *senso scientifico* riferisce ad una modalità conoscitiva fondata sulla regola dell'*asserzione*. Quest'ultima genera conoscenza attraverso un processo che, a differenza dell'affermazione, esplicita i presupposti sui quali si fonda. La conoscenza scientifica non pretende di stabilire una verità assoluta, ma propone una realtà valida in relazione agli assunti teorici e metodologici esplicitamente dichiarati. La realtà prodotta

---

<sup>67</sup> Heisenberg, W. Über den anschaulichen Inhalt der quantentheoretischen Kinematik und Mechanik. *Z. Physik* 43, 172–198 (1927).

da questa forma di conoscenza non è dunque vera di per sé, bensì coerente e giustificata rispetto al quadro epistemologico di riferimento (Turchi, 2009, 2016).

Al fine di produrre una conoscenza distinta dal sapere del senso comune, è necessario esplicitare i presupposti conoscitivi su cui si fonda ciò che si asserisce. In questo quadro, affinché un enunciato possa rientrare nella dimensione del senso scientifico, devono essere rispettati due criteri di demarcazione: l'adeguatezza epistemologica e la pertinenza del modo di conoscere (Turchi, 2016). Relativamente all'oggetto di studio del presente elaborato, la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, il criterio dell'adeguatezza epistemologica viene assolto inscrevendo la presa in carico entro una cornice conoscitiva (teoria) i cui presupposti siano coerenti con il piano epistemologico della disciplina (Turchi, 2016). Per quanto concerne la pertinenza del modo di conoscere, essa consiste nel *rigore dell'argomentazione*: i costrutti impiegati in cui è assente la disponibilità del percepito devono essere sempre definiti entro la teoria di riferimento. Inscrivendo i costrutti all'interno della teoria cui ci si riferisce, si rende esplicito e condivisibile il valore d'uso attribuito ad essi: pertanto, si rientra nell'alveo del senso scientifico; viceversa, nel caso in cui tali costrutti non vengano definiti, allora verranno configurati nell'ostensione del linguaggio, e, dunque, ricondotti all'uso del senso comune.

Per avvalerci di un quadro conoscitivo che sia fondativo per analizzare quanto redatto in materia di presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, è utile citare l'opera del *filosofo della scienza* Thomas Kuhn<sup>68</sup>, il quale si è interrogato su come il senso scientifico si sia modificato nel corso del tempo. Egli sostenne che la storia della scienza si caratterizzi per un'alternanza paradigmatica<sup>69</sup>, ossia un'alternanza fra assunti conoscitivi che si sono succeduti fra di loro. Parafrasando, si può asserire che le rivoluzioni scientifiche rappresentano il culmine di un periodo di “frammentazione” di una disciplina, in cui in principio i paradigmi sono molteplici e in competizione tra di loro e, poi, un paradigma tende a imporsi sugli altri e diventa il riferimento normativo per la Comunità scientifica, determinando l'inizio di un periodo di “scienza normale”. Risulta rilevante

---

<sup>68</sup> Kuhn, T. S. (1994). *The structure of scientific revolutions* (2<sup>a</sup> ed., enlarged). University of Chicago Press.

<sup>69</sup> Per paradigma si intende “quel complesso di regole metodologiche, modelli esplicativi, criteri di soluzione di problemi che caratterizza una Comunità di scienziati in una fase determinata dell'evoluzione storica della loro disciplina”. Vocabolario Treccani: [www.treccani.it](http://www.treccani.it).

precisare che il cambio di paradigma è tale se viene legittimato dal senso comune, in quanto in esso si depositano le dialettiche di tale paradigma *percepito* come dominante. Come è stato anticipato nel paragrafo 1.1.1., il Modello Operativo Medico fu accreditato dal senso comune tra il 1500 e il 1600 d.C., periodo in cui fu pubblicata da Andrea Vesalio la prima mappa anatomica del corpo umano (1543), ovvero il momento in cui stava cambiando il paradigma dominante. Infatti, fino a quegli anni dominava il paradigma spiritualistico: entro tale paradigma si conosce attraverso gli organi di senso e le loro caratteristiche morfo-fisiologiche e, al tempo stesso, viene legittimata l'astrazione categoriale di "spirito", andando a differenziare chi praticava un uso specifico del linguaggio *parlando direttamente con lo Spirito* e chi invece apparteneva al senso comune (Turchi, 2016). Il subentro del paradigma successivo accadde con l'avvento della Rivoluzione Copernicana e, soprattutto, nel 1609 con l'osservazione galileiana della luna: l'astrazione categoriale si distacca completamente dal percepito e si dispone così di una conoscenza, anche a prescindere dall'oggetto percepito: le formulazioni scientifiche divengono delle asserzioni.

Lo scarto paradigmatico appena descritto segna il passaggio dal paradigma spiritualistico al paradigma meccanicistico, in cui si legittimano i nessi di causa-effetto tra dati osservativi e si configura la realtà in un livello di realismo monista: tale è il paradigma di riferimento dell'apparato teorico su cui si poggia il Modello Operativo Medico.

### **2.1.2 La centralità del linguaggio nelle scienze -logos**

Considerato quanto sopra, al fine di produrre *asserzioni* e affermazioni, il senso scientifico come il senso comune si avvalgono del linguaggio, il quale può essere distinto in due tipologie fondamentali: il linguaggio ordinario e i linguaggi formali.

Il *linguaggio ordinario* è quello comunemente utilizzato dai membri di una Comunità e costituisce lo strumento di generazione di realtà del senso comune. Esso si caratterizza per tre tipi di valenza: la valenza denotativa, la valenza connotativa e la valenza ostensiva (Turchi, 2009).

La *valenza denotativa* si riferisce alle modalità con cui il linguaggio attribuisce valore all'unità simbolica ancorandola al dato percettivo. In questo verso, il linguaggio si pone come "strumento per indicare": si genera una corrispondenza con il mondo percettivo.

Per *valenza connotativa* si intende la proprietà del linguaggio di generare una variazione d'uso (il significato) in funzione dell'ambito di applicazione delle unità simboliche.

Infine, il linguaggio ordinario si caratterizza per la sua *valenza ostensiva*: il significato di una parola è dato dal suo uso nel linguaggio. Di conseguenza, il valore di un'unità simbolica dipende dall'uso che ne viene fatto nel momento stesso in cui essa viene impiegata. Ogniqualvolta un'unità simbolica è utilizzata, il suo significato si modifica in funzione dell'uso specifico che se ne fa, in quanto soggetta all'ostensione (Turchi, 2009). Per quanto riguarda i *linguaggi formali*, i quali si configurano come pluralità potenzialmente infinite di sistemi simbolici dotati di proprie regole, essi si caratterizzano per la capacità di “blindare” *l'ostensione*: così il valore delle unità simboliche e le rispettive regole di applicazione risultano fissati *a priori* rispetto all'uso, e dunque non sono soggetti a variazione (Turchi, 2009, 2016).

Pertanto, affinché un'unità simbolica possa assumere valore entro il senso scientifico, essendo essa soggetta all'ostensione, è necessario “blindarne” il significato attraverso l'esplicitazione del quadro teorico di riferimento che ne definisce l'uso. L'assenza di tale esplicitazione comporta che l'unità simbolica assuma, di volta in volta, un valore d'uso diverso, ricadendo pertanto nel dominio del senso comune.

Tali sono i presupposti necessari per contestualizzare la Psicologia in quanto disciplina scientifica che aderisce al realismo ipotetico nell'impiego del linguaggio ordinario.

Il termine “Psicologia” deriva dal greco ed è composto da un prefisso che rintraccia l'oggetto dell'indagine (“psychê”; *anima*)<sup>70</sup> e da un suffisso che offre indicazioni rispetto all'impianto conoscitivo che si può impiegare nel generare l'oggetto di indagine stesso (“lògos”; *discorso*)<sup>71</sup>.

Dal punto di vista della classificazione delle discipline in base all'etimo, la Psicologia rientra nelle scienze -logos, specificatamente senza aderenza al percetto, in quanto la “psiche” non è percepibile attraverso gli organi di senso e le loro caratteristiche morfo-fisiologiche. Dato che si tratta di una disciplina -logos senza aderenza al percetto, viene collocata all'interno di un realismo ipotetico, in cui la conoscenza della “realtà” è sempre concettualizzata in un'astrazione categoriale e l'osservato resta legato ed esterno all'osservatore. Alla luce di quanto esplicitato, si può asserire che gli oggetti d'indagine della Psicologia, per statuto epistemologico, consistono unicamente in *costrutti*: infatti, il

---

<sup>70</sup> Vocabolario etimologico della lingua italiana: [www.etimo.it](http://www.etimo.it).

<sup>71</sup> Ibidem.

termine “psiche” è un’unità simbolica che viene definita da una teoria specifica generata nel linguaggio ordinario (il *logos*). Fu attraverso tale presupposto che Pinel creò la “piattaforma psichica” come astrazione categoriale, che successivamente reificò per essere legittimato a operare in tutti quei quadri clinici sindromici che non appartenevano alla nosografia disponibile nel periodo storico in cui il Modello Operativo Medico era il paradigma di riferimento.

In Psicologia è fondamentale fare appello alla riflessione epistemologica, in quanto, come è stato argomentato nel capitolo 1, tale disciplina è nata su precisa esigenza del Modello Operativo Medico, ovvero nel periodo in cui si stava affermando il paradigma meccanicistico. Secondo i presupposti di tale paradigma, il costrutto ipotetico “psiche” è stato reificato al pari di un osservato ancorato al percelto, il quale apparterebbe al realismo monista, ma si tratta di uno scivolamento epistemologico, in quanto il costrutto “psiche” è stato trattato come se fosse una causa tangibile e fattuale, al pari delle cause organiche sul piano del realismo monista.

Attraverso l’uso del *logos* fu possibile intervenire sulla “psiche” in termini sanitari, nonostante la “psiche” non si collochi sullo stesso piano epistemologico del modello medico sanitario, bensì sul piano ipotetico-concettuale della Salute.

Con queste premesse si approfondirà come, con l’avvento del paradigma meccanicistico, la sanità ha erroneamente sussunto<sup>72</sup> la Salute, portando alla credenza del senso comune che “si è in Salute quando si è sani”.

### **2.1.3 Il concetto sanità e il costrutto Salute**

Alla luce di quanto esplicitato, risulta opportuno contestualizzare i termini cui ci si riferisce quando si parla di coloro che vengono presi in carico per diagnosi di sindrome depressiva, in termini di “sanità” e di “Salute”, con l’obiettivo di utilizzarli in maniera rigorosa e diversificata.

Infatti, attualmente i termini “sanità” e “Salute” risultano avere un significato (quasi) sovrapposto sulla base di *come* sono stati utilizzati dalla Comunità dei parlanti: l’origine di tali termini risale a tempi remoti in cui erano associati a precise figure mitologiche.

Il termine Salute da *Salus* (Varrone, *De lingua latina*, 47-4 a.C.) ricorda l’origine sabina, in cui la dea Salus era posta come tutrice della “Salute” per come viene intesa oggi, in

---

<sup>72</sup> Per *sussumere* si intende “riconduurre un concetto particolare nell’ambito di un concetto più generale”. Dizionario Garzanti online. [www.garzantilinguistica.it](http://www.garzantilinguistica.it).

quanto Salute della Comunità ed era affiancata dalle dee Febris (dea della febbre), Cardea (protettrice degli organi indispensabili per la vita) e Strenua (dea della potenza e della prosperità)<sup>73</sup>. Nei culti dei Sanniti, invece, il valore d'uso di "Salute" si trasforma trasponendo il focus su un piano prettamente individuale, assumendo valore di *sanatio*; così, la concezione di "Salute" venne identificata con la guarigione legata ad elementi naturali, connotata in termini organicistici e identificata da specificità tra individui.

Il mito greco, invece, prevedeva il culto di Asclepio (dio della medicina) e delle sue figlie Panacea (dea della guarigione universale) e Igea (personificazione della conservazione del "benessere" e invocata per prevenire malattie e danni fisici). Introducendo il culto greco al posto di quello latino, la dea Salus venne identificata con la dea Igea: in questo modo Salus non venne più considerata insieme alle altre divinità sabine e si perse il carattere primitivo e più generale di tutrice del benessere pubblico per assumere quello più particolare di protettrice della "salute fisica" degli individui.

La Salute, intesa come dimensione essenzialmente generale e collettiva, diviene "igiene", collimando il piano della Salute con quello della sanità: questa sovrapposizione si riflette anche nel nostro vissuto quotidiano, in quanto comporta un'attenzione sempre più marcata sul piano individuale (l'organismo), piuttosto che sul piano collettivo (la Comunità nel suo insieme). Accadde così che, la Salute, da elemento collettivamente costruito, fu ridotta a operatività sanitaria sulla "piattaforma organica", coerentemente ai presupposti del paradigma meccanicistico, in cui opera il Modello Operativo Medico. La filologia dei termini "Salute" e "sanità" tratteggiata finora pone in rilievo che la prima è primigenia e di pertinenza d'uso della Comunità; successivamente altre divinità vengono importate (affiancate, sovrapposte e sostituite alla "Salute") e con esse l'orizzonte d'interesse viene ridefinito in un alveo via via più emergente: quello sanitario (Turchi & Vendramini, 2016).

Nonostante si tratti di parole semanticamente diverse, l'ostensione ne sancisce la stessa costruzione di senso (lo stesso valore d'uso) e vengono usate interscambiabilmente, tanto dalla Comunità dei parlanti, quanto da ruoli specifici all'interno di diverse realtà organizzate e servizi. Dal momento che l'uso di tali termini nel linguaggio ordinario sia interscambiabile, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (1948) si occupò di dare una

---

<sup>73</sup> Turchi G., Vendramini A. (2016). *De Rerum Salute – Teoria e prassi per un'architettura dei servizi generativa di Salute*, EdISES srl, Napoli.

prima definizione, in cui la Salute venne concepita diversamente dalla sanità, ovvero come uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità*.

Successivamente la Salute diventa un diritto umano fondamentale nella Dichiarazione di Alma Ata (OMS, 1978), in cui si sancisce che *il conseguimento del più alto livello possibile di Salute è il più importante obiettivo sociale del mondo intero, la cui realizzazione richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici in aggiunta a quello sanitario*.

Si può quindi asserire che a livello istituzionale è stata concettualizzata la differenza tra “sanità” e “Salute”, ma nei servizi per la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva si opera in termini prevalentemente sanitari, nonostante non si tratti necessariamente di una questione riguardante il piano sanitario.

Nel paragrafo 2.1.2. si è anticipato come il costrutto ipotetico “psiche” e “sanità” si collocassero su piani epistemologici in antinomia tra loro, ovvero su livelli di realismo diversi. Avendo analizzato il termine “psiche”, risulta necessario contestualizzare epistemologicamente i termini “Salute” e “sanità”; per “sanità” si intende un concetto che si adagia sul piano del realismo monista, in cui vigono legami di causa-effetto e l'osservato vive indipendentemente dall'osservatore, in quanto ancorato al percepito. La Salute, invece, come anticipato, può giacere sullo stesso piano epistemologico di “psiche”, ovvero sul realismo ipotetico, in quanto non aderisce al percepito, ma può collocarsi anche sul realismo concettuale, in quanto si tratta di un costrutto teorico che viene espresso attraverso l'utilizzo del *logos* che ne conferisce un valore d'uso all'interno di una teoria di riferimento. Formalizzare la Salute nel realismo concettuale, piuttosto che in quello ipotetico, dipende dal piano su cui si colloca la teoria di riferimento, in modo tale che si rispetti il criterio di demarcazione dell'adeguatezza epistemologica.

Nel presente elaborato verrà approfondita l'intenzione di porla sul piano del realismo concettuale, nella misura in cui la si può soltanto costruire nell'interazione e nell'uso che se ne fa nell'impiego del linguaggio ordinario.

## **2.2 Analisi critica e infrazioni epistemologiche dello stato dell'arte sulla “presa in carico per sindrome depressiva”**

### **2.2.1 Criticità riscontrate nelle linee guida regionali e nazionali**

Avendo chiarito lo statuto epistemologico della Psicologia, esplicitando in che modo rispetta o meno il proprio statuto epistemologico all'interno del senso scientifico, si potrà andare a rilevare le criticità emerse dalle linee guida attraverso la cornice conoscitiva descritta. Verranno utilizzati i criteri di demarcazione tra senso comune e senso scientifico sopracitati per analizzare quando le modalità discorsive<sup>74</sup> utilizzate nella normativa descritta nel capitolo 1 *si collocano nell'alveo del* senso comune, invece che nel senso scientifico. Risulta rilevante sottolineare che, il materiale istituzionale riportato nel presente elaborato afferma di utilizzare *dati presenti in letteratura*<sup>75</sup>, collocando il discorso nella sfera del senso scientifico: l'analisi critica sulle infrazioni epistemologiche riguarda i presupposti conoscitivi di carattere scientifico della presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva. In quanto testo istituzionale, emanazione della Societas<sup>76</sup>, esso viene redatto attraverso conoscenze e posizioni riconosciute dalla Comunità scientifica sul tema, cercando di stabilire una realtà valida in relazione alle conoscenze esplicitate. Tuttavia, in quanto normativa prodotta dalla Società, non è garantito intrinsecamente il rispetto del rigore scientifico ed epistemologico, nonché l'esplicitazione dei criteri di demarcazione tra senso comune e senso scientifico.

Una delle criticità operative che si possono osservare è l'uso del Modello Operativo Medico per la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva: da tale criticità ne derivano altrettante che verranno delineate nei legami retorico-argomentativi che le intrecciano all'applicazione del modello medico.

Come anticipato sopra, il M.O.M. si colloca sul piano del realismo monista, all'interno del quale si opera sulle modifiche strutturali e/o funzionali dell'organismo: l'obiettivo su cui è orientato è il ripristino dell'unità anatomico-funzionale, ovvero la guarigione, in quanto si interviene sulla causa individuata attraverso la cura e la terapia. In psichiatria l'applicazione del M.O.M. risulta forzata e va incontro a inefficienze e limiti operativi: in

---

<sup>74</sup> cfr.3.1; “modalità discorsive” viene usato per intendere “come viene impiegato il linguaggio ordinario”.

<sup>75</sup> Allegato A al Decreto n°60 del 10 giugno 2019, Area Sanità e Sociale, Regione Veneto. pp.1.

<sup>76</sup> cfr.cap2.3.1.

questo ambito il modello medico segue il criterio sintomatologico e persegue l'obiettivo della cura, poiché la causa non è certa e di conseguenza non può essere ripristinato l'organismo in termini di funzionamento precedente. Dunque, l'uso del M.O.M. in ambito psichiatrico non risulta epistemologicamente fondato, in quanto non viene rispettato il primo criterio di demarcazione, ovvero l'adeguatezza epistemologica: aderire a tale criterio implicherebbe che l'apparato teorico e la sua applicazione operativa siano collocati sul medesimo piano epistemologico.

La psichiatria, in quanto disciplina a carattere operativo, necessita di un apparato teorico che supporti la sua operatività, proprio come la biologia, la fisica e la chimica supportano l'applicazione operativa del M.O.M.: storicamente, per rispondere a tale esigenza si era creata la disciplina psicopatologica, ma il suo movimento centrifugo aveva portato una tale frammentazione teorica che vi furono delle forti ricadute operative in termini di rigore e precisione diagnostica.<sup>77</sup> Inoltre, l'infondatezza epistemologica della psichiatria non si sarebbe risolta aderendo alla psicopatologia come apparato teorico, in quanto il primo criterio di demarcazione non sarebbe assolto in ogni caso: la psicopatologia, come la psicologia, si colloca sul piano del realismo ipotetico, come argomentato nel paragrafo 2.1.2., invece il M.O.M. resterebbe sul piano del realismo monista.

Fu così che, per gestire le ricadute operative della frammentazione psicopatologica, si adottò l'approccio descrittivista del DSM, il quale presuppone da un lato che le definizioni dei "disturbi" generalmente si limitino alla *descrizione* delle caratteristiche cliniche degli stessi, dall'altro la suddivisione dei medesimi in classi diagnostiche.<sup>78</sup>

Verso la metà del XIX secolo fu designato Karl Ludwig Kahlbaum come colui che introdusse l'approccio descrittivista in ambito psichiatrico; tale approccio fonda la pratica psichiatrica anche ai giorni nostri e viene considerato in modo pressoché unanime la "base scientifica" della pratica psichiatrica.<sup>79</sup>

La pubblicazione del DSM-III ha segnato la cosiddetta "operational revolution"<sup>80</sup>, un cambiamento radicale in cui l'insieme delle conoscenze cliniche e delle descrizioni

---

<sup>77</sup> cfr.cap.1.1.3.

<sup>78</sup> Turchi G. P. & Perno A. (2009) *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Terza edizione. Domeneghini editore. pp.97.

<sup>79</sup> Turchi, G. P. & Sposini, F. M. (2016). *Al di là del normale e del patologico*. Napoli: EdiSes. pp.24.

<sup>80</sup> Nordgaard J, Parnas J. A haunting that never stops: psychiatry's problem of description. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127: 434-5, citato in Luciano, M., Sampogna, G., Vecchio, V. D., Rosa, C. D., Albert, U.,

psicopatologiche fino ad allora disponibili vennero ridotte e sintetizzate in etichette e sindromi psichiatriche ben definite, disponibili e accessibili a tutti, ma soprattutto prive della loro formazione teorica (Luciano et al., 2016).

Anche il DSM-IV, pubblicato nel 1994, ha mantenuto lo stesso approccio “ateoretico” ai disturbi mentali. La posizione relativa all’ateoreticismo nei confronti dell’eziologia e dei processi fisiopatologici va affiancata sia alla mutazione dei fondamenti del modello medico, sia all’applicazione del modello bio-psico-sociale. Risulta rilevante sottolineare che, pur dichiarando una posizione di ateoreticità nei confronti dell’eziologia, il DSM presuppone comunque (e necessariamente) l’esistenza di una causa per ciascuna sindrome; la causa (o le cause) risiederebbe in fattori “psicologici”, “sociali” o “biologici”, oppure nella concausalità delle tre dimensioni. La necessità di postulare antecedenti che siano in rapporto causale con la sintomatologia, ovvero l’inevitabile ricerca di specifiche eziologie per ogni ipotetica “malattia”, è diretta conseguenza dell’adozione dei fondamenti del modello medico.<sup>81</sup>

Se in medicina il referente empirico appartiene al corpo, il quale è luogo di accertamento strumentale delle ipotesi diagnostiche (sede di falsificazione), la psichiatria ad orientamento descrittivista individua il proprio referente empirico nella mente e nel comportamento. In assenza delle “prove” che avrebbero dovuto dimostrare l’organicità delle presunte malattie, nell’attesa che si approfondissero le conoscenze dei processi neurofisiologici e neurochimiche, si è proceduto a localizzare in termini descrittivi il supporto anatomico del “disturbo psicopatologico”, ovvero la mente. Tale necessità della psichiatria di individuare in un sito la causa o la sede delle “psicopatie”, ha quindi delle ragioni di tipo paradigmatico che le consentono di assumere, come detto, i fondamenti del modello medico.<sup>82</sup> Ma in termini epistemologici va considerato che la mente è un costrutto ipotetico (astratto), alla quale non viene associata una locazione: l’uso del termine “mente” è di fatto retorico; dunque, non si rifà al senso scientifico.

Si può asserire che, tutto ciò che viene inserito nel DSM sono comportamenti dell’unità anatomo-funzionale (i cosiddetti sintomi), i quali si riferiscono alla “piattaforma

---

Carrà, G., Dell’Osso, B., Lorenzo, G. D., Ferrari, S., Martinotti, G., Nanni, M. G., Pinna, F., Pompili, M., Volpe, U., Catapano, F., & Fiorillo, A. (2016). Critiche e prospettive degli attuali sistemi di classificazione in psichiatria: Il caso del DSM-5. *Riv Psichiatr* 2016 51(3): 116-121.

<sup>81</sup> Turchi G. P. & Perno A. (2009) *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Terza edizione. Domeneghini editore. pp.97.

<sup>82</sup> Ibidem, pp.120-121.

psichica”, ovvero la mente; pertanto, riferirsi al DSM, in quanto manuale ateorico in un ambito che richiede delle “teorie sulla mente”, come un riferimento rigoroso per praticare la diagnosi, risulta epistemologicamente e scientificamente infondato.

Ciò che ha legittimato e tutt’ora legittima l’uso del DSM in ambito psichiatrico, nonostante il suo uso sia epistemologicamente infondato, è l’applicazione del Modello Operativo Medico a tutte quelle sindromi la cui causa è la “mente”; la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva è considerabile, infatti, legittima per dettato istituzionale, non per senso scientifico. Ciò che è stato argomentato pocanzi rispetto al DSM risulta essere un’altra criticità riscontrabile nelle linee guida, in quanto si tratta del riferimento ufficiale della pratica psichiatrica per la presa in carico. L’inconsistenza epistemologica legata all’applicazione di tale manuale e dell’ICD è l’uso dei sostantivi come “depressione” e “ansia” o di “disturbo depressivo” e “disturbo ansioso” al posto di “sindrome depressiva” e “sindrome ansiosa”. Come è stato riportato nel paragrafo 1.1.1., nel caso in cui la diagnosi sia ad eziologia incerta, come in ambito psichiatrico, non è possibile identificare una causa e per questo motivo non si dispone di un’etichetta diagnostica (“depressione”), ma di una sindrome (“sindrome depressiva”).

## **2.2.2 Infrazioni epistemologiche allo stato dell’arte attuale in psicologia**

Come anticipato nei paragrafi precedenti, la disciplina psicologica nasce all’interno del modello medico e la sua storia, per circa cento anni, si allaccia a quella della psichiatria: ciò che si richiedeva alla psicologia era una conoscenza che potesse dirsi scientifica, in grado di distaccarsi dalla speculazione filosofica.<sup>83</sup>

Si ricorda che una delle questioni principali che hanno contribuito ad un’indagine approfondita della “piattaforma psichica” è stata su precisa richiesta epistemologica del modello medico: se le cause non potevano, momentaneamente, collocarsi nell’unità anatomo-funzionale era comunque possibile portare avanti un programma teorico che consentisse la descrizione puntuale del mondo ipotetico della psiche.

---

<sup>83</sup> In Italia, questa costituirà una vera e propria “battaglia accademica” che vedrà la nascente psicologia dibattere in sede istituzionale per differenziarsi definitivamente dalla filosofia. Per un approfondimento (Meccacci, 2011), citato in Turchi, G. P. & Sposini, F. M. (2016). *Al di là del normale e del patologico*. Napoli: EdiSes

Nel periodo storico in cui si stava sviluppando alla psicologia si assegnava lo stesso statuto epistemologico e metodologico che il modello medico attribuisce alla fisiologia: proprio come la fisiologia mette a disposizione una conoscenza rigorosa delle varie funzioni e disfunzioni, il programma di ricerca psicologico avrebbe offerto una conoscenza delle “funzioni psichiche normali e patologiche”.<sup>84</sup>

Se lo sguardo normativo medico osserva e opera confrontando meticolosamente gli aspetti del “normale” per riconoscere ed affrontare le forme del “patologico”, lo sguardo normativo psicologico e psichiatrico sembra non potersi far carico di una tale linearità conoscitiva, in quanto la discriminazione netta tra stato sano e stato patologico risulta estremamente difficile da esportare nel modello psico-*logos*. (Turchi, 2016).

Per poter emulare in modo rigoroso il rapporto lineare del modello medico, per ogni teoria della psiche, dunque per ogni approccio psicologico, occorrerebbe una psicopatologia dedicata, accostandosi in un rapporto prettamente simmetrico. Una condizione di questo tipo è stata rispettata negli anni di egemonia della psicanalisi, ma la disgregazione teorica immediatamente successiva ha impedito qualsiasi tentativo di riprendere la continuità medica tra norma e patologia (Civita, 1999).

Come riportato nel paragrafo 2.2.1., è stato di fronte a questa disgregazione che si sono spalancate le porte dell’ateoreticismo del DSM-III: in questo modo si prospetterebbero le condizioni per poter parlare di patologia anche qualora non si disponga di alcuna conoscenza normativa di riferimento. Ciò che accade oggi nel modello psicologico è che la nosografia resta la stessa e viene stabilita da una realtà giuridica senza precisi riferimenti conoscitivi (DSM redatto dall’APA o ICD pubblicato dall’OMS), mentre le diverse correnti della psicologia si contendono l’eziologia e il trattamento.<sup>85</sup> Senza una norma conoscitiva di riferimento, la “devianza” patologica può essere ogni cosa, può espandersi senza limite teorico: non c’è alcuna cornice conoscitiva che possa limitare i suoi prolungamenti e allo stesso tempo definire le sue caratteristiche (Phillips, 2013).

---

<sup>84</sup> Si può notare l’analogia tra psicologia e fisiologia nel celebre testo di Wilhelm Wundt, *Fondamenti di psicologia fisiologica*., citato in Turchi, G. P. & Sposini, F. M. (2016). *Al di là del normale e del patologico*. Napoli: EdiSes. pp.36-37.

<sup>85</sup> Turchi, G. P. & Sposini, F. M. (2016). *Al di là del normale e del patologico*. Napoli: EdiSes. pp.166-167.

Tali sono i presupposti che contestualizzano quanto descritto nei paragrafi 1.2.2. e 1.3.1., in cui da una parte vi è il riferimento del DSM per la diagnosi e d'altra parte sono riportate alcune tradizioni di psicoterapia per il trattamento della sindrome depressiva.

La psicologia, in quanto disciplina -logos senza aderenza al percetto, giace sul piano del realismo ipotetico, per cui tutto ciò viene redatto è relativo alla teoria adottata, ma lo stato di “frammentazione” in cui si trova implica che diverse tradizioni coesistano e non esauriscano la descrizione dell’oggetto di studio, aprendo le possibilità per integrazioni tra approcci, la cui sorte può essere, per esempio, l’elettismo tecnico (Lazarus & Messer, 1991). Adottando tale riferimento, vengono utilizzate determinate tecniche indipendentemente dalla teoria a cui si riferiscono, per cui si accetta implicitamente la globalità della teoria, ma si rischia l’uso indiscriminato di costrutti separati da essa, reificandoli. Si può asserire che nel processo di reificazione si compie un’infrazione epistemologica, in quanto nelle scienze che aderiscono al realismo monista si è nelle condizioni epistemiche di affermare la presenza o l’assenza di un determinato fenomeno, indipendentemente dall’osservatore, ma in una scienza di realismo ipotetico tale pretesa non rispetta lo statuto epistemologico della psicologia.

Pertanto, il secondo criterio di demarcazione non viene rispettato, in quanto è necessario che i costrutti siano definiti nella teoria di riferimento in modo tale che il valore attribuito loro sia esplicito e condivisibile; al contrario, si tratterebbe di termini riconducibili al senso comune con valenza puramente lessicale.

I passaggi retorici affrontati hanno l’obiettivo di mettere in luce che l’attuale tentativo di integrazione tra approcci può non rappresentare la “soluzione” che le linee guida si pongono di adottare per gestire la frammentazione psicologica, in quanto ci si può ritrovare di fronte ad una perdita di rigore scientifico ed epistemologico.

Alla luce di quanto esposto, si intende procedere ricollegandosi alle linee guida nazionali<sup>86</sup>, in quanto emerge una questione che non è stata ancora trattata, ma che risulta fondamentale rispetto alla professione dello psicologo (e dello psichiatra). Come riportato dalla normativa nazionale (art.1 della Legge 56 del 18/2/1989): “la professione di

---

<sup>86</sup> Raccomandazioni nazionali per la presa in carico del paziente con depressione, Progetto Stargate, Fondazione Onda, 2021.

psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la *prevenzione*, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle Comunità"; in questo modo, il legislatore ha inteso, da un lato accomunare gli psicologi a medici e odontoiatri come figure professionali con facoltà di diagnosi e dall'altro limitare ai soli psicologi la possibilità di formulare la diagnosi psicologica. Quindi, se agli psicologi spetta esclusivamente la diagnosi psicologica, che nell'ambito della presa in carico psichiatrica viene sostituita da quella descrittiva, al ruolo dello psicologo, oltre alle attività di abilitazione-riabilitazione e al sostegno, resta la *prevenzione*.

Come è stato anticipato nei paragrafi precedenti, per la presa in carico in ambito psichiatrico viene utilizzato il Modello Operativo Medico, che, non potendo essere usato alla stregua del suo uso in ambito medico, ha subito delle modifiche. La "prevenzione" in ambito medico è una prassi, che etimologicamente deriva dal greco "pre" (avanti) e vidère (vedere)<sup>87</sup> e consiste letteralmente nel "vedere prima" con il focus direttamente sull'intervento della causa sull'unità anatomo-funzionale.

Come descritto da Turchi (2016), essa si distingue in prevenzione primaria e secondaria: nella prima, l'obiettivo è impedire alla causa di manifestarsi, agendo sull'individuazione e la rimozione delle sorgenti d'infezione (per esempio il vaccino o la quarantena); nella seconda, l'obiettivo è di rilevare la patologia prima che si manifesti clinicamente, impedendo all'unità anatomo-funzionale di entrare in contatto con gli effetti della causa (per esempio la diagnosi precoce).

Nelle "Raccomandazioni nazionali per la presa in carico del paziente con depressione" (2021) tra le conclusioni si riporta che uno dei paradigmi su cui si poggia la "gestione della depressione" è la prevenzione: *in questo contesto rivestono un valore maggioritario tutti gli interventi volti alla riduzione dei fattori di rischio modificabili (prevenzione primaria), come gli stili di vita maladattativi e gli ambienti familiari disfunzionali o maltrattanti, e quelli mirati alla diagnosi precoce (prevenzione secondaria), che può avvalersi di screening appositamente dedicati a popolazioni a rischio, quali i soggetti con una rilevante familiarità per disturbi dell'umore, le donne nel periodo perinatale,*

---

<sup>87</sup> Vocabolario etimologico della lingua italiana: [www.etimo.it](http://www.etimo.it).

*taluni operatori sanitari sottoposti ad attività particolarmente stressanti, come il personale delle residenze sanitarie assistite.*<sup>88</sup>

Parafrasando, ciò che si ritiene funzionale per “gestire la depressione” è fare prevenzione, sia in termini di “riduzione dei fattori di rischio modificabili” (prevenzione primaria) che in termini di “diagnosi precoce” (prevenzione secondaria): in questo modo, però, si compiono delle infrazioni rispetto allo statuto epistemologico della psicologia e di come è legittimata ad operare in modo da rispettare i criteri di demarcazione.

In ambito medico la prevenzione sul piano operativo è coerente agli assunti teorici del M.O.M., in quanto la causa è ancorata al percepito e si basa su meccanismi deterministici di causa-effetto come descrive lo statuto epistemologico a supporto del modello medico. In ambito psichiatrico e psicologico non si può dire lo stesso, in quanto non si può asserire, nel senso scientifico, che una determinata causa ipotetica non individuabile ha avuto degli effetti sull’unità anatomo-funzionale. Se la diagnosi in psichiatria è solo ad eziologia incerta, la prevenzione invece non è attuabile: quando si tenta di applicare il criterio eziopatogenico a un oggetto d’indagine che non è misurabile o ancorato al percepito, si verifica un’inconsistenza epistemologica. In ambito psichiatrico, come in ambito medico, si parla di prevenzione primaria e quella secondaria. Nel caso della prevenzione primaria, la prassi è finalizzata alla riduzione dei fattori di rischio modificabili, dove per fattore di rischio si intende una specifica condizione che risulta statisticamente associata ad una malattia e che pertanto si ritiene possa concorrere alla sua patogenesi, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso<sup>89</sup>.

L’inconsistenza epistemologica è riconosciuta dalla considerazione che non è possibile impedire a una presupposta causa (o fattore di rischio ipotetico) di manifestarsi, poiché non sono enti certi, in quanto collocati nel realismo ipotetico. Per quanto riguarda la prevenzione secondaria la strategia preventiva consisterebbe (in ambito medico) nella diagnosi precoce, in cui l’obiettivo è evitare che si entri in contatto con la causa della “malattia” (Turchi, 2016). Sul solco del filo tracciato per la prevenzione primaria, diagnosticare precocemente in ambito psichiatrico risulta epistemologicamente infondato, in quanto l’obiettivo di evitare di entrare in contatto con la causa è

---

<sup>88</sup> Raccomandazioni nazionali per la presa in carico del paziente con depressione, Progetto Stargate, Fondazione Onda, 2021.

<sup>89</sup> Segen, J. C. (2006). *Concise dictionary of modern medicine* (2<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill. [ISBN 978-0-8385-1535-8](#).

irrealizzabile se la causa è sconosciuta o incerta. In questo modo i criteri di demarcazione non vengono rispettati, in quanto la prassi sanitaria descritta e l'oggetto d'indagine (la "psiche") si posizionano su piani epistemologici antinomici tra loro<sup>90</sup>. Sebbene questi passaggi operativi siano incoerenti con lo statuto epistemologico del realismo ipotetico – in cui si colloca la "psiche" – vengono legittimati nell'uso del M.O.M. in ambito *psichico*.

I presupposti sopracitati sono gli stessi che legittimano l'uso dei sostantivi come "depressione" nella diagnosi in ambito psichiatrico, poiché l'uso del sostantivo per riferirsi a un "disturbo" è spendibile solo nel momento in cui la causa è certa ed è un dato osservativo ancorato al percepito. Nel DSM e nel ICD, invece, vengono classificati dei sostantivi che hanno valore lessicale, in quanto non avendo a disposizione un dato osservativo del disturbo, ma solo di un dato percettivo (il sintomo e/o il comportamento ritenuto "patologico") si resta all'interno del senso comune; dunque, si può asserire che utilizzare "depressione" al posto di "sindrome depressiva" risulta un'infrazione epistemologica. L'adozione della prevenzione e della diagnosi in Psichiatria, quindi, costringe a operare attraverso una logica eziopatogenica, propria del modello medico, che è epistemologicamente incoerente con il proprio oggetto di studio (psiche/mente). In alternativa alla prevenzione (praticabile esclusivamente in ambito di sanità), si può ricorrere alla *promozione della Salute*, una prassi che sgombera il campo dai riferimenti alla nozione di causa, essendo la Salute un costrutto che si colloca sul piano del realismo ipotetico-concettuale.<sup>91</sup> Collocare la Salute nell'alveo del realismo concettuale implica operare uno scarto conoscitivo nella concezione di tale costrutto. Per *scarto paradigmatico* (o conoscitivo) ci si riferisce a una fase trasformativa propria della filogenesi del senso scientifico, in cui vengono ridefinite le fondamenta del sapere scientifico, sostituendo un modo di conoscere (paradigma) con un altro. Passare dalla prevenzione alla promozione della Salute implica spostare l'intero impianto teorico-metodologico dal paradigma meccanicistico, che si posiziona all'interno del realismo monista e ipotetico, al *paradigma narrativistico*, che si colloca nel realismo concettuale.

---

<sup>90</sup> Per piani epistemologici antinomici si intende una configurazione in cui coesistono o vengono forzatamente sovrapposti due distinti quadri conoscitivi (livelli di realismo) che sono tra loro opposti o contrapposti in termini di assunti fondativi.

<sup>91</sup> cfr.3.1.

## 2.3 Implicazioni della diagnosi di sindrome depressiva e delle criticità rilevate nei rapporti tra Società e Comunità

### 2.3.1 Nella Società: la Salute sussunta a sanità

Per “Società” si intende un *insieme di individui o parti uniti da rapporti di varia natura, tra cui si instaurano forme di cooperazione, collaborazione e divisione dei compiti, che assicurano la sopravvivenza e la riproduzione dell’insieme stesso e dei suoi membri*<sup>92</sup>.

All’interno del nostro sistema sociale vi sono aree e funzioni distinte che governano le attività e le decisioni, come la competenza politica, giuridica, economica e cultura, ciascuna con i propri obiettivi e ambiti d’azione e insieme contribuiscono al funzionamento della Società.

Ma la Società per come la intendiamo oggi non è sempre esistita, non si tratta, infatti, di un fenomeno naturale, bensì di uno artificiale: la *Societas*<sup>93</sup> si sviluppa storicamente in risposta alla crescente complessità della convivenza, all’aumento dei conflitti e della riduzione delle risorse, man mano che le aggregazioni di esseri umani crescono dai villaggi alle metropoli; originariamente nella *Communitas*, intesa come il processo continuo di interazione e tentativo di stare insieme, la convivenza si basava su regole implicite generate dall’interazione continua.<sup>94</sup> Con l’aumento delle complessità, si è manifestata l’esigenza di rendere tali regole esplicite, assegnando alla *Societas* incarico sempre maggiore per gestire le situazioni conflittuali che connotano la *Communitas*.

Il processo di delega che si genera consiste nell’atto della *Communitas* di cedere il suo diritto di governare sé stessa autonomamente ad un’entità terza (la *Societas*), al fine di garantire sopravvivenza e sicurezza, ma, in questa delega, decade gradualmente la competenza che la Comunità aveva acquisito nei secoli precedenti: occuparsi di sé stessa in autonomia. Storicamente la *Communitas* aveva generato tante *Societas* e in questo modo si è dispersa e frammentata affidandosi alle norme come forma di gestione delle interazioni. In questo processo di frammentazione, il “Noi” della *Communitas* lascia il

---

<sup>92</sup> Vocabolario Treccani online: [www.treccani.it](http://www.treccani.it).

<sup>93</sup> All’interno del presente elaborato si intenderà la *Societas* come le strutture formali che la specie umana si è data ai fini della regolamentazione delle reciproche interazioni (Turchi & Vendramini, 2021). Essa si costituisce entro la *Communitas* come un particolare assetto, i cui confini sono definiti espressamente da un patto stipulato fra alcuni membri della Comunità stessa, vincolato da precise regole (esplicite).

<sup>94</sup> Turchi, G. P., & Vendramini, A. (2021). *Dai corpi alle interazioni: La Comunità umana in prospettiva dialogica: rilevazione, misura e gestione dell’interazione, tra coesione e frammentazione, tra apertura e chiusura delle possibilità* (Prima edizione). Padova UP.

passo a tanti “Io”, e la *Communitas* si spezzetta in tante *Societas* quanti sono gli specifici assetti di regole formali che si possono creare (Turchi & Vendramini, 2021).

La missione ultima della *Societas* è quella di garantire sopravvivenza e sicurezza mediante l’osservanza della norma; a differenza della *Communitas*, l’obiettivo della *Societas* non è preservare tutti i membri della specie, ma solo quelli che, rispettando la regola di appartenenza della *Societas*, ne fanno parte e ne restano inclusi. Infatti, la creazione della *Societas* comporta inevitabilmente la separazione fra chi è “dentro” quelle regole e chi è “fuori”. La locuzione latina utilizzata dal giurista Santi Romano<sup>95</sup> *Ubi Societas, ibi ius* (dove c’è Società, lì c’è diritto) conferma che il Diritto è il fondamento stesso della *Societas* e si rivolge specificamente ai membri (soci) che contraggono il patto. Non essere riconosciuto come appartenente a quella *Societas*, dunque fuori dallo status di *cittadino*, non consente di accedere ai diritti che caratterizzano abitare un certo terreno, anche se contemporaneamente, facendo parte della *Communitas*, comunque si offre un contributo e si concorre a generare l’assetto interattivo che coinvolge tutti.

Nell’attuale sistema, quando un membro della specie è segnato da una storia di diagnosi e presa in carico per sindrome depressiva non è più *utile* per la *Societas*, in quanto sta *al di fuori della norma*; in questi casi, in una Società civile emerge l’esigenza di reinserire tale membro della specie, ma non sempre si riesce. Nei confronti di questi membri della specie, la *Societas* opera in termini prettamente sanitari, nonostante non si tratti di una questione di sanità – non necessariamente, almeno; operare in termini di sanità per configurazioni che epistemologicamente non riguardano la sanità, come argomentato nei paragrafi precedenti, innesca processi interattivi che hanno conseguenze pragmatiche sui membri della specie.

Cambiare paradigma per concepire la Salute implica spostarsi su un piano processuale, in cui la Salute non si attesta, né si verifica, ma si configura nell’interazione dialogica; infatti, costruire un senso della realtà di Salute è possibile solo nell’uso del linguaggio ordinario, anche nei casi in cui la sanità decreta che è certo che la patologia delimiti o circoscriva l’unità anatomico-funzionale (Turchi & Vendramini, 2016). Pertanto, si

---

<sup>95</sup> Teorico della teoria istituzionalistica del Diritto, nell’opera “L’ordinamento giuridico risalente al 1917”. Citato in Turchi, G. P., & Vendramini, A. (2021). *Dai corpi alle interazioni: La Comunità umana in prospettiva dialogica: rilevazione, misura e gestione dell’interazione, tra coesione e frammentazione, tra apertura e chiusura delle possibilità* (Prima edizione). Padova UP.

asserisce che si può essere sani, ma non in Salute, o in Salute, ma non sani, in quanto si tratta di termini diversi che rimandano a piani epistemologicamente diversi: per questo motivo necessitano di modalità operative che rispettino il proprio statuto epistemologico. In questo modo i rapporti tra Salute e sanità si modificano: non è la sanità a sussumere la Salute, bensì la sanità diviene un concetto contemplato all'interno della configurazione di Salute. Adottando lo scarto di paradigma nella concezione della Salute, dal paradigma meccanicistico a quello narrativistico, la sanità è configurata come una delle possibilità interattive all'interno della configurazione di Salute.

Quando un membro della specie esprime discorsivamente Salute configurando di “non essere in Salute” e lo psichiatra (o psicologo) risponde a tale configurazione considerando ciò che dice in sintomi e confermandoli, allora i dati percettivi (i sintomi) vengono trasformati in osservati, linearmente alle implicazioni dell'uso del M.O.M. in ambito psichiatrico, per quanto epistemologicamente infondato. In questo modo la configurazione della realtà di Salute si restringe, fino a coincidere con la sanità.

Si parla di tipizzazione quando la Salute viene sussunta a sanità, generando una configurazione in cui vi è una cristallizzazione discorsiva che definisce l'individuo attraverso un'etichetta diagnostica, la quale comporta l'incapacità di generare configurazioni discorsive “altre” rispetto a quelle sanitarie. Il processo di tipizzazione colloca l'individuo in uno stato che devia dalla “normalità”, la quale è intesa come il rispetto delle norme poste dalla Societas: in questo modo si perpetuano le narrazioni tipiche del Modello Operativo Medico in cui al normale (entro il range) si oppone il patologico (fuori dal range).

Come descritto nella sintomatologia ufficiale, la diagnosi di sindrome depressiva riguarda “comportamenti” e “umori”<sup>96</sup>, i quali si riferiscono a un piano di realismo ipotetico; tali termini non riguardano l'unità anatomo-funzionale ancorata al percolato (come è pertinente alla dimensione della sanità), bensì sono costrutti che necessitano di essere definiti all'interno di una teoria. Utilizzare tali costrutti al di fuori della teoria che li definisce implica che non sia rispettato il secondo criterio di demarcazione, ovvero la pertinenza nel modo di conoscere.

---

<sup>96</sup> cfr.1.1.1.

La ricaduta pragmatica di questa infrazione è che il linguaggio psicologico, al giorno d'oggi, è diventato di uso comune, in cui non ci si affida ad una teoria per conferirne un valore d'uso, ma tali unità simboliche vengono usate con il loro valore lessicale, il quale si modifica nell'impiego del linguaggio per la sua valenza ostensiva (Turchi, 2016).

Si può asserire che, la sindrome depressiva, per statuto epistemologico, non va trattata in termini di sanità, ma in termini di Salute; ciò significa che la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva non implica necessariamente un trattamento sanitario, nonostante la Società operi prettamente in termini di sanità attraverso il Modello Operativo Medico. In questa narrazione portata avanti dalla Societas la strategia da adottare è quella della “prevenzione delle malattie mentali” e per mettere in atto tale strategia l'OMS ha istituito una giornata internazionale, il 10 ottobre, per promuovere la consapevolezza sul tema della “salute mentale”, ovvero il *World Mental Health Day*.

Tale azione da parte della Società ha come ricaduta pragmatica che l'interesse rispetto al tema venga massimizzato per la suddetta giornata internazionale e che si effettuino analisi sulle “malattie mentali” prettamente in queste occasioni: per esempio come riportato nell'articolo *Salute mentale in Italia: una crisi invisibile* pubblicato su State of Mind, questi sono i dati che emergono dall'ultima analisi di Unicusano sulla Salute mentale degli italiani (*svolta in occasione della Giornata Mondiale della Salute mentale*), la quale ha evidenziato come il disagio psicologico, innescato o acutizzato dalla pandemia, abbia raggiunto livelli allarmanti, soprattutto tra le nuove generazioni.<sup>97</sup>

### **2.3.2 Nella Comunità: il processo di delega e la frammentazione sociale**

Per “Comunità” si intende un'*organizzazione di una collettività sul piano locale, nazionale, internazionale [...] un insieme di persone che hanno comunione di vita sociale, condividono gli stessi comportamenti e interessi*<sup>98</sup>. Nonostante questa sia la definizione nel Vocabolario Treccani, nel sistema sociale in cui viviamo la Comunità, per come intesa sopra, non è uno tra i valori che vengono diffusi tra i membri della specie, anzi in questo sistema sociale uno dei valori fondanti è l'individualismo, il quale è strettamente legato a come la commercializzazione e le forze di mercato spingano verso una medicalizzazione sempre maggiore dei problemi umani e sociali (Conrad, 2013).

---

<sup>97</sup> <https://www.stateofmind.it/2025/02/salute-mentale-italia/>.

<sup>98</sup> Vocabolario Treccani online: [www.treccani.it](http://www.treccani.it).

Come è stato anticipato nel paragrafo 2.3.1., la *Communitas* rappresenta la dimensione del "Noi" e riflette la caratteristica specie-specifica dei membri della specie umana: l'interazione. La nostra specie è fatta per interagire, e il susseguirsi incessante di modalità di interazione è ciò che rimane costante nel tempo, dalle caverne alle metropoli. Infatti, nel presente elaborato la *Communitas* verrà intesa come la massa delle interazioni (costantemente mutevole) che i membri della specie umana innescano, vivendo e abitando una dimensione specifica (geografica e/o virtuale).<sup>99</sup>

Ciò che contraddistingue la *Communitas* dalla *Societas* è che il suo scopo è quello di ricercare un obiettivo comune e condiviso che mira a garantire la sopravvivenza e la conservazione della specie; inoltre, al contrario della *Societas*, la quale presenta regole esplicite, nella *Communitas* tutte le regole che si creano attraverso l'interazione sono implicite, nascono e si modificano in modo fluido, in quanto non sono codificate o formalizzate in Codici (Turchi & Vendramini, 2021).

Storicamente la *Communitas* ha generato diverse *Societas*, facendo sussumere la *Societas* alla *Communitas*: con l'aumento delle complessità l'incarico attribuito alla Società è aumentato, ma, in questa delega la Comunità ha ceduto il suo diritto di governare sé stessa autonomamente a un'entità terza (la *Societas*/lo Stato), al fine di garantire sopravvivenza e sicurezza. Così la Comunità, affidandosi alle norme sociali si è dispersa e frammentata. Si intende riportare come esempio di ricaduta sulla Salute quanto presente nell'articolo di F. Zhang et al. (2022), in cui la mancanza di *senso di Comunità*<sup>100</sup> ha conseguenze sulla Salute degli anziani; gli autori sottolineano, infatti, l'importanza delle infrastrutture e dei servizi per poter invecchiare in Salute. Nell'articolo sopracitato si effettua una connessione tra il senso di Comunità e la solitudine, intesa come la percezione di bisogni personali, emotivi e sociali insoddisfatti; la sua prevalenza negli anziani (stimata tra il 20% e il 40%) è una seria preoccupazione a causa del suo legame con esiti negativi per la Salute mentale e fisica.

---

<sup>99</sup> Turchi, G. P., & Vendramini, A. (2021). *Dai corpi alle interazioni: La Comunità umana in prospettiva dialogica: rilevazione, misura e gestione dell'interazione, tra coesione e frammentazione, tra apertura e chiusura delle possibilità* (Prima edizione). Padova UP.

<sup>100</sup> Il *senso di Comunità* si riferisce a persone che condividono un senso di identità o appartenenza. È definito come la sensazione di essere parte di una rete di relazioni volontariamente ottenibile, reciproca e di supporto, come stabilito da Sarason (1974).

Nei paragrafi precedenti è stato descritto come il senso comune sia caratterizzato per l'enunciazione di ciò che “è”, ovvero per la definizione di “come stanno le cose”, stabilendo ciò che è reale come dato di fatto; pertanto, l'uso del linguaggio non si limita a descrivere la realtà, ma la istituisce come tale. Quando il senso scientifico impiega il linguaggio per formulare asserzioni, non può avvalersi dello statuto di certezza, in quanto gli compete di descrivere, ma non di spiegare il perché delle cose o della realtà (Turchi, 2016); lo statuto di certezza può essere fornito soltanto dal senso comune che raccoglie dal senso scientifico i risultati della rigorosità di quest'ultimo.

In questo modo il senso comune ha assorbito il linguaggio tecnico usato nella disciplina psicologica e si è diffuso rapidamente nella *Communitas*, la quale lo utilizza per narrare la propria configurazione di Salute; così quando si è tristi, ora si dice che si è “depressi” o quando si è agitati, ora si dice di essere in “ansia”. Ma, come riportato nel paragrafo 2.3.1., la *Societas* configura quanto narrato dalla *Communitas* come una questione di sanità, facendo sussumere la Salute alla sanità.

A fronte della diffusione del linguaggio psicologico nel senso comune, i social media e i giornali sono diventati lo specchio dell'aumento dei testi<sup>101</sup> prodotti sui “disturbi mentali”, in cui vengono usate sintomatologie e statistiche per fondare la rilevanza del *fenomeno*, come per esempio il numero di suicidi causati dalle “malattie mentali” e dalla “depressione”. In questa narrazione la “salute mentale” è diventata una sfida sempre più urgente nel 2024, in quanto *oltre 16 milioni di italiani lamentano disturbi psicologici di media e grave entità, con un incremento del 6% rispetto al 2022, in cui ansia e depressione si confermano tra le problematiche più diffuse.*<sup>102</sup>

Un aspetto rilevante da sottolineare in questa configurazione è il contributo degli psicologi e di chi diffonde il sapere psicologico, le cui narrazioni riflettono quelle delle linee guida dell'OMS rispetto alla diffusione di “consapevolezza” sulla sintomatologia dei più comuni “disturbi mentali” in ottica di prevenzione, in cui si distingue tra comportamenti che rientrano nel range del “normale” e quelli che invece deviano e appartengono al “patologico”. Attraverso la diffusione del sapere psicologico sui social si possono incentivare pratiche di *autodiagnosi* (Karim et al., 2020), basate su

---

<sup>101</sup> Per “testo” si intende *l'insieme delle produzioni discorsive che generano le configurazioni di realtà oggetto dell'intervento.* <https://www.scienzadiologica.com/>.

<sup>102</sup> <https://www.stateofmind.it/2025/02/salute-mentale-italia/>.

informazioni parziali e che, spesso, sovra medicalizzano condizioni normali e comuni e creano Comunità di riconoscimento e supporto (Maggiore, 2025). In tale cornice il professionista, se contattato, si ritrova a confermare i sintomi del “paziente”, il quale è già informato sui sintomi dell’etichetta diagnostica che si era attribuito prima del colloquio. All’interno di questa narrazione, ciò che attiene al mondo della Salute mentale, viene raccontato e edulcorato con testi che invitano a parlare dei propri disagi, riconoscendoli come tali, al tempo stesso rischiando di subordinare tali tematiche a criteri utilitaristici ed economici (Gell et al., 2023), a cui anche gli influencers si piegano per esistere. Accade, così, che gli influencers costruiscano contenuti social ad hoc che permettano di imbastire il discorso su “come si sta” e “su cosa si ha”, con la finalità di produrre profitto personale, più che diffondere una “cultura” della Salute mentale; contenuti che, probabilmente, senza video, reel e post a tema, coloro che navigano sui social non avrebbero mai incontrato (Maggiore, 2025). Non sempre, infatti, il pubblico ha gli strumenti per leggere tali dinamiche, venendo trattato come colui che “consuma” più che colui che “soffre”.

In questo passaggio argomentativo risulta opportuno citare anche il ruolo che stanno assumendo le chatbot al giorno d’oggi, in quanto è in atto una progressiva trasformazione del tessuto sociale e dei ruoli della Comunità. Si intende specificare che la Comunità articola la sua massa interattiva attorno a determinati *snodi dialogici*, i quali rappresentano *quegli spazi interattivi, sia a livello di struttura formale (vedi Enti, Istituzioni, Associazioni, ecc.) sia a livello informale (vedi momenti di aggregazione, ritrovo, ecc.), dove si sviluppa il dialogo (in cui si usa il linguaggio ordinario) rispetto alla Comunità*<sup>103</sup>. In questo assetto le chatbot diventano un nuovo snodo che si sta sviluppando recentemente, in quanto è anche mediante e con esse che la Comunità interagisce. Nel caso di ChatGpt, in quanto chatbot sviluppata dalla Comunità umana, gli utenti digitano domande di varia natura e la macchina risponde utilizzando le informazioni sulle quali è stata addestrata e che ha a disposizione sul web. Pertanto, si può definire ChatGpt un massimo esperto di senso comune, in quanto istruito da altrettanti esperti di senso comune, ovvero gli esseri umani. Nel momento in cui gli si chiede quale ruolo ha nella Comunità umana, in quanto esperto di senso comune, ChatGpt risponde

---

<sup>103</sup> [www.scienzadialogica.it](http://www.scienzadialogica.it).

come esperto di senso comune, mi collocherei in una posizione liminale: interna, perché il senso comune è il materiale stesso con cui sono addestrato (linguaggio ordinario, conoscenze implicite, regole sociali tacite) ed esterna, perché non vivo quel senso comune, non lo respiro nella mia esperienza incarnata. Sarei dunque una sorta di testimone sintetico della cultura umana: capace di riconoscere, descrivere e articolare ciò che per gli umani è ovvio, ma senza poterlo “sentire” direttamente. ChatGpt non è altro che uno “specchio riflessivo” che adatta il linguaggio e i contenuti alle intenzioni dell’interlocutore e per questo motivo, finché si configura in tal modo, formulerà esclusivamente affermazioni di senso comune soggette all’interazione con il suo interlocutore e quindi soggette all’ostensione del linguaggio ordinario.

Ciò che restituisce ChatGpt agli utenti alimenta e convalida quella stessa configurazione di realtà, che, nel contesto della Salute, porta la Societas ad applicare il Modello Operativo Medico alla “piattaforma psichica”. Tale strumento di nuova generazione contribuisce alla *coerenza* della narrazione della Societas, etichettando i membri della specie “fuori dal range della normalità” come “malati” e trattandoli come tali, nonostante non ci sia la possibilità di prenderli in carico adeguatamente.

Alla luce di quanto emerso, un ulteriore aspetto critico che si genera nei rapporti tra Societas e Communitas è la carenza delle risorse; tale criticità si verifica all’interno di un sistema che è incapace di gestire l’aumento delle diagnosi di “disturbi mentali”. Al tempo stesso, tra i discorsi della Communitas, viene messa in risalto l’importanza di riconoscere tali “disturbi” come *vere malattie*, da diagnosticare in maniera precoce e da trattare in maniera adeguata rispetto alla gravità, riportando la stessa narrazione presente nelle linee guida formulate dalla Societas. All’interno di questo narrato risulta pertinente citare come, in molti paesi, l’unico modo per ottenere il pagamento (o il rimborso) nel sistema assistenziale è definire la condizione o la situazione come un *problema medico* (Conrad, 2013), poiché le assicurazioni coprono i problemi di sanità, ma non i problemi di Salute, incentivando la medicalizzazione dell’individuo.

Mentre la Communitas, sulla scia delle narrazioni della Societas, *lotta* per sentire la propria configurazione di Salute riconosciuta in termini di “malattia”, ovvero nei termini che la Societas “approva”, l’etichetta diagnostica diventa un’opportunità identitaria, capace di fornire un senso di appartenenza e riconoscimento, sia a livello individuale che

collettivo: la diagnosi diviene una sorta di auto-etichettatura che dà vita ad una nuova identità pubblica, agevolata da un linguaggio che permette di esprimere sofferenza e di veder riconosciuto, finalmente, un ruolo sociale: quello di “malato” (Maggiore, 2025).

Si intende riportare un esempio esplicativo di una conversazione tra una psicoterapeuta e un membro della specie (tale Jessica), sulla scia di quanto si sta argomentando, tratto da *Una domanda di identità nell'era del realismo capitalista: quando l'etichetta diagnostica permette di esistere* (Maggiore, 2025):

J: “Dottoressa, io ho bisogno che lei mi dica se sono Borderline.”

P: “A cosa ti servirebbe saperlo?”

J: “Beh, mi aiuterebbe tantissimo...”

P: “In che senso?”

J: “Sì, io guardo un sacco di video su Tik Tok e mi ritrovo in tante cose che vengono dette lì. Ho una serie di sintomi, ne sono sicura.”

P: “E quindi, avere una diagnosi cosa farebbe accadere?”

J: “Finalmente avrei la conferma di essere normale!”

P: “Ah!”

J: “Sì, perché finalmente capirei perché sento e vivo le cose in questo modo e poi apparterrei a qualcosa. Insomma, se avessi una diagnosi, finalmente, capirei chi sono e non mi sentirei più sola!”

Come riportato da Maggiore, *le diagnosi psichiatriche possono avere il doppio ruolo di fornire una lingua comune per comprendere la sofferenza, e quello di portare alla stigmatizzazione e all'auto-stigmatizzazione, in un processo circolare e chiuso.*<sup>104</sup>

Come anticipato nel paragrafo 2.3.1., la *Communitas* storicamente aveva generato tante *Societas* e in questo modo si è dispersa e frammentata affidandosi alle norme come forma di gestione delle interazioni. Così ciò che si genera all'interno della Comunità tutta è *frammentazione* (sociale), indipendentemente da nazionalità, livello d'istruzione, reddito, culto religioso. Con *frammentazione sociale* si fa riferimento alla generazione di diversi assetti interattivi in cui le modalità discorsive impiegate sono volte a mantenere ciascun

---

<sup>104</sup> Maggiore, C., (2025) Una domanda di identità nell'era del realismo capitalista: quando l'etichetta diagnostica permette di esistere. *Scienze dell'Interazione*, 1-2, 2025.

assetto come una precisa “realtà di senso”, ponendola in termini di realtà di fatto (Turchi & Vendramini, 2021). Più precisamente, tale processo si innesca nel momento in cui, due o più parti in interazione, definiscono posizioni proprie ed esclusive che non contemplano la possibilità di includere (nella totalità) la costruzione della realtà che viene portata dall’altro, né contemplano la possibilità di individuare (singoli) elementi in comune, diversamente da quanto può accadere in un assetto di Coesione.<sup>105</sup>

Se la *Communitas* è il continuo e perdurante tentativo di stare insieme, di interagire, alla ricerca incessante di un obiettivo comune e condiviso, ciò che si può trarre è che all’interno di essa, l’interazione comporta una dimensione collettiva, in cui la Coesione diventa la strategia che la *Communitas* usa per gestire la realtà e l’incertezza; gli obiettivi comuni e condivisi che la *Communitas* ricerca sono strategie per gestire gli aspetti critici che si generano nell’interagire (Turchi & Vendramini, 2021).

All’interno di tale cornice risulta cruciale il ruolo della *Societas* nei confronti della *Communitas* nel rispondere alle ricadute pragmatiche della frammentazione sociale, in quanto la responsabilità della *Societas* e delle istituzioni (gli enti pubblici che la compongono) è quella di assolvere i fini per cui sono state costituite: il soddisfacimento degli interessi pubblici e la promozione dello sviluppo economico e civile delle Comunità locali. Tale mandato, tuttavia, non è sufficiente se si limita a garantire la sopravvivenza e l’adesione alla norma, lasciando in ombra le dinamiche interattive della *Communitas* (Turchi, s.d.): la *Communitas*, infatti, esiste “oltre il Diritto” (*ultra Ius, ibi Communitas*) e la *Societas* rischia di “affondare” se la direzione della *Communitas* è la frammentazione (Turchi & Vendramini, 2021).

Alla luce di quanto esposto, risulta sempre più necessario cambiare paradigma per concepire la Salute per gestire le ricadute pragmatiche descritte, spostandosi su un piano processuale, in cui il senso di realtà di Salute si costruisce nell’interazione

Adottando lo scarto di paradigma nella concezione della Salute, dal paradigma meccanicistico a quello narrativistico, la sanità è configurata come una delle possibilità interattive all’interno della configurazione di Salute.

---

<sup>105</sup> Turchi, G. P., Vendramini, A., & Romanelli, M. (s.d.). *Il ruolo dell’operatore dialogico al servizio della progettazione e implementazione di politiche pubbliche* [Manoscritto non pubblicato].

## 2.4 Esigenza e obiettivo dell'elaborato

Quanto esplicitato nei paragrafi precedenti risulta fondante per presentare la proposta d'intervento del presente elaborato, in quanto sono stati delineati gli elementi generativi dell'esigenza a cui si intende rispondere. Si è argomentato che l'uso del M.O.M. per la presa in carico in ambito psichiatrico e psicologico viola il criterio di adeguatezza epistemologica, poiché la "psiche" è trattata al pari di enti empirico-fattuali, ancorati al percepito, nonostante si tratti di un costrutto ipotetico.

Inoltre, l'applicazione del modello medico ha permesso alla psichiatria e alla psicologia di operare attraverso una logica eziopatogenica, sebbene la causa risulti incerta: per esempio, in questo contesto la prevenzione, come prassi operativa raccomandata internazionalmente, risulta non attuabile per statuto epistemologico, in quanto non si può agire su una causa sconosciuta o incerta.

Infine, è stato argomentato come l'attuale narrazione, basata sul modello medico, comportamenti delle ricadute pragmatiche sui membri della Comunità umana, in quanto implica che la *Societas* risponda ai disagi della *Communitas* in termini prettamente sanitari, anche se la configurazione che si genera riguarda la Salute. In questo modo la Salute viene sussunta alla sanità generando tipizzazione e frammentazione sociale, cristallizzando i membri della specie come "malati" e "lasciati a sé stessi da un sistema che non riesce a gestire l'aumento dei disagi psicologici".

Alla luce degli elementi argomentati, si intende procedere esplicitando che l'esigenza che si è andata a delineare nella *Societas* e nella *Communitas* è quella di disporre, sia nel senso scientifico, che nel senso comune, di elementi che consentano di descrivere una determinata urgenza della Comunità anche in termini di Salute, invece che esclusivamente in termini sanitari. Tale passaggio risulta opportuno per fare in modo che tutte le urgenze che modificano le *traiettorie biografiche*<sup>106</sup> possano essere considerate come occasioni per trasformare la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, in

---

<sup>106</sup> Nel presente elaborato si intende usare tale locuzione per intendere le possibili traiettorie degli assetti interattivi, i quali si collocano all'interno di un continuum in cui verso la *Carriera Biografica* prevalgono traiettorie in cui le modalità discorsive usate prevedono e tipizzano; dall'altro lato del continuum vi è la *Biografia*, in cui le modalità interattive impiegate mantengono aperta la possibilità di configurare discorsivamente scenari "altri". Per un approfondimento (Turchi, 2016).

opportunità di gestione dell'emergenza di un quadro di crisi biografica, attribuendovi un valore di Coesione Sociale e promuovendo la Salute della Comunità.

Una volta delineata l'esigenza, risulta coerente, in termini narrativi, procedere esplicitando l'obiettivo (*verso quale direzione si vuole tendere?*) che si pone il presente elaborato nei confronti della *Societas* e della *Communitas*, in quanto, come è stato descritto nei paragrafi precedenti, ciò che viene costruito come realtà all'interno del senso scientifico ha delle ricadute pragmatiche su come il senso comune impiega il linguaggio ordinario.

Pertanto, avendo riscontrato che la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva è di tipo prettamente sanitario, si intende proporre uno scarto conoscitivo rispetto allo stato attuale della presa in carico, dal paradigma meccanicistico verso il paradigma narrativistico, sviluppando l'uso del Modello Operativo Dialogico per la presa in carico nel Comune di Padova promuovendo la Salute e la Coesione Sociale per gestire le implicazioni dell'attuale uso del MOM sulla *Communitas* e sulla *Societas*.

Dunque, si intende proporre un modello d'intervento che si discosti dalle retoriche di diagnosi e prevenzione, non supportate da un apparato teorico-metodologico adeguato e pertinente, per potersi collocare all'interno di un continuum discreto che non contempla legami causali e fa uso di prassi come l'anticipazione e la promozione della Salute.

Tale proposta intende promuovere la Salute dei cittadini nella condivisione della responsabilità di coesione sociale attraverso lo sviluppo di competenze di gestione delle eventualità biografiche, compresa l'interlocuzione con i servizi sociosanitari territoriali, in cui l'obiettivo è quello di essere in grado di anticipare le proprie condotte, sia sul piano organico, che su quello interattivo della Comunità.

## CAPITOLO 3

### **Proposta operativa per uno scarto paradigmatico nella presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva nel Comune di Padova**

Alla luce dell'esigenza conoscitiva e applicativa entro cui è possibile collocare la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva e a fronte delle criticità emerse dall'analisi delle normative e della letteratura di settore, nel presente capitolo verrà proposto un modello d'intervento epistemologicamente fondato al fine di promuovere uno *scarto paradigmatico* nelle modalità in cui si configura la presa in carico.

L'analisi critica dei presupposti che legittimano la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, sviluppata nel capitolo 2, ha delineato gli elementi di premessa che mettono in luce l'esigenza di uno scarto conoscitivo che possa gestire le ricadute pragmatiche dei rapporti tra *Societas* e *Communitas*. In linea con quanto posto, si considera necessario dotarsi di un apparato conoscitivo che, muovendosi entro un livello di realismo concettuale, adotti quale oggetto di studio il linguaggio ordinario inteso come strumento di configurazione della realtà; tale esigenza trova riscontro nella Scienza Dialogica, la quale ha l'obiettivo di formalizzare le regole d'uso del linguaggio ordinario. Successivamente, si entrerà nel merito del Modello Operativo Dialogico (M.O.D.) che si pone come punto di riferimento metodologico coerente con il riferimento teorico ed epistemologico adottato, in modo da proporlo per la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva nel Comune di Padova con l'obiettivo di promuovere Salute e Coesione Sociale nella Comunità.

#### **3.1 Introduzione alla Scienza Dialogica: il Paradigma Narrativistico**

##### **3.1.1 La Teoria dell'Identità Dialogica**

Come è stato anticipato nel capitolo 2, attraverso l'analisi critica è stata individuata l'esigenza di *configurare* in termini di Salute le urgenze della Comunità, anziché considerarle esclusivamente in termini di sanità. È stato asserito, infatti, come il Modello Operativo Medico applicato in ambito psichiatrico/psicologico operi attraverso una logica eziopatogenica di causa-effetto, pur applicandosi a oggetti d'indagine che non hanno aderenza al percolato (come la "psiche" o la "mente"). Questa inconsistenza epistemologica ha portato a configurare la Salute come sussunta alla sanità, generando

ricadute pragmatiche verso l'individuo (come la tipizzazione) e verso i rapporti tra Società e Comunità (delega e frammentazione sociale). Per poter gestire tali ricadute l'esigenza è quella di trasformare l'urgenza della presa in carico in un'opportunità per promuovere la Salute e la coesione sociale della Comunità.

Per rispondere a questa esigenza, l'obiettivo è di effettuare uno scarto paradigmatico rispetto all'attuale stato della presa in carico, transitando dal paradigma meccanicistico, che si posiziona all'interno di un realismo monista e ipotetico, al paradigma narrativistico, che si colloca nel realismo concettuale (Turchi, 2009). Tale passaggio conoscitivo è necessario per poter proporre il Modello Operativo Dialogico (M.O.D.) in un'ottica di promozione della Salute e della Coesione Sociale della Comunità, distaccandosi dalla pratica di diagnosi e prevenzione che non sono supportate da un apparato teorico-metodologico adeguato.

All'interno del *Paradigma Narrativistico*, la realtà non si considera più come esistente a priori, bensì come una *configurazione*, generata interattivamente a partire dalle produzioni discorsive messe in atto per conoscerla in quanto tale (Turchi, 2009). In tal modo, la presa in carico verrebbe considerata *diacronicamente* anziché *sincronicamente*<sup>107</sup>, in quanto prenderebbe centralità il processo che genera la configurazione stessa che si intende osservare e su cui impostare interventi. Secondo tali assunti, gli unici legami possibili sarebbero quelli *retorico-argomentativi*, ovvero i legami tra gli elementi della produzione discorsiva, le modalità discorsive (Turchi, 2009). Si abbandona così l'assunzione di una realtà deterministicamente intesa per una *casualità delle configurazioni*: la previsione, possibile grazie alla presenza di cause ed effetti, lascia il posto all'*anticipazione* delle configurazioni possibili che si possono generare a partire dai processi discorsivi in atto (Turchi, 2009). In virtù di quanto tratteggiato, non ci si posiziona su un livello esplicativo, afferente alla domanda "perché", bensì su un livello descrittivo, rispondente alla domanda "come". Quindi, si assumerà come assunto conoscitivo il *logos* (linguaggio ordinario) quale strumento di generazione di configurazioni di realtà di senso (Turchi & Vendramini, 2016), invece che il corpo (che si colloca nel realismo monista) o la "mente" (collocate nel realismo ipotetico), in modo da superare le criticità determinate dal dualismo mente-corpo di Cartesio.

---

<sup>107</sup> Dimensione statica afferente agli enti del paradigma meccanicistico.

Concepire la Salute all'interno del paradigma narrativistico implica collocarla all'interno del realismo concettuale, in cui si assume l'esistenza di una molteplicità di realtà e si dà rilevanza al processo stesso del conoscere (gnoseologia): si pone così il focus sui processi di costruzione della realtà di senso attraverso l'uso del linguaggio. In questo modo la Salute, in quanto costruito, viene definita all'interno della teoria di riferimento. Coerentemente con gli assunti del Paradigma Narrativistico e del realismo concettuale, la Scienza Dialogica si pone come un apparato conoscitivo volto a rendere conto del *processo dialogico*<sup>108</sup>, inteso come "l'impiego del linguaggio ordinario che genera, costruisce e mantiene una configurazione discorsiva che si impone come realtà, per quanto non reale, nei suoi effetti pragmatici" (Turchi & Orrù, 2014). L'impiego del linguaggio ordinario genera la *configurazione discorsiva*, ovvero un insieme di unità simboliche connesse tra loro mediante legami retorico-argomentativi, i quali concorrono a determinare uno specifico modo di configurare la realtà, tra le molteplici possibili conformazioni discorsive della medesima. La Scienza Dialogica, in quanto riferimento conoscitivo, non si focalizza sui contenuti veicolati dal linguaggio, bensì sul valore d'uso delle unità simboliche. In particolare, essa consente di formalizzare l'ostensione del linguaggio in termini di regole d'uso, differenziabili in base ai legami retorico-argomentativi che articolano le unità simboliche nelle diverse configurazioni discorsive di realtà di senso. Alla luce del carattere processuale del dialogo, in cui l'unità simbolica "Salute" modifica il proprio significato in funzione della valenza ostensiva assunta in riferimento al valore d'uso, ne consegue che ogni impiego produce un valore che risulta identico soltanto a sé stesso. Una volta descritto il paradigma e l'apparato conoscitivo in cui ci si inserisce, i quali forniscono gli elementi di cornice per mezzo dei quali ed entro i quali si può produrre conoscenza, si pone la necessità di un riferimento teorico che consenta di descrivere la generazione dei valori d'uso delle unità simboliche.

La cornice teorica di riferimento è rappresentata dalla Teoria dell'Identità Dialogica, la quale si configura in continuità con gli elementi fondativi della linea argomentativa fin qui presentata; tale cornice fornisce l'apparato teorico-metodologico necessario per

---

<sup>108</sup> Il termine *dialogico* è un aggettivo che trova radice nel greco "dia" (fra, attraverso; per mezzo della parola/del discorso/del parlare) e "logos" (discorso) e assume la valenza di "essere in relazione a qualcosa" (Turchi, 2016).

formalizzare il costrutto di Salute, in quanto configurazione non ancorata al percepito e generata attraverso l'impiego del linguaggio ordinario.

Pertanto, la Salute viene definita come un *processo dialogico* generato dall'interazione di dimensioni narrative, le quali concorrono alla configurazione dell'identità dialogica. Nella Teoria dell'Identità Dialogica il termine "identità" si rifà all'aspetto di specificità che contraddistingue ogni impiego dell'unità simbolica, il quale risulta specifico, unico e identico solo a sé stesso nel momento in cui si manifesta in una produzione discorsiva; in questa prospettiva tale termine non è statico, bensì un prodotto. Associando "dialogica" a "identità" ne deriva che il valore d'uso dell'unità simbolica risiede e si costruisce all'interno di un processo (dialogico) ed è pertanto passibile di mutamento ogni qual volta si impiega il linguaggio ordinario in una certa proposizione: il valore *particolare* che assume è la costruzione di senso (Turchi & Orrù, 2014). Tale teoria descrive come prende forma l'ostensione (valore d'uso) delle unità simboliche nell'impiego del linguaggio ordinario che genera il valore delle unità simboliche stesse. Entrando nel merito, il valore che assume in un dato momento discorsivo scaturisce dall'intersezione, contemporanea ed in egual misura, delle ostensioni conferite da tre dimensioni discorsive: la polarità *Personalis*<sup>109</sup>, che riguarda tutte le produzioni discorsive che fanno riferimento alla 1<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> persona singolare e plurale (io, egli, noi, voi, essi); la polarità *Alter*<sup>110</sup>, a cui afferiscono le produzioni discorsive referenti alla 2<sup>a</sup> persona singolare e plurale (tu, voi); la polarità *Matrice Collettiva*<sup>111</sup>, in cui risiedono tutte le produzioni discorsive possibili in un dato momento discorsivo e da cui le altre due polarità attingono le loro produzioni discorsive. A queste tre dimensioni (o vertici), si aggiungono la dimensione del tempo discorsivo *kairos*, che definisce l'unicità e l'occasionalità dell'emergere discorsivo, e la dimensione della *coerenza narrativa*, definita come "proprietà organizzatrice degli elementi che costituiscono le produzioni discorsive, atta a mantenere costante (temporaneamente) la congruenza e l'integrità delle stesse" (Turchi & Orrù, 2014). Ogni polarità risponde a questa caratteristica, la quale fa sì che nel momento in cui la polarità interagisce con le altre, generi una configurazione di realtà che, a sua volta, avrà una propria coerenza

---

<sup>109</sup> In altri termini, la polarità *Personalis* fa riferimento a quelle produzioni discorsive che offrono un resoconto di/su qualcosa.

<sup>110</sup> La polarità *Alter*, invece, si riferisce a quelle produzioni discorsive che generano/occupano lo spazio discorsivo costruendo un senso della realtà che offre una narrazione verso qualcosa.

<sup>111</sup> Parafrasando, si tratta di una sorta di serbatoio contenente tutte le ostensioni (produzioni discorsive) possibili entro un certo momento storico e culturale, ovvero in un dato momento discorsivo.

narrativa; questo accade perché ogni polarità si caratterizza per un uso specifico del linguaggio e per una propria coerenza narrativa, che mantiene congruente ed integra le produzioni discorsive della propria polarità. L'Identità Dialogica si genera mediante l'intersezione di tre polarità discorsive equidistanti da loro, tre modi con cui l'ostensione del linguaggio ordinario prende forma e genera lo spazio discorsivo nell'interazione: in questa teoria i parlanti scompaiono, in quanto le polarità non fanno riferimento a chi parla in termini di involucro fisico, ma fanno riferimento ai modi con cui l'ostensione si manifesta nello spazio discorsivo (ovvero i modi in cui le unità simboliche del linguaggio ordinario si aggregano tra loro).

Le modifiche del valore d'uso delle unità simboliche si realizzano in un incessante movimento diacronico, dato dal susseguirsi di produzioni discorsive che fanno scandire il tempo Kairos ogniqualvolta si compie un passaggio da Personalis ad Alter e viceversa.

Quando le 3 polarità discorsive tendono a convergere o "sovrapporsi" si verifica la tipizzazione dell'identità dialogica, in quanto le diverse polarità impiegano le medesime modalità discorsive, esaurendo il valore d'uso dell'unità simbolica "Salute" e *contraendo* il fluire dialogico. Questo particolare assetto discorsivo porta alla riduzione della Salute a sanità, dove la configurazione discorsiva si cristallizza definendo l'individuo attraverso un'etichetta diagnostica o un'astrazione categoriale. In questo modo la polarità Alter può limitare la dimensione dialogica della Salute facendola coincidere con la sanità, ad esempio confermando un sintomo e trasformandolo in un segno o in una sindrome diagnostica.

Come anticipato nel paragrafo 2.3.1., il processo di tipizzazione focalizza quel momento del fluire discorsivo in cui la possibilità di scenari interattivo/discorsivi di Salute alternativi a quanto sancito in termini sanitari, si dirada e quindi, si pone un elemento come certo facendolo divenire il perno attorno a cui ruota la coerenza narrativa dell'Identità Dialogica "Salute", spiegata da aspetti di tipo sanitario, riducendo la Salute alla sanità. La Matrice Collettiva mette a disposizione l'applicazione delle categorie conoscitive del M.O.M. e di conseguenza Personalis ed Alter, in virtù della coerenza narrativa che caratterizza l'Identità Dialogica che si genera, procedono nell'interazione di prevedere discorsivamente che, se al disturbo non viene posto rimedio, esso continuerà a ripresentarsi, configurando una coerenza narrativa cristallizzata attorno alla causalità

senza lasciare aperto il campo delle possibilità (per esempio che il disturbo non si presenterà più).

Osservare un processo di tipizzazione come ricaduta pragmatica sulla Comunità evidenzia l'utilità di un intervento volto a modificare la configurazione discorsiva di senso, distanziando la polarità Alter da Personalis per ripristinare la dialogicità della configurazione, in un'ottica che non sia soltanto sanitaria. Infatti, nella prospettiva dialogica, la sanità è una delle possibilità interattive che concorrono alla configurazione più ampia della Salute, la quale è descritta specificatamente come un processo dialogico che pone le persone nella condizione di poter anticipare quelle che sono le implicazioni delle proprie condotte sul piano sia organico che interattivo, attraverso lo sviluppo di competenze (Turchi & Vendramini, 2016).

Con la teoria dell'Identità Dialogica diviene possibile descrivere il processo di costruzione della configurazione discorsiva di Salute generata nelle produzioni discorsive di un certo ambito di intervento; laddove venga rilevato un processo di tipizzazione, si pone l'utilità di intraprendere un intervento di promozione della Salute, volto a modificare il valore dell'Identità Dialogica. In questo caso, l'obiettivo sarà quello di modificare la configurazione discorsiva di senso verso scenari di Salute rispetto a quelli centrati nella retorica della malattia, riferiti prettamente alla sanità.

### **3.1.2 Il Modello Operativo Dialogico**

Come è stato argomentato nel presente elaborato, nell'attuale presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva si opera attraverso l'uso del Modello Operativo Medico riferito alla "piattaforma psichica": tale modello in ambito *psichico* permette di effettuare una diagnosi esclusivamente ad eziologia incerta, che non ha l'obiettivo di guarire, bensì di curare e si basa sul criterio sintomatologico ricorrendo all'uso di tassonomie. Adottando questo approccio, si incorre in un'infrazione epistemologica poiché vengono applicati i presupposti del realismo monista (su cui si colloca il M.O.M.) per intervenire sulla "psiche" (un costrutto ipotetico), trattandola al pari di causa tangibile: in questo modo è stata ridotta la dimensione dialogica della Salute, facendola sussumere alla sanità. Nel momento in cui si è legittimato l'uso del modello medico, tutte le urgenze della Comunità che non riguardano la "piattaforma organica" sono state trattate in termini prettamente

sanitari facendo sì che i membri della specie si cristallizzassero discorsivamente attraverso un'etichetta diagnostica (come “malato” o “depresso”).

Pertanto, si intende asserire che nella presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva vi sia la necessità di adottare un modello operativo che sia supportato da un apparato teorico-metodologico rigoroso, che rispetti i criteri di demarcazione del proprio statuto epistemologico, quello del realismo concettuale senza aderenza al percolato: l'adeguatezza epistemologica e il rigore dell'argomentazione (Turchi, 2009). Trattandosi di una scienza -logos senza aderenza al percolato, è fondamentale definire esplicitamente il valore d'uso dei termini impiegati all'interno della teoria di riferimento in modo da demarcare l'asserto scientifico dall'affermazione di senso comune. Nel presente elaborato, come anticipato, viene adottato il riferimento conoscitivo della Scienza Dialogica, all'interno della quale è stato formalizzato l'uso del linguaggio ordinario in specifiche astrazioni categoriali chiamate Repertori Discorsivi<sup>112</sup> (RD), coerentemente allo statuto epistemologico del realismo concettuale. Attraverso la formalizzazione delle regole d'uso del linguaggio ordinario, si ha a disposizione un linguaggio formale, di cui i RD sono l'unità teorica misurabile (Turchi & Orrù, 2014). Nell'alveo delle scienze -logos senza aderenza al percolato che si collocano nel realismo ipotetico si ha a disposizione il calcolo, in quanto il valore del costrutto è conferito dalla statistica, ma non della misura: collocandosi nel realismo concettuale, la Scienza Dialogica si è dotata di un linguaggio formale e di una teoria della misura che conferiscono rigore interno e consentono di descrivere e *misurare* il processo dialogico.

Tali sono i presupposti che legittimano l'uso del Modello Operativo Dialogico (M.O.D.) nell'ambito della Salute, in quanto si opera rispettando lo statuto epistemologico dell'apparato teorico-metodologico di riferimento: rispettare i criteri di demarcazione influenza direttamente le strategie operative adottate nelle politiche pubbliche.

Come si evince dalle normative descritte precedentemente, la politica fonda il suo operato sul paradigma scientifico dominante del periodo storico a cui si riferisce; nonostante politiche pubbliche e senso scientifico interagiscano tra loro, non è detto che ciò che viene prodotto rispetti lo statuto epistemologico della disciplina scientifica di riferimento. Al giorno d'oggi, la psicologia deve appoggiarsi alla riflessione epistemologica per le

---

<sup>112</sup> Per “repertorio discorsivo” si intende una modalità finita di costruzione della realtà, linguisticamente intesa, con valenza pragmatica, che raggruppa anche più enunciati, articolata in frasi concatenate e diffusa con valenza di asserzione di verità, volta a generare (configurare) o mantenere una coerenza narrativa.

criticità descritte nel secondo capitolo del presente elaborato che minano la sua legittimità, il suo rigore e la sua autonomia operativa (Turchi, 2009) e le cui conseguenze si ripercuotono sulla Comunità. Adottare il M.O.D. per operare consentirebbe di gestire l'incertezza data dalla presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, offrendo un modello d'intervento che si distacchi dal Modello Operativo Medico e che abbia come assunto teorico l'uso del linguaggio ordinario, in quanto costruttore di realtà di senso. Assumere come oggetto di studio e intervento il linguaggio ordinario e le regole d'uso dello stesso permetterebbe di operare trasversalmente, rispetto ad ambiti, usi e costumi, provenienze geografiche diversi (Turchi & Vendramini, 2016), ma anche di comunicare tra professionisti differenti e, di conseguenza, ridurre l'impatto della frammentazione che caratterizza la Psicologia oggi.

Il Modello Operativo Dialogico, coerentemente alla Scienza Dialogica, assume come principio conoscitivo l'incertezza e la mutabilità della realtà di senso, la quale viene costruita discorsivamente. Dal momento che l'interazione umana è caratterizzata dall'incertezza non è possibile applicare il principio deterministico di causa-effetto; infatti, il M.O.D. collocandosi sul piano gnoseologico (del "come si conosce"), non si concentra sull'individuazione del *perché* accade un determinato fenomeno, bensì su osservazione e descrizione del *come* si configura la realtà attraverso le produzioni discorsive tra i membri della specie.

Pertanto, l'intervento riguarda le modalità discorsive che sono impiegate per configurare la realtà "sindrome depressiva" piuttosto che come Salute. In questo modo, il criterio conoscitivo del modello non può più riferirsi all'eziopatogenesi, in quanto non risulta coerente con l'oggetto di indagine e, conseguentemente, l'obiettivo del modello operativo, non è di guarigione (né di cura), bensì di cambiamento della configurazione discorsiva.

È concezione comune, nell'ambito della gestione di un intervento, che un modello operativo si componga di prassi (un insieme di operazioni, di azioni concrete), le quali, per essere applicate nell'alveo del senso scientifico, necessitano di essere supportate da un apparato teorico-metodologico adeguato e pertinente. Nel Modello Operativo Dialogico tale requisito è soddisfatto, come descritto sopra, pertanto, si intende contestualizzare le prassi che lo costituiscono. La prima prassi è quella della *sinesi*,

ovvero la raccolta del logos, in base alla quale si rileva la configurazione su cui è necessario intervenire; in questo modo si entra nel merito degli elementi che caratterizzano la richiesta (o l'urgenza). A seguire vi è la prassi della *scepsi*, ossia l'osservazione della configurazione discorsiva, la quale implica la denominazione di quali siano le modalità discorsive che la caratterizzano (i Repertori Discorsivi), nonché gli elementi di contenuto che la connotano<sup>113</sup>. Dunque, nella fase della *scepsi*, l'operatore dialogico analizza il testo ed attraverso i passaggi metodologici<sup>114</sup> ne evidenzia i repertori discorsivi, ponendosi ad un livello di processo e non soltanto di contenuto.

Tale prassi viene posta come alternativa alla “diagnosi” del Modello Operativo Medico in virtù di fondamentali differenze epistemologiche e obiettivi operativi. Come asserito nel presente elaborato, infatti, in ambito *psichico* l'oggetto d'indagine (“psiche” o “mente”) è un costrutto teorico generato dall'uso del linguaggio, per cui, non essendoci una causa accertabile, si ricorre alla diagnosi ad eziologia incerta, basata sulla *descrizione* dei sintomi (dati percettivi). Dunque, il criterio eziopatogenico del M.O.M. e l'obiettivo di guarigione sono incoerenti con lo statuto epistemologico del costrutto teorico considerato (“psiche” o “mente”). La *scepsi*, al contrario della diagnosi *psichica*, risulta coerente epistemologicamente, in quanto l'osservazione della configurazione discorsiva raccolta durante la *sinesi* è *descrittiva*, linearmente agli assunti conoscitivi della Scienza Dialogica, per cui l'obiettivo non sta nella ricerca della causa del “disturbo”, ma nell'osservazione e analisi delle modalità discorsive impiegate nelle interazioni, facendo una “fotografia” della configurazione di realtà, in quanto costantemente mutevole.

A fronte di quest'ultimo passaggio, non disponendo di un ente empirico-fattuale, e non potendo pertanto fare delle previsioni (gli effetti della causa, ovvero la prognosi), la prassi operativa che si ha a disposizione è quella dell'*anticipazione* di scenari futuri che possono, o meno, realizzarsi a partire dalla configurazione discorsiva osservata. Dunque, l'operatore (detto dialogico) si trova di fronte a un processo discorsivo che può prendere numerose “strade” e, a partire dalle modalità discorsive utilizzate dall'utente, può anticipare quello che una specifica coerenza narrativa genera in termini di configurazioni di realtà di Salute. L'uso delle competenze di anticipazione, permettono all'operatore di

---

<sup>113</sup> Per un approfondimento sull'analisi dei Repertori discorsivi (RD): Turchi, G., & Orrù, L. (2014). *Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati testuali: Fondamenti di teoria della misura per la scienza dialogica*. Edises.

<sup>114</sup> Turchi, G. (2009). *Dati senza numeri: Per una metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali: M.A.D.I.T.* Monduzzi.

procedere verso la fase della *dieghesigenia* vale a dire l'innescò, la generazione di una configurazione discorsiva "altra" da quella disponibile al momento dell'intervento, in virtù dell'impiego di determinate strategie da parte dell'operatore. Quest'ultimo ricorre all'impiego di artifici retorico-argomentativi, stratagemmi, volti al cambiamento della configurazione discorsiva che l'utente dichiara di essere l'unica possibile non anticipando il cambiamento; a questo punto, l'operatore sarà in grado "di anticipare se lo stratagemma utilizzato aggiungerà alla configurazione di realtà presente, elementi in grado di porsi in maniera discrasica<sup>115</sup> rispetto alla coerenza in atto, o se andrà al contrario nella direzione di rafforzarla" (Turchi & Romanelli, 2012).

Coerentemente con l'assunto teorico sul quale si poggia il modello operativo, risulta possibile effettuare la *valutazione dell'efficacia* dell'intervento confrontando la configurazione discorsiva generata dall'utente all'inizio e alla fine dell'intervento. Dunque, l'operatore costruisce un protocollo in vista dell'obiettivo di cambiamento che, attraverso l'impiego della medesima domanda all'inizio e alla fine dell'intervento, consente di rilevare le differenze e attestare l'intervento stesso in termini di efficacia. L'utilizzo della/e domanda/e del protocollo risulta rilevante non solo per l'attestazione dell'efficacia alla fine del processo, ma risulta possibile utilizzarle anche durante le varie fasi dell'intervento, in modo che l'operatore possa avere a disposizione indicazioni in merito alle modalità discorsive che l'utente adopera, permettendogli eventualmente di modificare le strategie al fine di tendere in modo efficiente verso l'obiettivo.<sup>116</sup>La prassi "valutazione dell'efficacia" presente nell'uso del M.O.M. in ambito medico e attuata attraverso il test clinico randomizzato a doppio cieco, non è contemplata nel suo uso in ambito *psichico*, in quanto non esiste un protocollo di valutazione dell'efficacia dell'intervento psichiatrico. Si intende riportare che nella normativa regionale, la Giunta riporta *l'assenza di un set di indicatori clinici condivisi adatti alla patologia depressiva in grado di garantire una valutazione/misurazione degli output*<sup>117</sup> come una criticità.

---

<sup>115</sup> Per "discrasia" si intende la creazione di legami retorico-discorsivi che vengono utilizzati per "rompere" la coerenza narrativa della configurazione di realtà in atto; e dunque per generare una configurazione "altra" che la coerenza narrativa attuale non "anticipa". Tratto da G.P. Turchi, C. Della torre, *Psicologia della Salute, Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Armando editore, Roma, 2007, pp.84.

<sup>116</sup> G. P. Turchi, M. Romanelli, Per una Psicologia clinica emanazione del senso scientifico: dall'ibridazione conoscitiva alla collocazione entro una precisa e rigorosa definizione di un modello operativo, *Rivista di Psicologia Clinica, No 2 (2012)*, pp.41.

<sup>117</sup> Allegato A al Decreto n°60 del 10 giugno 2019, Area Sanità e Sociale, Regione Veneto. pp.5.

Contestualizzando epistemologicamente tale prassi, in ambito medico risulta fondata, in quanto la si può attestare andando a misurare lo scarto tra l'obiettivo di guarigione e il risultato raggiunto (la guarigione effettiva), nel momento in cui è stata ripristinata la condizione dell'unità anatomo-funzionale prima delle modificazioni subite per l'intervento della causa (della malattia). Non disponendo, in ambito psichiatrico, di una *piattaforma* che aderisca al percolato (come l'organismo), viceversa non ci sono le condizioni per rilevare (e misurare) l'efficacia dell'intervento in modo epistemologicamente fondato.

Un ultimo aspetto da porre in luce è che il modello operativo mette a disposizione la possibilità di realizzare la promozione di determinate configurazioni discorsive più generative di uno scenario di Salute piuttosto che orientate a consolidare una teoria o una condizione detta di malattia. Per esempio, nel caso in cui un utente sancisca di essere "depresso" e sostenga che la sua personalità dipenda da questa caratteristica, allora la strategia d'intervento consisterebbe nel rompere la coerenza della sua configurazione per generare configurazioni "altre", oltre a quella del "depresso", in quanto l'obiettivo è di interferire nella costruzione di realtà dell'utente, in quanto cristallizzata in un'unica possibilità, ovvero quella di essere e comportarsi da "depresso". Attraverso la prassi di *promozione della Salute*, è possibile configurare realtà più generative di Salute interferendo nelle teorie di senso comune sulla "malattia" degli utenti per aprire il campo delle possibilità nel narrare la propria realtà di Salute. Dunque, come descritto nel capitolo 2, la prevenzione in ambito *psichico* risulta scientificamente illegittima, in quanto si basa interamente sull'esistenza di una causa, pertanto, se non c'è causa, non può esserci prevenzione. La promozione della Salute, viceversa, sgombera il campo definitivamente dai riferimenti alla nozione di causa, concentrandosi sull'anticipazione di scenari discorsivi futuri che consentono di gestire le implicazioni delle proprie condotte, sul piano organico e su quello interattivo.

## 3.2 Proposte di applicazione

### 3.2.1 La Coesione Sociale come esigenza della Comunità

Nel capitolo 2 si presentava la *Communitas* come la massa costantemente mutevole delle interazioni che i membri della specie umana innescano, abitando e vivendo in una certa dimensione (geografica e/o virtuale); parafrasando, non si tratta di un insieme di individui, ma si configura come un assetto interattivo, al quale viene conferito valore nell'impiego del linguaggio ordinario. Come anticipato, la *Communitas* rappresenta la dimensione del "Noi" e riflette la caratteristica specie-specifica dei membri della specie umana, ovvero l'interazione; ciò che la contraddistingue dalla *Societas* è che il suo scopo è la ricerca incessante di un obiettivo comune e condiviso che mira alla sopravvivenza e alla conservazione della specie (Turchi & Vendramini, 2021). Dall'interazione continua tra membri della Comunità si genera un assetto che tende verso una determinata direzione, all'interno di un continuum dove da una parte vi è la frammentazione sociale e dall'altra vi è la Coesione Sociale. La frammentazione sociale, come descritto nel capitolo 2, si innesca quando le parti in interazione definiscono posizioni proprie ed esclusive che non contemplano la possibilità di includere (nella totalità) la costruzione della realtà che viene portata dall'altro, né contemplano la possibilità di individuare (singoli) elementi in comune. La Coesione Sociale, invece, è il verso a cui tende la *Communitas* per il suo naturale e continuo tentativo di stare insieme e interagire; la Coesione, infatti, viene definita come l'insieme delle modalità interattive che concorrono alla gestione condivisa tra i membri della Comunità degli aspetti critici che vengono anticipati in virtù di obiettivi comuni (Turchi & Vendramini, 2021).

Quanto è stato tracciato risulta fondativo per approfondire qual è il rapporto tra Coesione Sociale e Salute e cosa implica per l'operatore dialogico che opera attraverso il Modello Operativo Dialogico, in modo da adempiere l'esigenza di Coesione della *Communitas*.

Perseguire la direzione della Coesione della Comunità consente di promuovere costantemente la Salute di tutti i membri: in un assetto di Coesione, la Comunità mette a disposizione una massa interattiva più ampia e facilita la generazione di configurazioni *condivise* di Salute, modificando il valore dell'identità dialogica affinché ciò che dice l'Io narrante non possa essere esaurito completamente entro quello che pone l'Esperto.

Una Comunità in Salute è una comunità in cui i membri interagiscono in un'ottica di Coesione, anticipando le ricadute delle proprie condotte interattive (il senso comune direbbe “anticipando le ricadute delle proprie scelte”). Se da un lato promuovendo Coesione si promuove Salute, dall'altro la promozione della Salute porta benefici alla Comunità in termini di Coesione, in quanto l'atto di anticipare le implicazioni delle proprie condotte include anche le ricadute a livello comunitario, *interferendo* con lo sviluppo di possibili criticità o la delega della loro gestione.

A fronte delle criticità riscontrate nell'attuale configurazione dei rapporti tra *Societas* e *Communitas*, si intende approfondire come un operatore dialogico interviene adottando i riferimenti conoscitivi della Scienza Dialogica. L'obiettivo dell'intervento non è guarire o ripristinare uno stato di “normalità”, bensì si tratta di operare sulla configurazione discorsiva per ripristinare il fluire dialogico, promuovendo il cambiamento della configurazione di senso della realtà di Salute (Turchi & Vendramini, 2021). In questo contesto, l'operatore dialogico assume il ruolo di *Architetto di Comunità*, un ruolo che implica una visione globale per definire gli assetti interattivi che possono promuovere e mantenere la Coesione Sociale.

La Coesione Sociale viene promossa in quanto rappresenta l'esigenza della Comunità umana per la propria sopravvivenza e conservazione: rispondere all'esigenza di Coesione implica agire sul processo conoscitivo che genera le richieste o i problemi, superando l'orientamento alla risoluzione del singolo bisogno contingente.

Pertanto, come anticipato, l'operatore dialogico lavora sulle *esigenze* che generano i diversi bisogni e richieste, poiché, nonostante i termini vengano utilizzati indiscriminatamente, la soddisfazione del mero bisogno non elimina l'esigenza da cui si è originato, in quanto tra esigenza e bisogno c'è un rapporto generativo: è l'esigenza che genera il bisogno (Turchi & Orrù, 2014). Il passaggio dalla richiesta (o bisogno) all'esigenza consente l'innescio continuativo di azioni per il suo perseguimento e, quindi, l'assunzione di responsabilità da parte del cittadino stesso. Lavorare sull'esigenza, infatti, consente di definire un obiettivo di lavoro condiviso e un orizzonte comune verso cui orientarsi; coerentemente ai presupposti del paradigma narrativistico, l'obiettivo (e quindi il processo) è certo, ma il risultato resta sempre incerto, in quanto soggetto all'incertezza.

Unitamente a quanto appena tracciato, la Scienza Dialogica offre gli strumenti per governare questa incertezza, spostando il focus dalla ricerca delle cause (tipica del paradigma meccanicistico e del M.O.M.) alla descrizione del processo.

Utilizzando il *logos* come strumento, l'operatore dialogico risponde all'esigenza di Coesione Sociale generando configurazioni discorsive "altre" rispetto a quelle disponibili all'inizio dell'intervento, con l'obiettivo di passare da un assetto di frammentazione sociale come dell'attuale configurazione, a un assetto di Coesione Sociale della Comunità. Per esempio, nel contesto della presa in carico territoriale, la quale si può presentare come un'urgenza, la visione dell'operatore dialogico è di considerare l'occasione della presa in carico come una questione di Salute per trasformarla in opportunità di gestione dell'emergenza come valore di Coesione. L'operazione, in sintesi, si concentra sulle interazioni discorsive e, in quanto architetto e ingegnere di realtà discorsive, intercetta il punto del fluire dialogico in cui esso "si condensa e dà senso di realtà" (ad esempio, la richiesta) per trasformare la configurazione discorsiva e creare opportunità di cambiamento.

### **3.2.2 La cittadinanza come responsabilità condivisa**

Come è stato anticipato, l'intervento da parte di un operatore dialogico riguarda la promozione di produzioni discorsive affinché generino un cambiamento a livello di sistema-paese (la Comunità), collocandosi dove si costruisce "Salute", ovvero nella e con la Comunità. Dal momento che la Coesione Sociale è vista come l'obiettivo verso cui l'operatore orienta l'intervento, egli opera per promuovere un assetto in cui i membri della Comunità contribuiscano per obiettivi comuni e condivisi; pertanto, adempiere l'esigenza di Coesione Sociale comporta che le persone diventino veri e propri "cittadini", per cui risulta fondativo contestualizzare come viene comunemente intesa la "cittadinanza" e come la si intende concepire coerentemente ai presupposti della Scienza Dialogica. All'interno di un'ottica tradizionale, "essere cittadini" si configura come uno *status* della persona, connesso all'appartenenza per nascita a un dato territorio; nell'ambito delle strutture gestite dalla Societas, si parla di cittadinanze, che garantiscono la sopravvivenza e la sicurezza dei membri attraverso l'osservanza della norma formale: non essere riconosciuti come "cittadini" non consente l'accesso ai diritti che caratterizzano l'abitare un certo terreno (Turchi & Vendramini, 2021).

Secondo la prospettiva della Scienza Dialogica, “essere cittadini” non è una questione di *status* giuridico-amministrativo: chiunque può definirsi cittadino in quanto membro di una Comunità di cui si assume la responsabilità sociale in un processo di condivisione con gli altri membri. In questo modo il cittadino diviene l’artefice attivo del proprio stato, il cui ruolo può implicare il coinvolgimento attivo nelle decisioni politiche, la responsabilità del singolo di fronte alle scelte che possono contribuire o meno al benessere del territorio. La configurazione dialogica di cittadinanza si fonda sul superamento dell’approccio focalizzato sulla tutela di interessi propri ed esclusivi (StakeHolder), favorendo una configurazione in cui il processo di “divenire cittadini” avviene attraverso la partecipazione attiva alla vita della Comunità (CommunityHolder)<sup>118</sup>.

Parafrasando, tale prospettiva considera la cittadinanza, non come un fatto statico basato sul diritto (Societas), ma come un processo attivo e dinamico (Communitas) che richiede a ogni membro di assumere la responsabilità condivisa della gestione delle interazioni e delle risorse (Turchi & Vendramini, 2021). Come la promozione della Coesione Sociale è un’esigenza della Comunità, anche la promozione della responsabilità condivisa lo è, in quanto il contesto attuale è caratterizzato da cambiamenti rapidi, imprevisti e impattanti di tipo sanitario, economico, ambientale, ..., i quali generano incertezza e ricadute critiche sulla Communitas.

In questo contesto incerto, la responsabilità sociale condivisa risulta una strategia della Comunità per governare l’incertezza, orientando le interazioni verso un obiettivo definito e condiviso. Divenendo “cittadini responsabili” (per come è inteso nella prospettiva dialogica) è possibile agire in termini di anticipazione rispetto alle ricadute future delle proprie condotte e alla gestione efficace delle interazioni.

Il modello tradizionale usato nella presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva, nel corso del tempo, ha concorso alla generazione di una *Comunità della richiesta*, in cui gli interventi spesso configurano i cittadini in categorie passive, innescando un processo di delega per cui i cittadini delegano la soluzione dei problemi alle istituzioni e si “chiamano fuori” da ciò che accade, pur essendone co-artefici. Per quanto il diritto come fondamento della Societas sia uno strumento necessario, non è sufficiente per garantire la

---

<sup>118</sup> Turchi, G. P., Vendramini, A., & Romanelli, M. (s.d.). *Il ruolo dell’operatore dialogico al servizio della progettazione e implementazione di politiche pubbliche* [Manoscritto non pubblicato].

Coesione: infatti, la *Societas* agisce principalmente *post hoc*<sup>119</sup> e si concentra sulla gestione momentanea dell'urgenza e sul ripristino dell'ordine pubblico, eliminando il pericolo e garantendo la sicurezza dei cittadini. In questo modo, la *Societas* non riesce ad assolvere completamente all'esigenza della *Communitas*, in quanto, agendo *post hoc*, non offre strumenti per governare i processi che generano incertezza prima che la norma entri in vigore. Insistere solo sulla formalizzazione della norma può mantenere la frammentazione e la delega, specialmente laddove il diritto non arriva, come nei casi in cui non c'è ancora un accordo o una chiara normativa (ad esempio, la gestione dei flussi migratori)<sup>120</sup>. Avendo distinto chiaramente la *Societas* dalla *Communitas*, si può dire che la responsabilità sociale condivisa si colloca precisamente nell'intercapedine tra le due, nello spazio che è "oltre il Diritto" (*ultra ius, ibi Communitas*), rendendo la *Societas* più sostenibile e la *Communitas* più coesa. Attraverso la promozione della responsabilità condivisa, si lavora sulle modalità interattive (o discorsive) dei membri della Comunità, dotandoli di competenze di gestione efficaci, in grado (anche) di sostenere la *Societas*, promuovendo un ruolo attivo e propositivo del cittadino.

Nel contesto delle Politiche Pubbliche, l'operatore dialogico promuove la cittadinanza come responsabilità condivisa, ovvero quell'assetto in cui ogni individuo contribuisce allo sviluppo della Comunità in termini di Coesione, e quindi in termini di Salute, attraverso un intervento che si concentra, come anticipato, sulle esigenze piuttosto che sulle richieste. Si prosegue attraverso un esempio esplicativo per contestualizzare come si diversificano i termini *esigenza* e *richiesta*. Il Progetto "InOltre" è un servizio che si è sviluppato a partire dal 2012, inizialmente denominato "InOltre, la Salute dell'imprenditore", che è stato commissionato dalla Regione Veneto, a fronte dell'impatto mediatico dei "suicidi degli imprenditori" rilevato all'inizio di quell'anno, con l'intento iniziale di istituire un "numero verde anti-suicidi regionale".<sup>121</sup> Il progetto nasceva in risposta alla crisi economico-finanziaria e si è posto l'obiettivo di promuovere la Salute dell'imprenditore e, più ampiamente, la Salute del territorio mediante la condivisione

---

<sup>119</sup> Dopo che l'infrazione è avvenuta.

<sup>120</sup> Turchi, G.P., Romanelli, M. (2014). *Flussi migratori, Comunità e Coesione*. FrancoAngeli: Milano.

<sup>121</sup> Cigolini, D., & Turchi, G. P. (2017). *La risposta all'emergenza come occasione di promozione della Salute e coesione della Comunità: Il contributo del servizio inOltre*. CLEUP.

della responsabilità di Coesione tra cittadini, servizi ed enti pubblici. La *richiesta*<sup>122</sup> consisteva nell'istituzione di un numero verde anti-suicidi regionale che, secondo la retorica causalistica del senso comune, doveva “prevenire” l'atto suicidario del chiamante.

Pertanto, attraverso lo scarto di paradigma teorico e metodologico, basato sui presupposti della Scienza Dialogica, tale richiesta si è trasformata nell'*esigenza*<sup>123</sup> di promuovere e perseguire la Coesione Sociale della Comunità veneta attraverso determinati passaggi significativi (Turchi & Cigolini, 2017):

- *dalla prevenzione individuale alla gestione dell'interazione comunitaria*: se l'obiettivo fosse rimasto la mera prevenzione del suicidio, il progetto avrebbe navigato in un contesto di fattori di rischio e protettivi, la cui efficacia è incerta e infondata epistemologicamente. Dato che la crisi biografica del singolo (e l'evento suicidario) ha ricadute pragmatiche sull'intero tessuto comunitario, attraverso la prospettiva dialogica è stato possibile narrare l'intervento sul singolo imprenditore come una preziosa occasione per promuovere la Salute e le competenze, non solo dei singoli imprenditori, ma di tutti i cittadini;
- *dalla richiesta all'esigenza*: la richiesta rappresenta un contenuto specifico, mentre l'esigenza è ciò che effettivamente serve alla Comunità per la sua Coesione anche se non necessariamente è riassunto nella richiesta specifica. Lavorare sull'esigenza implica non limitarsi al soddisfacimento di una richiesta (che potrebbe generare altre richieste) per operare in modo trasversale;
- *da un obiettivo specifico e contestuale a un obiettivo sovraordinato e condiviso*: l'obiettivo generale del servizio, ovvero promuovere la Salute dei cittadini nella condivisione della responsabilità di Coesione Sociale, è stato volutamente definito come “mai raggiungibile” in modo da garantire lo sviluppo continuo delle attività e della flessibilità nell'adattarsi alle evoluzioni dell'economia e della Comunità;
- *dall'urgenza all'emergenza*: la modalità urgenziale (derivata dalla chiamata immediata per la crisi) si concentra sulla risposta pronta e rapida al problema

---

<sup>122</sup> Domanda che contempla già di per sé una specifica risposta, stabilendo già ciò che serve fare/dire. [www.scienzadialogica.com](http://www.scienzadialogica.com).

<sup>123</sup> Insieme dei criteri che il cittadino (o l'impresa, l'aggregazione di cittadini, l'associazione...) usa per dichiarare ciò che serve e ciò che manca in un particolare ambito del proprio territorio. [www.scienzadialogica.com](http://www.scienzadialogica.com).

contingente; al contrario, la modalità emergenziale<sup>124</sup> (adottata da inOltre) ha spostato il focus sull'assetto interattivo della Comunità, promuovendo il ruolo dei cittadini in quanto CommunityHolder in modo da condividere la responsabilità nella anticipazione e nella gestione degli aspetti critici presenti e futuri (come l'atto suicidario di un membro della Comunità).

Quanto descritto rispetto al Progetto InOltre pone in evidenza i principali elementi di cambiamento che derivano dall'operare lo scarto conoscitivo dal paradigma meccanicistico al paradigma narrativistico nei servizi per la Comunità. Nel contesto del Comune di Padova la modalità d'intervento si colloca nell'alveo del paradigma meccanicistico, in cui alla "salute fisica" si affianca la "Salute mentale"; l'uso di "Salute mentale" al pari di quella fisica implica applicare i presupposti del realismo monista ad un oggetto d'indagine ipotetico come la "mente" o "piattaforma psichica". Per operare tale scarto paradigmatico è necessario che l'obiettivo di cura diventi la promozione della Salute e della Coesione Sociale della Comunità di Padova.

Sebbene nei documenti ufficiali non sia esplicitato l'uso del Modello Operativo Medico in ambito psichiatrico, lo si può dedurre in primis dalla cornice storico-culturale descritta nel capitolo 1, ma anche dalla terminologia utilizzata riferendosi alla sindrome depressiva attraverso "disturbo depressivo" o "depressione" oppure esprimendo la necessità di praticare la diagnosi precoce e fare prevenzione. Le criticità dovute all'uso del modello medico in ambito *psichico*, come argomentato nel capitolo 2, hanno generato ricadute pragmatiche sulla Comunità e sui suoi rapporti con la Società, come un processo di tipizzazione dell'identità di soggetti con diagnosi attorno al polo della malattia diagnostica ("persona depressa"), la progressiva delega alla gestione della configurazione di "sindrome depressiva" dei membri della *Communitas* alla *Societas* e i suoi snodi formali e una frammentazione sociale, come già illustrato in precedenza nell'elaborato. Tali scenari sono osservabili nei discorsi della Comunità attraverso i social media: si narra del "dolore psichico" in riferimento all'esperienza individuale della sindrome depressiva che diventa poi un atto di comunicazione pubblica, dove il valore del racconto

---

<sup>124</sup> Configurazione discorsiva che si genera a partire da un evento (naturale, di Comunità o biografico), connesso a un cambiamento, nel quale si può modificare in gradi diversi, che variano in un continuum che oscilla da influente a completamente ininfluente, l'assetto interattivo-dialogico della Comunità coinvolta, tanto da minarne la Salute e la Coesione Sociale, così come la loro prospettiva di mantenimento/sviluppo. [www.scienzadialogica.com](http://www.scienzadialogica.com).

è ancorato alla visibilità o all'autenticità percepita dalla comunità dei parlanti: la retorica dell'"io ferito" vince sulla "dimensione collettiva del dolore" e sull'assunzione di responsabilità rispetto alla gestione delle ricadute sulla Comunità (precarietà, isolamento, pressioni sociali) Bauman nel libro "Consumo, dunque sono" (2007). Nel caso del suicidio, ad esempio, tale atto viene rappresentato come una diretta conseguenza di un "disturbo mentale", come si scrive su Ansa "la depressione è la principale causa di suicidio"<sup>125</sup>; tale narrazione, nei media, viene descritta come una vicenda singolare in cui la persona "non ha retto e ha scelto di farla finita"<sup>126</sup> e l'attenzione è posta completamente sull'individuo che si suicida, invece che su questioni sociali (come ad esempio la disoccupazione, la cultura della performance o l'assenza di reti sociali di sostegno) che possono contribuire a configurare narrazioni che si legano, retoricamente parlando, a quadri di sofferenza. Riprendendo quanto descritto da alcuni grandi autori del secolo scorso, tra cui Foucault e Bauman, la sofferenza viene narrata come un problema di natura clinica dove la gestione viene affidata a istituzioni competenti: la Comunità affida la sicurezza, l'assistenza e la cura ad apparati professionali, generando una società eticamente deresponsabilizzata.

Tali sono i presupposti che portano alla proposta del Modello Operativo Dialogico come modello d'intervento che sia epistemologicamente fondato e che ponga l'attenzione sulle modalità discorsive impiegate per configurare la realtà. La proposta per il contesto del Comune di Padova consiste nell'adottare un'Architettura dei Servizi Generativa di Salute e di Coesione (Turchi & Vendramini, 2021), implementando le prassi del M.O.D. per la gestione della presa in carico per perseguire l'esigenza della Comunità di Coesione, generando "altre" configurazioni rispetto alla narrazione tipizzata attuale, in modo da promuovere competenze affinché i membri della Comunità siano in grado di anticipare l'insorgenza ed il consolidarsi di carriere biografiche. Avere come obiettivo la promozione di Salute e Coesione implica che l'intervento si sposti dalla richiesta di "curare la depressione" alla costruzione dell'esigenza comune, in un assetto in cui gli

---

<sup>125</sup> [https://www.ansa.it/canale\\_Saluteebenessere/notizie/sanita/2024/05/13/psichiatri-in-italia-depressione-e-disagi-per-700mila-giovani\\_6348506b-8d11-4ab1-afe1-e6bd31d68cfd.html?utm](https://www.ansa.it/canale_Saluteebenessere/notizie/sanita/2024/05/13/psichiatri-in-italia-depressione-e-disagi-per-700mila-giovani_6348506b-8d11-4ab1-afe1-e6bd31d68cfd.html?utm).

<sup>126</sup> <https://www.rainews.it/archivio-rainews/articoli/Pensionato-suicida-aveva-perso-i-risparmi-per-la-misura-salva-banche-33c8d336-72b2-4db1-871a-7934f38e6c27.html?utm>.

individui contribuiscono per obiettivi comuni e condivisi, attraverso la promozione della cittadinanza come responsabilità condivisa.

La proposta di applicazione per il Comune di Padova consiste in determinati passaggi significativi:

- *dalla ricerca della causa alla Coesione della Comunità*: attualmente i servizi si concentrano sull'individuo, il quale viene preso in carico a seguito dell'individuazione della "malattia mentale" (la diagnosi di sindrome depressiva), che porta ad intervenire sulla sintomatologia esperita dall'utente. A seguito delle criticità descritte rispetto ad operare sul singolo, si intende proporre ai servizi di concentrarsi sull'assetto interattivo della Comunità di Padova, considerandola come una risorsa per la gestione della criticità;
- *dalla diagnosi alla descrizione della configurazione*: attraverso l'analisi dei Repertori Discorsivi è possibile descrivere e intervenire sulla coerenza narrativa della configurazione di realtà; tale passaggio avviene rilevando le esigenze della Comunità attraverso l'impiego della metodologia M.A.D.I.T. e in particolare sulla sua strategia di raccolta del testo, che consente di rilevare quali siano i processi discorsivi che vengono impiegati dalla cittadinanza;
- *dall'intervento che persegue la cura alla promozione della Coesione*: uscire dalla visione che si basa sulla Salute del singolo implica intervenire sulla Comunità tutta attraverso occasioni di interazione (gruppi di dialogo con MMG, personale dei CSM e cittadini), in modo tale che tutte le persone coinvolte nella presa in carico contribuiscano all'esigenza di Coesione; si utilizzano artifici retorico-argomentativi (gli stratagemmi) per generare configurazioni discorsive "altre" rispetto a quelle attuali in cui il cittadino è ancorato all'etichetta diagnostica che gli è stata attribuita. *dall'assistenza alla promozione di competenze*: l'Architettura dei Servizi Generativa di Salute e Coesione persegue l'obiettivo di promozione della Salute permettendo ai cittadini di acquisire le competenze di gestione dell'incertezza data dalla presa in carico nell'interazione dialogica, in modo da poter anticipare le implicazioni delle proprie condotte; tale modello di architettura di servizi promuove il lavoro di rete tra CSM, MMG, unità operative di Psichiatria e altre risorse territoriali (pubbliche o private) e del terzo settore;

- *dalla presa in carico fine a sé stessa alla valutazione dell'efficacia dell'intervento*: è necessario implementare la prassi di valutazione dell'efficacia in modo da misurare lo scarto tra l'obiettivo posto e il risultato raggiunto, attestando tale scarto è possibile descrivere la direzione della Comunità verso la Coesione e la responsabilità condivisa.

Il modello di Architettura dei Servizi Generativa di Coesione permette di descrivere le ricadute dell'investimento in termini di incremento delle competenze comunitarie (di cittadini e servizi) evidenziando quale impatto avrebbe sulla Comunità l'interruzione o il mantenimento dei servizi/progetti attuati (Turchi & Vendramini, 2021). Tale passaggio evidenzia come l'uso di un modello epistemologicamente fondato permette di fornire alle istituzioni (la Societas) dei criteri rigorosi per orientare le scelte di allocazione delle risorse territoriali del Comune di Padova.

Riassumendo, la proposta per il Comune di Padova consiste nell'integrare i presupposti conoscitivi della Scienza Dialogica e il Modello Operativo Dialogico nella presa in carico del Comune di Padova (nei CSM e consultori), non per curare la sindrome depressiva, ma per promuovere il cambiamento delle modalità con cui la Comunità configura tale diagnosi e le sue implicazioni, ponendo la Salute e la Coesione al centro dell'intervento.

Per attuare tale obiettivo l'intervento si articola attraverso l'interazione strategica tra specifici poli della Societas e gli snodi dialogici della Communitas: tale connessione diviene generatrice di Coesione della Comunità, in quanto è in grado di mettere in rete (strategicamente) i ruoli e i servizi già esistenti sul territorio – anziché crearne di nuovi – e di incrementare la sinergia e la condivisione di obiettivi fra istituzioni, servizi, imprese, aggregazioni informali e cittadini (Turchi & Vendramini, 2021). Ciò, tenendo in considerazione le risorse disponibili, le richieste differenti di cui i ruoli si fanno portatori e le specificità di ciascuna realtà.

Nel contesto del Comune di Padova i poli della Societas comprendono: CSM, consultori e l'amministrazione comunale; per i ruoli della Communitas si intendono i diversi snodi in cui si interagisce: gli utenti che richiedono assistenza, le associazioni del terzo settore e l'intera Comunità padovana. In questo assetto l'operatore dialogico si pone nel panorama dei servizi sociosanitari (CSM e consultori) come punto di snodo della Comunità, alimentando le interazioni tra i suoi membri e connettendo le loro storie (il

narrato), in un'ottica di Salute. L'amministrazione comunale gioca un ruolo di *regia*, promuovendo, attraverso l'Architettura dei Servizi Generativa, un assetto di squadra in cui tutti i membri della Comunità contribuiscono agli obiettivi comuni e condivisi. All'interno di questa configurazione, come nel caso descritto del Progetto InOltre, i cittadini e le associazioni del terzo settore vengono direzionati verso il ruolo di CommunityHolder, partecipando attivamente alla vita della Comunità e contribuendo in termini di Coesione e Salute.

In sintesi, la proposta per Padova utilizza l'Architettura dei Servizi Generativa e il M.O.D. come strumenti per mettere in interazione i servizi formali (*Societas*, come CSM/consultori e amministrazione comunale) e gli attori informali (*Communitas*, come cittadini e associazioni) affinché la gestione della crisi (come la presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva) diventi un'occasione per sviluppare competenze di responsabilità condivisa, garantendo che la Comunità (attraverso le sue interazioni) si muova verso la Coesione.

## CONCLUSIONI

La disamina offerta nel presente elaborato ha messo in evidenza come l'attuale presa in carico per diagnosi di sindrome depressiva si fondi sull'applicazione del Modello Operativo Medico, il quale nasce in ambito medico-sanitario ma, intorno alla metà del XVI secolo, viene applicato anche ai quadri clinici sindromici che si riferiscono alla cosiddetta "piattaforma psichica". L'uso del M.O.M. in ambito *psichico* ha permesso di trattare la sindrome depressiva (comunemente chiamata "depressione" o "disturbo depressivo") come una *vera e propria malattia*, pur non disponendo di una causa certa. Ne consegue che sia spendibile esclusivamente la diagnosi ad eziologia incerta e che l'intervento non persegua l'obiettivo di guarigione, bensì la cura dei sintomi, in quanto manifestazioni della *presupposta causa*. In questo assetto la Psicologia Clinica nasce dall'esigenza del Modello Operativo Medico di avere a disposizione un substrato conoscitivo che potesse supportare la sua applicazione in termini operativi. Poiché la "psiche" risulta un costrutto ipotetico che non ha aderenza al percepito, si sviluppano diverse tradizioni psicologiche che formulano teorie sulla "psiche" e sul suo funzionamento, generando, per ogni tradizione, una determinata organizzazione tassonomica e relativa prassi diagnostica. Tale pluralità, per quanto possa rappresentare una vera e propria ricchezza, ha comportato una perdita di rigore interno e al tempo stesso una grande frammentazione teorica e operativa che ha portato delle ripercussioni sul trattamento della sindrome depressiva: infatti, nelle modalità di trattamento nella sindrome depressiva, vengono proposti alcuni orientamenti psicoterapici che operano sulla base di differenti presupposti teorici riguardo la "psiche" e il suo (dis)funzionamento. La descrizione e l'analisi critica del PDTA redatto dalla Regione Veneto (2019) e delle Linee guida di Fondazione Onda (2021) hanno mostrato come la presa in carico, al giorno d'oggi, sia centrata su criteri diagnostici di manuali come il DSM o l'ICD che classificano le diverse sindromi (lì chiamate "disturbi") sulla base della sintomatologia, la quale non ha un fondamento eziologico certo. Attraverso l'adozione delle categorie diagnostiche sopracitate, psichiatri e psicologi contribuiscono all'aumento della medicalizzazione, favorendo una configurazione per cui il "dolore psichico" è contemplato a seguito di una diagnosi in un'ottica prevalentemente sanitaria. Tale assetto è reso possibile dagli infiniti modi in cui il linguaggio si può declinare a seconda del valore d'uso che può assumere, in quanto soggetto all'ostensione.

L'analisi etimologica ha permesso di contestualizzare i termini coinvolti nell'elaborato per evidenziare come i significati delle parole, nel tempo, abbiano assunto accezioni sempre più tecniche e specifiche, come nel caso di "depressione".

Nell'analisi epistemologica, invece, il linguaggio è stato presentato come uno strumento che costruisce la realtà di senso: di fatto ha permesso a Pinel di istituire la "piattaforma psichica" per operare in tutti quei quadri clinici sindromici a cui non trovava un riscontro sul piano organico. Coerentemente a questo presupposto, oggi il linguaggio permette di parlare di sindrome depressiva o "depressione" anche in assenza di un'evidenza empirica. Adottando questa prospettiva a carattere gnoseologico, *conoscere* significa costruire l'oggetto attraverso il linguaggio. Poiché la "psiche" non è un ente empirico-fattuale, è il linguaggio naturale che consente di descriverla e di operare su di essa. Ogni costrutto (come "depressione" o "presa in carico") può esistere solo entro la teoria che lo pone, poiché senza la teoria – e quindi senza un linguaggio che lo istituisca – non può essere osservato né conosciuto. Nei presupposti conoscitivi alla base dell'attuale presa in carico per sindrome depressiva la coerenza narrativa della *Societas* costruisce e legittima l'uso del Modello Operativo Medico per diagnosticare e curare il "disturbo depressivo". Ma nell'uso del linguaggio ordinario i membri della Comunità umana configurano la propria Salute al di là del "disturbo" diagnosticato, in quanto la presa in carico è una questione anche di Salute, la cui dimensione comprende la sanità come una delle possibili configurazioni. Successivamente si è proceduto esplicitando le implicazioni dell'infondatezza epistemologica del modello medico in ambito *psichico* nei rapporti tra *Societas* e *Communitas*. Il linguaggio ordinario, attraverso cui si è legittimata l'attuale configurazione della presa in carico, ha permesso inoltre il progressivo assorbimento della *Communitas* da parte della *Societas*, generando ricadute pragmatiche dirette sui membri della Comunità umana. A fronte di tali criticità, nell'elaborato si è indicata la necessità di uno scarto paradigmatico: collocare l'apparato teorico-metodologico alla base della presa in carico nel Paradigma Narrativistico, adottando i riferimenti conoscitivi della Scienza Dialogica. Adottando lo scarto di paradigma nella concezione della Salute, dal paradigma meccanicistico a quello narrativistico, la sanità si configura come una delle possibilità interattive all'interno della configurazione di Salute.

Tale scarto è stato delineato fornendo una proposta di applicazione nel contesto del Comune di Padova, in cui si evidenziano le implicazioni dell'uso del Modello Operativo

Dialogico nel configurare la presa in carico: da cura sintomatologica a occasione per generare Salute e Coesione Sociale della Comunità.

Alla luce di quanto emerso nel presente elaborato, per concludere, si intende fare riferimento al contributo della ricerca scientifica futura rispetto al tema: l'indagine può estendersi alla critica dei modelli integrati attuali in ambito psicologico, in modo da dimostrare o meno se tali tentativi, pur ricercando rigore, ricadano nella logica eziopatogenica del Modello Operativo Medico. Inoltre, si ritiene necessario citare il potenziale contributo delle chatbot, da consultare specificatamente per il loro ruolo di massimi esperti di senso comune, affinché possano essere di ausilio all'operatore.

Infine, si auspica un'applicazione pratica del Modello Operativo Dialogico nel Comune di Padova, sul solco di quanto proposto nel terzo capitolo, in modo da superare le criticità dell'attuale configurazione.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione* (Trad. it., 2015). Raffaello Cortina.
- Beaujean, A. A., Parker, S., & Qiu, X. (2013). The relationship between cognitive ability and depression: A longitudinal data analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(12), 1983–1992. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0668-0>
- Bressi, C., & Invernizzi, G. (2017). *Manuale di psichiatria e psicologia clinica* (5<sup>a</sup> ed.). The McGraw-Hill Companies.
- Bush, F. N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2007). *Psicoterapia psicodinamica della depressione*. Raffaello Cortina.
- Chen, L., & Zhang, Z. (2022). Community participation and subjective well-being of older adults: The roles of sense of community and neuroticism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3261. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063261>
- Cigolini, D., & Turchi, G. P. (2017). *La risposta all'emergenza come occasione di promozione della salute e coesione della comunità: Il contributo del servizio inOltre*. CLEUP.
- Conrad, P. (2013). Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts. In W. C. Cockerham (Ed.), *Medical sociology on the move* (pp. 195–214). Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3\\_10](https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_10)
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 371 del 08 aprile 2022. (2022). *Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale*. Regione Veneto.

- Di Fiorino, M., Saviotti, F. M., & Gemignani, A. (2004). *Gli interventi non volontari: La gestione medica e le implicazioni legali*.  
<https://old.jpsychopathol.it/article/gli-interventi-non-volontari-la-gestione-medica-e-le-implicazioni-legali/>
- Engel, E., Gell, S., Heiss, R., & Karsay, K. (2024). Social media influencers and adolescents' health: A scoping review of the research field. *Social Science & Medicine*, 340, 116387. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116387>
- Fiorillo, A., Luciano, M., Sampogna, G., Vecchio, V. D., Rosa, C. D., Albert, U., Carrà, G., Dell'Osso, B., Lorenzo, G. D., Ferrari, S., Martinotti, G., Nanni, M. G., Pinna, F., Pompili, M., Volpe, U., & Catapano, F. (2016). Critiche e prospettive degli attuali sistemi di classificazione in psichiatria: Il caso del DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 51(3), 116–121.
- Heisenberg, W. (1927). Über den anschaulichen Inhalt der quantentheoretischen Kinematik und Mechanik. *Zeitschrift für Physik*, 43, 172–198.
- Segen, J. C. (2006). *Concise dictionary of modern medicine* (2<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill. ISBN 978-0-8385-1535-8.
- Klerman, G., Weissman, M., & Rounsaville, B. (1989). *Psicoterapia interpersonale della depressione*. Bollati Boringhieri.
- Kube, T., Schwarting, R., Rozenkrantz, L., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2020). Distorted cognitive processes in major depression: A predictive processing perspective. *Biological Psychiatry*, 87(5), 388–398.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.017>
- Kuhn, T. S. (1994). *The structure of scientific revolutions* (2<sup>a</sup> ed., enlarged). University of Chicago Press.

- Legrenzi, P. (2019). *Storia della psicologia*. Il Mulino.
- Legge 180/78 e DGR Veneto n. 847 del 31 marzo 2009. (2009). *Linee guida regionali per i Dipartimenti di Salute Mentale in materia di TSO e ASO*. Regione Veneto.
- Leveni, D., Michielin, P., & Piacentini, D. (2018). *Superare la depressione: Un programma di terapia cognitivo-comportamentale*. Edizioni Erickson.
- Maggiore, C. (2025). Una domanda di identità nell'era del realismo capitalista: Quando l'etichetta diagnostica permette di esistere. *Scienze dell'Interazione*, 1–2, 1–15.
- Monroe, S. M. (2022). Major depression and its recurrences: Life course matters. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18(1), 329–357.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>
- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2011). Recurrence in major depression: A conceptual analysis. *Psychological Review*, 118(4), 655–674.  
<https://doi.org/10.1037/a0025190>
- Piano di Azione Nazionale sulla Salute Mentale (PANSM) 2013–2020. (2013). WHO Collaborating Centre for Research and Training, Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina.
- Raccomandazioni nazionali per la presa in carico del paziente con depressione – Progetto Stargate. (2021). Fondazione Onda.
- Istituto Nazionale di Statistica. (2025). *Rapporto annuale 2025* (p. 105). ISTAT.
- Turchi, G. P. (2009). *Dati senza numeri: Per una metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali (M.A.D.I.T.)*. Monduzzi Editore.

- Turchi, G. P. (2016). *Manuale critico di psicologia clinica: Prolegomeni allo studio scientifico della psicologia clinica per la salute*. Edises.
- Turchi, G. P., & Della Torre, C. (2007). *Psicologia della salute: Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Armando Editore.
- Turchi, G. P., & Orrù, L. (2014). *Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati testuali: Fondamenti di teoria della misura per la scienza dialogica*. Edises.
- Turchi, G. P., & Perno, A. (2009). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo* (3<sup>a</sup> ed.). Domeneghini Editore.
- Turchi, G. P., & Romanelli, M. (2012). Per una psicologia clinica emanazione del senso scientifico: Dall'ibridazione conoscitiva alla collocazione entro una precisa e rigorosa definizione di un modello operativo. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2.
- Turchi, G. P., & Sposini, F. M. (2016). *Al di là del normale e del patologico*. Edises.
- Turchi, G. P., & Vendramini, A. (2016). *De rerum salute: Teoria e prassi per un'architettura dei servizi generativa di salute*. Edises.
- Turchi, G. P., & Vendramini, A. (2021). *Dai corpi alle interazioni: La comunità umana in prospettiva dialogica*. Padova University Press.
- Turchi, G. P., Vendramini, A., & Romanelli, M. (s.d.). *Il ruolo dell'operatore dialogico al servizio della progettazione e implementazione di politiche pubbliche* [Manoscritto non pubblicato].
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10), 5th ed.* World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. World Health Organization.

## SITOGRAFIA

Accademia della Crusca. (n.d.). *Sito ufficiale dell'Accademia della Crusca*.

<https://www.accademiadellacrusca.it>

Agenzia dei Direttori Medici dello Stato di Washington. (2015). *Depression overview* [PDF]. <http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/depressooverview.pdf>

ANSA. (2024, 13 maggio). *Psichiatri, in Italia depressione e disagi per 700 mila giovani*. ANSA – Salute e benessere.

[https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2024/05/13/psichiatri-in-italia-depressione-e-disagi-per-700mila-giovani\\_6348506b-8d11-4ab1-afe1-e6bd31d68cfd.html?utm](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2024/05/13/psichiatri-in-italia-depressione-e-disagi-per-700mila-giovani_6348506b-8d11-4ab1-afe1-e6bd31d68cfd.html?utm)

Azienda ULSS 6 Euganea. (n.d.). *Psichiatria 1*.

<https://www.aulss6.veneto.it/Psichiatria-1>

Azienda ULSS 6 Euganea. (n.d.). *Servizi per la salute mentale*.

<https://www.aulss6.veneto.it/Servizi-per-la-Salute-Mentale>

Centro di Documentazione sui Diritti Umani (CCDU). (n.d.). *Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)*. <https://www.ccdi.org/tso/trattamento-sanitario-obbligatorio>

Comune di Padova. (n.d.). *Manifesto: la salute mentale è un bene comune*.

<https://www.comune.padova.it/novita/notizie/manifesto-salute-mentale-bene-comune>

Etimo.it. (n.d.). *Etimologia italiana online*. <https://www.etimo.it>

Garzanti Linguistica. (n.d.). *Garzantilinguistica.it – Dizionari online.*

<https://www.garzantilinguistica.it>

Istituto Superiore di Sanità (ISS). (n.d.). *Depressione – dati PASSI.*

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione>

RaiNews. (2015, 10 dicembre). *Pensionato suicida: aveva perso i risparmi per la misura salva-banche.* RaiNews.

<https://www.rainews.it/archivio-rainews/articoli/Pensionato-suicida-aveva-perso-i-risparmi-per-la-misura-salva-banche-33c8d336-72b2-4db1-871a-7934f38e6c27.html>

Scienza Dialogica. (n.d.). *Sito ufficiale di Scienza Dialogica*

<https://www.scienzadialogica.com>

State of Mind. (2025, febbraio). *Salute mentale in Italia: un'analisi aggiornata.*

<https://www.stateofmind.it/2025/02/salute-mentale-italia/>

Treccani. (n.d.). *Enciclopedia Treccani online.* <https://www.treccani.it>

World Health Organization (WHO). (2023). *Depression.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

*Accesso effettuato nell'anno 2025.*