

# **RIVISTA DI PSICOLOGIA CLINICA**

**THE ITALIAN JOURNAL OF  
CLINICAL PSYCHOLOGY**

**n. 1/2026**



**FrancoAngeli** 

# **RIVISTA DI PSICOLOGIA CLINICA**

## **THE ITALIAN JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY**

**FrancoAngeli** 

**Editor-in-Chief/Direttore:** Sergio Salvatore (Università del Salento)

**Co-editor/Direttori associati:** Fiorella Bucci (SPS Studio di Psicosociologia); Barbara Cordella (Sapienza Università di Roma); Maria Francesca Freda (Università di Napoli “Federico II”); Gianluca Lo Coco (Università di Palermo); Caterina Lombardo (Sapienza Università di Roma); Cinzia Novara (Università di Palermo); Annamaria Petito (Università di Foggia); Ruggero Andrisano Ruggieri (Università di Salerno); Adriano Schimmenti (Libera Università di Salerno “Kore”); Elena Vegni (Università degli Studi di Milano); Claudia Venuleo (Università del Salento)

**Scientific Advisory Board/Comitato scientifico:** Evrinomy Avdi (Aristotle University of Thessaloniki); Gerhard Benetka (Sigmund Freud Privat Universität); Vincenzo Bochicchio (Università della Calabria); Angela Branco (Universidade de Brasília); Anna Buchheim (University of Innsbruck); Carla Cunha (ISMAI [Instituto Universitário da Maia]); Raffaele De Luca Picione (Università Giustino Fortunato); Jack Drescher (Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research); Jutta Fiegl (Sigmund Freud Privat Universität); Omar Gelo (Università del Salento); Miguel Gonçalves (University of Minho); Rafael Jódar Anchia (Universidad Pontificia Comillas); Hroar Klempe (NTNU – Norwegian University of Science and Technology); Elias Kourkoutas (University of Crete); Vittorio Lingiardi (Sapienza Università di Roma); Anastassios Matsopoulos (University of Crete); Julia Menichetti Delor (University of Oslo); Nacho Montero (Universidad Autonoma de Madrid); Clara Mucci (Università di Bergamo); Daniela Nogueira (ISMAI [Instituto Universitário da Maia]); Franco Orsucci (University College London - Norfolk and Suffolk NHS); Alfred Pritz (Sigmund Freud Privat Universität); Thomas Rihacek (Masaryk University); João Salgado (ISMAI [University Institute of Maia]); Gordon Sammut (University of Malta); Alfonso Santaripa (Université de Sherbrooke); Jose’ Saporta (Harvard Medical School); Gunter Schiepek (Paracelsus Medical University Salzburg); Wolfgang Tschacher (University of Bern); Jaan Valsiner (Aalborg University); Patrizia Velotti (Sapienza Università di Roma); Alessandro Zennaro (Università di Torino); Tania Zittoun (University of Neuchâtel)

**All submissions will undergo a double blind review process**

**Administration - Distribution:** FrancoAngeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano - tel. +39.02.2837141 - e-mail: riviste@francoangeli.it.

This work, and each part thereof, is protected by copyright law and is published in this digital version under the license Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).

Text and Data Mining (TDM), AI training and similar technologies rights are reserved.

By downloading this work, the User accepts all the conditions of the license agreement for the work as stated and set out on the website <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

The active links and QR codes included in the volume are provided by the author. The publisher does not assume any responsibility for the links and QR codes contained herein that lead to websites not belonging to FrancoAngeli.

Authorized by Tribunale di Roma n. 149/2006 del 17.03.2006 – Sixth-Month Review – Editor in chief: Sergio Salvatore (Journal Manager: Vittorio Lingiardi) – Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

ISSNe: 1828-9363

*I Semester 2026 – Date of first publication: September 2026*



|                                                                                                                                                                                                 |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Editoriale. Una nuova stagione della <i>Rivista di Psicologia Clinica</i></b>                                                                                                                | pag. 5 |
| <b>Reframing mental health governance in Italy: Psychological competencies and third sector integration in the PANSM</b><br><i>Valentina E. Di Mattei, Francesca Gatti, Antonio Catarinella</i> | » 9    |
| <b>The new plan for Mental Health in Italy: caveats, shortcomings, and recommendations for full implementation</b><br><i>Claudio Gentili</i>                                                    | » 21   |
| <b>Salute mentale e benessere psicologico: verso un sistema integrato tra cura, prevenzione e promozione</b><br><i>David Lazzari</i>                                                            | » 32   |
| <b>La cura della comunità, una comunità che cura. Note di Psicologia di Comunità sul Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale 2025-2030</b><br><i>Laura Migliorini</i>                   | » 41   |

**Nuove prospettive in psicologia clinica e della salute. I Just in Time Adaptive Intervention (JITAI)**

*Michele Zacchilli, Fabio Lucidi*

pag. 51

**Evoluzione teorica nello studio delle emozioni: dal Core Affect ai modelli semiotici contemporanei**

*Maria Rita Serio*

» 69

**La contemporaneità della clinica e la clinica della contemporaneità**

*Fiorella Bucci, Sergio Salvatore*

» 97

## Editoriale

### Una nuova stagione della *Rivista di Psicologia Clinica*



La psicologia italiana sta attraversando una fase di profonda trasformazione del proprio profilo scientifico, professionale e istituzionale. Negli ultimi decenni si sono ampliati gli ambiti della ricerca e dell'intervento, è cambiata la formazione universitaria, si sono differenziate le competenze professionali. Parallelamente, è cresciuta la domanda sociale di psicologia e si è rafforzato l'investimento delle istituzioni nei confronti della disciplina.

Oggi la psicologia – e, al suo interno, la psicologia clinica – è chiamata a confrontarsi con questioni che non riguardano soltanto il disagio e la cura degli individui, ma investono il funzionamento delle organizzazioni, dei sistemi educativi, dei servizi, delle comunità e delle istituzioni, contribuendo alla costruzione delle condizioni che sostengono la qualità della convivenza.

Riteniamo che una rivista di psicologia clinica debba affiancare alla diffusione dei risultati della ricerca una funzione ulteriore, di natura critica e riflessiva. Questa convinzione nasce dalla consapevolezza che l'evoluzione della psicologia non ha ampliato soltanto gli ambiti di esercizio della funzione psicologica. Ha modificato anche la natura delle questioni con cui la disciplina è chiamata a confrontarsi.

La crescente complessità dei contesti di intervento, la ridefinizione del rapporto tra ricerca e professione, le trasformazioni dei sistemi di welfare, l'evoluzione della formazione universitaria in senso abilitante e la diffusione delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale rendono necessario un rinnovato investimento nell'elaborazione teorica, metodologica e istituzionale.

Rispondere a tali trasformazioni richiede una disciplina capace di interrogare criticamente i propri modelli interpretativi e gli strumenti metodologici di cui dispone. Esse cresce confrontandosi sulle modalità attraverso cui la ricerca incontra le pratiche professionali e la domanda sociale e riflettendo sulle condizioni istituzionali che orientano la produzione, la trasmissione e l'utilizzo del sapere. È in questo spazio di riflessione che prendono forma molte delle decisioni destinate a incidere sullo sviluppo della disciplina: la definizione delle competenze professionali, l'evoluzione dei modelli formativi, il rapporto tra università e professione, la modellizzazione degli interventi, il dialogo con altri sistemi di conoscenza e il contributo che la psicologia è chiamata a offrire alle politiche pubbliche.

La *Rivista di Psicologia Clinica* intende contribuire a tale processo, inaugurando una nuova fase del proprio progetto editoriale.

Ciò nella convinzione che una rivista scientifica non abbia soltanto il compito di diffondere i risultati della ricerca, ma anche quello di offrire alla comunità disciplinare uno spazio entro il quale elaborare criticamente il proprio presente e orientare il proprio futuro.

Negli ultimi anni la *Rivista di Psicologia Clinica* ha perseguito una strategia di internazionalizzazione. La scelta dell'inglese come lingua editoriale, il consolidamento del formato digitale e l'adozione di standard coerenti con il panorama internazionale hanno rappresentato gli assi principali di questo percorso, volto a collocare la rivista entro i circuiti della comunicazione scientifica internazionale e ad accrescere la visibilità della produzione italiana.

Riteniamo che oggi tale prospettiva debba essere ulteriormente sviluppata. Alla imprescindibile funzione di partecipare al dibattito scientifico internazionale, la rivista intende affiancare un investimento altrettanto forte e sistematico sulla riflessione riguardante lo sviluppo della psicologia italiana, i contesti entro cui essa opera e i modelli teorici, metodologici, istituzionali e formativi che ne orientano l'evoluzione.

Questa scelta vuole richiamarsi in modo ancora più forte alla vocazione storica della *Rivista di Psicologia Clinica*. Dalla sua nascita, su iniziativa di Renzo Carli, Renzo Canestrari e Mario Bertini, la rivista non si è limitata a rappresentare una sede di pubblicazione della ricerca, ma ha costituito un laboratorio di elaborazione teorica, di innovazione metodologica e di confronto culturale. Molti dei dibattiti che

hanno accompagnato l'evoluzione della psicologia clinica italiana hanno trovato nelle sue pagine uno spazio di discussione, contribuendo alla costruzione di modelli interpretativi e di pratiche che hanno segnato lo sviluppo della disciplina.

Le trasformazioni intervenute negli ultimi anni rendono oggi quella funzione ancora più necessaria.

In questa prospettiva, anche la linea editoriale è chiamata a evolversi.

Accanto alla pubblicazione di ricerche originali e contributi teorici, la *Rivista di Psicologia Clinica* dedicherà un'attenzione crescente all'analisi dei fenomeni che interessano lo sviluppo della psicologia italiana, alle trasformazioni del suo contesto istituzionale e professionale, ai processi che ridefiniscono il rapporto tra ricerca, pratiche, formazione e domanda sociale, nonché alle questioni epistemologiche e metodologiche che tali trasformazioni sollecitano. L'obiettivo è offrire uno spazio di confronto rigoroso e documentato su temi che incidono direttamente sull'evoluzione della disciplina.

Questa linea di lavoro è già presente nella recente attività della rivista. I contributi dedicati al Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, pubblicati nel precedente e nell'attuale fascicolo, si collocano in continuità con altri lavori ospitati negli ultimi anni, dedicati alla compartimentalizzazione della psicologia, al rapporto tra psicologia clinica e psicoterapia nel quadro normativo italiano e, più in generale, ai processi che orientano lo sviluppo della disciplina nel nostro Paese. La scelta che oggi proponiamo consiste nel riconoscere a questa linea di lavoro un ruolo più esplicito e strategico all'interno del progetto editoriale.

Con questa scelta la *Rivista di Psicologia Clinica* intende continuare a svolgere quella funzione di elaborazione teorica, metodologica e culturale che ne ha caratterizzato la storia, contribuendo ad accompagnare lo sviluppo della psicologia italiana nel confronto con le sfide scientifiche, professionali e istituzionali del presente.

# FrancoAngeli/Riviste

---

tutte le modalità  
per sceglierci in digitale



Più di 80 riviste consultabili  
in formato digitale su **pc** e **tablet**:

1. in *abbonamento annuale* (come ebook)
2. come *fascicolo singolo*
3. come singoli *articoli* (acquistando un *download credit*)

*Più tempestività, più comodità.*

Per saperne di più: **www.francoangeli.it**

---

Copyright © FrancoAngeli This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.

For terms and conditions of usage please see:

<http://creativecommons.org>

# Reframing mental health governance in Italy: Psychological competencies and third sector integration in the PANSM



*Valentina E. Di Mattei<sup>\*</sup>, Francesca Gatti<sup>\*\*</sup>, Antonio Catarinella<sup>\*\*\*</sup>*

*Submitted: 23/02/2026*

*Accepted: 15/07/2026*

## Abstract

The Italian National Action Plan for Mental Health 2025-2030 promotes a broader view of mental health, with greater attention to prevention, continuity of care and community-based services. However, there is still a gap between this vision and the way the Plan is expected to be implemented. The proposed system remains strongly centered on specialist and psychiatric services, while psychological support, early intervention and prevention in everyday settings receive less attention. This contribution focuses on the role that third sector Organizations can play in addressing this gap. Voluntary associations, social cooperatives and user-led organizations are often closely connected to local communities and can reach people who may struggle to access formal services. Their work can support early recognition of distress, reduce stigma and help maintain continuity between care and daily life. Yet the Plan still tends to describe the third sector mainly as a provider of services rather than as an active partner in planning and decision-making. To make

<sup>\*</sup> School of Psychology, Vita-Salute San Raffaele University, Italy. Clinical and Health Psychology Unit, IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Italy.

<sup>\*\*</sup> School of Psychology, Vita-Salute San Raffaele University, Italy.

<sup>\*\*\*</sup> Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Italy. Clinical and Health Psychology Unit, IRCCS San Raffaele Scientific Institute, Italy.

**Corresponding Author:** Antonio Catarinella Department of Psychology, University of Milano-Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 20126 Milan (Italy). [catarinella.antonio@hsr.it](mailto:catarinella.antonio@hsr.it)

*Rivista di Psicologia Clinica (ISSNe 1828-9363), n. 1/2026*

DOI: 10.3280/rpc1-2026oa23593

9

its community-oriented vision more concrete, stable forms of collaboration with these organizations are needed, together with stronger psychological expertise and greater investment in prevention.

**Keywords:** National Action Plan for Mental Health; third sector; community mental health; prevention; psychological care; service integration.

## Introduction

The National Action Plan for Mental Health 2025-2030 marks a turning point in the Italian mental health landscape, signaling renewed political and cultural commitment to move beyond hospital-centered psychiatric models. The Plan adopts a multidimensional understanding of mental health shaped by individual vulnerability as well as social relationships, living conditions, and life transitions. Mental health is framed as both a human right and a collective responsibility, closely linked to social inclusion, equity, and community well-being.

This perspective aligns with international frameworks promoted by the World Health Organization, emphasizing community-based care, proximity, prevention, and the integration of mental health into primary health systems. The Plan recognizes that specialist- and hospital-centered responses are insufficient amid rising demand, social fragmentation, and limited institutional capacity.

The Plan acknowledges that mental health cannot be supported through treatment alone, but requires investment in prevention, empowerment, and social cohesion. Policy is therefore called to shift from crisis management toward environments that foster resilience and participation.

Despite the conceptual strength of this vision, concerns remain about its practical implementation. Critics highlight a persistent psychiatric bias, whereby the language of “mental health” continues to mask a system centered on medicalized responses. Prevention, early psychological support, and school-based interventions remain underdeveloped, while workforce planning reflects a specialist-oriented model. This tension risks limiting the Plan’s transformative potential, particularly in strengthening psychosocial infrastructures.

In this gap between institutional vision and lived reality, the third

sector becomes pivotal. Voluntary organizations, social cooperatives, and user-led associations have long shaped community-based responses to distress by creating spaces of belonging, support, and recovery that extend beyond service provision. Operating at the intersection of care and citizenship, they translate rights into practice through territorial rootedness and trust-based relationships, reframing mental health as relational rather than purely technical. A genuinely community-oriented reform requires network-based governance in which clinical expertise and community knowledge work in synergy, treating the third sector as a structural pillar rather than a supplementary resource. The challenge is not merely to expand services, but to rebuild governance around shared responsibility, co-production, and social trust.

### **The PANSM's vision and its implicit model of mental health**

The PANSM adopts an ecological and bio-psycho-social perspective, recognizing that social inequalities across the life course shape mental health, thereby signaling a shift away from strictly symptom-based and diagnostic models.

Organizationally, one of the Plan's strengths lies in its reaffirmation of the integrated departmental model, intended to ensure continuity between prevention, care, rehabilitation, and social inclusion. The emphasis on strengthening territorial services, multidisciplinary teamwork, and reducing coercive practices reflects an effort to modernize governance and clinical cultures.

A central innovation is the concept of continuity of care, addressing long-standing challenges in transitions between services as individuals' clinical and developmental needs evolve. A crucial example is the shift from child and adolescent neuropsychiatry to adult mental health services, where inadequate coordination may create gaps, increase dropouts, and worsen outcomes. In this context, continuity of care represents a key element in ensuring not only the continuation but also the effectiveness of treatment, through the coordinated work of multidisciplinary teams. Within this framework, the third sector plays a crucial role through associations and social cooperatives, acting as a bridge between citizens and the public healthcare system.

However, some tensions remain between principles and implementation. While the Plan adopts a rights-based and preventive language, organizational priorities remain predominantly anchored to specialist services. The limited development of primary psychological care and school-based interventions risks constraining early prevention and underutilizing psychological expertise. Where mental health governance remains institutionally centered on specialist services, community actors may be involved consultatively rather than structurally. As a result, despite its declared commitment to multidisciplinary, governance may continue to privilege medical perspectives, while psychological, educational, and social contributions remain unevenly integrated and civil society engagement is more episodic than systematic.

Within this framework, the third sector appears positioned mainly as an implementing partner rather than a co-producer of mental health cultures and services. The absence of formalized co-planning and shared accountability mechanisms may limit community actors' capacity to contribute fully to a reform that aspires to place community care at its center.

## **The strategic role of third sector organizations in mental health**

Third sector organizations occupy a distinctive position within Italy's mental health ecosystem, particularly in relation to the community-based and territorial orientation promoted by the PANSM. Operating at the interface between formal services and everyday life, they translate institutional objectives into relational, context-sensitive practices. Their contribution extends beyond service delivery, linking health systems with families, schools, municipalities, and vulnerable groups.

Embedded in local contexts, third sector organizations play a key role in the early interception of distress, recognizing vulnerability before it reaches clinical thresholds. Through preventive and inclusion-oriented initiatives, they operationalize a territorial model of care consistent with the Plan's vision.

A further strategic contribution lies in stigma reduction and mental health promotion. Through public campaigns, narrative initiatives, and mental health literacy activities, civil society organizations help

reshape representations of psychological distress and encourage help-seeking, supporting the PANSM's goal of expanding access to care by reducing social and symbolic barriers.

The third sector is also central to peer support and empowerment. By valuing lived experience as a form of knowledge, participatory and advocacy-based models reposition service users as active agents in recovery processes and, potentially, in policy dialogue – an approach consistent with the PANSM's rights-based framework, though not yet fully operationalized.

Crucially, these organizations are not alternatives to public services but enabling actors within an integrated system. They support continuity across phases of care often fragmented by institutional boundaries, including transitions between treatment and social reintegration, or between crisis intervention and everyday functioning.

### **Alignment and gaps between PANSM and third sector potential: participation in governance**

The PANSM formally recognizes participation and dialogue with civil society as core principles of mental health governance. Stakeholder engagement is framed as both an ethical and methodological requirement, and the language of partnership recurs throughout the document. However, this recognition remains largely programmatic. While consultation is encouraged, the Plan does not yet outline a stable governance framework through which third sector organizations are formally and systematically involved in decision-making, planning, and evaluation.

Participation thus appears more as a guiding orientation than as an institutionalized mechanism. In the absence of defined instruments for co-governance, third sector actors risk remaining peripheral, engaged primarily through episodic consultation rather than sustained involvement.

The limited formalization of co-design mechanisms may also constrain innovation, leaving it dependent on local initiative rather than embedded in system-wide governance. Permanent consultative bodies capable of ensuring continuity, accountability, and strategic alignment at regional or national level are not clearly envisaged. While informal

collaboration plays an important role across many territories, it cannot, on its own, substitute for governance structures designed to sustain long-term transformation.

Community accountability similarly remains underdeveloped. The PANSM provides limited guidance on how service users, families, and advocacy groups might be meaningfully involved in the evaluation of service quality and policy coherence. As a result, the participatory potential of mental health governance may remain only partially realized, and the third sector's role in promoting transparency, rights protection, and social responsiveness is largely implicit.

Overall, the Plan articulates an inclusive vision but does not yet establish the institutional conditions necessary to realize it. For participation to become transformative rather than symbolic, it would need to evolve toward more formalized arrangements of co-governance and shared responsibility; otherwise, inclusion risks remaining rhetorical rather than structurally embedded.

## **Prevention and early intervention**

A central challenge for the PANSM lies in translating its commitment to prevention into fully operational frameworks. This gap becomes particularly visible when compared with the extensive practices already developed by third sector organizations across Italy. In many territories, non-profit associations and social cooperatives have long been active in areas the Plan identifies as crucial, including school-based prevention, youth outreach, caregiver support, and community-based anti-stigma initiatives.

Yet the PANSM does not articulate an operational framework capable of integrating these resources into a coherent national prevention strategy. Prevention is addressed largely in aspirational terms, without clearly defined tools or governance mechanisms. As a result, the system continues to prioritize secondary and tertiary levels of care, while psychological prevention and early psychosocial support remain marginal.

What remains underdeveloped is a strategy to structurally connect existing community-based prevention networks with public mental health governance. The Plan does not formally position the third sector as a core actor in prevention, nor does it establish shared protocols for

early identification or stable channels for collaboration with public services. Consequently, an already active prevention infrastructure risks remaining outside strategic planning.

This gap reflects a broader conceptual challenge: mental health is still managed predominantly within a clinical framework rather than fully recognized as a developmental and social process unfolding across schools, families, workplaces, and public spaces. Without embedding prevention within community-based governance, the PANSM may underutilize one of Italy's strongest resources for early intervention and mental health promotion.

## **Socio-health integration**

One of the most promising aspects of the PANSM is its commitment to socio-health integration. The Plan acknowledges that mental health cannot be confined to the clinical sphere alone and requires coordination between health services, social systems, and community resources. This orientation reflects the international shift promoted by the World Health Organization toward primary health care, centered on accessibility, continuity, and proximity of care. By identifying territorial services as the backbone of the system and encouraging links between primary care, specialist services, and community interventions, the PANSM aligns with contemporary standards.

However, while the strategic vision is coherent, its operational translation remains limited. Integration is still primarily conceived as coordination within public institutions rather than as a shared ecosystem where community actors are recognized as structural partners. International experience shows that socio-health integration becomes effective only when civil society organizations are involved as co-producers of care.

In this context, the third sector is indispensable. Acting on key social determinants of mental health often lies beyond clinical services. Third sector organizations are often the first to intercept distress linked to social vulnerability, operating in neighborhoods, schools, shelters, prisons, and reception centers, providing relational continuity, mediation, and context-sensitive support in settings where institutional care is often intermittent or difficult to access.

Moreover, they typically address mental health across its emotional, relational, and material dimensions, combining psychological support with social inclusion and empowerment. In everyday practice, they give concrete form to the holistic vision articulated by the PANSM, treating mental health as embedded in living environments rather than confined within service settings. Despite this convergence at the level of principles, the Plan does not clearly define how third-sector actors should be integrated into formal care pathways. Collaboration remains largely discretionary and dependent on local initiatives. What is missing is a system of shared pathways rather than parallel interventions, supported by joint planning, shared case management, integrated training, and coordinated evaluation.

Without such structural integration, socio-health collaboration risks remaining rhetorical. Recognizing the third sector as a core component of the system requires a shift from cooperation to co-responsibility and shared governance. Clinical excellence alone cannot ensure recovery without social inclusion, empowerment, and community participation.

A concrete instrument capable of operationalizing integration is the Italian *Budget di Salute* (Health Budget), which combines health, social, housing, and employment resources into individualized recovery pathways. More than a funding tool, it represents a governance mechanism based on co-design and shared responsibility between public services and third sector organizations. If systematically embedded within the PANSM, it could move socio-health integration from principle to structured co-production. However, uneven regional implementation and the lack of standardized national guidance currently limit its transformative potential.

From a broader European perspective, similar reforms have advanced where community actors are structurally embedded within governance frameworks. In countries such as the United Kingdom and several Scandinavian systems, civil society organizations are formally integrated into primary care networks and municipal socio-health planning, contributing to prevention, recovery, and continuity of care. Compared to these models, the PANSM articulates a coherent community-oriented vision but has yet to consolidate equally structured mechanisms of co-governance. Strengthening psychological competencies and third sector integration would therefore align Italy more closely with evolving European standards in community mental health.

## What the third sector brings that is still needed

One of the third sector's most distinctive contributions is its ability to build community-based infrastructures that public services struggle to replicate. Embedded in everyday life, these organizations often reach individuals before they enter clinical pathways, ensuring relational continuity grounded in daily experience rather than diagnostic thresholds.

Another irreplaceable contribution concerns cultural mediation and trust-building. In contexts marked by stigma and distrust, especially among young people, migrants, and marginalized groups, third sector actors provide the first relational bridge to care through their presence in schools, neighborhood spaces, and community settings, enabling early engagement without the symbolic weight of institutional entry points.

Equally crucial is the third sector's capacity to ensure continuity beyond the clinical "episode of care". Organizations remain engaged throughout recovery processes, family crises, and phases of social reintegration. In doing so, they provide what no protocol can guarantee: durable relationships. This function is particularly relevant in cases of severe mental distress, where fragmentation remains a persistent systemic vulnerability.

Finally, third sector organizations play a key role in advocacy and rights protection. They act as watchdogs and agents of accountability in a field historically shaped by asymmetries of power. While the PANSM affirms a commitment to overcoming coercive practices, its effectiveness will depend in practice on the presence of civic actors capable of monitoring implementation and sustaining a rights-based culture beyond formal declarations.

In short, the third sector inhabits the social and relational dimensions of care that institutional systems struggle to govern fully. Without formally embedding this infrastructure into policy design and implementation, the PANSM risks remaining institutionally robust but socially fragile. Mental health reform, ultimately, is not only about services: it is about citizenship.

## **Recommendations for strengthening PANSM through third sector engagement**

For the PANSM to realize its transformative potential, the role of third sector organizations needs to evolve from symbolic acknowledgment to structural inclusion. Although participation and integration are endorsed, they remain largely aspirational in the absence of concrete mechanisms capable of embedding them into governance and service delivery. In this context, the third sector is uniquely positioned to operationalize these principles through its territorial presence, trust-based relationships with vulnerable populations, and experience in cross-sector collaboration.

One of the most relevant areas for further development concerns governance. While the Plan refers to consultation and listening processes, it does not yet establish stable institutional arrangements through which third sector organizations can participate meaningfully in planning, implementation, and evaluation. Without such structures, participation risks remaining primarily formal rather than substantive, reinforcing a dynamic in which communities are consulted but only partially empowered. Integrating third-sector representatives into governance frameworks at national, regional, and local levels would strengthen the participatory architecture envisaged by the Plan.

Existing co-planning models in Italian social policy offer a valuable reference for the mental health field. Participatory design processes could enable service planning and evaluation to reflect lived experience alongside administrative and clinical priorities. Likewise, the establishment of permanent advisory bodies, including user organizations, family associations, and third sector representatives, would help institutionalize dialogue and continuity of accountability, reducing reliance on episodic or symbolic forms of participation.

The PANSM's alignment with international frameworks that position primary care as the backbone of mental health systems represents an important opportunity. However, integration remains largely framed within public health structures. To be fully effective, this model should extend more explicitly into the community, with primary care functioning not only as an access point but also as a hub within a broader ecosystem of social and civic resources.

In this perspective, formalized partnerships between third sector

Organizations and primary care teams could enhance outreach to populations often excluded from formal services – such as migrants, people experiencing homelessness, socially isolated older adults, and at-risk young people – while strengthening continuity of care through social inclusion and family engagement.

Joint training programs represent another strategic area. Interprofessional learning involving clinicians, community workers, and volunteers can foster a shared language grounded in recovery, human rights, and person-centered care. Trauma-informed practice, peer involvement, and mental health literacy offer fertile ground for cross-sector integration.

Recognition must be matched by sustainable funding structures, as reliance on short-term project financing undermines continuity and long-term planning. Targeted investment is needed in areas of growing strategic relevance, such as digital mental health literacy, online support platforms, and community-based tele-mental health services. Although many third sector Organizations are already innovating in these domains, their impact remains uneven without coordinated support and capacity-building in volunteer management and leadership.

Finally, no mental health reform can succeed without addressing stigma. Structural change must be accompanied by cultural transformation, and the third sector plays a decisive role through its presence in schools, communities, and workplaces, where mental health becomes visible and discussable. Communication strategies gain legitimacy when delivered by actors embedded within social networks rather than solely through institutional channels.

Civil society also acts as a guardian of rights, reinforcing accountability and ethical oversight. The PANSM articulates a forward-looking vision by placing community care at the center of reform. What is now required is the institutional capacity to allow the third sector not merely to accompany this transition, but to shape it actively. Without such a shift, reform risks remain rhetorically ambitious while progressing more slowly in practice.

For the PANSM to become a genuine reform rather than a programmatic document, the system must strengthen the psychological dimension and structurally integrate the third sector into governance. Otherwise, the rhetoric of “mental health” risks remaining anchored to a

predominantly psychiatric framework, leaving prevention, proximity, and continuity underdeveloped.

Three core priorities can therefore be identified:

1. Establish stable co-governance mechanisms with third sector organizations, service users, and families, moving from episodic consultation to co-planning.
2. Reinforce clinical and community psychology at the center of prevention, early identification, and service transitions.
3. Invest in structural prevention by integrating territorial networks already active in schools, communities, and vulnerable settings.

Only by consolidating shared governance, the centrality of psychology, and community-based prevention can the PANSM translate into meaningful change, anchoring mental health within communities and everyday life.

# The new plan for Mental Health in Italy: caveats, shortcomings, and recommendations for full implementation

Claudio Gentili\*

Submitted: 19/01/2026

Accepted: 01/08/2026

## Abstract

The National Plan for Mental Health for the period 2025-2030 is a significant and ambitious document that addresses major mental health challenges in Italy. Is it too ambitious? Is it fully realizable? What are the biggest issues and obstacles to its full implementation? In this short paper, I will propose a series of potential problems and offer recommendations for addressing and mitigating them.

**Keywords:** Italian National Plan for Mental Health; common mental disorders; stratified care model; primary care psychologist.

## New answers to new challenges...

In the last few decades, the area of mental health underwent huge transformations. Rather than the emergence of new disorders, the greatest population-level impact on mental health, with important implications for political decision-making has been the increased prevalence of common mental disorders (CMDs), such as major depression and anxiety disorders, as well as drug use disorders, particularly

\* Professor of Clinical Psychology, University of Padova, Department of General Psychology, Via Venezia 8, 35131 Padua (Italy). [claudio.gentili@unipd.it](mailto:claudio.gentili@unipd.it)

*Rivista di Psicologia Clinica (ISSNe 1828-9363)*, n. 1/2026

DOI: 10.3280/rpc1-2026oa23594

21

among younger populations. Other conditions of interest include the so-called “new” (behavioral) addictions, whose impact is difficult to evaluate, given that they are not currently classified as mental disorders in existing diagnostic taxonomies (with gambling disorder being the exception). It is difficult to establish the reasons for this growth. Rapid changes in habits related to the massive use of the internet and social media, and the global impact of the COVID-19 pandemic, have often been suggested as possible causes or determining factors worldwide. However, greater attention to mental health and successful campaigns against stigma might have helped to make psychological suffering more visible, leading to diagnosis and treatment. Even before the onset of the COVID-19 pandemic, England reacted to CMDs with a unique initiative called the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme, providing psychological and psychotherapeutic interventions to all citizens of England who required them within the National Health Service (NHS). IAPT (now called Talking Therapy for Anxiety and Depression) has been in operation for over 15 years. Several reviews, studies, and meta-analyses have evaluated its effects on mental health in England, reaching divergent conclusions. Thus, the aim of this paper is not to present another synthesis of the evidence. IAPT is relevant to this paper because the limitations of “treatment as usual” for CMDs are neither as recent as one might assume nor necessarily driven by increases in their incidence.

What are the most important mental health challenges for the next five years? What needs does the plan seek to address? A thorough reading of the document clearly highlights some of these challenges. Some general principles align with World Health Organization (WHO) statements such as “no health without mental health” and “health is not just the absence of disease”. These statements form the basis of the idea that you cannot impact on mental health without providing acceptable living conditions, including, for instance, housing and basic welfare. Other aspects are clearly described in specific chapters, including mental health during pregnancy and the postpartum period, mental health during adolescence, the transition from adolescence to adulthood, and mental health among inmates and individuals who have committed criminal offences but are ineligible for prison due to their mental status. Finally, the increasing problem of addiction and “new” addictions is extensively addressed. Although

other challenges are not explicitly stated, they have clearly influenced the document. For instance, the emphasis on early diagnosis, prevention, and treatment is, in my opinion, inspired by the following pieces of knowledge:

- a) CMD onset is common during late adolescence and early adulthood;
- b) The interval between symptom onset and the first contact with a mental health professional can be as long as a decade (P. S. Wang, Berglund, Olfson, & Kessler, 2004);
- c) The longer this interval, the poorer the prognosis.

What are the answers to these challenges? The present paper does not aim to summarize all the actions of the plan; however, the main idea is to create a multidisciplinary, integrated system involving the general practitioner (GP), the new professional known as the primary care psychologist, and several day-care, day-hospital, residential, and semi-residential structures, including the so-called *Centro di Salute Mentale* (Center for Mental Health, CSM). This is an integrated structure within the Italian NHS in which different professionals, such as psychiatrists, psychotherapists, rehabilitators, and social educators, work in équipe.

This integrated structure would provide an effective network for the prevention, early diagnosis, and stepped-care intervention for mental health issues. Moreover, the document effectively emphasises the importance of adhering to international guidelines for stepped-care interventions (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE 2009) and adopting evidence-based interventions.

### **...but with at least two old models**

The plan clearly demonstrates a strong drive to innovate and to tackle mental disorders while promoting mental well-being. However, numerous possible shortcomings remain. Here, I will analyse those embedded in the adoption of the bio-psycho-social model (see for instance, and the Italian NHS model, which has been modified but not intimately changed in the plan.

Regarding the first, it is important to underline that the bio-psycho-social model is internationally recognized as one of the most effective

models for describing health at the intersection among physical and mental states and the social environment. The plan's goal is to pursue mental health using the One Health approach. This is in line with all the updated international guidelines. However, the plan itself lacks structural actions for the "social" part of the model. While a convincing policies on housing is detailed, especially for individuals with mental health problems, too little is detailed for the social aspect of preventing mental disorders and promoting psychological well-being. In an integrated, person-centered approach to health, it is reasonable to imagine that the entire welfare system, not just the NHS, should be involved. Of note, the physical aspect of the model is slightly undermined as well. Only a few hints are dedicated to mental health in patients with chronic physical diseases and informal caregivers. The latter are becoming a relevant issue in our country, considering the increasing ageing population).

As a Professor of Clinical Psychology and boarded psychotherapist, my main concerns are related to the second "old" model. To effectively address the challenges described above, one might imagine a deep revolution in the NHS's structure, however I do not see that in the plan. Once again might correctly argue that proposing a new NHS is not the objective of the plan and that several changes are nevertheless proposed. In my view, the lack of some structural changes, not only within the NHS but also in the education of mental health professionals and in research, risks jeopardizing the effective implementation of the plan.

## **A physician-centered model**

As mentioned above, the plan is not intended to serve as a roadmap for modifying the Italian NHS. Thus, the model for promoting mental health is centered on medical doctors: the GP, as a physician, is responsible for initial diagnosis, initiating the therapeutic approach, and referring patients to other NHS structures, such as the *Case di Comunità* (Community Houses) – we will come back to these structures later – and the CSM. Typically, the CSM is held by psychiatrists who re-assess patients and define intervention strategies using a multi-professional approach. Therefore, in the CSM where more severe cases

arrive, psychiatrists decide which treatment is needed, including prescribing psychotherapy or other non-pharmacological interventions (e.g., occupational therapy, rehabilitation, etc.). Of note, in Italy, while psychiatrists are automatically considered psychotherapists upon receiving their specialization degree, most of them do not have sufficient knowledge to practice it. Psychiatrists also oversee hospital psychiatric wards for both inpatients and outpatients. To be enrolled in the NHS, both psychologists and physicians must have a specialization degree. However, with regard to mental disorders in the NHS, it seems that psychologists largely depend on psychiatrists. It is worth noting that the NHS includes psychological wards, for instance within hospitals, which typically provide care for health psychology or behavioural medicine issues. However, the biggest limitation of this model, in my opinion, is that many psychiatrists do not recognize talking therapies as effective treatments for CMDs and therefore do not prescribe them, despite the numerous proofs of evidence supporting their efficacy.

### **An ambiguous definition of severity...**

Another issue embedded in the plan is that the severity of mental disorders is ill-defined. The plan generally suggests that GPs and primary care psychologists treat low-severity cases using a stepped-care approach, which is better described as stratified care (see below). However, it does not specify what should be considered a less or more severe case. Instead, it makes a general statement that severe cases require a multi-professional approach. Is depression always severe? National and international guidelines and literature would disagree with this statement. Is drug prescription a proxy for severity? Clearly not, since the plan suggests that GPs can prescribe treatment, which in this case could only be pharmacological. In line with several pieces of literature, I think an effective way to assess severity is related to functional impairment. By using functional impairment in daily life as a measure of severity, we can clearly distinguish individuals with low-severity Major Depressive Disorders from individuals with high-severity adjustment disorders, which are generally considered less severe than other CMDs.

### **...and an ambiguous definition of disorders...**

Regarding mental health, the plan refers to various disorders, including psychological disorders (one hit in the document), psychiatric disorders (18 hits), psychic disorders (18 hits), and mental disorders (75 hits). It is unclear whether these terms are used as synonymous. Of interest, the only instance in which “psychological disorders” is mentioned pertains to the actions of the primary care psychologist, which include (among others) the “preventive, diagnostic, and early treatment of mild to moderate psychological disorders, especially in their initial phase”. Unfortunately, the specific characteristics of psychological disorders compared to mental disorders are not discussed and therefore remain unclear. International literature tends to use “psychological disorders” as a synonym for “mental disorders”. One of the most popular textbooks for clinical psychology courses, at least in Italy, edited by Kring and Johnson, is entitled “Abnormal Psychology: The Science and Treatment of Psychological Disorders”, and it describes mental disorders. Even in psychiatric journals, “psychological disorders” is used as an umbrella term for severe conditions such as post-traumatic stress disorder. Thus, in the absence of further explicit definition, should we consider that even a primary care psychologist should diagnose and treat some cases of mental disorders? Furthermore, this issue, is not only a matter of which cases (again, what should be an agreed criterion to assess severity?), but also of which treatment.

### **...contribute to an ambiguous definition of treatments**

In Italy, psychotherapy can be administered by psychologists or physicians who are also psychotherapists, meaning they have completed a four-year course at a minimum after their master degree or medical school. Currently, there are three main ways to become a psychotherapist: complete a residency in psychiatry (for physicians only), which allows the administration of psychotherapy interventions without further courses; complete a residency in psychology (for psychologists only); or complete a four-year course at a private school of psychotherapy (open to both physicians and psychologists). While the law

states that a primary care psychologist must have a master's degree in psychology, another law defining the psychological profession (*Legge 56/89*) states that only psychotherapists can perform psychotherapy. What type of intervention can psychologists administer? To answer this question, we may need to answer other questions embedded in the essence of psychological clinical intervention, such as: "What does define psychotherapy?" and "Are all the talking therapies psychotherapy?"

Once again, the international literature does not leave room for doubt. The American Psychological Association's dictionary defines psychotherapy as

"[psychotherapy is] any psychological service provided by a trained professional that primarily uses forms of communication and interaction to assess, diagnose, and treat dysfunctional emotional reactions, ways of thinking, and behaviour patterns [...]. The psychotherapist is an individual who has been professionally trained and licensed [...] to treat mental, emotional, and behavioural disorders by psychological means. They may be a clinical psychologist, psychiatrist, counsellor, social worker, or psychiatric nurse. Also called therapy; talk therapy [...]"

This definition underlines that any type of psychological service is essentially psychotherapy when a trained professional uses it to assess, diagnose, and treat abnormal psychological patterns. However, I find it relevant that the definition does not mention how the training should be, to the extent that, in several countries, social workers and nurses can administer talk therapy. I think this is the turning point of the discussion. Modern clinical psychology has developed several new ways to work with mental disorders, such as guided self-help, internet/app-based interventions, and low-intensity interventions. This is a completely different perspective compared to when psychotherapeutic interventions were shaped by masters such as Freud, Beck, Ellis, and Rogers. These new interventions often do not require long-term learning or supervision, especially when applied in a stepped-care approach within a multidisciplinary *équipe*, where professionals with less knowledge and expertise can be supervised by more experienced mentors. However, this is exactly what the plan proposes within the complex welfare network of GPs, Community Houses and CSM. Guided

self-help, also through an app or the internet, is effective for mild CMDs, and a board-certified psychotherapist is not necessary. The recent Cobra study showed that behavioural activation administered by a junior mental health professional is as effective as Cognitive Behavioural Therapy (CBT) in treating mild depression, saving costs and allowing highly trained professionals to focus on more complex cases. By contrast, every four-year course recognised by the Italian Ministry of University and Research can train psychotherapists, even if the approach is not considered evidence-based by international guidelines.

## **Toward a better-defined role for psychologists and a better plan**

To summarize, the plan provides an important effort to improve mental health in our country, bridging the expertise of many different and highly trained professionals within the framework of our NHS. Once again, it would be foolish to expect this plan to completely transform our NHS or rewrite the laws that discipline our health-care professionals. Nevertheless, for the plan to become effective, it is important to bravely expand on some aspects that are currently only sketched out and to fully implement the resulting changes in both legislation and clinical psychology.

First of all, degrees in psychology are now professional degrees. This means that upon graduation, one can join the board of psychologists, just as with any other health profession (including medicine). Licensed psychologists, after their graduation, are permitted to work with patients using their knowledge. For this reason, psychology degree programs should increasingly provide the basic skills necessary to deal with patients and clients. Within multidisciplinary équipes in a stratified/stepped-care fashion, psychologists, even without the title of psychotherapists, should treat CMDs of mild to moderate severity. They should be able to recognize patients who need more intensive or multifaceted treatment and be supported by supervision and équipe meetings. In multidisciplinary équipes, psychologists should be capable of administering simple, low-intensity interventions, such as behavioural activation interventions, and supervising guided self-help. This would save economic resources and allow for greater scalability and diffusion of psychological help throughout the population, leaving

the most severe and complicated cases to highly trained professionals.

These types of interventions should be manualized in *ad-hoc* treatment schemes (*Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale*, PDTA), which should prioritize evidence-based treatments. Primary health care psychologists should work back-to-back with GPs so that GPs do not always consider drug prescriptions as the first option.

GPs, primary health care psychologists, and Community Houses personnel should be able to recognize severe cases and refer them immediately to higher-intensity facilities, such as the CSM or a psychiatric ward. This distinguishes stepped-care, which provides everyone with a low-intensity intervention and moves them to a more intense intervention if it is not effective, from stratified care, which provides everyone with the appropriate intensity of intervention based on symptoms and symptom severity.

## Acknowledgements

I would like to thank Letizia Zurlo for proof-reading this paper.

## References

- Adisasmito, W. B., Almuhairi, S., Behraves, C. B., Bilivogui, P., Bukachi, S. A., Casas, N., . . . & Zhou, L. (2022). One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS Pathog*, 18 (6), e1010537. doi: 10.1371/journal.ppat.1010537
- Ahmed, O., Walsh, E. I., Dawel, A., Alateeq, K., Espinoza Oyarce, D. A., & Cherbuin, N. (2024). Social media use, mental health and sleep: A systematic review with meta-analyses. *J Affect Disord*, 367, 701-712. doi: 10.1016/j.jad.2024.08.193
- American Psychological Association (2008). Evidence-Based Practice in Psychology. Retrieved from <https://www.apa.org/practice/resources/evidence>
- Basile, R., Basso, S., Miccoli, S., & Reynaud, C. (2023). Ageing population in Italy: a space-time analysis. *Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica*, 77-88.
- Brody, D. J., & Hughes, J. P. (2025). Depression Prevalence in Adolescents and Adults: United States, August 2021-August 2023. *NCHS Data Brief* (527), 1. doi: 10.15620/cdc/174579
- Chaimowitz, G., Weerasekera, P., & Ravitz, P. (2021). Psychotherapy in

- Psychiatry. *Can J Psychiatry*, 66 (11), 999-1004. doi: 10.1177/07067437211040958
- Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione – Documento Finale (2022).
- Jaffe, A., Froom, J., & Galambos, N. (1994). Minor depression and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3 (12), 1081.
- Kisely, S., Scott, A., Denney, J., & Simon, G. (2006). Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes: International study. *Br J Psychiatry*, 189, 79-80. doi: 10.1192/bjp.bp.105.019869
- Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2022). *Abnormal psychology: The science and treatment of psychological disorders*: John Wiley & Sons.
- Martin, C., Iqbal, Z., Airey, N. D., & Marks, L. (2022). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) has potential but is not sufficient: How can it better meet the range of primary care mental health needs? *Br J Clin Psychol*, 61 (1), 157-174. doi: 10.1111/bjc.12314
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical psychology review*, 29 (3), 243-259.
- NICE Evidence Reviews Collection (2022). In *Further-line treatment: Depression in adults: Evidence review D*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2022.
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., . . . & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388 (10047), 871-880. doi: 10.1016/S0140-6736 (16) 31140-0
- Sanavio, E. (2022). *Una Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Retrieved from <http://digital.casalini.it/10.3280/PU2022-001002>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., . . . Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27 (1), 281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7
- Specker, P., Liddell, B. J., O'Donnell, M., Bryant, R. A., Mau, V., McMahon, T., . . . Nickerson, A. (2024). The longitudinal association between posttraumatic stress disorder, emotion dysregulation, and postmigration stressors among refugees. *Clinical Psychological Science*, 12 (1), 37-52.
- Tadmon, D., & Olfson, M. (2022). Trends in Outpatient Psychotherapy Provision by U.S. Psychiatrists: 1996–2016. *American Journal of*

- Psychiatry*, 179 (2), 110-121. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21040338%M34875872
- Tong, L., Panagiotopoulou, O.-M., Cuijpers, P., & Karyotaki, E. (2024). The effectiveness of self-guided interventions in adults with depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *eBioMedicine*, 105. doi: 10.1016/j.ebiom.2024.105208
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgadillo, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *Br J Clin Psychol*, 60 (1), 1-37. doi: 10.1111/bjc.12259
- Wang, P. S., Berglund, P. A., Olfson, M., & Kessler, R. C. (2004). Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Serv Res*, 39 (2), 393-415. doi: 10.1111/j.1475-6773.2004.00234.x
- Wang, Y., Xi, Y., Breitner-Busch, S., Padberg, F., Rachow, A., Brenner, H., . . . Peters, A. (2026). Changes in Mental Health During the COVID-19 Pandemic: An Analysis of Data From the German National Cohort (NAKO) for the Years 2014–2022. *Dtsch Arztebl Int* (Forthcoming). doi: 10.3238/arztebl.m2025.0218
- Williams, E. C., Fletcher, O. V., Frost, M. C., Harris, A. H. S., Washington, D. L., & Hoggatt, K. J. (2022). Comparison of Substance Use Disorder Diagnosis Rates From Electronic Health Record Data With Substance Use Disorder Prevalence Rates Reported in Surveys Across Sociodemographic Groups in the Veterans Health Administration. *JAMA Network Open*, 5 (6), e2219651-e2219651. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.19651
- Zimmerman, M., Balling, C., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2018). Understanding the severity of depression: which symptoms of depression are the best indicators of depression severity? *Comprehensive psychiatry*, 87, 84-88.

# Salute mentale e benessere psicologico: verso un sistema integrato tra cura, prevenzione e promozione



David Lazzari\*

Submitted: 01/04/2026

Accepted: 02/06/2026

## Riassunto

La crescente domanda di supporto psicologico nelle società contemporanee evidenzia la necessità di ripensare gli attuali sistemi di salute mentale. Questo contributo esamina le implicazioni del Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030, mettendone in luce il passaggio verso una concezione più ampia e multidimensionale della salute mentale. In tale prospettiva, il benessere psicologico è concepito non semplicemente come assenza di disturbo, ma come componente strutturale del funzionamento complessivo della persona e determinante fondamentale della salute fisica, della qualità della vita e della partecipazione sociale.

Muovendo dalle evidenze della letteratura internazionale, il contributo sostiene che gli attuali modelli di servizio – prevalentemente orientati ai disturbi gravi, alla gestione delle fasi acute e al trattamento farmacologico – risultano solo parzialmente adeguati a rispondere ai bisogni emergenti, oggi sempre più diffusi, meno riconducibili a categorie diagnostiche e profondamente radicati nei contesti della vita quotidiana. Particolare attenzione è dedicata all'“area intermedia” tra benessere e malattia mentale, nella quale si collocano molte delle forme di disagio contemporaneo e che spesso rimane priva di risposte adeguate.

Il contributo propone una prospettiva sistemica fondata sull'integrazione di due reti complementari: un sistema di cura della salute mentale, orientato

\* Benèpsys Osservatorio Benessere Psicologico e Salute, Piazza San Silvestro 8, 00187 Roma (Italy). [Presidente@benepsys.it](mailto:Presidente@benepsys.it)

alla diagnosi e al trattamento, e un più ampio sistema per il benessere psicologico, finalizzato alla prevenzione, alla promozione delle risorse personali e al sostegno nei contesti di comunità. In questa prospettiva, il benessere psicologico viene interpretato come un’“infrastruttura immateriale” che sostiene la salute, la coesione sociale e la sostenibilità economica.

Il passaggio da un modello centrato sulla malattia a un modello integrato e multilivello viene presentato come una condizione necessaria per rispondere efficacemente alle sfide del presente. Rafforzare le competenze psicologiche all’interno dei sistemi pubblici e dei contesti della vita quotidiana rappresenta pertanto non solo una priorità clinica, ma anche un investimento strategico per la resilienza e la sostenibilità delle società.

**Parole chiave:** benessere psicologico; prevenzione; promozione della salute; integrazione dei servizi.

*Mental health and psychological well-being: Towards an integrated system of care, prevention, and promotion*

## **Abstract**

The growing demand for psychological support in contemporary societies highlights the need to rethink current mental health systems. This paper examines the implications of the Italian National Action Plan for Mental Health 2025-2030, emphasizing its shift toward a broader and multidimensional conception of mental health. Within this framework, psychological well-being is conceptualized not merely as the absence of disorder, but as a structural component of overall functioning and a key determinant of physical health, quality of life, and social participation.

Drawing on international evidence, the paper argues that current service models – largely focused on severe disorders, acute care, and pharmacological treatment – are only partially adequate to address emerging needs, which are increasingly widespread, less categorical, and deeply embedded in everyday life contexts. Particular attention is given to the “intermediate area” between well-being and mental illness, where many forms of contemporary distress arise and often remain insufficiently addressed.

The paper proposes a systemic perspective based on the integration of two complementary networks: a mental health care system focused on diagnosis and treatment, and a broader psychological well-being system aimed at prevention, promotion of personal resources, and support within community settings. In this view, psychological well-being is framed as an

“intangible infrastructure” underpinning health, social cohesion, and economic sustainability.

The transition from an illness-centered to a multi-level, integrated model is presented as a necessary step to respond effectively to current challenges. Strengthening psychological competencies within public systems and everyday contexts is therefore not only a clinical priority, but also a strategic investment in the resilience and sustainability of societies.

**Keywords:** Psychological well-being; prevention; health promotion; service integration.

Il recente Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 rappresenta un passaggio significativo nel quadro delle politiche sanitarie del nostro Paese. Non solo per l’attenzione rinnovata a un ambito da tempo caratterizzato da criticità strutturali, ma soprattutto per il tentativo, esplicito, di ridefinire il perimetro stesso della salute mentale.

Nel documento si afferma chiaramente che la salute mentale non può essere ridotta alla sola assenza di malattia, ma comprende il benessere psicologico, emotivo e sociale, la qualità delle relazioni, la capacità di sviluppare le proprie risorse e di affrontare le sfide della vita. Questa impostazione è coerente con le indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, che da tempo propone una visione multidimensionale della salute mentale e sottolinea la necessità di interventi integrati lungo tutto l’arco della vita (World Health Organization, 2013; 2021).

Si tratta di un passaggio culturale importante, che segna un’evoluzione rispetto a modelli più restrittivi e apre a una concezione più ampia e articolata della salute. Tuttavia, proprio a partire da questa apertura, emerge una questione cruciale: *quanto questo cambiamento di paradigma è oggi effettivamente tradotto nell’organizzazione e nel funzionamento dei servizi?*

## Tra evoluzione dei bisogni e rigidità dell’offerta

Negli ultimi anni si è assistito a una crescita significativa e diffusa della domanda di supporto psicologico. Tale crescita non riguarda

esclusivamente i disturbi psichiatrici in senso stretto, ma interessa una gamma molto ampia di condizioni: difficoltà emotive, stati di stress prolungato, problematiche relazionali, vissuti di disorientamento, perdita di senso, fatica nel sostenere le richieste della vita quotidiana.

Questa trasformazione è stata ampiamente documentata a livello internazionale. I problemi di salute mentale rappresentano oggi una delle principali cause di disabilità e hanno un impatto rilevante sui sistemi sanitari, sociali ed economici (OECD, 2021; WHO & ILO, 2022; World Economic Forum, 2024). Parallelamente, si osserva una crescente consapevolezza da parte della popolazione circa l'importanza del benessere psicologico come componente essenziale della qualità della vita.

Un ulteriore elemento, oggi sempre più documentato, riguarda il ruolo del benessere psicologico come fattore determinante della salute complessiva. Numerose evidenze mostrano come una condizione di scarso benessere psicologico non rappresenti soltanto un esito del disagio o della malattia, ma costituisca essa stessa una condizione di rischio significativa, associata a un aumento dell'incidenza di patologie croniche, a una minore aspettativa di vita e a un peggioramento degli esiti di salute (Ryff & Singer, 1998; Steptoe, Deaton, & Stone, 2015; Trudel-Fitzgerald *et al.*, 2019).

In questa prospettiva, il benessere psicologico assume una funzione che può essere definita strutturale: non è solo una dimensione soggettiva o accessoria, ma un fattore che contribuisce direttamente alla regolazione dei processi biologici, comportamentali e relazionali che sostengono la salute. Le ricerche in ambito psiconeuroendocrinoimmunologico hanno evidenziato come condizioni di stress prolungato e di disagio psicologico incidano sui sistemi neuroendocrini e immunitari, contribuendo allo sviluppo e al mantenimento di numerose patologie (McEwen, 1998; Slavich & Irwin, 2014; Bottaccioli & Bottaccioli, 2017).

Questa evidenza ha implicazioni rilevanti anche sul piano economico e sociale. Il deterioramento del benessere psicologico si associa infatti a costi elevati in termini di spesa sanitaria, perdita di produttività, assenteismo e riduzione della partecipazione sociale (OECD, 2021). Ne deriva che il benessere psicologico non può essere considerato solo come esito delle politiche di salute, ma deve essere riconosciuto come determinante primario, con effetti diretti sulla sostenibilità dei sistemi sanitari e sulla tenuta complessiva delle società.

In Italia, il PANSM stesso evidenzia un divario persistente tra domanda e offerta, con una quota significativa di persone che non accede ai servizi o vi accede in modo tardivo. Questo dato non riguarda soltanto la disponibilità di risorse, ma riflette anche una difficoltà strutturale del sistema a intercettare e gestire forme di disagio che non rientrano pienamente nei quadri diagnostici tradizionali.

A fronte di questa evoluzione, l'organizzazione dei servizi appare ancora in larga parte centrata su un modello orientato: a) alla gestione dei disturbi più gravi, b) all'intervento nelle fasi acute, c) a una prevalenza di approcci di tipo farmacologico.

Questo assetto, pur fondato su esigenze cliniche reali e imprescindibili, risulta oggi parziale rispetto alla configurazione dei bisogni emergenti, che sono sempre più diffusi, meno categoriali e profondamente intrecciati con i contesti di vita.

## **Una distinzione necessaria: salute mentale e benessere psicologico**

Per comprendere questa tensione non è sufficiente invocare un generico potenziamento dei servizi. È necessario introdurre una distinzione concettuale e operativa più precisa: salute mentale e benessere psicologico rappresentano due dimensioni strettamente interconnesse, ma non sovrapponibili.

La salute mentale, così come storicamente organizzata nei servizi, è prevalentemente orientata alla diagnosi e al trattamento dei disturbi. Il benessere psicologico riguarda invece il funzionamento complessivo della persona: la regolazione emotiva, la capacità di adattamento, la qualità delle relazioni, il senso di coerenza e di direzione dell'esperienza (Ryff, 1989; Keyes, 2002).

In questa prospettiva, è importante sottolineare come il benessere psicologico non sia semplicemente una dimensione opposta alla malattia, ma una componente positiva e autonoma del funzionamento umano. L'assenza di disturbo non coincide con la presenza di benessere, così come la presenza di benessere può svolgere una funzione protettiva rispetto allo sviluppo di condizioni psicopatologiche (Keyes, 2002).

Questo implica un cambiamento di sguardo: non si tratta soltanto di ridurre il disagio, ma di promuovere attivamente condizioni di

funzionamento che rendano le persone più capaci di affrontare le richieste della vita, mantenere relazioni significative e sviluppare un senso di direzione e coerenza. In questo senso, il benessere psicologico rappresenta una risorsa fondamentale non solo per la salute mentale, ma per la qualità della vita nel suo complesso (Lazzari, 2025).

Questa distinzione non implica una separazione, ma consente di evitare una riduzione del campo. Quando l'intero sistema viene organizzato a partire dalla malattia, tutto ciò che non rientra in una definizione clinica tende a essere intercettato tardivamente o a rimanere ai margini. In questa prospettiva, la psichiatria rappresenta una componente essenziale del sistema, ma non può esaurirlo.

### **L'area intermedia: il cuore del disagio contemporaneo**

Una delle criticità più rilevanti riguarda l'ampia area che si colloca tra benessere e malattia conclamata. È in questa zona che si concentrano molte delle forme di disagio tipiche della contemporaneità: difficoltà di regolazione emotiva, stati di stress cronico, fragilità relazionali, vissuti di inadeguatezza, perdita di senso.

Queste condizioni non sempre configurano un disturbo in senso clinico, ma rappresentano fattori di vulnerabilità significativi. Se non intercettate, possono evolvere verso forme più strutturate di sofferenza psicopatologica (McEwen, 1998; Fusar-Poli *et al.*, 2021; Lazzari, 2020).

Il sistema attuale fatica a operare in questa area per diversi motivi: a) criteri di accesso ai servizi centrati sulla gravità, b) limitata presenza nei contesti di vita quotidiana, c) scarsa integrazione tra servizi sanitari, sociali ed educativi.

Ne deriva un modello prevalentemente reattivo, che interviene quando il problema è già strutturato, con conseguente riduzione dell'efficacia degli interventi e aumento del rischio di cronicizzazione.

### **Ripensare l'architettura del sistema**

Se si assume fino in fondo l'impostazione del Piano, il tema non è soltanto quello di rafforzare ciò che esiste, ma di ripensare l'archi-

tettura complessiva del sistema. Questo implica il passaggio da un modello centrato sulla malattia a un modello articolato su più livelli, capace di integrare cura, prevenzione e promozione.

In questa prospettiva, appare utile distinguere e al tempo stesso integrare due reti:

- a) la rete della salute mentale, orientata alla diagnosi, alla presa in carico e al trattamento dei disturbi;
- b) una rete diffusa di benessere psicologico, orientata alla promozione delle risorse, alla prevenzione del disagio e al sostegno nei contesti di vita.

Queste due reti non sono alternative, ma complementari. La loro integrazione consente di anticipare l'intervento, ridurre la pressione sui servizi specialistici e migliorare gli esiti complessivi (Bolier *et al.*, 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009; Lazzari, 2020; World Health Organization, 2022).

## **La dimensione di prossimità e l'infrastruttura immateriale**

La costruzione di una rete di benessere psicologico implica uno spostamento rilevante: dal luogo della cura al contesto della vita quotidiana. Ciò significa sviluppare interventi psicologici: nella scuola, nei luoghi di lavoro, nei servizi territoriali, nei contesti comunitari.

Questa impostazione è coerente con una visione della salute che supera la distinzione tradizionale tra ambito sanitario e ambito sociale, riconoscendo il ruolo dei determinanti psicologici nel modulare non solo l'insorgenza dei disturbi, ma anche la qualità della vita e il funzionamento quotidiano delle persone.

Il benessere psicologico, inteso come capacità di “stare nella vita” in modo adattivo e coerente, si configura quindi come una dimensione trasversale che incide su molteplici ambiti: salute fisica, relazioni, lavoro, partecipazione sociale.

In questa prospettiva, esso può essere considerato una vera e propria infrastruttura immateriale della salute, della società e dell'economia: un insieme di risorse psicologiche diffuse che sostengono il funzionamento degli individui e, attraverso di essi, la tenuta complessiva dei sistemi sociali.

Il rafforzamento della presenza degli psicologi nei servizi pubblici

deve essere letto in questa chiave: non come una rivendicazione professionale, ma come una condizione necessaria per rendere operativo il paradigma indicato dallo stesso PANSM e per costruire una rete capace di incidere sui determinanti profondi della salute (Engel, 1977; Bottaccioli & Bottaccioli, 2017).

## **Oltre l'emergenza: una questione di sistema**

Il rischio, in assenza di questo passaggio, è quello di rimanere intrappolati in una logica emergenziale: aumento della domanda, sovraccarico dei servizi, risposta insufficiente, ulteriore incremento del disagio.

Ma ciò che osserviamo oggi non è una somma di emergenze isolate. È l'espressione di una trasformazione più profonda del rapporto tra individuo, contesto e richieste della vita contemporanea.

In questo scenario, limitarsi a rafforzare la risposta alla malattia significa intervenire solo su una parte del problema. È necessario agire anche sui processi che precedono, accompagnano e in parte determinano il disagio.

## **Conclusioni**

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030 apre uno spazio importante. Ma perché questo spazio si traduca in cambiamento reale, è necessario un passaggio ulteriore.

Occorre riconoscere che il benessere psicologico non è un complemento della salute mentale, ma una sua componente strutturale e un determinante fondamentale della salute complessiva. E che la sua promozione richiede dispositivi, competenze e luoghi che vadano oltre quelli tradizionalmente dedicati alla cura della malattia.

In altri termini, non si tratta di scegliere tra cura e prevenzione, ma di costruire un sistema capace di tenerle insieme. Solo in questa prospettiva sarà possibile rispondere alla complessità dei bisogni attuali e sostenere, in modo stabile, la salute delle persone, la qualità della vita e la tenuta delle comunità.

## Bibliografia

- Bolier, L., *et al.* (2013). The effectiveness of positive psychology interventions: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Bottaccioli, F., & Bottaccioli, A. G. (2017). *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata*. Edra.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Fusar-Poli, P., *et al.* (2021). Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry*, 19(3), 283–284.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Lazzari, D. (2020). *La psiche tra salute e malattia: evidenze ed epidemiologia*. Edra.
- Lazzari, D. (2025). *Lo psicologo in tasca. Benessere psicologico e salute*. Sperling & Kupfer.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33–44.
- OECD (2021). *A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health*. OECD Publishing.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1–28.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487.
- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder. *Psychological Bulletin*, 140(3), 774–815.
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648.
- Trudel-Fitzgerald, C., Millstein, R. A., von Hippel, C., Howe, C. J., Tomasso, L. P., Wagner, G. R., & VanderWeele, T. J. (2019). Psychological well-being as part of the public health debate: Insights into dimensions, interventions, and policy. *BMC Public Health*, 19, 1712.
- World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013–2020*.
- World Health Organization (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030* (updated).
- World Health Organization & International Labour Organization (2022). *Mental health at work: policy brief*.
- World Health Organization (2022). *World mental health report*.
- World Economic Forum (2024). *Global Risks Report*.

# La cura della comunità, una comunità che cura.

## Note di Psicologia di Comunità sul Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale 2025-2030

Laura Migliorini\*

*Submitted: 23/02/2026*

*Accepted: 04/06/2026*

### Riassunto

Il contributo propone una riflessione critica sul Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030 alla luce della prospettiva teorico-metodologica della Psicologia di Comunità. Attraverso un'analisi di alcuni assi strategici del Piano, vengono evidenziate potenzialità e criticità in relazione ai temi dell'integrazione socio-sanitaria, della prevenzione, della partecipazione e del rafforzamento della dimensione territoriale della cura. Si sostiene che l'approccio ecologico, partecipativo e orientato all'empowerment proprio della Psicologia di Comunità possa contribuire a potenziare l'efficacia del PANSM, promuovendo una concezione della salute mentale come bene comune radicato nei contesti di vita e nelle reti sociali.

**Parole chiave:** benessere psicologico; determinanti sociali; prevenzione; integrazione socio-sanitaria; partecipazione; empowerment.

\* Professoressa Associata di Psicologia Sociale di Comunità presso l'Università degli Studi di Genova. Past President della Società Italiana di Psicologia di Comunità. C.so Podestà 2, 16128 Genova (Italy). [laura.migliorini@unige.it](mailto:laura.migliorini@unige.it)

*Rivista di Psicologia Clinica (ISSNe 1828-9363), n. 1/2026*

DOI: 10.3280/rpc1-2026oa23596

## **Abstract**

This paper offers a critical reflection on the Italian National Action Plan for Mental Health (PANSM) 2025-2030 from the theoretical and methodological perspective of Community Psychology. Through an analysis of selected strategic dimensions of the Plan, it highlights both its strengths and its critical issues with regard to social and health care integration, prevention, participation, and the strengthening of community-based mental health services. The paper argues that the ecological, participatory, and empowerment-oriented approach that characterizes Community Psychology can enhance the effectiveness of the PANSM by promoting a conception of mental health as a common good, embedded in everyday living contexts and sustained by community and social networks.

**Keywords:** psychological well-being; social determinants; prevention; social and health care integration; participation; empowerment.

## **Introduzione**

Scopo del presente contributo è proporre una riflessione critica sul Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030 alla luce della prospettiva teorico-metodologica della Psicologia di Comunità. Tale approccio, fondato su un'impostazione ecologica, partecipativa e orientata alla promozione del benessere collettivo, offre una cornice interpretativa utile per valutare e potenziare l'efficacia delle politiche pubbliche in ambito di salute mentale.

A una prima lettura, il PANSM restituisce una concezione della salute mentale ancora prevalentemente ancorata alla dimensione della patologia e del disagio. Pur riconoscendo, in diversi passaggi, l'importanza della promozione della salute e della prevenzione, tale prospettiva delineata dal PANSM, risulta tuttavia bisognosa di un ulteriore sviluppo e di una più chiara integrazione con una cultura del benessere radicata nei contesti di vita e di comunità. Al centro dell'approccio della Psicologia di Comunità alla salute mentale vi è infatti la

promozione di pratiche orientate ai contesti di vita quotidiani e agli spazi della prevenzione, superando una visione esclusivamente psicopatologica del disagio per divenire parte integrante di una più ampia cultura del benessere. Coerentemente, il PANSM definisce la salute mentale come “bene comune”, includendo il benessere psicologico, emotivo e sociale, lo sviluppo cognitivo e l’empowerment personale, elementi che consentono agli individui di sviluppare consapevolezza del proprio potenziale, autoefficacia e autodeterminazione.

Fin dalle sue origini negli Stati Uniti, la Psicologia di Comunità è stata strettamente connessa alle trasformazioni delle politiche per la salute mentale.

Negli anni Sessanta, con la *Joint Commission on Mental Illness and Mental Health* e il *Community Mental Health Centers Act*, si afferma il superamento del modello manicomiale e la promozione di servizi territoriali orientati alla prevenzione e alla cura nella comunità. Questo passaggio ha rappresentato un momento fondativo per la disciplina, sancendo l’importanza di un approccio centrato sui contesti di vita e sull’empowerment (Francescato & Tomai, 2023).

Nel tempo, la Psicologia di Comunità ha sviluppato una visione della salute come processo multilivello, che coinvolge dimensioni individuali, relazionali e sistemiche (Mannarini & Arcidiacono, 2022). Essa promuove strategie preventive universalistiche e partecipative e sostiene un’epistemologia fondata sulla co-costruzione e sulla situatività (Santinello, Canale & Prati, 2021).

In questa prospettiva, il professionista non è solo terapeuta, ma facilitatore di processi trasformativi, agente di cambiamento sociale, promotore di reti e alleanze territoriali, contribuendo così alla costruzione condivisa di contesti più inclusivi, equi e capaci di rispondere ai bisogni emergenti (Marta, Zamperini & Astori, 2021). Come evidenziato da Toscano (2023), la salute mentale può essere letta come qualità del sistema sociale e delle comunità, non esclusivamente come condizione individuale.

Il tempo intercorso tra il precedente Piano della salute Mentale (2013) e quello attuale approvato nel 2025, segna un intervallo di dodici anni tra le due principali strategie nazionali per la salute mentale in Italia. Possiamo dire che tra i due piani non siano trascorsi solo dodici anni, ma che, attraverso l’esperienza pandemica, siamo stati coinvolti in una trasformazione sociale accelerata e traumatica,

caratterizzata da radicali cambiamenti, in cui l'attenzione alla propria salute e a quella dei familiari si è riflessa sulla salute psicologica, messa a dura prova dal distanziamento sociale. Tale condizione ha accentuato l'isolamento sociale mettendo in luce il bisogno della dimensione comunitaria (Marzana *et al.*, 2022; Migliorini *et al.*, 2021). Questa complessa situazione ha evidenziato un bisogno di attenzione alla dimensione psicologica non solo rivolta agli individui, ma anche alle comunità che, da allora, fa parte del sentire sociale quale responsabilità collettiva. La pandemia ha inoltre reso evidente l'importanza di un sistema pubblico capace di operare in una logica di rete e di prossimità. La figura dello/a psicologo/a ha acquisito maggiore visibilità e legittimazione sociale, a fronte di una domanda crescente di sostegno (CNOP, 2024). Diversi enti si sono prodigati per ottenere risorse da impiegare nell'intervento psicologico, e tutto questo ha avuto un impatto sulla comunità professionale e sulle realtà territoriali. In questo scenario, il PANSM rappresenta un'opportunità per consolidare un modello di salute mentale orientato alla comunità.

Tra i punti qualificanti del Piano, secondo l'approccio di Psicologia di Comunità, vi è da sottolineare il riconoscimento della Psicologia di Assistenza primaria come servizio di prossimità. La psicologia delle cure primarie, su cui varie Regioni italiane hanno legiferato, ha l'obiettivo di intercettare in modo precoce il disagio, promuovere l'assistenza di prossimità e l'integrazione con altri servizi (Spada, Strappa & Locatelli, 2025). Lo/la Psicologo/a di Assistenza Primaria, collocato nelle Case di Comunità e/o nei Distretti Sanitari deve, secondo il PANSM, aver maturato almeno tre anni di esperienza professionale nei diversi ambiti della "psicologia della salute e di comunità". Inoltre, questo/a professionista deve essere formato/a al lavoro territoriale. Tale approccio richiede in parte un cambiamento e un ripensamento nei modelli formativi ed organizzativi, includendo il lavoro di rete che rappresenta il cardine del lavoro territoriale, per quanto riguarda sia le reti primarie sia le reti secondarie.

La Società Italiana di Psicologia di Comunità (SIPCO) ha dedicato, negli ultimi anni, diverse occasioni formative e di riflessione sul tema della Case di Comunità che, pur nelle differenze regionali dal punto di vista organizzativo e di sviluppo, possono rappresentare presidi di benessere e di raccordo territoriale dei diversi servizi e realtà locali. Tale intervento, orientato alla prossimità, si caratterizza da un'équipe

multidisciplinare che accoglie, valuta e interpreta i bisogni di cura espressi dal territorio.

A partire da tale analisi, vengono costruite risposte integrate che mirano ad attivare, coordinare e rafforzare le reti locali dei servizi socio-sanitari, garantendo ai cittadini percorsi di accesso più semplici, continui e appropriati (Procentese, 2024).

Il PANSM rappresenta un'importante opportunità, che può essere potenziata, secondo un approccio di Psicologia di Comunità, soprattutto in quattro aree:

1. Superare la separazione tra sistema sanitario, sociale, educativo ed abitativo, sintetizzata nel PANSM come integrazione socio-sanitaria.
2. Rafforzare la dimensione comunitaria della cura, promuovendo la salute mentale nei luoghi di vita delle persone.
3. Coinvolgere le persone con esperienze dirette e i loro familiari nella progettazione e valutazione dei servizi.
4. Investire nella prevenzione attraverso il lavoro di prossimità e la continuità della presa in carico, con servizi accessibili e capaci di intercettare il disagio in modo precoce.

1. Il superamento della separazione tra sistema sanitario, sociale, educativo ed abitativo è possibile attraverso la costruzione di risposte integrate e continuative nei territori. Il PANSM dedica ampio spazio all'integrazione socio-sanitaria, riconoscendone la centralità. Tuttavia, questo documento ammette esplicitamente l'assenza di condizioni strutturali e organizzative adeguate a una reale interoperabilità tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale, evidenziando una criticità e sottolineando la necessità di politiche, iniziative formative e metodologie innovative per una reale integrazione degli interventi.

La concezione ecologica della salute mentale secondo l'approccio di Comunità potrebbe aumentare l'efficacia del PANSM rafforzando l'integrazione dei servizi sanitari, sociali, educativi e culturali a livello territoriale e favorendo, inoltre, l'intersectorialità e la corresponsabilità tra enti pubblici e soggetti del terzo settore.

A tale riguardo, il piano richiede che vengano poste al centro le capacità dei territori di offrire risposte capaci di integrare la dimensione della cura con gli aspetti lavorativi e formativi, abitativi e di comunità promuovendo socialità e affettività sperimentando percorsi

integrati e personalizzati di inclusione sociale. L'inclusione sociale, lavorativa e abitativa delle persone con disturbi psichici severi richiede infatti risposte integrate e continuative, capaci di connettere dimensione clinica e sociale.

2. Rafforzare la dimensione comunitaria e territoriale della cura. Fortemente connesso con il punto precedente, il Piano prefigura le necessità di “rafforzare” e rilanciare servizi territoriali integrati, in un’ottica di “salute mentale di comunità” e di *One Mental Health*. Viene riconosciuto il ruolo delle determinanti sociali e ambientali della salute mentale, oltre a quelle biologiche e psicologiche, con un’attenzione agli aspetti sociali e culturali del contesto entro cui vive il soggetto.

La qualità dell’intervento non può essere valutata esclusivamente in termini di efficacia clinica individuale, ma anche in base al grado di connessione tra servizi, reti informali e attori territoriali. Una comunità che cura è una comunità capace di agire in modo coordinato, evitando che sia la persona a dover integrare risposte frammentate.

Fin dall’introduzione il PANSM riconosce il ruolo non solo delle determinanti individuali, ma anche di quelle sociali della salute mentale, promuove l’approccio bio-psico-sociale e si concentra sui processi di integrazione con il territorio. Le specificità dei disagi da contenere e contrastare richiamano la necessità che sia l’intera comunità a curare e che, da parte dei diversi soggetti e attori territoriali, sia ineludibile la consapevolezza e la necessità di lavorare in modo integrato. Da questo deriva la constatazione che la qualità dell’intervento è commisurata alla dimensione temporale e spaziale, nonché al grado di connessione con quanto altri hanno svolto, svolgono o svolgeranno.

3. Coinvolgere le persone con esperienze dirette e i loro familiari nella progettazione e valutazione dei servizi. Sostenere la partecipazione attiva delle comunità locali e delle persone nei processi decisionali che le riguardano rappresenta un elemento fondante dell’approccio di comunità, unitamente all’empowerment individuale e collettivo.

Il PANSM risulterebbe rafforzato dal prevedere forme di coinvolgimento sistematico di beneficiari, familiari e cittadini nei processi di co-progettazione, di monitoraggio e valutazione dei servizi. Inoltre, potrebbero essere istituiti spazi stabili di consultazione territoriale con le comunità locali.

Un ulteriore elemento che potrebbe essere valorizzato è legato alle esperienze di peer support e di autoaiuto. Questi interventi strutturati di partecipazione e di coprogettazione costituiscono risorse trasformative per i servizi, in grado di generare apprendimento organizzativo e innovazione. La costruzione di spazi stabili di consultazione territoriale favorirebbe una circolarità virtuosa tra azione, decisione e riflessione.

4. Investire nella prevenzione primaria e nella promozione della salute mentale, favorire il lavoro di prossimità e continuità della presa in carico, con servizi accessibili e capaci di intercettare il disagio in modo precoce.

In coerenza con la letteratura internazionale (OMS, 2021; 2022), il Piano richiama la necessità di un investimento massiccio nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute mentale, e richiede interventi specifici sulle determinanti sociali del disagio quali povertà, solitudine, disuguaglianze.

La Psicologia di Comunità sottolinea l'importanza di programmi preventivi universalistici e *community-based*, sviluppati in collaborazione con scuole ed enti locali. Il lavoro di prossimità e la continuità della presa in carico rappresentano condizioni essenziali per intercettare precocemente il disagio e promuovere inclusione e lotta allo stigma.

A tal riguardo, il Piano richiede che le Regioni progettino azioni e interventi preventivi e di promozione sulle tematiche attuali di rischio psicopatologico come quelle derivanti dai determinanti sociali quali povertà, povertà vitale, solitudine, psicopatologia delle relazioni affettive, stili di vita a rischio, disagio giovanile, salute mentale in carcere, prevenzione del suicidio. Richiede, inoltre, una maggiore attenzione allo “sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e la scuola” (p. 21).

Sul piano dell'intervento, il lavoro di prossimità viene considerato uno degli elementi caratterizzanti il lavoro delle organizzazioni dipartimentali che dovranno basare i loro interventi non solo sulla centralità della persona e della dimensione familiare, ma anche favorire “il reinserimento sociale e la lotta allo stigma”, “implementando dei progetti integrati di rete” (p. 24).

## Conclusioni

Il PANSM 2025-2030 rappresenta un'opportunità rilevante per ripensare la salute mentale pubblica in Italia superando l'approccio clinico-ospedaliero a favore di una prospettiva comunitaria, partecipativa e intersettoriale. La prospettiva della Psicologia di Comunità consente di leggere e accompagnare questa transizione entro una cornice ecologica e partecipativa, a condizione che vengano garantiti presupposti strutturali e culturali adeguati:

- un investimento politico, culturale ed economico continuativo nel tempo e coerente con gli obiettivi dichiarati. Nel Sistema Informativo Salute Mentale, citato nel Piano, i dati sono definiti allarmanti, per la riduzione delle strutture territoriali, del personale e delle risorse, con conseguente calo degli interventi. Tuttavia, colpisce che nell'introduzione si precisi che alle attività previste dal presente piano si provvede "nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica". Lo stesso piano prefigura diverse aree da sviluppare che difficilmente senza risorse potranno trovare piena attuazione. Si è consapevoli che i finanziamenti di per sé non rappresentino trasformazioni innovative sul piano degli interventi, ma catalizzare nuove progettazioni e co-progettazioni tra enti pubblici, terzo settore e organizzazioni di economia sociale, legate a finanziamenti mirati, promuoverebbe i processi di cambiamento auspicati dal Piano.
- Il superamento della frammentazione istituzionale, esemplificata nella necessità dell'integrazione socio-sanitaria. Tale frammentazione rimanda infatti a una vecchia concezione degli interventi che ha mostrato tutta la sua inefficienza nel rispondere a bisogni complessi, sempre più interrelati tra loro, e in cui si rispecchia l'attuale frammentazione sociale.
- La promozione di alleanze territoriali e coalizioni trasformatrici che nascono dal territorio per promuovere cambiamenti sociali significativi. Si tratta di processi partecipativi in cui diversi soggetti condividono la lettura dei bisogni locali, si definiscono obiettivi comuni orientati alla giustizia sociale e al benessere collettivo, si coordinano risorse, competenze e azioni promuovendo capacità di incidere sulle politiche e sui servizi. Tali alleanze sono trasfor-

mative in quanto non si limitano a rispondere a problemi immediati, ma mirano a modificare assetti organizzativi, pratiche istituzionali e distribuzione del potere (Prilleltensky, 2001).

- Il rafforzamento della prevenzione e della partecipazione, grazie un orientamento delle politiche e dei servizi verso interventi anticipatori e inclusivi, capaci di coinvolgere attivamente la comunità nei processi decisionali e di cura. Prevenzione e partecipazione sono strettamente connesse: la partecipazione attiva della comunità diventa essa stessa uno strumento di prevenzione, perché aumenta senso di controllo, coesione sociale e capacità collettiva di affrontare i problemi in ottica di resilienza comunitaria (Migliorini, Chiodini & Cecchini, 2021).

Promuovere la salute mentale come “bene comune” significa riconoscere che essa si costruisce nei legami, nelle reti, nei contesti di vita promuovendo empowerment e giustizia sociale. La Psicologia di Comunità offre strumenti teorici e operativi per orientare tale transizione, spostando lo sguardo dai problemi alle risorse, dalle prestazioni ai processi, integrando il benessere e la cura individuale, al benessere collettivo e alla cura della comunità.

## Bibliografia

- Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Mannarini, T., & Marta, E. (2021). *Psicologia di comunità. Vol. 1: Prospettive e concetti chiave*. FrancoAngeli.
- CNOP (2024) *Quale psicologia nel welfare? Per un approccio socio-sanitario*, Quaderni del CNOP.
- Francescato, D., & Tomai, M. (2023) *Manuale di Psicologia di Comunità, Teorie, metodi, esperienze per il benessere delle società contemporanee*. Carocci editore.
- Mannarini, T., & Arcidiacono, C. (2022). Psicologia di comunità: linee guida per una professionalità al servizio dei bisogni del singolo, delle organizzazioni e delle collettività. *Rivista di Psicologia Clinica*, 16(2), 54-59.
- Marta, E., Zamperini, A., & Astori, S. (2021). Relazioni e cambiamenti: alle origini della psicologia di comunità. In Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Mannarini, T., & Marta, E. (2021). *Psicologia di comunità. Vol. 1: Prospettive e concetti chiave*. FrancoAngeli.
- Marzana, D., Novara, C., De Piccoli, N., Cardinali, P., Migliorini, L., Di Napoli, I., Guidi, E., Fedi, A., Rollero, C., Agueli, B., Esposito, C.,

- Marta, E., Leone Florencia, G., Guazzini, A., Meringolo, P., Arcidiacono, C., & Procentese, F. (2022). Community dimensions and emotions in the era of COVID-19. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 32(3), 358-373. doi: 10.1002/casp.2560.
- Migliorini, L., Chiodini, M., & Cecchini, C. (2021). Resilienza: dalla resilienza individuale alla resilienza di comunità. In Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Mannarini, T., & Marta, E. (a cura di), *Psicologia di comunità. Vol. 2: Metodologia, ricerca e intervento*. FrancoAngeli.
- Migliorini, L., De Piccoli, N., Cardinali, P., Rollero, C., Marzana, D., Arcidiacono, C., Guidi, E., Esposito, C., Novara, C., Fedi, A., Marta, E., Guazzini, A., Meringolo, P., Monaci, M., Agueli, B., Procentese, F., & Di Napoli, I. (2021). Contextual influences on Italian university students during Covid-19 lockdown: Emotional responses, coping strategies and resilience. *Community Psychology in Global Perspective*, 7 (1), 71-87. doi: 10.1285/i24212113v7i1p71.
- OMS (2021). *Comprehensive mental health action plan*.
- OMS (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*.
- Power S.A., Zittoun T., Akkerman S., Wagoner B., Cabra M., Cornish F., Hawlina H., Heasman B., Mahendran K., Psaltis C., Rajala A., Veale A., & Gillespie A. (2023). Social Psychology of and for World-Making. *Pers Soc Psychol Rev.*, 27(4), 378-392. doi: 10.1177/10888683221145756.
- Prilleltensky, I. (2001). Value-based praxis in community psychology: Moving toward social justice and social action. *American Journal of Community Psychology*, 29(5), 747–778.
- Procentese F. (2024). La psicologia di comunità per lo sviluppo del welfare socio-sanitario. Una riflessione sulle case di Comunità, in Quaderni del CNOP, *Quale psicologia nel welfare? Per un approccio socio-sanitario*.
- Santinello, M., Canale, N., & Prati, G. (2021). Prevenzione. In Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Mannarini, T., & Marta, E. (2021). *Psicologia di comunità. Vol. 1: Prospettive e concetti chiave*. FrancoAngeli.
- Spada, M. S., Strappa, V., & Locatelli, I. (2025). Psicologia di territorio: una rete integrata per il benessere psicologico. *Psicologia della salute: quadrimestrale di psicologia e scienze della salute*, 3, 65-87.
- Toscano, A. (2023). Per una psicologia di comunità. *Il Mulino. Rivista di cultura e di politica*. <https://www.rivistailmulino.it/a/per-una-psicologia-di-comunit>

# Nuove prospettive in psicologia clinica e della salute. I Just in Time Adaptive Intervention (JITAI)



Michele Zacchilli\*, Fabio Lucidi\*

Submitted: 23/07/2026

Accepted: 02/08/2026

## Riassunto

Nonostante decenni di progressi teorici nella comprensione dei determinanti dei comportamenti di salute, tradurre questa conoscenza in un cambiamento comportamentale duraturo rimane una sfida importante. Lasciati alle proprie scelte nei contesti di vita reale, gli individui tendono frequentemente a ricadere in abitudini radicate. La domanda chiave per i professionisti della salute si sposta quindi dal *cosa* determina il comportamento al *quando* sia il momento migliore per intervenire. In questa cornice, le nuove tecnologie consentono il monitoraggio in tempo reale del comportamento nei contesti naturali, e i Just-In-Time Adaptive Interventions (JITAI) rappresentano una soluzione promettente. I JITAI sono sistemi tecnologici che adattano il tipo, la tempistica e l'intensità del supporto in base al mutevole stato interno e contestuale dell'individuo, erogando l'aiuto esattamente quando la ricettività è massima o la vulnerabilità è più elevata. Inoltre, grazie ad approcci di machine learning, i JITAI possono adattarsi attivamente alle differenze e alle preferenze individuali, fornendo progressivamente il supporto più persona-

\* Department of Social and Developmental Psychology, University of Rome "La Sapienza".

**Corresponding Author:** Michele Zacchilli, Dipartimento di Psicologia Sociale e dello Sviluppo, Sapienza Università di Roma, Via dei Marsi 78, 00185 Roma (Italy). [michele.zacchilli@uniroma1.it](mailto:michele.zacchilli@uniroma1.it)

*Rivista di Psicologia Clinica (ISSNe 1828-9363)*, n. 1/2026  
DOI: 10.3280/rpc1-2026oa23597

51

lizzato. Tuttavia, la raccolta continua di dati comportamentali e fisiologici sensibili, in tempo reale, solleva anche importanti sfide di privacy e sicurezza dei dati, che devono essere affrontate con attenzione. Il presente contributo illustra l'architettura dei JITAI e presenta le evidenze relative alle loro applicazioni e alla loro efficacia, offrendo ai professionisti della salute gli strumenti per comprendere questa tecnologia innovativa.

**Parole chiave:** Just in Time Adaptive Intervention; psicologia della salute; nuove tecnologie Ecological Momentary Assessment.

*New perspective in Clinical and Health psychology: the JITAI case*

## **Abstract**

Despite decades of theoretical advances in understanding the determinants of health behavior, translating this knowledge into sustained behavior change remains a major challenge. When left to their own choices in real-world settings, individuals frequently revert to entrenched habits. The key question for health professionals is therefore shifting from *what* drives behavior to *when* is the best moment to intervene. In this framework, new technologies enable the real-time monitoring of behavior in natural settings, and Just-In-Time Adaptive Interventions (JITAI) represent a promising solution. JITAI are technology-based systems that adjust the type, timing, and intensity of support according to an individual's changing internal and contextual state, delivering help precisely when receptivity is highest or vulnerability greatest. Moreover, through machine learning approaches, JITAI can actively adapt to individual differences and preferences, progressively providing the best tailored support. However, the continuous collection of sensitive, real-time behavioral and physiological data also raises important privacy and data-security challenges that must be carefully addressed. The present paper explains the JITAI architecture and illustrates evidence of its applications and effectiveness, offering health professionals the tools to understand this innovative technology.

**Keywords:** Just in Time Adaptive Intervention; health psychology; new technologies; Ecological Momentary Assessment.

## Introduzione

A livello globale, le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), che comprendono le patologie cardio-cerebrovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche e il diabete mellito, rappresentano oggi la principale causa di morte, essendo responsabili di circa il 70% dei decessi. In Europa, si stima che quasi il 60% del carico di malattia derivi da una combinazione di fattori comportamentali e determinanti ambientali, sociali ed economiche (WHO, 2022). L'impatto delle MCNT non si misura solo in termini di mortalità, ma anche in termini di qualità della vita e di sostenibilità economica dei sistemi sanitari: secondo l'OCSE, in assenza delle MCNT la spesa sanitaria nell'Unione Europea sarebbe di circa il 40% più bassa nell'arco dei prossimi venticinque anni (OECD, 2026). L'impatto sulla qualità della vita si riflette anche in Italia dove, a fronte di un'aspettativa di vita elevata (81.4 anni per gli uomini e 85.5 per le donne nel 2024; ISTAT, 2024), circa vent'anni vengono mediamente vissuti in condizioni di fragilità, disabilità o patologia cronica, con un peso assistenziale ed economico per il Sistema Sanitario Nazionale notevole e che rischia di diventare progressivamente crescente (Ministero della Salute, 2025). Infatti, le proiezioni OCSE stimano al 2050 un aumento del 28% dei casi di MCNT e una crescita della spesa sanitaria pro capite ad esse collegata fino al +65% (OECD, 2026). A fronte di questo, però, i paesi europei destinano in media solo il 3.7% del budget sanitario alla prevenzione, anche se, va riconosciuto, l'Italia si pone tra i capifila, con il 4.7% (Eurostat, 2024).

A differenza delle altre determinanti della salute di natura ambientale, sociale ed economica, sulle quali agire richiede un intervento sistemico complesso, i principali fattori di rischio delle MCNT sono di natura comportamentale e, teoricamente, più facilmente modificabili. A tal proposito, orientare politiche future su un approccio maggiormente preventivo, basato sull'adozione di stili di vita sani, potrebbe portare grandi vantaggi. Lo stesso neo-nato Piano Nazionale di Prevenzione 2026-2031 del Ministero della Salute (2025) afferma esplicitamente come la promozione di stili di vita sani, con interventi già a partire dalle scuole e in maniera continuativa nel corso della vita, è uno degli obiettivi primari. Tuttavia, sebbene per decenni la ricerca psicologica abbia prodotto una mappa dettagliata dei determinanti del

comportamento (Albarracín *et al.*, 2024) e gli psicologi si siano dimostrati ben capaci di identificare le determinanti dei cambiamenti, l'identificazione di interventi che realmente riescano a produrre cambiamenti rilevanti, sostenibili e sostenuti, è un aspetto che sfugge alla programmazione (Kwasnicka *et al.*, 2016). Infatti, la traduzione di questa conoscenza in un effettivo intervento di modifica comportamentale resta limitata: trasformare un'intenzione in un comportamento concreto rimane una delle sfide più difficili che gli interventi complessivi devono affrontare, aggravata dal fatto che, nei contesti ecologici e lasciati alle proprie scelte, gli individui tendono a ricadere in abitudini radicate (Gardner *et al.*, 2023; Hagger *et al.*, 2023; Hagger & Hamilton, 2024; Wood, 2024). Per far fronte a questi limiti, recentemente sta prendendo piede l'idea che ciò che manca non è tanto la teoria, ma il *tempismo* (Gullapalli *et al.*, 2026). Il problema non è più tanto il sapere cosa determina il comportamento, (elemento, tra l'altro, fortemente influenzato da grandi differenze individuali), ma piuttosto l'intervenire nel momento giusto. Il cambio di paradigma dovrà coincidere con un cambio di interrogativi: il *cosa* deve lasciare lo spazio al *quando*.

### **Il limite dei modelli tradizionali: costi, logistica e la fatica di sostenere il cambiamento**

Il paradosso della promozione della salute è che la conoscenza empirica e teorica dei comportamenti non si è sempre tradotta in un'analoga capacità di produrre cambiamenti duraturi. Trasformare un'intenzione in un comportamento effettivo resta uno degli ostacoli più difficili da superare, tanto che la letteratura ha coniato l'espressione *intention-behaviour gap* per descrivere lo scarto sistematico tra ciò che le persone si propongono di fare e ciò che effettivamente fanno (Conner & Norman, 2022). Nei contesti ecologici della vita quotidiana, gli individui tendono a ricadere in abitudini consolidate che, per definizione, sono automatiche, insensibili agli scopi e attivate da segnali contestuali ricorrenti (Gardner *et al.*, 2023; Kwasnicka *et al.*, 2016).

Nonostante queste difficoltà, i modelli tradizionali di intervento (e.g., counseling individuale, health coaching, programmi strutturati di gruppo) hanno mostrato reale efficacia nei contesti di promozione della salute (Bevilacqua *et al.*, 2020; James *et al.*, 2016; Meyer-

Schwickerath *et al.*, 2022). Purtroppo, questi modelli scontano tre limiti strutturali che ne ostacolano la diffusione su larga scala. Il primo è il *costo*: un supporto qualificato e continuativo richiede professionisti formati, con un rapporto operatore-utente che difficilmente regge il confronto con la dimensione di popolazione del problema. Il secondo limite è *culturale e organizzativo*: in molti sistemi sanitari manca ancora una vera cultura e una vera infrastruttura dell'health coaching integrato nei percorsi di cura, con la conseguenza che il supporto al cambiamento comportamentale resta episodico, frammentato e difficile da sostenere nel tempo. Il terzo è la *logistica*: gli incontri avvengono in tempi e luoghi predefiniti, con la possibilità di essere distanti dai momenti in cui il rischio di ricaduta è massimo. Per esempio, un fumatore può ricevere validi consigli in ambulatorio, ma la tentazione poi lo coglie nel parcheggio dell'ufficio dopo una riunione stressante; una persona sedentaria può pianificare di allenarsi ad uno specifico orario, ma poi può sopraggiungere una distrazione o un contrattempo e la finestra di reale disponibilità passa inosservata.

Il terzo limite identifica un aspetto di primaria importanza già presentato e illustra come il tempismo sia un elemento di grande rilevanza. A fronte di un costo alto e una resistenza strutturale al cambiamento dei contesti di cura, gli interventi tradizionali erogano un supporto di alta qualità, ma spesso nel momento sbagliato: troppo presto o troppo tardi rispetto alla finestra critica in cui la persona è più vulnerabile alla ricaduta o, all'opposto, più aperta al cambiamento. È esattamente in un terreno come questo, dove servirebbe una capillarità maggiore nell'identificare i momenti e i contesti giusti di intervento, che le tecnologie digitali hanno aperto una possibilità nuova.

## **Le tecnologie digitali come strumenti di monitoraggio ecologico**

Il primo contributo decisivo delle tecnologie digitali alla scienza del cambiamento comportamentale non è stato l'intervento, ma il *monitoraggio* (Long *et al.*, 2022). La diffusione capillare degli smartphone e, successivamente, dei sensori indossabili ha reso possibile osservare diversi comportamenti e i loro antecedenti nel contesto naturale in cui si manifestano, superando i limiti delle misure retrospettive raccolte in laboratorio o in ambulatorio.

Due innovazioni hanno avuto un ruolo centrale. La prima innovazione è l'*Ecological Momentary Assessment* (EMA), che prevede la somministrazione ripetuta, nel corso della giornata, di brevi questionari che rilevano in tempo reale stati interni ed esterni. Gli EMA hanno ridotto drasticamente l'errore dovuto ai bias di memoria e hanno permesso di cogliere maggiormente la variabilità entro la persona in momenti e contesti diversi della giornata (Shiffman, Stone, & Hufford, 2008). Inoltre, gli EMA hanno anche permesso di assicurare che i fattori di stato e contestuali in cui l'individuo è immerso, che possono influenzare le risposte, possano essere presi in considerazione dalla misura. La seconda innovazione è il *sensing passivo*, che prevede, tramite dispositivi indossabili sempre meno invasivi, la registrazione continua di parametri fisiologici e comportamentali (e.g., frequenza cardiaca, accelerometria, numero di passi, qualità del sonno) senza richiedere alcuno sforzo attivo all'utente.

L'integrazione di dati auto-riferiti (i.e., EMA) e dati passivi (i.e., sensori fisiologici), arricchita da informazioni contestuali come la posizione o l'orario della registrazione, ha prodotto un cambio di paradigma: per la prima volta è diventato possibile ricostruire, quasi in tempo reale, lo stato dinamico di vulnerabilità o di opportunità di una persona. Tuttavia, per quanto accurato, il monitoraggio non permette il cambiamento di un comportamento: descrive, non interviene. Sapere, ad esempio, che un fumatore ha un picco di craving alle 15:30 in un determinato contesto è informativo, ma diventa clinicamente utile solo se quella conoscenza si traduce in un'azione di supporto erogata in quel preciso momento. È qui che si colloca il salto concettuale rappresentato dai JITAI.

## **I JITAI: dal monitoraggio all'intervento erogato nel momento giusto**

I *Just-In-Time Adaptive Interventions* (JITAI) segnano il passaggio dalla logica dell'osservazione a quella dell'azione contestuale. Un JITAI è un intervento erogato tramite tecnologia che adatta il tipo, la tempistica e l'intensità del supporto allo stato interno e contestuale mutevole dell'individuo, con l'obiettivo di intervenire esattamente nel momento in cui la persona è più ricettiva al cambiamento o più

vulnerabile alla ricaduta (Nahum-Shani *et al.*, 2018). In questo senso, il JITAI è la naturale evoluzione applicativa delle tecnologie di monitoraggio: prende i segnali provenienti da EMA, sensori e contesto e li trasforma in decisioni di intervento.

In quest'ottica, considerando la contemporanea considerazione di variabili di natura fisiologica, contestuale e comportamentale, i JITAI si prefigurano tra gli interventi veramente conformi al modello biopsicosociale della salute (Engel, 1980; Wade & Halligan, 2017).

### *L'architettura di un JITAI*

Sul piano architettonico, un JITAI si compone di sei elementi fondamentali che ne definiscono la logica di funzionamento (Nahum-Shani *et al.*, 2016, 2018).

1. *L'esito distale (distal outcome)* è l'obiettivo ultimo e di lungo termine dell'intervento, tipicamente un esito clinico primario come l'astinenza dal fumo, la riduzione del consumo di alcol o l'aumento del livello medio di attività fisica. Ha un ruolo sovraordinato: tutti gli altri cinque elementi vengono scelti e progettati in funzione dell'esito distale, che costituisce quindi la bussola dell'intera architettura.

2. *Gli esiti prossimali (proximal outcomes)* sono i traguardi a breve termine che le opzioni di intervento mirano a raggiungere e che possono essere misurati poco dopo l'erogazione del supporto per valutare se l'intervento sta andando nella direzione giusta. Sono gli anelli della catena causale attraverso cui si arriva all'esito distale, e possono assumere due forme: possono marcare l'emergere di uno stato di vulnerabilità (per esempio l'ansia dovuta ad un esame o il craving che precede una ricaduta), oppure essere misure intermedie del progresso verso l'obiettivo finale (per esempio il numero di passi giornalieri in un JITAI che punta ad aumentare l'attività fisica). Al netto dello specifico obiettivo dell'intervento, un esito prossimale condiviso trasversalmente all'aderenza e al coinvolgimento dell'utente, condizioni fondamentali per contrastare l'abbandono e la cosiddetta *intervention fatigue* (ossia il progressivo disimpegno e calo di risposta dell'utente a causa di sollecitazioni troppo frequenti o ripetitive).

3. *I punti decisionali (decision points)* sono i momenti nel tempo in cui viene presa una decisione di intervento. Possono essere a intervalli prefissati (per esempio ogni ora, in specifici luoghi quando la posizione della persona viene monitorata passivamente, o a un orario fisso come le 16:00) oppure legati a un evento (per esempio subito dopo un questionario EMA inviato in modo casuale, oppure 10 minuti dopo un prompt a cui la persona non ha risposto). È importante notare che a ogni punto decisionale non corrisponde necessariamente un intervento: se la persona non è ricettiva e ignora il prompt, la decisione può anche essere quella di non erogare nulla.

4. *Le variabili di tailoring (tailoring variables)* sono le informazioni sull'individuo usate per decidere quando e quale intervento fornire. Sono selezionate a priori su base di rilevanza teorica e possono essere raccolte tramite assessment attivi (ad esempio tramite EMA), assessment passivi (ad esempio tramite sensori fisiologici o posizioni GPS), o una combinazione dei due. Queste stesse variabili possono coincidere, in tutto o in parte, con le misure degli esiti prossimali.

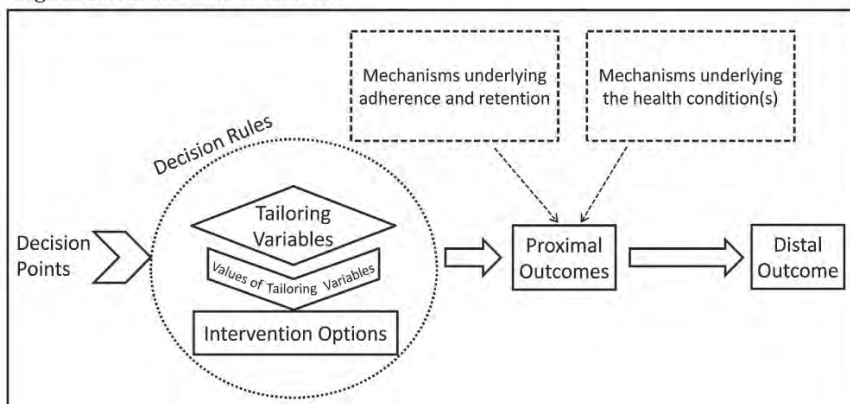
5. *Le regole decisionali (decision rules)* operazionalizzano l'intervento, legando in modo sistematico le variabili di tailoring alle opzioni di intervento e specificando quale supporto erogare, per chi e in quali condizioni. A ogni punto decisionale corrisponde una regola, tipicamente formulata come una logica "se-allora", a cui segue, sulla base dello specifico valore che la tailoring variable (values of the tailoring variables) assume, definisce il tipo di intervento (ad esempio, se il livello di stress percepito è alto, allora si proporrà un intervento di rilassamento). È l'insieme di queste regole a trasformare i dati raccolti in decisioni di supporto concrete, momento per momento.

6. *Le opzioni di intervento (intervention options)* costituiscono il repertorio di azioni possibili in ciascun punto decisionale. Possono variare per tipo di contenuto (un consiglio, un messaggio di incoraggiamento, un esercizio di regolazione emotiva), per dosaggi e per canale di erogazione. Ogni intervento viene progettato per agire sulle variabili che maggiormente impattano gli esiti prossimali e si differenzia dai tipici interventi psicologici perché mirano ad essere fruibili in modo rapido ed ecologico nella vita quotidiana. Da notare che, tra le

opzioni, rientra sempre anche quella di non intervenire. Vedi le ricerche sulle ecological momentary interventions per un approfondimento su questo tema (Balaskas *et al.*, 2021).

L'insieme coordinato di questi sei componenti rende un JITAI capace di modulare dinamicamente il supporto in funzione del bisogno mutevole della persona (vedi Figura 1).

**Figura 1.** L'architettura di un JITAI



*Nota.* Immagine presa da Nahum-Shani *et al.* (2018).

Due concetti reggono l'intera architettura: la *vulnerabilità* e la *ricettività*. Un intervento efficace deve individuare non solo i momenti di rischio (per esempio quando la persona è più esposta alla ricaduta), ma anche i momenti in cui essa è effettivamente in grado e disposta a recepire il supporto. Erogare il messaggio giusto in un momento di scarsa ricettività, perché magari la persona è occupata o indisponibile, rischia di essere inutile o addirittura controproducente, generando assuefazione e disimpegno. Una caratteristica distintiva dei JITAI è dunque un'*automazione centrata sulla persona*: ogni sollecitazione è calibrata sull'individuo per contenuto, dosaggio e tempistica, con l'obiettivo di raggiungere un buon equilibrio tra invasività dell'intervento e risultato.

Negli ultimi anni i JITAI sono passati dalla teoria alla sperimentazione applicata in molti ambiti di salute, mostrando che, a livello meta-analitico, gli interventi JITAI sono più efficaci delle controparti non-JITAI (Wang & Miller, 2020). Ad esempio, nel campo della promozione dell'attività fisica, revisioni sistematiche hanno mappato un numero crescente di interventi che utilizzano prompt contestuali per incoraggiare il movimento e ridurre la sedentarietà, evidenziandone la fattibilità e l'accettabilità, mostrando effetti di cambiamento positivi che andavano dal moderato al grande (Cotie *et al.*, 2025; Hardeman *et al.*, 2019; Wang & Miller, 2020). Un altro campo che ha visto una grande applicazione è quello dell'uso di tabacco e delle dipendenze, nel quale JITAI sono stati impiegati sia per prevenire le ricadute, sia per sostenere il percorso di recupero più in generale (Fang *et al.*, 2023; Gurumurthy *et al.*, 2026; Koike *et al.*, 2025a; Perski *et al.*, 2022). Tra le innovazioni in questo campo, si è anche mostrato come sia possibile addestrare algoritmi di apprendimento automatico, basati su machine learning applicato a dati EMA e provenienti da diversi sensori, per prevedere gli episodi di ricaduta nel fumo, informando così empiricamente sui punti decisionali e sulle variabili di tailoring di un futuro JITAI (Perski *et al.*, 2024). Infine, i JITAI sono stati applicati anche in altri campi di psicologia della salute, tra cui la gestione del diabete di tipo 2 (Keller *et al.*, 2022) o quella del peso corporeo (Forman *et al.*, 2019; Goldstein *et al.*, 2021; Koh *et al.*, 2025), di psicologia clinica, con interventi focalizzati sulla salute mentale (Morouço & Ramadas, 2026; Van Genugten *et al.*, 2025), e di psicologia organizzativa (Zhu *et al.*, 2024).

La grande proliferazione dei JITAI, in termini sia numerici che applicativi, è di per sé un indicatore del successo e dell'efficacia di questa tecnologia. Eppure, seppure detentori di un gran successo, i JITAI presentano ancora dei limiti.

### *I limiti dei JITAI di prima generazione*

Nonostante i progressi, i JITAI di prima generazione (quelli basati sul modello di Nahum-Shani *et al.* [2018], precedentemente illustrato) presentano limiti riconosciuti che ne definiscono i confini attuali

(Nahum-Shani & Murphy, 2026). In primo luogo, molti impiegano regole decisionali deterministiche e statiche le quali, una volta definite, non evolvono con la persona, risultando poco reattive ai cambiamenti che avvengono entro l'individuo nel corso del tempo. In secondo luogo, tendono ad apprendere solo correlazioni tra stati contestuali, prompt ed esiti comportamentali, senza stimare i reali effetti causali dell'intervento. In terzo luogo (ed è forse il limite più rilevante in prospettiva) la maggior parte dei modelli adotta una logica "taglia unica" che trascura parte delle differenze interindividuali nella responsività sensoriale e nella suscettibilità ambientale. Da questi limiti nasce la spinta verso la personalizzazione.

### **La frontiera successiva: i JITAI personalizzati (pJITAI)**

Se i JITAI hanno in parte risolto il problema del *quando* intervenire, l'ulteriore sfida aperta è "*come e per chi*": come adattare non solo il momento, ma l'intera logica dell'intervento alle caratteristiche uniche e mutevoli di ciascun individuo. È questa la promessa dei *JITAI personalizzati* (pJITAI), la generazione più recente e ancora poco esplorata di questi sistemi (Nahum-Shani & Murphy, 2026).

La differenza fondamentale tra un JITAI tradizionale e un pJITAI risiede nel modo in cui vengono prese le decisioni. I pJITAI impiegano intelligenza artificiale e apprendimento automatico per analizzare in modo continuo i dati accumulati del singolo partecipante, individuando la tempistica e le opzioni di intervento ottimali per il suo specifico profilo di coinvolgimento e responsività (Nahum-Shani & Murphy, 2026; Trella *et al.*, 2022). In sostanza, un pJITAI valuta costantemente se le proprie regole decisionali stanno funzionando e le aggiorna di conseguenza, sostituendo regole deterministiche con regole stocastiche guidate dall'apprendimento. L'approccio più promettente in questo ambito è il reinforcement learning (Trella *et al.*, 2022), in cui l'algoritmo affina progressivamente la propria politica di intervento massimizzando gli esiti desiderati sulla base del feedback ricevuto, in un ciclo che rispecchia, sul piano computazionale, il loop di retroazione tra comportamento e suoi predittori che molti modelli teorici di cambiamento comportamentale ipotizzano (Hagger & Hamilton, 2025; Michie *et al.*, 2011; Teixeira *et al.*, 2020).

Questo spostamento da un sistema che applica regole fisse a un sistema che impara dalla persona trasforma la natura stessa dell'intervento. Il pJITAI non è più uno strumento statico configurato una volta per tutte, ma un partner adattivo che evolve insieme all'individuo, correggendo il tiro man mano che ne conosce meglio i ritmi, le vulnerabilità e le preferenze. Idealmente, rappresenta la versione digitale e scalabile di ciò che un eccellente health coach farebbe intuitivamente: modulare il proprio approccio sulla base della risposta della singola persona.

### *Sfide aperte*

La personalizzazione tramite apprendimento automatico non è priva di ostacoli. Vi sono innanzitutto sfide metodologiche e statistiche. Infatti, gli algoritmi individuali richiedono una grande quantità di dati per persona per poter stimare modelli complessi, e non tutti gli utenti generano dati adeguati. Infatti, come già accennato, un'altra grande sfida aperta è rappresentata dalla compliance nei confronti dei JITAI e dallo sviluppo di interventi che riducano l'intrusività nella vita di tutti i giorni (Koike *et al.*, 2025). Una possibile soluzione, ancora in fase di validazione, potrebbe essere l'applicazione di modelli ibridi, che combinano informazioni inferite dal gruppo e dall'individuo, utilizzando entrambe le informazioni per guidare le scelte (Perski *et al.*, 2024). Infine, resta la fondamentale sfida della trasparenza e della sicurezza dei dati: molte innovazioni tecnologiche attuali nel campo della psicologia (ma non solo) mirano all'aumento della propria capacità descrittiva e predittiva di un fenomeno tramite un processo di ricca profilazione delle caratteristiche degli individui. Garantire rispetto e privacy delle numerose informazioni raccolte, a maggior ragione quando vedono diversi metodi di raccolta dati (EMA, questionari classici, sensori), e l'applicazione di modelli di ragionamento automatizzati, diventa una priorità per chiunque voglia fare ricerca (Kotz *et al.*, 2016).

Il superamento di queste prospettive è la condizione base perché la promessa dei pJITAI si traduca in un beneficio di salute pubblica reale e diffuso.

## Conclusioni e prospettive

La traiettoria qui ripercorsa racconta un progressivo avvicinamento tra la conoscenza dei determinanti del comportamento e la capacità di agire su di essi nel momento giusto. Si è partiti da un grande obiettivo di salute pubblica (ridurre le MCNT e promuovere modelli di promozione della salute) e dalla constatazione che i modelli tradizionali di intervento, per quanto validi, faticavano a sostenere il cambiamento a causa dei costi, della logistica e di una cultura ancora immatura dell'health coaching. Contestualmente, le tecnologie digitali hanno introdotto la possibilità di monitorare il comportamento nel suo contesto reale e i JITAI hanno compiuto il salto dall'osservazione all'intervento erogato nel momento di massima vulnerabilità o ricettività. Partendo da queste premesse, i pJITAI, infine, aggiungono la dimensione dell'apprendimento continuo e della personalizzazione, superando la logica del "taglia unica" e andando verso una cura che sia il più possibile patient-centered.

Il quadro che ne emerge non è quello di una tecnologia che sostituisce la relazione di cura, ma di uno strumento che ne estende la portata, rendendo scalabile e continuo un supporto che finora era episodico e costoso. La ricerca futura dovrà consolidare l'evidenza di efficacia dei pJITAI attraverso trial rigorosi, affrontare le sfide dell'engagement e della sicurezza dei dati e, non da ultimo, estendere questi sistemi alle popolazioni finora trascurate, facendo delle differenze individuali non un limite, ma il cuore stesso della personalizzazione. È in questa direzione che si gioca la prossima frontiera della scienza del cambiamento comportamentale in salute.

## Bibliografia

- Albarracín, D., Fayaz-Farkhad, B., & Granados Samayoa, J. A. (2024). Determinants of behaviour and their efficacy as targets of behavioural change interventions. *Nature Reviews Psychology*, 3(6), 377–392. doi: 10.1038/s44159-024-00305-0
- Balaskas, A., Schueller, S. M., Cox, A. L., & Doherty, G. (2021). Ecological momentary interventions for mental health: A scoping review. *PLOS ONE*, 16(3), e0248152. doi: 10.1371/journal.pone.0248152

- Bevilacqua, R., Casaccia, S., Cortellessa, G., Astell, A., Lattanzio, F., Corsonello, A., D'Ascoli, P., Paolini, S., Di Rosa, M., Rossi, L., & Maranesi, E. (2020). Coaching Through Technology: A Systematic Review into Efficacy and Effectiveness for the Ageing Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5930. doi: 10.3390/ijerph17165930
- Conner, M., & Norman, P. (2022). Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. *Frontiers in Psychology*, 13, 923464. doi: 10.3389/fpsyg.2022.923464
- Cotie, P., Willms, A., & Liu, S. (2025). Implementation of Behavior Change Theories and Techniques for Physical Activity Just-in-Time Adaptive Interventions: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(7), 1133. doi: 10.3390/ijerph22071133
- Engel G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American journal of psychiatry*, 137(5), 535–544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535
- Eurostat. (2024). Preventive health care expenditure statistics. *Statistics Explained*. Consultato il 19 luglio 2026, da [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive\\_health\\_care\\_expenditure\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics)
- Fang, Y. E., Zhang, Z., Wang, R., Yang, B., Chen, C., Nisa, C., Tong, X., & Yan, L. L. (2023). Effectiveness of eHealth Smoking Cessation Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e45111. doi: 10.2196/45111
- Forman, E. M., Goldstein, S. P., Crochiere, R. J., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., Zhang, F., & Foster, G. D. (2019). Randomized controlled trial of OnTrack, a just-in-time adaptive intervention designed to enhance weight loss. *Translational Behavioral Medicine*, 9(6), 989–1001. doi: 10.1093/tbm/ibz137
- Gardner, B., Arden, M. A., Brown, D., Eves, F. F., Green, J., Hamilton, K., Hankonen, N., Inauen, J., Keller, J., Kwasnicka, D., Labudek, S., Marien, H., Masaryk, R., McCleary, N., Mullan, B. A., Neter, E., Orbell, S., Potthoff, S., & Lally, P. (2023). Developing habit-based health behaviour change interventions: Twenty-one questions to guide future research. *Psychology & Health*, 38(4), 518–540. doi: 10.1080/08870446.2021.2003362
- Goldstein, S. P., Zhang, F., Klasnja, P., Hoover, A., Wing, R. R., & Thomas, J. G. (2021). Optimizing a Just-in-Time Adaptive Intervention to Improve Dietary Adherence in Behavioral Obesity Treatment: Protocol for a Microrandomized Trial. *JMIR Research Protocols*, 10(12), e33568. doi: 10.2196/33568

- Gullapalli, B. T., Shetty, V., Trella, A. L., Gazi, A. H., & Murphy, S. A. (2026). Learning When to Intervene on Habitual Behaviors: A Case Study in Oral Health Care (arXiv:2607.09518). *arXiv*. doi: 10.48550/arXiv.2607.09518
- Gurumurthy, N. P., Hurley, L., Nezami, B. T., & Gottfredson O'Shea, N. (2026). Behavior change techniques in mobile health interventions promoting recovery from substances: A synthesis of reviews and meta-analyses. *DIGITAL HEALTH*, 12, 20552076261458891. doi: 10.1177/20552076261458891
- Hagger, M. S., & Hamilton, K. (2024). Longitudinal tests of the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *European Review of Social Psychology*, 35(1), 198–254. doi: 10.1080/10463283.2023.2225897
- Hagger, M. S., & Hamilton, K. (2025). Progress on theory of planned behavior research: Advances in research synthesis and agenda for future research. *Journal of Behavioral Medicine*, 48(1), 43–56. doi: 10.1007/s10865-024-00545-8
- Hagger, M. S., Hamilton, K., Phipps, D. J., Protogerou, C., Zhang, C.-Q., Girelli, L., Mallia, L., & Lucidi, F. (2023). Effects of habit and intention on behavior: Meta-analysis and test of key moderators. *Motivation Science*, 9(2), 73–94. doi: 10.1037/mot0000294
- Hardeman, W., Houghton, J., Lane, K., Jones, A., & Naughton, F. (2019). A systematic review of just-in-time adaptive interventions (JITAIs) to promote physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 31. doi: 10.1186/s12966-019-0792-7
- ISTAT. (2024). *Indicatori demografici. Anno 2024*. Istituto Nazionale di Statistica.
- James, E., Freund, M., Booth, A., Duncan, M. J., Johnson, N., Short, C. E., Wolfenden, L., Stacey, F. G., Kay-Lambkin, F., & Vandelanotte, C. (2016). Comparative efficacy of simultaneous versus sequential multiple health behavior change interventions among adults: A systematic review of randomised trials. *Preventive Medicine*, 89, 211–223. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.06.012
- Keller, R., Hartmann, S., Teepe, G. W., Lohse, K.-M., Alattas, A., Tudor Car, L., Müller-Riemenschneider, F., Von Wangenheim, F., Mair, J. L., & Kowatsch, T. (2022). Digital Behavior Change Interventions for the Prevention and Management of Type 2 Diabetes: Systematic Market Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(1), e33348. doi: 10.2196/33348
- Koh, J. Y. J., Tan, S. X., Tan, X. M., Tan, C. Y. H., Chan, S. L., Lee, J. W. K., Lim, A. Y. L., Lin, W., & Chew, H. S. J. (2025). Just-In-Time Adaptive Interventions for Weight Management Among Adults with Excess

- Body Weight: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e76625. doi: 10.2196/76625
- Koike, C., Nestor, B. A., Gelmez, P. S., Fladger, A., Shrier, L. A., & Kos-sowsky, J. (2025a). Just-in-Time Adaptive Interventions for Adolescent and Young Adult Substance Use: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health*, 77(6), 1038–1049. doi: 10.1016/j.jadohealth.2025.07.027
- Koike, C., Nestor, B. A., Gelmez, P. S., Fladger, A., Shrier, L. A., & Kos-sowsky, J. (2025b). Just-in-Time Adaptive Interventions for Adolescent and Young Adult Substance Use: A Systematic Review. *Journal of Adolescent Health*, 77(6), 1038–1049. doi: 10.1016/j.jadohealth.2025.07.027
- Kotz, D., Gunter, C. A., Kumar, S., & Weiner, J. P. (2016). Privacy and Security in Mobile Health: A Research Agenda. *Computer*, 49(6), 22–30. doi: 10.1109/MC.2016.185
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review*, 10(3), 277–296. doi: 10.1080/17437199.2016.1151372
- Long, N., Lei, Y., Peng, L., Xu, P., & Mao, P. (2022). A scoping review on monitoring mental health using smart wearable devices. *Mathematical Biosciences and Engineering*, 19(8), 7899–7919. doi: 10.3934/mbe. 2022369
- Meyer-Schwickerath, C., Morawietz, C., Baumann, F. T., Huber, G., & Wis-kemann, J. (2022). Efficacy of face-to-face behavior change counseling interventions on physical activity behavior in cancer survivors – a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 44(19), 5386–5401. doi: 10.1080/09638288.2021.1938247
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42
- Ministero della Salute. (2025). *Piano Nazionale della Prevenzione 2026–2031*. Ministero della Salute.
- Morouço, P., & Ramadas, E. (2026). Digital Physical Activity Interventions for Mental Health Promotion of and Reduction in Addictive Behaviors: Integrative Comprehensive Review with a Focus on Personalization and Implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 23(6), 703. doi: 10.3390/ijerph23060703
- Nahum-Shani, I., & Murphy, S. A. (2026). *Just-in-Time Adaptive Interventions: Where Are We Now and What Is Next?*
- Nahum-Shani, I., Hekler, E. B., & Spruijt-Metz, D. (2016). *Building health behavior models to guide the development of just-in-time adaptive interventions: A pragmatic framework*.

- Nahum-Shani, I., Smith, S. N., Spring, B. J., Collins, L. M., Witkiewitz, K., Tewari, A., & Murphy, S. A. (2018). Just-in-Time Adaptive Interventions (JITAI) in Mobile Health: Key Components and Design Principles for Ongoing Health Behavior Support. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(6), 446–462. doi: 10.1007/s12160-016-9830-8
- OECD. (2026). *The health and economic benefits of tackling non-communicable diseases (OECD Health Policy Studies)*. OECD Publishing. doi: 10.1787/e20cbbc3-en
- Perski, O., Hébert, E. T., Naughton, F., Hekler, E. B., Brown, J., & Businelle, M. S. (2022). Technology-mediated just-in-time adaptive interventions (JITAI) to reduce harmful substance use: A systematic review. *Addiction*, 117(5), 1220–1241. doi: 10.1111/add.15687
- Perski, O., Kale, D., Leppin, C., Okpako, T., Simons, D., Goldstein, S. P., Hekler, E., & Brown, J. (2024). Supervised machine learning to predict smoking lapses from Ecological Momentary Assessments and sensor data: Implications for just-in-time adaptive intervention development. *PLOS Digital Health*, 3(8), e0000594. doi: 10.1371/journal.pdig.0000594
- Teixeira, P. J., Marques, M. M., Silva, M. N., Brunet, J., Duda, J. L., Haerens, L., La Guardia, J., Lindwall, M., Lonsdale, C., Markland, D., Michie, S., Moller, A. C., Ntoumanis, N., Patrick, H., Reeve, J., Ryan, R. M., Sebire, S. J., Standage, M., Vansteenkiste, M., ... Hagger, M. S. (2020). A classification of motivation and behavior change techniques used in self-determination theory-based interventions in health contexts. *Motivation Science*, 6(4), 438–455. doi: 10.1037/mot0000172
- Trella, A. L., Zhang, K. W., Nahum-Shani, I., Shetty, V., Doshi-Velez, F., & Murphy, S. A. (2022). Designing Reinforcement Learning Algorithms for Digital Interventions: Pre-Implementation Guidelines. *Algorithms*, 15(8), 255. doi: 10.3390/a15080255
- Van Genugten, C. R., Thong, M. S. Y., Van Ballegooijen, W., Kleiboer, A. M., Spruijt-Metz, D., Smit, A. C., Sprangers, M. A. G., Terhorst, Y., & Riper, H. (2025). Beyond the current state of just-in-time adaptive interventions in mental health: A qualitative systematic review. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1460167. doi: 10.3389/fdgth.2025.1460167
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004. doi: 10.1177/0269215517709890
- Wang, L., & Miller, L. C. (2020). Just-in-the-Moment Adaptive Interventions (JITAI): A Meta-Analytical Review. *Health Communication*, 35(12), 1531–1544. doi: 10.1080/10410236.2019.1652388
- Wood, W. (2024). Habits, Goals, and Effective Behavior Change. *Current*

*Directions in Psychological Science*, 33(4), 226–232. doi: 10.1177/09637214241246480

World Health Organization (2022). *Invisible numbers: The true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*. World Health Organization.

Zhu, Z., Aitken, J. A., Dalal, R. S., & Kaplan, S. A. (2024). The Promise of Just-in-Time Adaptive Interventions for Organizational Scholarship and Practice: Conceptual Development and Research Agenda. *Organizational Research Methods*, 27(4), 543–587. doi: 10.1177/10944281231202740

# Evoluzione teorica nello studio delle emozioni: dal core affect ai modelli semiotici contemporanei



Maria Rita Serio\*

Submitted: 16/04/2026

Accepted: 08/07/2026

## Riassunto

L'esperienza emotiva rappresenta un fenomeno multidimensionale che interseca processi cognitivi, somatici e socioculturali. Il presente contributo propone un'analisi sistematica dell'evoluzione delle teorie psicologiche delle emozioni, tracciando una traiettoria dalle formulazioni classiche fino ai modelli contemporanei. Vengono esaminate criticamente tre prospettive teoriche principali: il modello dimensionale del core affect (Russell, 1980, 2003), la teoria costruttivista psicologica (Barrett, 2017) e l'approccio gerarchico delle neuroscienze affettive (Panksepp, 1998; 2014).

L'articolo esamina convergenze teoriche, divergenze epistemologiche ed evidenze empiriche a supporto di ciascun framework, evidenziando come queste prospettive abbiano progressivamente ridefinito la comprensione dell'affettività. Nella sezione conclusiva viene, inoltre, introdotto il modello della Pertinentizzazione Affettiva (APER; Salvatore *et al.*, 2024), che, prendendo le mosse dalla teoria semiotica di Valsiner (2007; 2014) concettualizza l'affettività come processo semiotico primario di costruzione di senso. L'analisi comparativa evidenzia come diverse prospettive, pur partendo da assunti epistemologici differenti, convergono nel riconoscere la natura processuale, multilivello e contestualmente situata dell'esperienza emotiva, con rilevanti implicazioni per la ricerca di base e l'intervento clinico.

\* Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento, Via di Vale-  
sio 24, 73100 Lecce (Italy). mariarita.serio@unisalento.it

*Rivista di Psicologia Clinica* (ISSNe 1828-9363), n. 1/2026  
DOI: 10.3280/rpc1-2026oa22590

69

**Parole chiave:** emozioni, affetto, neuroscienze affettive, costruttivismo psicologico, core affect, semiotica affettiva, modello Pertinentizzazione Affettiva (APER).

*Theoretical developments in the study of emotions: From core affect to contemporary semiotic models*

## Abstract

Emotional experience represents a multidimensional phenomenon that intersects cognitive, somatic, and sociocultural processes. The present contribution offers a systematic analysis of the evolution of psychological theories of emotion, tracing a trajectory from classical formulations to contemporary models. Three major theoretical perspectives are critically examined: the dimensional model of core affect (Russell, 1980, 2003), the psychological constructionist theory (Barrett, 2017), and the hierarchical approach of affective neuroscience (Panksepp, 1998, 2014).

The article explores theoretical convergences, epistemological divergences, and empirical evidence supporting each framework, highlighting how these perspectives have progressively reshaped the understanding of affectivity. In the concluding section, the model of Affective Pertinentization (APER; Salvatore *et al.*, 2024) is introduced. Building on the semiotic theory of Valsiner (2007, 2014), this model conceptualizes affectivity as a primary semiotic process in the construction of meaning.

The comparative analysis shows that, despite differing epistemological assumptions, these perspectives converge in recognizing the processual, multilevel, and contextually situated nature of emotional experience, with significant implications for both basic research and clinical practice.

**Keywords:** Emotions; affectivity, affective neuroscience, psychological constructionism; core affect; affective semiotics; Affective Pertinentization model.

## Introduzione

Lo studio scientifico delle emozioni continua a essere caratterizzato da una profonda frammentazione teorica e da disaccordi relativi all'ontologia, ai meccanismi e al ruolo funzionale dell'esperienza

emotiva. Nonostante oltre un secolo di indagine empirica e concettuale, non c'è ancora un consenso condiviso su cosa siano fondamentalmente le emozioni, su come emergano e su come si articolino con i processi cognitivi, corporei e socioculturali. Piuttosto che convergere verso un quadro unitario, la ricerca contemporanea sulle emozioni si organizza attorno a paradigmi non sempre compatibili, ciascuno dei quali privilegia specifici livelli di analisi e assunzioni epistemologiche.

Storicamente, le teorie classiche hanno concettualizzato le emozioni come stati discreti fondati su meccanismi biologici universali, enfatizzando alternativamente il feedback fisiologico periferico (James-Lange), le strutture neurali centrali (Cannon-Bard) o i processi di valutazione cognitiva (teorie dell'appraisal). Negli ultimi decenni, tali assunti sono stati progressivamente messi in discussione da modelli che riconcettualizzano l'emozione come processo piuttosto che come entità statica.

Il presente contributo esamina criticamente l'evoluzione delle teorie psicologiche delle emozioni attraverso tre prospettive che hanno significativamente influenzato la ricerca contemporanea. In primo luogo, viene analizzato il modello del core affect (Russell, 1980; 2003), che ha ridefinito l'esperienza emotiva in termini di dimensioni continue di valenza e attivazione. In secondo luogo, viene discussa la teoria delle emozioni costruite (Barrett, 2017), che propone le emozioni come categorie concettuali emergenti dall'interazione tra affettività di base, processi predittivi e contesto socio-culturale. Infine, viene esaminato l'approccio gerarchico delle neuroscienze affettive (Panksepp, 1998; 2011), che identifica sistemi emotivi primari filogeneticamente conservati.

Nella sezione conclusiva viene introdotta la prospettiva semiotico-culturale che trova i suoi punti di riferimento nella Cultural Psychology of Semiotic Dynamics elaborata da Jaan Valsiner (2007; 2014; 2018) e nel modello della Pertinentizzazione Affettiva (APER) sviluppato da Sergio Salvatore e colleghi (Salvatore, 2016; Salvatore *et al.*, 2024). Inquadrando l'affettività come funzione semiotica primaria attraverso cui il soggetto si orienta nell'esperienza, piuttosto che come emozione discreta, stato dimensionale o categoria costruita.

L'obiettivo di questo articolo è chiarire i punti di divergenza e convergenza tra i principali modelli contemporanei e avanzare una

prospettiva teorica capace di integrare le diverse dimensioni all'interno di una concezione processuale unitaria dell'esperienza emotiva.

## **Le fondazioni teoriche: dalle origini allo studio scientifico delle emozioni**

L'indagine scientifica delle emozioni presenta complessità metodologiche ed epistemologiche che hanno storicamente limitato lo sviluppo di una teoria unificata. L'assenza di una definizione condivisa del costrutto "emozione" ha contribuito a frammentare il campo di studio, nonostante il suo evidente interesse teorico e applicativo.

Sebbene la riflessione filosofica sugli stati affettivi risalga all'antichità, l'opera di Darwin (1872) segna una discontinuità paradigmatica nell'interpretazione delle emozioni. Darwin concettualizzò le manifestazioni emotive come meccanismi adattativi plasmatis dalla selezione naturale, introducendo una prospettiva funzionalista destinata a influenzare profondamente la psicologia successiva.

La formulazione teorica di James e Lange (1884) costituisce il primo tentativo sistematico di fornire una spiegazione scientifica dell'esperienza emotiva. Secondo questa prospettiva periferica, l'esperienza soggettiva dell'emozione emerge come conseguenza, piuttosto che come antecedente, delle modificazioni fisiologiche. Come articolato da James (1890), l'interpretazione cosciente delle variazioni del sistema nervoso periferico costituisce il substrato dell'esperienza emotiva: la tristezza non precede il pianto, ma ne deriva; similmente, la paura segue, piuttosto che precedere, il tremore corporeo.

La teoria James-Lange generò un dibattito scientifico significativo. Cannon (1927; 1931) formulò una critica sostanziale, proponendo una teoria centrale che localizzava l'origine delle emozioni in strutture cerebrali profonde, specificamente i nuclei ipotalamici. La teoria Cannon-Bard (Bard, 1934; Cannon, 1931) postulava che la stimolazione di regioni ipotalamiche specifiche generasse simultaneamente l'esperienza soggettiva e le manifestazioni periferiche dell'emozione. Tuttavia, le ricerche neurofisiologiche successive (Papez, 1937) rivelarono limiti significativi anche in questa formulazione. Emerse che il sistema emotivo non poteva essere circoscritto al talamo, ma coinvolgeva una rete distribuita di strutture interconnesse, includenti ipota-

lamo, sistema limbico e aree prefrontali. Inoltre, la teoria non forniva una spiegazione soddisfacente della diversità qualitativa delle esperienze emotive né del ruolo dei processi cognitivi nella loro genesi. Parallelamente alle teorie fisiologiche, si svilupparono prospettive che enfatizzavano il ruolo dell'elaborazione cognitiva. Arnold (1960) introdusse il concetto di appraisal come mediatore tra stimolo e risposta emotiva. La sua teoria della valutazione cognitiva suggerì che l'incontro con una situazione innesca spontaneamente un processo valutativo che categorizza l'evento come vantaggioso o dannoso. Tale valutazione determinerebbe sia la qualità che l'intensità dell'esperienza emotiva. Ad esempio, la gioia compare quando valutiamo qualcosa come buono e siamo spinti nella sua direzione. La rabbia si ha, invece, quando giudichiamo cattivo un evento e ne proviamo ostilità. (Arnold, 1960; Mandler, 1982; Sommers & Scioli, 1986).

Questa prospettiva anticipò sviluppi teorici successivi, particolarmente la teoria dei due fattori di Schachter e Singer (1962), che propose un modello integrativo. Secondo questa formulazione, le emozioni emergono dall'interazione tra attivazione fisiologica (arousal) e interpretazione cognitiva. Di fronte a uno stato di arousal di origine ambigua, l'individuo ricerca nell'ambiente circostante indizi contestuali che permettano di etichettare cognitivamente l'esperienza, determinando così la specificità qualitativa dell'emozione.

Le teorie dell'appraisal (Frijda, 1986; Lazarus, 1991; Roseman, 1984, 1991; Scherer, 1984; Smith & Ellsworth, 1985) condividono l'assunto fondamentale dell'inseparabilità tra processi cognitivi ed emotivi. Il processo di appraisal viene concettualizzato come valutazione preliminare che precede e orienta l'emergere dell'esperienza emotiva. Nonostante differenze negli assunti specifici, queste teorie convergono su principi fondamentali: le emozioni vengono concepite come configurazioni multicomponentiali che facilitano risposte adattive contestualmente appropriate, evidenziando l'importanza della congruenza tra aspettative individuali e caratteristiche situazionali. Diverse dimensioni di appraisal risultano condivise tra le varie formulazioni teoriche. La rilevanza indica quanto una situazione sia significativa rispetto agli obiettivi individuali. La valenza concerne la qualità edonica dell'esperienza, influenzando l'orientamento motivazionale. La verosimiglianza riguarda la congruenza tra situazione attuale ed aspettative future. La responsabilità percepita riguarda il modo in cui

l'individuo attribuisce a sé stesso un ruolo causale negli eventi e nei loro esiti. Le strategie di coping, invece, rappresentano l'insieme delle modalità cognitive, emotive e comportamentali attraverso cui l'individuo gestisce le richieste situazionali e le condizioni valutate come stressanti (Scherer, 2001; Yih *et al.*, 2020).

Queste elaborazioni teoriche hanno raffinato la formulazione originale di Schachter e Singer, specificando con maggiore precisione i tipi di valutazione coinvolti e i loro correlati emotivi. Tuttavia, mantengono l'assunto che l'interpretazione cognitiva sia costitutiva, piuttosto che accessoria, dell'esperienza emotiva.

## **Il Modello Dimensionale del core affect**

Il modello del core affect proposto da Russell (1980, 2003) rappresenta una discontinuità parziale rispetto alle teorie categoriali. Russell concettualizza l'esperienza emotiva come un continuum valutativo dimensionale, piuttosto che come insieme di categorie discrete. Il core affect viene definito «come uno stato neurofisiologico consciamente accessibile come sentimento semplice e non riflessivo che rappresenta una fusione integrata di valori edonici (piacere-dispiacere) e di attivazione (sonnolenza-attivazione)» (Russell, 2003, p. 147). Questo nucleo originario delle emozioni è stato rappresentato mediante l'utilizzo di un diagramma cartesiano (affect circumplex), in cui due assi si incrociano, rappresentando rispettivamente il grado di attivazione (o arousal) che varia dalla bassa all'alta attivazione e la valenza edonica dell'emozione che varia dal piacere al dispiacere. Secondo questo quadro di riferimento, ogni esperienza emotiva può essere localizzata in un punto specifico all'interno di questo spazio bidimensionale. Ad esempio, uno stato di elevato arousal e valenza positiva può essere interpretato come entusiasmo. Il core affect svolge una funzione informativa continua riguardo allo stato dell'organismo.

Secondo Russell (2003), noi ci troviamo sempre in un punto specifico della mappa risultante dall'incrocio di queste due coordinate. Il suo compito è quello di informarci sullo stato di benessere del nostro organismo, e conoscere la longitudine e la latitudine della nostra posizione fornisce una prima ed importante caratterizzazione della nostra fenomenologia emotiva. Lo stato affettivo non richiede un oggetto,

questo significa che si può provare uno stato affettivo anche senza che questo sia diretto a qualcosa. Lo stato affettivo è un elemento fondamentale di un episodio emozionale, questo significa che ogni episodio emozionale deve essere associato a uno stato affettivo, ma gli stati affettivi sono presenti anche in assenza di episodi emozionali prototipici. Gli stati affettivi cambiano di intensità. Quando lo stato affettivo ha una bassa intensità, solitamente, rimane sullo sfondo ed esce dalla nostra consapevolezza. Al contrario, quando l'intensità è alta, catalizza, interamente, l'attenzione del soggetto. Il fatto che non sia associato a un oggetto o non sia consapevole non significa, spiega Russell (1999), che non sia causato da qualche cosa. Le cause di uno stato affettivo possono essere diverse: dall'evento che scatena un episodio emozionale, allo stato fisiologico del soggetto, al livello generale dell'umore. Molto spesso queste cause sono sfumate e non facili da percepire e da valutare (Russell, 1999; 2003).

### *Criticità del Modello Dimensionale*

Il modello del core affect costituisce uno dei più influenti quadri teorici per comprendere le emozioni come esperienze affettive di base. Tuttavia, nonostante il suo impatto sulla ricerca psicologica, diverse criticità teoriche, metodologiche e applicative emergono in letteratura.

Alcuni studiosi hanno argomentato che la riduzione dell'esperienza emotiva a due sole dimensioni costituisca una semplificazione eccessiva, incapace di catturare la complessità e la specificità delle diverse esperienze emotive (Colombetti, 2005; Posner *et al.*, 2005). Altri hanno evidenziato che il modello non spiega adeguatamente come dal core affect emergano emozioni categorialmente distinte con le loro caratteristiche fenomenologiche, comportamentali e sociali specifiche (Scarantino, 2012).

Altri autori (Mesquita *et al.*, 2003) indicano che la stessa esperienza affettiva può essere interpretata o espressa in modi differenti in culture occidentali, suggerendo che la struttura bidimensionale del core affect possa non essere universale.

Fattori individuali quali personalità, storia emotiva e modalità di regolazione affettiva influenzano significativamente la percezione e l'esperienza delle emozioni. Tale variabilità non è completamente

catturata dal modello, che presuppone una struttura affettiva relativamente omogenea tra individui (Gross & Barrett, 2011).

Un'altra limitazione riguarda la questione della differenziazione qualitativa: emozioni come rabbia e paura, entrambe caratterizzate da alta attivazione e valenza negativa, occuperebbero posizioni identiche o molto vicine nello spazio del core affect, pur costituendo esperienze fenomenologicamente distinte.

## La teoria costruttivista di Barrett

Lisa Feldman Barrett con la teoria delle emozioni costruite propone una visione costruttivista dell'affettività (Barrett, 2017).

Barrett (2017) integra il concetto di core affect in un framework costruttivista più ampio. Secondo questa prospettiva, il core affect rappresenta uno stato neuropsicologico elementare e continuo, caratterizzato da valenza e arousal, che riflette la disponibilità di risorse metaboliche e lo stato energetico corporeo (Barrett & Simmons, 2015). La distinzione cruciale che Barrett introduce è quella tra core affect (processo affettivo basilare) ed emozioni (episodi costruiti). Le emozioni emergono quando il core affect viene categorizzato concettualmente in relazione a situazioni specifiche. Questa categorizzazione concettuale trasforma uno stato affettivo "vuoto" di significato in un'emozione specifica "piena" di significato contestuale e culturale. Le emozioni rappresenterebbero, dunque, il prodotto di un processo di concettualizzazione degli stati affettivi di base, processo che utilizza l'esperienza pregressa e la conoscenza culturale contestuale. La concettualizzazione, pertanto, rappresenta il meccanismo chiave attraverso cui i segnali affettivi indifferenziati vengono trasformati in esperienze emotive specifiche. Barrett (2017) afferma che i concetti emotivi funzionino come categorie *ad hoc*, create dinamicamente sulla base del contesto e dell'esperienza passata, piuttosto che come categorie naturali con confini ben definiti.

Lo stesso stato di core affect può essere concettualizzato come paura o rabbia a seconda del contesto e dell'apprendimento individuale (Barsalou *et al.*, 2003; Barrett, 2006; Barrett *et al.*, 2015). Barrett definisce un concetto emotivo come «una collezione di rappresentazioni incarnate distribuite nell'intero cervello che predicono cosa

sta per accadere nell'ambiente sensoriale, quale sia l'azione migliore per affrontare gli eventi imminenti, e le loro conseguenze per l'allostasi (quest'ultima è resa disponibile alla coscienza come affetto)» (Barrett, 2017, p. 73).

I concetti emotivi sono appresi attraverso l'esperienza e influenzati dal linguaggio e dalla cultura. Il linguaggio emotivo non etichetta semplicemente esperienze pre-esistenti ma contribuisce attivamente alla costruzione di tali esperienze, fornendo un sistema di categorizzazione che modella la percezione e l'interpretazione degli stati interni (Lindquist *et al.*, 2015). Questa prospettiva ha importanti implicazioni per comprendere le differenze culturali nell'esperienza emotiva: culture con lessici emotivi differenti non si limitano a nominare diversamente le stesse emozioni universali, ma costruiscono effettivamente esperienze emotive qualitativamente diverse.

### *Il cervello predittivo e la costruzione emotiva*

La teoria di Barrett si colloca nel framework più ampio della cognizione predittiva (Clark, 2013; Friston, 2010; Hohwy, 2013). Secondo questo modello, il cervello genera continuamente predizioni sullo stato interno del corpo e confronta queste predizioni con i segnali interoceptivi effettivamente ricevuti.

La definizione di cervello come “organo predittivo” è diventata importante nell'ambito delle ricerche di neuroscienze (Hohwy, 2013; Friston, 2010). Gli esseri umani, così come gli animali, conoscono ed interagiscono con l'ambiente costruendo, in una trama non semplice, quello che i sensi avvertono e quello che il cervello ha in memoria, unendo e confrontando molti dati al fine di predire il miglior comportamento per una determinata azione. Tutto questo processo avviene a livello inconscio, in un arco temporale brevissimo. Questo perché il nostro cervello ha un ruolo pro-attivo, cioè tenta di anticipare quali sono gli stimoli che provengono dall'ambiente e dal nostro corpo, senza aspettarli passivamente. In pratica, la conoscenza del mondo che abbiamo acquisito durante la nostra vita serve a creare le aspettative che, incrociandosi con gli stimoli provenienti dai sensi, vengono confermate o smentite da quanto sta accadendo. Se ne deduce che, quando i nostri sensi confermano le aspettative, agevolano di gran lunga il

lavoro dei nostri circuiti neurali, facendo economia di energia. Si pensi a quando siamo chiamati a rispondere con azioni veloci e precise ad eventi sensoriali attesi. Al contrario, quando le aspettative non sono confermate, grazie alla grande plasticità del nostro cervello, impariamo qualcosa di nuovo, aumentando, inevitabilmente, il nostro bagaglio esperienziale. Tutto questo implica che, in assenza di stimoli sensoriali, possiamo essere capaci di pensare alle percezioni, attraverso la nostra esperienza pregressa. Queste predizioni non sono altro che ipotesi prodotte dal nostro cervello che ha il compito di comprendere cosa sta accadendo intorno a noi e attivare azioni per affrontare tali situazioni.

L'emozione emerge quando questi segnali vengono categorizzati attraverso concetti emotivi appresi, in un processo che integra informazioni contestuali, mnemoniche e sensoriali.

### *Evidenze neuroscientifiche*

Un corpus significativo di evidenze neuroscientifiche supporta la prospettiva costruttivista, sfidando l'idea di "centri emotivi" specifici. La meta-analisi di Lindquist *et al.* (2012), che esaminò 91 studi fMRI e 161 studi PET relativi a rabbia, disgusto, paura, felicità e tristezza, produsse risultati rilevanti. Primo, nessuna regione cerebrale mostrava attivazione specifica e invariante per una singola categoria emotiva. Secondo, regioni tradizionalmente associate a emozioni specifiche (es., amigdala per la paura, insula per il disgusto) risultavano attivate in molteplici emozioni differenti. Terzo, le emozioni apparivano meglio caratterizzate da pattern distribuiti di attivazione neurale piuttosto che da circuiti funzionalmente dedicati. Questi risultati sfidano le assunzioni delle teorie delle emozioni di base e supportano la previsione costruttivista secondo cui le emozioni emergono dall'interazione dinamica di sistemi neurali coinvolti nella percezione interocettiva, nell'attenzione, nella memoria e nella costruzione di significato.

Ulteriore supporto proviene da studi che utilizzano approcci multivariati di pattern classification. Wager e colleghi (2015; 2018) hanno utilizzato tecniche di *machine learning* applicate a dati di neuroimaging per identificare firme neurali distribuite in grado di predire specifiche esperienze affettive. Questi studi hanno dimostrato la

possibilità di identificare pattern neurali che discriminano stati emotivi a un livello superiore al caso, ma tali firme corrispondono a configurazioni distribuite piuttosto che a regioni singole, con significativa variabilità tra diverse istanze della stessa emozione.

Nonostante il loro peso empirico, le meta-analisi e gli studi di neuroimaging a supporto della teoria costruttivista non sono esenti da limitazioni. L'elevata eterogeneità metodologica degli studi inclusi, che differiscono per paradigmi sperimentali, stimoli, criteri di categorizzazione e analisi statistiche, rappresenta una criticità significativa che richiede cautela nell'interpretazione dei risultati.

## **L'Approccio delle neuroscienze affettive: la teoria gerarchica di Panksepp**

Nel panorama contemporaneo delle teorie delle emozioni, il modello delle neuroscienze affettive sviluppato da Panksepp (1998, 2014) rappresenta uno dei tentativi più sistematici di integrare dati neurobiologici, osservazioni comportamentali e riflessione teorica sull'esperienza emotiva. A differenza degli approcci cognitivisti o costruttivisti, Panksepp propone una concezione gerarchica delle emozioni fondata sull'esistenza di sistemi affettivi primari innati, condivisi tra i mammiferi, che costituiscono la base evolutiva dell'esperienza emotiva umana. Secondo questa prospettiva, le emozioni non sono mere costruzioni cognitive, ma programmi affettivi innati, selezionati dall'evoluzione per la loro funzione adattiva. La nozione di gerarchia emotiva permette di differenziare diversi livelli di organizzazione dell'affettività, evitando sia il riduzionismo neurobiologico sia una concezione unicamente discorsiva o culturale delle emozioni.

### *I sistemi affettivi primari*

Al livello più profondo della gerarchia emotiva si collocano i sistemi affettivi primari, localizzati prevalentemente in strutture sottocorticali evolutivamente antiche. Questo livello rappresenta il substrato neurobiologico innato e filogeneticamente conservato delle emozioni (Panksepp, 1998). I circuiti che mediano i processi primari

sono evolutivamente conservati attraverso le specie di mammiferi e funzionalmente operativi dalla nascita. Panksepp identifica sette sistemi emotivi di base, ciascuno caratterizzato da specifici circuiti neurali, neurotrasmettitori e pattern comportamentali (Panksepp, 1998; Panksepp & Biven, 2012). La scelta di identificare questi sistemi con lettere maiuscole mira a evitare confusioni semantiche e sottolineare come rappresentino processi primari condivisi tra diverse specie animali, oltre specifiche modulazioni culturali o specie-specifiche.

Il sistema SEEKING costituisce il motore energetico dell'organismo, responsabile dell'esplorazione, della curiosità e della motivazione appetitiva. Un'elevata attivazione di questo sistema favorisce la spinta all'azione e il desiderio di novità (Burgdorf *et al.*, 2007; Panksepp, 1998).

Il sistema RAGE viene attivato da frustrazione o dalla percezione di ingiustizia. Dal punto di vista evolutivo, rappresenta un sistema difensivo-aggressivo che emerge quando l'individuo percepisce una minaccia alla propria integrità fisica o psicologica. Tale sistema non deve essere confuso con la violenza strumentale: genera un vissuto affettivo di collera funzionale al ristabilimento di confini e controllo sull'ambiente (Panksepp, 2010). A livello neurale coinvolge ipotalamo mediale e circuiti sottocorticali profondi. Negli studi sui roditori, Panksepp osservò che la stimolazione di alcune regioni dell'ipotalamo poteva indurre comportamenti aggressivi. Nell'essere umano, un'iperattivazione del sistema RAGE è spesso correlata a disturbi di controllo degli impulsi e problemi di regolazione emotiva (Panksepp, 1998).

Il sistema FEAR regola le risposte difensive a minacce reali o percepite e implementa comportamenti difensivi. Secondo Panksepp (1998), la paura non è una costruzione cognitiva, ma un'esperienza primaria con valore adattivo necessaria alla sopravvivenza. Coinvolge strutture come l'amigdala, l'ipotalamo e la sostanza grigia periacqueduttale. Studi condotti da LeDoux (1996) hanno esplicitato il ruolo dell'amigdala nel condizionamento della paura, confermando la modulazione di risposte difensive innate. Panksepp (1998) ha osservato come la stimolazione di specifiche aree sottocorticali possa indurre comportamenti di fuga nei roditori, indicando la presenza di un sistema neurale di base comune a più specie. In contesto clinico, l'iperattivazione del sistema FEAR è centrale nei disturbi d'ansia, nel disturbo da stress post-traumatico e nelle fobie (Panksepp *et al.*, 2014).

La teoria pankseppiana aiuta a riconoscere la paura primaria dalle elaborazioni cognitive secondarie, offrendo una lettura multilivello della patologia.

Il sistema LUST è collegato al comportamento sessuale, al desiderio e all'attrazione, svolgendo un ruolo importante nella riproduzione e nei legami di coppia. Le aree neurali coinvolte includono regioni ipotalamiche, ormoni sessuali e ossitocina. Negli esseri umani, l'attivazione di questo sistema si traduce in desiderio sessuale, motivazione all'accoppiamento e ricerca di intimità. Alterazioni ormonali o conflitti psicologici legati alla sfera sessuale possono indurre disfunzioni sessuali o problematiche nelle relazioni di coppia (Panksepp, 1998).

Il sistema CARE è alla base dei comportamenti di accudimento, attaccamento e protezione della prole. La sua attivazione è sostenuta da ormoni specifici, tra cui ossitocina e prolattina, che svolgono un ruolo centrale nel promuovere il legame affettivo e nel facilitare le condotte di accudimento. Questo sistema emerge in modo particolare nei genitori, ma anche in coloro che svolgono funzioni di supporto e cura, come professionisti dell'ambito sanitario, educativo e assistenziale. Ad esso risultano strettamente connessi processi quali empatia, compassione e condotte altruistiche. Panksepp, attraverso i suoi studi sui ratti, osservò che la stimolazione di specifiche aree cerebrali induceva risposte di protezione e cura verso i piccoli. Nell'essere umano, numerose ricerche hanno confermato il ruolo cruciale dell'ossitocina nella costruzione e nel mantenimento dei legami di attaccamento, in particolare nella relazione madre-bambino. Questo sistema supporta l'idea che la socialità non sia un costrutto puramente culturale, ma abbia radici neuroaffettive. La disregolazione del sistema CARE è stata messa in relazione con disturbi dell'attaccamento, difficoltà empatiche e alcune forme di psicopatologia relazionale.

Il sistema PANIC/GRIEF è coinvolto nei processi emotivi legati a separazione, perdita e lutto. Nei mammiferi, la rottura o l'interruzione forzata di un legame affettivo significativo determina l'attivazione di specifici circuiti neurobiologici che generano vissuti di sofferenza emotiva, tristezza profonda e disperazione, accompagnati da comportamenti orientati alla ricerca di prossimità e riconnessione con la figura di attaccamento (Panksepp, 1998; 2011). Tali risposte si manifestano attraverso espressioni comportamentali e affettive quali il pianto, la percezione soggettiva di vuoto e il bisogno di contatto relazionale.

Quando la condizione di separazione si prolunga nel tempo, l'attivazione persistente del sistema PANIC/GRIEF può favorire l'insorgenza di stati di ansia da separazione e sintomatologie depressive (Bowlby, 1980; Panksepp, 2005). In studi sperimentali condotti su modelli animali, Panksepp ha osservato che i cuccioli di ratto separati dalla madre emettono vocalizzazioni ultrasoniche specifiche, interpretate come segnali di distress affettivo. Tali vocalizzazioni tendono a ridursi in modo significativo solo in seguito al ristabilimento del contatto materno, indicando l'esistenza di un sistema neuroaffettivo innato deputato alla regolazione dei legami sociali primari (Panksepp, 1998). Nell'uomo, il coinvolgimento di circuiti simili spiega perché la separazione affettiva possa generare stati ansioso-depressivi. Questo sistema è fortemente implicato nella depressione maggiore e nel lutto patologico. La teoria pankseppiana anticipa molte ricerche contemporanee sul legame tra solitudine e sofferenza psichica, offrendo una base neuroaffettiva alla teoria dell'attaccamento.

Il sistema PLAY regola il comportamento ludico, in particolare nel gioco sociale tipico dei mammiferi durante lo sviluppo. Il gioco, secondo Panksepp, svolge una funzione importante per la maturazione dei circuiti cerebrali coinvolti nella competenza sociale, nell'autoregolazione emotiva e nello sviluppo delle capacità empatiche. Nell'essere umano, l'attività del sistema PLAY risulta particolarmente rilevante nell'infanzia, ma mantiene un ruolo significativo anche in età adulta, dove il gioco simbolico, l'umorismo e le interazioni ludiche continuano a sostenere il benessere psicologico e la flessibilità relazionale. Una carenza di esperienze ludiche durante lo sviluppo è stata associata a difficoltà nella regolazione emotiva, a rigidità comportamentali e a vulnerabilità psicopatologiche, confermando la funzione evolutiva e clinica del sistema PLAY nel mantenimento della salute mentale (Panksepp, 2005, 2012).

Le manifestazioni affettive di tipo secondario e terziario derivano da queste attivazioni primarie. Panksepp sostiene che può essere utile sul piano euristico raggruppare le emozioni complesse in famiglie di funzionalità condivise e ricostruire la relazione pre-cognitiva con i processi primari per via biochimica (Panksepp, 1998; Panksepp & Biven, 2012). In questo quadro, alcune emozioni complesse vengono interpretate come rielaborazioni cognitive di affetti di base. A titolo esemplificativo, il senso di colpa può essere inteso come forma

evolutive e cognitive elaborata dell'angoscia primaria legata alla separazione e alla perdita di legami significativi. Tale ipotesi è coerente con evidenze sperimentali che mostrano come la somministrazione di oppioidi riduca in modo marcato il distress da separazione nei modelli animali; per analogia funzionale, si può ipotizzare che i medesimi sistemi neurochimici svolgano un ruolo modulatore anche in vissuti di colpa negli esseri umani, attenuandone l'intensità soggettiva (Panksepp, 1998; 2005). Questi sistemi non sono semplici riflessi automatici, ma generano stati affettivi soggettivamente esperiti, dotati di una valenza motivazionale necessaria per la sopravvivenza e la regolazione dei legami sociali. La loro attivazione precede e orienta i processi di elaborazione cognitiva superiore. In questa prospettiva, l'affettività non è un prodotto della cognizione, ma una sua condizione possibile.

### *Processi secondari e terziari*

Il secondo livello della gerarchia è formato da processi emotivi secondari, che emergono dall'interazione tra i sistemi affettivi primari e i meccanismi di apprendimento, in particolare il condizionamento classico e operante. A questo livello, le emozioni iniziano a essere modellate dall'esperienza personale, dal contesto e dalla storia individuale di rinforzo, pur mantenendo un legame con i circuiti affettivi di base (Panksepp, 2005). Senza l'attivazione dei circuiti primari che forniscono il segnale affettivo – ovvero la valenza positiva o negativa – l'apprendimento associativo emotivo non può verificarsi. Questa dipendenza gerarchica sottolinea il ruolo fondamentale dei processi primari rispetto ai processi secondari, che estendono e modulano ma non creano *ex novo* le esperienze affettive.

Al livello più alto della gerarchia si collocano le emozioni terziarie, che coinvolgono funzioni cognitive complesse quali linguaggio, riflessione, autovalutazione e regolazione degli stati affettivi. Emozioni come senso di colpa, vergogna o orgoglio non sono considerate entità autonome, ma elaborazioni cognitive sofisticate di affetti primari e secondari (Panksepp & Biven, 2012).

Le capacità cognitive terziarie permettono agli esseri umani di esperire emozioni di complessità e sottigliezza molto maggiori rispetto

agli altri mammiferi. La possibilità di provare emozioni morali complesse e la capacità di regolare strategicamente le proprie risposte emotive attraverso ristrutturazione cognitiva sono tutte funzioni del livello terziario (Panksepp, 2011). Panksepp afferma, tuttavia, che i processi terziari non sostituiscono i livelli inferiori ma si sovrappongono a essi. Le elaborazioni cognitive possono modulare, amplificare, inibire o reinterpretare le esperienze affettive primarie, ma non possono generarle ex novo.

### *Evidenze empiriche e applicazioni cliniche*

La prospettiva gerarchica offre una cornice integrativa per comprendere la psicopatologia a molteplici livelli. La depressione maggiore può essere compresa come disregolazione complessa che coinvolge tutti e tre i livelli: ipoattivazione del sistema SEEKING (primario), bias negativi nell'apprendimento e nella memoria (secondario), e ruminazione cognitiva e pensieri disfunzionali (terziario).

Il disturbo d'ansia può essere compreso come iperattivazione o ipersensibilità del sistema FEAR, con generalizzazione eccessiva delle risposte di allarme a stimoli non minacciosi. Il disturbo di panico può riflettere una disfunzione del sistema PANIC/GRIEF, con attivazione spontanea di circuiti di angoscia da separazione in assenza di trigger reali (Panksepp & Watt, 2011).

### *Limiti e criticità*

La teoria gerarchica di Panksepp, pur rappresentando un contributo significativo delle neuroscienze affettive contemporanee, non è esente da limiti. Tali osservazioni non ne invalidano il valore esplicativo, ma ne evidenziano i confini interpretativi e le aree che richiedono ulteriori approfondimenti empirici e concettuali. Un primo limite riguarda la definizione dei costrutti affettivi. Panksepp utilizza etichette quali SEEKING, FEAR o PANIC/GRIEF per descrivere sistemi affettivi di base, ma la transizione tra questi costrutti neurobiologici e le categorie emotive linguistiche umane non è sempre chiara. Secondo Barrett (2017), l'uso di termini categoriali può implicare un presupposto

ontologico non giustificato, poiché le emozioni potrebbero non avere confini neurobiologici netti. Questa criticità sottolinea come l'etichettatura dei dati affettivi possa riflettere scelte concettuali piuttosto che corrispondenze empiriche dirette.

Un'altra critica riguarda la trasposizione delle evidenze da modelli animali all'esperienza emotiva umana. Panksepp ha effettuato ricerche basate sull'osservazione del comportamento animale e sulla stimolazione o lesione di specifiche aree cerebrali in roditori (Panksepp & Biven, 2012). Sebbene questi studi abbiano fornito informazioni preziose sui meccanismi neurobiologici, l'attribuzione di stati affettivi soggettivi analoghi a quelli umani rimane metodologicamente controversa. Le critiche principali evidenziano che la fenomenologia emotiva umana, integrata da linguaggio, autocoscienza e socialità complessa, non può essere semplicemente dedotta dai pattern comportamentali animali (LeDoux, 2012).

Un ulteriore limite riguarda la scarsa integrazione delle dimensioni culturali e semiotiche. Sebbene Panksepp riconosca che apprendimento e contesto influenzano l'espressione emotiva, il suo approccio resta centrato sulla biologia sottocorticale (Panksepp, 1998). L'esperienza emotiva è costituita non solo da attività neuronale, ma anche da processi di significazione che emergono nel dialogo con cultura e linguaggio (Salvatore, 2018; 2024).

## **Confronto critico tra prospettive teoriche**

### *Divergenze ontologiche ed epistemologiche*

Le tre prospettive divergono fondamentalmente sull'ontologia delle emozioni. Russell dissolve categorie discrete in dimensioni continue di core affect, non prendendo posizioni definite sulla realtà biologica di emozioni specifiche (Russell, 2003).

Barrett adotta una posizione costruzionista, rifiutando sia riduzionismo dimensionale che realismo delle emozioni di base (Barrett, 2017).

Panksepp sostiene una posizione realista, argomentando che i sistemi primari costituiscono tipi naturali con essenze neurobiologiche (Panksepp, 2011).

Queste differenze ontologiche si riflettono sulle concettualizzazioni dei substrati neurali. Russell identifica reti per valenza e arousal senza impegnarsi su circuiti specifici per emozioni categoriali. Barrett sfida questa specificità proponendo reti funzionali in configurazioni dinamiche. Panksepp propone circuiti neuroanatomici localizzabili per ciascun sistema primario.

Il ruolo attribuito a cognizione e cultura diverge significativamente.

Per Russell, il *core affect* è pre-riflessivo mentre la cognizione interviene nella trasformazione in emozioni (Russell, 2003). Barrett attribuisce a cognizione e cultura un ruolo costitutivo centrale: le emozioni emergono attraverso categorizzazione concettuale (Barrett, 2017).

Barrett propone dunque una visione dinamica, predittiva e non essenzialista delle emozioni. Tuttavia, senza il concetto di *core affect*, la teoria delle emozioni costruite rischierebbe di perdere il legame con l'esperienza affettiva immediata e la base somatica dell'emozione.

Panksepp minimizza il ruolo costitutivo della cognizione nelle emozioni primarie, sostenendo che i sistemi sottocorticali generano stati affettivi funzionalmente indipendenti da elaborazione cognitiva (Panksepp, 2011).

### *Convergenze tra le prospettive*

Nonostante divergenze ontologiche, emergono convergenze significative. Tutte le prospettive riconoscono la natura multicomponentiale e processuale dell'esperienza emotiva. Russell, Panksepp e Barrett convergono nel rifiutare visioni semplicistiche che riducono le emozioni a riflessi automatici, riconoscendo invece la loro complessità funzionale.

Il *core affect* di Russell costituisce un punto di contatto: rappresenta uno stato affettivo elementare nel modello dimensionale, è riconosciuto da Barrett come base su cui si costruiscono le emozioni, e trova eco nella concezione pankseppiana di stati affettivi primari generati da circuiti sottocorticali.

## **Verso una prospettiva semiotica: dalla teoria di Valsiner al Modello APER**

### *Limiti delle teorie esistenti e necessità di un nuovo framework*

Le teorie delle emozioni di base postulano l'esistenza di un numero limitato di stati emotivi discreti, biologicamente innati e universali (Ekman, 1992). Nella prospettiva neuroscientifica, Panksepp (1998) identifica sistemi affettivi primari radicati in circuiti sottocorticali. Sebbene abbiano fornito contributi rilevanti sul piano neuroscientifico, tali modelli tendono a reificare le emozioni come entità naturali discrete, trascurandone la variabilità contestuale e culturale.

Il modello del core affect (Russell, 1980, 2003) concepisce l'esperienza emotiva come variazione continua lungo dimensioni fondamentali (valenza e attivazione). Questa prospettiva riduce il problema della tassonomia emotiva ma lascia in secondo piano il processo attraverso cui l'esperienza affettiva assume significato per il soggetto. Come osservato da diversi autori, il core affect descrive la struttura dell'esperienza affettiva, ma non il processo di produzione del senso emotivo (Kuppens *et al.*, 2012).

La teoria delle emozioni costruite propone che le emozioni emergano dall'interazione tra stati affettivi di base, processi predittivi e sistemi concettuali appresi culturalmente (Barrett, 2017). In questa prospettiva, le emozioni non sono entità naturali ma categorie concettuali. Tuttavia, il modello proposto da Barrett rimane legato a una visione cognitivista della mente, in cui il significato emotivo è modellato prevalentemente da processi di categorizzazione e inferenza (Colombetti, 2014).

Un contributo decisivo per tentare di superare questi limiti potrebbe provenire dalla teoria semiotica della mente elaborata da Jaan Valsiner (2007, 2014). Valsiner, psicologo culturale e teorico dei processi di sviluppo, ha proposto una concezione della mente come sistema dinamico di produzione di segni, in cui l'affettività svolge una funzione organizzativa fondamentale. Nella sua semiotica, i processi di significazione non sono riducibili né a stati biologici innati né a categorie culturalmente apprese, ma emergono continuamente dall'interazione tra organismo, esperienza e contesto attraverso un processo che Valsiner denomina "semiosi affettiva". In questa prospettiva, i segni non sono entità statiche depositate nella memoria, ma processi dinamici e

generativi che orientano l'esperienza prima che essa assuma una forma simbolica esplicita. Il concetto valsingeriano di "ipergeneralizzazione affettiva" descrive precisamente questo meccanismo: il modo in cui una colorazione affettiva diffusa, non ancora articolata in emozioni discrete, funge da campo pre-riflessivo entro cui si organizza la regolazione soggetto-mondo (Valsiner, 2007). La mente, in questa visione, è essenzialmente una macchina semiotica che lavora sull'affetto: trasforma la vaghezza affettiva in strutture di senso via via più articolate, senza però mai esaurirne la dimensione pre-categoriale. Tale impostazione segna una discontinuità netta rispetto ai modelli cognitivisti: il significato non è il prodotto finale di un'elaborazione che parte da dati sensoriali grezzi, ma una funzione continua dell'affettività stessa.

### *Fondamenti del Modello APER: dalla semiotica di Valsiner alla pertinentizzazione affettiva*

Il Modello APER (Affective Pertinentization) proposto da Salvatore *et al.* (2024) prende le mosse dalla teoria semiotica di Valsiner, sviluppandone le intuizioni fondamentali in una prospettiva psicologica rinnovata. Come Valsiner, l'APER rifiuta tanto il riduzionismo neurobiologico quanto il costruttivismo cognitivista, proponendo invece di concepire l'affettività come il processo semiotico primario mediante cui l'organismo stabilisce continuamente ciò che è pertinente per la propria esistenza in un dato momento e contesto (Salvatore, 2016). In questo senso, l'APER non è semplicemente una nuova teoria delle emozioni: è una riconcettualizzazione del funzionamento mentale che pone la semiosi affettiva – nel senso valsingeriano del termine – al centro della vita psichica.

Il concetto valsingeriano di ipergeneralizzazione affettiva trova nel Modello APER una sua declinazione specifica nel costrutto di pertinentizzazione affettiva. Mentre Valsiner descrive come l'affetto diffuso e pre-categoriale organizzi la relazione tra il soggetto e il proprio ambiente di senso, Salvatore *et al.* (2024) precisano il meccanismo di questo processo, mostrando come l'organismo non riceva semplicemente o "costruisca" le emozioni, ma stabilisca attivamente, istante per istante, una gerarchia di rilevanza esperienziale. La pertinentizzazione affettiva emerge dalla configurazione complessiva del sistema

organismo-esperienza-ambiente in un dato momento storico, configurazione che non può essere ridotta a parametri dimensionali fissi o a coordinate cartesiane predefinite (Salvatore, 2016). In questa concezione, l'affettività non è riducibile né a stati discreti (come in Panksepp) né a processi di categorizzazione concettuale (come in Barrett), ma costituisce il campo dinamico pre-riflessivo – nel senso che Valsiner assegna alla semiosi di primo ordine – che orienta l'esperienza e l'azione dell'organismo (Salvatore & Freda, 2011), generando così l'esperienza emotiva stessa.

Un elemento che distingue l'APER dal modello valsingeriano originario è il superamento radicale della dicotomia tradizionale tra affetto e cognizione (Salvatore *et al.*, 2024). Se in Valsiner la semiosi affettiva rappresenta uno strato fondativo che può progressivamente articolarsi in strutture simboliche più complesse, nell'APER l'inseparabilità tra affettività e significazione è assunta come principio costitutivo irriducibile: non esistono processi puramente cognitivi privi di tonalità affettiva, così come non esistono stati affettivi che non implicino una qualche forma di significazione (Salvatore, 2016; Salvatore *et al.*, 2018). L'affettività costituisce la modalità primaria attraverso cui l'organismo si orienta nel mondo, attribuendo implicitamente valore e rilevanza agli eventi esperienziali (Carli & Paniccchia, 2003). In questa prospettiva, la semiotica di Valsiner viene assunta non come cornice esterna ma come matrice generativa dell'intera architettura teorica dell'APER.

L'integrazione tra teoria dell'affettività e semiotica valsingeriana si esprime nell'APER attraverso una concezione dell'affettività come processo primario di produzione di senso, che precede e rende possibile la significazione simbolica (Salvatore, 2016; 2024). Mentre Panksepp, Russell e Barrett concepiscono l'affettività come un fenomeno psicologico – rispettivamente biologico, dimensionale o costruito – l'APER, in piena continuità con Valsiner, la concepisce come un processo semiotico attraverso cui vengono generati e organizzati i significati. In tal senso, l'affettività svolge una funzione semiotica primaria: organizza il rapporto soggetto-mondo prima dell'intervento del linguaggio e della cognizione riflessa (Salvatore, 2023). L'affetto costituisce una forma di significato incarnato – ciò che Valsiner chiama “segno affettivo” nella sua funzione di orientamento pre-simbolico – che guida l'azione e l'interpretazione senza assumere la forma di una rappresentazione esplicita. Questa concezione semiotica dell'affettività apre prospettive innovative

per comprendere il rapporto tra affettività, significazione e cultura, e costituisce il fondamento epistemologico da cui l'APER muove per proporre un paradigma alternativo nella scienza delle emozioni (Valsiner, 2007, 2014; Salvatore *et al.*, 2024; 2026).

### *Definizione di affetto nel Modello APER*

Nel Modello APER, l'affetto viene definito come il pattern globale e bipolare di attività neurofisiologica mediante il quale l'organismo mappa, istante per istante, la variazione del proprio ambiente (Salvatore *et al.*, 2024). Il termine "ambiente", in coerenza con il quadro teorico dell'Embodied Cognition (Varela *et al.*, 1991), indica sia le fonti di stimolazione provenienti dall'interno del corpo sia quelle provenienti dall'esterno. Si può affermare, dunque, che l'affetto è il significato corporeo attraverso cui l'organismo interpreta il qui-e-ora della situazione.

L'affetto non è una mera reazione neurofisiologica, ma la forma fondamentale e incarnata attraverso cui gli individui interpretano il loro rapporto con il mondo (Salvatore *et al.*, 2026). La concezione dell'affetto come configurazione globale dell'esperienza risulta coerente con una consolidata tradizione psicoanalitica che ne ha sottolineato la funzione di significato generalizzato e omogeneizzante dell'esperienza soggettiva (Fornari, 1979). Tale caratteristica si manifesta in modo evidente anche sul piano fenomenologico. L'esperienza affettiva, infatti, non è circoscrivibile a un distretto corporeo specifico, o a una modalità sensoriale particolare, ma si presenta come una qualità complessiva che permea il vissuto incarnato del soggetto nella sua globalità (Colombetti, 2014).

Anche nei casi in cui l'affetto si esprime attraverso una sensazione corporea dominante, come ad esempio una percezione di costrizione a livello epigastrico, esso non si esaurisce in tale localizzazione particolare, ma continua a configurare l'esperienza come un tutto unitario. In questa prospettiva, l'affetto non si configura come un contenuto di cui il soggetto dispone o possiede, bensì come una modalità globale dell'essere nel mondo in cui il soggetto stesso si trova (cfr. Heidegger, 1927). Non si "ha" un affetto, come si possiede un oggetto: si è l'affetto in cui si è immersi e attraverso cui il mondo acquisisce una specifica configurazione di senso.

Il Modello APER può rappresentare una proposta teorica innovativa nel campo delle teorie delle emozioni, offrendo una riconcettualizzazione dell'affettività come fondamento semiotico della mente. In un panorama teorico frammentato, esso fornisce una cornice integrativa capace di articolare corpo, cultura e significato in una visione dinamica e semioticamente fondata dell'esperienza emotiva.

Le implicazioni per l'intervento psicologico e psicoterapeutico sono significative. Riconoscere l'affetto come processo di significazione primario, piuttosto che come semplice risposta a stimoli o come contenuto da modificare cognitivamente suggerisce modalità di intervento che operano sul livello pre-riflessivo e semiotico dell'esperienza, facilitando processi di risignificazione piuttosto che mere ristrutturazioni cognitive (Salvatore *et al.*, 2024). Questo approccio può aprire nuove prospettive per la pratica clinica, sottolineando il ruolo dei processi di costruzione di senso nell'esperienza emotiva e nelle sue ricadute terapeutiche. A titolo esemplificativo, la depressione, potrebbe essere intesa come un irrigidimento del campo affettivo, che rende l'individuo incapace di pertinentizzare positivamente aspetti dell'esperienza quotidiana. Gli approcci terapeutici potrebbero quindi focalizzarsi non tanto sulla modifica di credenze disfunzionali o sulla regolazione di emozioni specifiche, quanto sul ripristino della flessibilità e dell'apertura dinamica del processo di pertinentizzazione (Salvatore *et al.*, 2018).

## **Conclusioni**

Il presente lavoro ha ricostruito l'evoluzione concettuale delle principali teorie psicologiche delle emozioni, dalle formulazioni classiche ai modelli contemporanei, mettendo in luce sia i contributi teorici sia i limiti irrisolti. Le teorie classiche hanno fornito fondamenti essenziali per lo studio scientifico dell'emozione, evidenziando il ruolo delle modificazioni fisiologiche, delle strutture neurali e dei processi valutativi. Tuttavia, esse si sono rivelate insufficienti nel rendere conto della flessibilità, della variabilità contestuale e della dimensione di significato dell'esperienza emotiva.

Il modello dimensionale del core affect ha offerto una struttura equilibrata per descrivere le proprietà affettive fondamentali e ha esercitato una profonda influenza sulla ricerca empirica. La sua forza descrittiva, tuttavia, è accompagnata da una limitata capacità di spiegare come gli stati affettivi assumono un significato per il soggetto.

La teoria costruttivista ha proposto un'alternativa convincente sottolineando predizione, apprendimento e concettualizzazione, ma il suo focus sui processi cognitivi rischia di sottovalutare la dimensione pre-riflessiva e semiotica dell'esperienza affettiva.

L'approccio delle neuroscienze affettive ha fornito evidenze rilevanti circa il processo evolutivo e neurobiologico dell'affettività, offrendo una cornice importante per comprendere le funzioni motivazionali delle emozioni, ma tende a trattare i sistemi affettivi come entità biologicamente fisse, incontrando difficoltà nel considerare la variabilità culturale e simbolica.

Il Modello APER propone un modello teorico differente, che affonda le proprie radici nella semiotica affettiva di Valsiner (2007, 2014). Più che aggiungere un'ulteriore teoria delle emozioni, esso riconcettualizza l'affettività come il processo semiotico fondamentale attraverso cui l'esperienza viene organizzata, valutata e orientata all'azione. In questa prospettiva, le emozioni non rappresentano unità esplicative primarie, ma configurazioni che emergono all'interno di un processo più generale di pertinentizzazione affettiva – l'equivalente psicologicamente elaborato di ciò che Valsiner chiama semiosi affettiva di primo ordine – mediante il quale l'organismo stabilisce continuamente ciò che è rilevante in un dato contesto. Affettività e cognizione non sono domini separabili, ma aspetti interconnessi di un'unica dinamica di produzione di senso.

Questa riconcettualizzazione ha importanti implicazioni per la teoria e la ricerca sulle emozioni. Essa suggerisce che le emozioni non possano essere pienamente comprese isolando circuiti neurali, coordinate dimensionali o categorie concettuali, ma debbano essere studiate come configurazioni emergenti all'interno di un processo semiotico continuo che integra corpo, ambiente e cultura. Le ricerche future potrebbero trarre beneficio dall'esplorare empiricamente come la pertinentizzazione affettiva orienti percezione, apprendimento e regolazione emotiva in diversi contesti e lungo differenti traiettorie di sviluppo.

Nel loro insieme, le prospettive esaminate non dovrebbero essere considerate come alternative esclusive, ma come livelli analitici distinti che illuminano aspetti differenti di un fenomeno intrinsecamente complesso. Una scienza comprensiva delle emozioni richiederà, probabilmente, modelli teorici capaci di articolare livelli neurobiologici, psicologici, sociali e semiotici.

## Bibliografia

- Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*. Columbia University Press.
- Barrett, L. F., & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(7), 419–429. doi: 10.1038/nrn3950
- Barrett, L. F. (2017). The theory of constructed emotion: An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(1), 1–23.
- Barsalou, L. W., Simmons, W. K., Barbey, A. K., & Wilson, C. D. (2003). Grounding conceptual knowledge in modality-specific systems. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 84–91. doi: 10.1016/S1364-6613(02)00029-3
- Burgdorf, J., Bock, P. J., Roth, L. S., & Panksepp, J. (2007). Measuring rat's positive emotions. *Physiology & Behavior*, 89(2), 319–326.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American Journal of Psychology*, 39, 106–124. doi: 10.2307/1415404
- Cannon, W. B. (1931). Again the James-Lange and the thalamic theories of emotion. *Psychological Review*, 38(4), 281–295. doi: 10.1037/h0072957
- Carli, R., & Panizza, R. M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Il Mulino.
- Chanes, L., & Barrett, L. F. (2016). Redefining the role of limbic areas in cortical processing. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(2), 96–106. doi: 10.1016/j.tics.2015.11.005
- Colibazzi, T., Posner, J., Wang, Z., Gorman, D., Gerber, A., Yu, S., Zhu, H., Kangarlou, A., Duan, Y., Russell, J. A., & Peterson, B. S. (2010). Neural systems subserving valence and arousal during the experience of induced emotions. *Emotion*, 10(3), 377–389. doi: 10.1037/a0018484
- Colombetti, G. (2005). Appraising valence. *Journal of Consciousness Studies*, 12(8–10), 103–126.
- Colombetti, G. (2014). *The feeling body: Affective science meets the enactive mind*. MIT Press.

- Di Paolo, E. A., Buhrmann, T., & Barandiaran, X. (2017). *Sensorimotor life*. Oxford University Press.
- Fornari, F. (1979). *I fondamenti di una teoria psicoanalitica del linguaggio*. Boringhieri.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- Friston, K. (2010). The free-energy principle: A unified brain theory? *Nature Reviews Neuroscience*, 11(2), 127–138. doi: 10.1038/nrn2787
- Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3(1), 8–16. doi: 10.1177/1754073910380974
- Hohwy, J. (2013). *The predictive mind*. Oxford University Press.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205.
- James, W. (1980). *The principles of psychology*. Holt (Original work published 1890).
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- LeDoux, J. (2012). A neuroscientist's perspective on debates about the nature of emotion. *Emotion Review*, 4(4), 375–379. doi: 10.1177/1754073912445822
- Lindquist, K. A., Wager, T. D., Kober, H., Bliss-Moreau, E., & Barrett, L. F. (2012). The brain basis of emotion: A meta-analytic review. *Behavioral and Brain Sciences*, 35(3), 121–143.
- Mandler, G., & Shebo, B. J. (1982). Subitizing: An analysis of its component processes. *Journal of Experimental Psychology: General*, 111(1), 1–22. doi: 10.1037/0096-3445.111.1.1
- Mesquita, B., & Walker, R. (2003). Cultural differences in emotions: A context for interpreting emotional experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 41(7), 777–793. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00189-4
- Mesquita, B., Boiger, M., & De Leersnyder, J. (2016). The cultural construction of emotions. *Current Opinion in Psychology*, 8, 31–36. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.09.015
- Osgood, C. E. (1969). On the whys and wherefores of E, P, and A. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12(3), 194–199. doi: 10.1037/h0027715
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14(1), 30–80. doi: 10.1016/j.concog.2004.10.004
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotion*. W. W. Norton.
- Panksepp, J., & Watt, D. (2011). What is basic about basic emotions? *Emotion Review*, 3(4), 387–396.

- Panksepp, J., Solms, M., Schläpfer, T. E., & Coenen, V. A. (2014). Primary-process separation-distress and reward processes. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Mechanisms of social connection* (pp. 33–53). American Psychological Association. doi: 10.1037/14250-003
- Papez, J. W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 38, 725–743. doi: 10.1001/archneurpsyc.1937.02260220069003
- Pe, M. L., & Kuppens, P. (2012). The dynamic interplay between emotions in daily life. *Emotion*, 12(6), 1320–1328. doi: 10.1037/a0028262
- Posner, J., Russell, J. A., & Peterson, B. S. (2005). The circumplex model of affect. *Development and Psychopathology*, 17(3), 715–734.
- Roseman, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotion. *Review of Personality & Social Psychology*, 5, 11–36.
- Roseman, I. J. (1991). Appraisal determinants of discrete emotions. *Cognition and Emotion*, 5(3), 161–200. doi: 10.1080/02699939108411034
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161–1178. doi: 10.1037/h0077714
- Salvatore, S., & Freda, M. F. (2011). Affect, unconscious and sensemaking. *New Ideas in Psychology*, 29(2), 119–135. doi: 10.1016/j.newideapsych.2010.06.001
- Salvatore, S. (2016). *Psychology in black and white: The project of a theory-driven science*. IAP.
- Salvatore, S. (2018). Cultural psychology as the science of sensemaking. In Rosa, A., & Valsiner, J. (Eds.), *The Cambridge handbook of sociocultural psychology* (2nd ed., pp. 35–48). Cambridge University Press.
- Salvatore, S., Valsiner, J., & Veltri, G.A. (2019). The theoretical and methodological framework: Semiotic cultural psychology, symbolic universes and lines of semiotic forces. In Salvatore, S., Fini, V., Mannarini, T., Valsiner, J., Veltri, G.A. (Eds.), *Symbolic universes in time of (post)crisis: the future of European societies* (pp. 25–49). Springer.
- Salvatore, S., Palmieri, A., De Luca Picione, R., Bochicchio, V., Reho, M., Serio, M.R., & Salvatore, G. (2024) The affective grounds of the mind. The Affective Pertinentization (APER) model. *Phys Life Rev.*, 50, 143–165. doi: 10.1016/j.plrev.2024.07.008.
- Salvatore, S., Palmieri, A., De Luca Picione, R., Bochicchio, V., Reho, M., Serio, M. R., & Salvatore, G. (2026). Affective semiosis and micro-genesis of meaning: Scope and pertinence of the APER model. Reply to comments on “The affective grounds of the mind. The affective pertinentization (APER) model”. *Physics of Life Reviews*, 57, 79–84. doi: 10.1016/j.plrev.2026.03.003
- Scarantino, A. (2012). How to define emotions scientifically. *Emotion Review*, 4(4), 358–368. doi: 10.1177/1754073912445810

- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1, 49–80.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379–399. doi: 10.1037/h0046234
- Scherer, K. R. (1984). Emotion as a multicomponent process. *Review of Personality & Social Psychology*, 5, 37–63.
- Scherer, K. R., Schorr, A., & Johnstone, T. (Eds.) (2001). *Appraisal processes in emotion*. Oxford University Press.
- Schlosberg, H. (1954). Three dimensions of emotion. *Psychological Review*, 61(2), 81–88. doi: 10.1037/h0054570
- Serio, M. R. (2008). *Sentire il mondo ed affrontare le paure*. Milella.
- Smith, C. A., & Ellsworth, P. C. (1985). Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(4), 813–838.
- Sommers, S., & Scioli, A. (1986). Emotional range and value orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(2), 417–422.
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: Foundations of cultural psychology*. SAGE Publications.
- Valsiner, J. (2014). *An invitation to cultural psychology*. Sage Publications, Inc.
- Valsiner, J. (2020). *Sensuality in human living: The cultural psychology of affect*. Cham: Springer.
- Valsiner, J., Demuth, C., Wagoner, B., Christensen, B.A. (2021). The Future of Cultural Psychology: An Interview with Jaan Valsiner. *Eur J Psychol.*, 17(4), 322–329. doi: 10.5964/ejop.7575
- Valsiner, J., Tsuchimoto, T., Ozawa, I. et al. (2023). The Inter-modal Pre-Construction Method (IMPreC): Exploring Hyper-Generalization. *Hu Arenas*, 6, 580–598. doi: 10.1007/s42087-021-00237-8
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. MIT Press.
- Wager, T. D., Atlas, L. Y., Lindquist, M. A., Roy, M., Woo, C. W., & Kross, E. (2013). An fMRI-based neurologic signature of physical pain. *The New England Journal of Medicine*, 368(15), 1388–1397. doi: 10.1056/NEJMoa1204471
- Wager, T. D., Kang, J., Johnson, T. D., Nichols, T. E., Satpute, A. B., & Barrett, L. F. (2015). A Bayesian model of category-specific emotional brain responses. *PLoS Computational Biology*, 11(4), e1004066.
- Yih, J., Kirby, L. D., Spitzer, E. G., & Smith, C. A. (2020). Emotion as a process. *Motivation Science*, 6(3), 221–234. doi: 10.1037/mot0000144

# La contemporaneità della clinica e la clinica della contemporaneità\*



Fiorella Bucci\*\*, Sergio Salvatore\*\*\*

Submitted: 13/07/2026

Accepted: 14/07/2026

## Riassunto

La psicologia clinica si è storicamente sviluppata assumendo come proprio fondamento una concezione della soggettività ereditata dalla modernità: quella di un soggetto dotato di razionalità riflessiva, capace di orientare il proprio agire e, attraverso di esso, contribuire alla riproduzione dell'ordine sociale. Il presente contributo sostiene che tale configurazione antropologica si stia dissolvendo e che le forme emergenti della soggettività richiedano un ripensamento delle categorie teoriche e cliniche consolidate. Integrando teoria psicologica e analisi dei processi storico-sociali, il lavoro propone di interpretare la contemporaneità come l'affermarsi di una diversa modalità di organizzazione dell'esperienza. La tesi centrale è che la dissoluzione delle forme vitali del legame sociale e la crescente diffusione di ambienti altamente astratti e al tempo stesso percettivamente saturi abbiano modificato le condizioni entro cui la mente realizza la stabilizzazione delle proprie

\* Il presente testo è una rielaborazione degli interventi proposti dall'autrice e dall'autore al seminario "Clinica della contemporaneità e contemporaneità della clinica", Lecce 11 aprile 2026.

\*\* Società di Psicoanalisi delle Culture e della Convivenza, SPS Studio di Psicosociologia.

\*\*\* Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento.

**Corresponding Author:** Sergio Salvatore, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento, Via Valesio, 73100 Lecce (Italy). [sergio.salvatore@unisalento.it](mailto:sergio.salvatore@unisalento.it)

*Rivista di Psicologia Clinica (ISSNe 1828-9363), n. 1/2026*

DOI: 10.3280/rpc1-2026oa23598

97

rappresentazioni. Da questa prospettiva, la cosiddetta mutazione antropologica non riguarda l'intensità di fenomeni già noti, ma il modo stesso in cui l'esperienza viene costituita. Ne consegue che il paziente contemporaneo non può essere interpretato come una deviazione rispetto a un modello universale di soggettività, ma come espressione di una diversa configurazione storico-culturale dell'umano. Il contributo si conclude sostenendo la necessità di una revisione delle categorie fondative della psicologia clinica, orientata a una rinnovata attenzione ai processi di costruzione di senso e alle condizioni storico-sociali della soggettivazione.

**Parole chiave:** soggettività; contemporaneità; mutazione antropologica; psicologia clinica.

*The contemporaneity of the clinical and the clinical of contemporaneity*

## **Abstract**

Clinical psychology has historically developed upon a conception of subjectivity inherited from modernity: that of a subject endowed with reflective rationality, capable of directing its own actions and, through them, contributing to the reproduction of the social order. This paper argues that this anthropological configuration is progressively dissolving and that the emerging forms of subjectivity call for a fundamental reconsideration of the theoretical and clinical categories on which contemporary clinical psychology has been built. By integrating psychological theory with the analysis of historical and social transformations, the paper interprets contemporary society as the emergence of a different mode of organizing experience. Its central thesis is that the erosion of the vital forms of social bonding, together with the growing prevalence of environments that are simultaneously highly abstract and perceptually saturated, has transformed the conditions under which the mind stabilizes its representations. From this perspective, the so-called anthropological mutation concerns not merely the increased prevalence of familiar phenomena, but the very mode through which experience is constituted. Consequently, the contemporary patient should not be understood as deviating from a universal model of subjectivity, but rather as expressing a historically and culturally specific configuration of the human condition. The paper concludes by arguing for a revision of the foundational categories of clinical psychology, one that reorients the discipline toward the processes of sense-making and the historical and social conditions through which subjectivity is constituted.

**Keywords:** subjectivity; contemporary society; anthropological mutation; clinical psychology.

In che modo la clinica si trasforma in ragione dei mutamenti del mondo entro cui opera? E quale contributo può offrire lo sguardo clinico alla comprensione di tali trasformazioni?

Quest'ordine di interrogativi ruota, in ultima istanza, attorno al rapporto tra le forme della soggettività e le forme della contemporaneità: una prospettiva analitica che richiede di mantenere insieme la riflessione clinica e l'attenzione ai processi sociali, assumendo come centrale il nesso tra i grandi quadri di riferimento culturali e l'agire clinico. Assumere questa prospettiva implica, tuttavia, mettere in discussione un presupposto spesso implicito della riflessione clinica: che il contesto storico e culturale costituisca semplicemente lo sfondo entro cui la soggettività prende forma, piuttosto che una dimensione costitutiva del suo stesso funzionamento.

Da questa premessa prende avvio l'argomento sviluppato nel presente contributo. La tesi generale che qui si propone è che sia in corso una mutazione antropologica della soggettività. Di conseguenza, il tipo di situazioni cliniche che oggi ci troviamo a fronteggiare e di cui ci facciamo carico mostra una discontinuità rispetto a quelle sulle quali si è tradizionalmente costruita la teoria clinica.

Cosa intendiamo per mutazione antropologica? Non usiamo questa espressione in termini metaforici; la utilizziamo, al contrario, per delimitare un terreno specifico. Non cambia tanto il modo di reagire alle situazioni: mutazione antropologica non è il fatto che oggi vi siano più fake news o una maggiore emozionalità, eccetera: questi sono aspetti sostanzialmente contingenti. La mutazione antropologica concerne la natura dei fenomeni, piuttosto che la loro frequenza.

È stato osservato come ogni epoca tenda a pensare che quella precedente sia migliore. Disponiamo, anzi, di indicazioni che mostrano come il tasso di benessere nel mondo sia globalmente aumentato rispetto al passato. Il punto, dunque, non riguarda il peggioramento o il miglioramento delle condizioni di vita. Ciò che è cambiato è il modo di costituire l'esperienza. È cambiato il senso dei contenuti di ciò che vediamo. Non è cambiato il modo in cui reagiamo alle situazioni, ma le situazioni a cui reagiamo, poiché queste ultime non esistono in quanto tali, bensì sempre come prodotto di un'attività di interpretazione.

È come se là dove prima vedevamo figure solide, ora vedessimo figure bidimensionali. Per questa ragione la mutazione antropologica è difficile da cogliere: ci siamo dentro.

Le scienze sociali hanno descritto ampiamente ciò che sta accadendo (ad es. Bauman, 2000; Streeck, 2013/2014). La questione che qui ci interessa è un'altra: comprendere perché ciò stia accadendo. Questo richiede un'integrazione del pensiero delle scienze sociali e della riflessione filosofica con la psicologia. Per coglierne il meccanismo è necessaria una conoscenza di come funziona la mente.

Proviamo di seguito a delineare un percorso in tale direzione.

## **Il soggetto della clinica e il suo dissolvimento**

Partiamo da una domanda preliminare: qual è il soggetto su cui si è costituita la teoria clinica? Quale concezione dell'uomo e della soggettività ne costituisce il fondamento?

La teoria del soggetto che è alla base della clinica nasce fondamentalmente con la psicoanalisi. Quel soggetto è lo stesso soggetto che è a fondamento dell'età moderna. Per comprendere la portata della trasformazione che intendiamo discutere è quindi necessario ricostruire, sia pure per grandi linee, il modello di soggetto sul quale la teoria clinica si è storicamente edificata.

Volendo sintetizzarlo nel suo nucleo essenziale, si tratta dell'idea di un soggetto capace di razionalità. Dove per razionalità si intende la capacità, o più precisamente la condizione trascendentale, secondo la quale l'esercizio di una proceduralità nel prendere decisioni rispetto alla propria esistenza ricade contemporaneamente in termini di ottimizzazione sistemica. Chi si comporta secondo razionalità contribuisce, proprio attraverso il perseguimento dei propri fini, alla funzionalità complessiva del sistema.

Questa è la concezione del soggetto della modernità, nelle diverse declinazioni che ha assunto nel corso dei secoli, dall'umanesimo al Novecento (ad es., Taylor, 1989). È entro questo orizzonte antropologico che prende forma anche la teoria clinica.

L'idea stessa, fondamentale per la psicoanalisi, dell'esistenza di un inconscio che interviene a condizionare e alimentare la vita dell'individuo ha senso soltanto se si assume come presupposto ontologico che

il soggetto sia portatore di una capacità razionale. Altrimenti non avrebbe senso dire: fate attenzione alla dimensione inconscia. L'inconscio c'è perché c'è la coscienza razionale. Il punto può essere chiarito richiamando una delle immagini più note della teoria freudiana. Freud descrive il lavoro clinico come un processo il cui esito consiste nel mettere l'Io dove prima era l'Es. È l'immagine del cavaliere che, pur non essendo in grado di saturare la spinta dinamica del cavallo, è capace di indirizzarla e di mantenerla orientata alla meta.

L'idea del soggetto come capacità di razionalità è il fondamento della modernità. In quanto tale costituisce la piattaforma ontologica della teoria politica, della concezione della democrazia e dell'individuo come portatore di diritti inalienabili. Lo stesso modello antropologico non informa soltanto la teoria clinica, ma costituisce il fondamento di gran parte delle istituzioni simboliche della modernità.

Si consideri la Costituzione americana e il suo incipit relativo al diritto alla felicità. Un tale riferimento è possibile solo a condizione di una teoria più generale del mondo che assume che la sommatoria dei perseguimenti individuali – *the pursuit of happiness* – si combini in un insieme armonico. La razionalità consiste, per l'appunto, nell'assunto che tale possibilità di combinazione derivi dalla natura razionale dell'uomo.

Ritroviamo la stessa concezione nella teoria economica, nella fiducia nella capacità del mercato di autoregolarsi. Essa, inoltre, costituisce il fondamento della teoria neoliberista, dell'idea thatcheriana secondo cui la società non esiste: esistono gli individui che, nella loro capacità di perseguire i propri interessi e i propri scopi, sono in grado di generare un insieme armonioso.

La concezione moderna del soggetto come portatore di razionalità è a fondamento anche della clinica. Da questo punto di vista si comprende anche perché abbia senso immaginare un'attività riflessiva come distanziamento da sé stessi e rappresentazione delle proprie componenti. Questa operazione richiede, infatti, una prospettiva temporale orientata all'utilizzo della conoscenza ai fini di un progresso. Non è un caso che il termine *riflessività* venga utilizzato sia in ambito clinico sia nella teoria sociale, in questo secondo caso come capacità della società di investire sulla conoscenza ai fini del proprio sviluppo.

Il pensiero sociale contemporaneo, così come la pratica politica, evidenziano come l'idea moderna del soggetto sia radicalmente in crisi, se non sostanzialmente superata.

Cominciamo dai sintomi. Ci limitiamo a richiamarne alcuni tra i più evidenti: l'affettivizzazione della sfera pubblica, la crescente rilevanza dei sistemi di appartenenza e delle loro trasformazioni, la violenza diffusa, il liquefarsi del diritto internazionale, le pratiche genocidarie perpetrate da stati che si concepiscono democratici (Salvatore, De Luca Picione *et al.*, 2021).

Ciò che si riscontra nella pluralità degli ambiti della vita politica, sociale e istituzionale è, fondamentalmente, un disaccoppiamento strutturale tra le forme di vita individuale e gruppali e la capacità di queste forme di tradursi in produttività sistemica, cioè nell'aumento delle possibilità di riproduzione delle relazioni di convivenza.

Questo aspetto si manifesta nella perdita radicale della prospettiva temporale e in una radicale polarizzazione del rapporto con l'altro, che viene ormai interpretato in modo sempre più diffuso come interruzione della capacità riproduttiva del singolo. L'altro non è più visto come l'alter dello scambio, ma come interruzione catastrofica ed esiziale della possibilità di esistenza del soggetto.

L'idea fondamentale è che io esisto a condizione che l'altro non esista: *vita mea mors tua*. Questa è la logica della nemicalizzazione dell'altro (Cremaschi *et al.*, 2021).

## La meccanica della crisi

La questione decisiva diventa comprendere quale meccanismo renda possibile questa trasformazione.

La letteratura contemporanea sul *predictive processing* propone l'idea secondo cui l'attività cerebrale, e quindi quella mentale, sia fondamentalmente un'attività di predizione (Clark, 2016; Friston, 2010).

Nel corso dello sviluppo della teoria psicoanalitica abbiamo dapprima assunto che il bisogno fondamentale che spinge le persone fosse la soddisfazione pulsionale. Successivamente si è sostenuto che tale funzione spetti alla relazione. Il riferimento d'obbligo, in questo caso, è l'esperimento di Harlow: i cuccioli di scimmia si nutrono presso la sagoma di ferro, ma trascorrono il loro tempo a contatto con quella rivestita di pelliccia. Il bisogno di legame risulta così sovraordinato rispetto a quello di nutrimento. In seguito, l'attenzione si è spostata sulla necessità di attribuire senso all'esperienza (Bruner, 1990; Stolorow, 2002).

Queste formulazioni, pur profondamente diverse tra loro, condividono un medesimo tentativo: identificare quale sia la motivazione fondamentale che alimenta il funzionamento mentale. La letteratura contemporanea suggerisce, tuttavia, una conclusione differente. Tali formulazioni possono essere considerate versioni specifiche di un'esigenza più generale, che non riguarda un bisogno da soddisfare, bensì il meccanismo stesso attraverso cui opera la mente.

La mente funziona producendo previsioni e riducendo il margine di errore della previsione. Questo margine deve essere mantenuto entro un determinato intervallo. Se cade sotto la soglia inferiore, non vi è percezione, perché l'attività senso-motoria consiste in una continua correzione dell'errore. Se invece l'errore supera la soglia superiore, emerge l'incertezza, cioè la rottura dell'assetto epistemico.

È a questo punto che il problema assume una portata più generale.

La previsione non serve soltanto a gestire l'elaborazione dell'informazione; serve anche a mantenere stabili le rappresentazioni.

Noi non facciamo esperienza diretta delle cose. Le nostre percezioni sono, in ultima istanza, modificazioni che la realtà induce nel nostro corpo (Gallagher, 2005; Merleau-Ponty, 1945/2012; Noë, 2004). Fare esperienza del mondo richiede pertanto che tali modificazioni siano trattate come rappresentazioni equivalenti della realtà, cioè siano dotate di valore di vita: siano sperimentate come indicative di qualcosa che esiste nel mondo (Salvatore, 2012).

Il processo fondamentale alla base dell'attività mentale, quello che ci permette di sentirci, al tempo stesso, soggetto dei nostri vissuti e presenti nel mondo, consiste nella capacità della mente di reificare le proprie rappresentazioni, cioè di farle diventare cose per chi ne fa esperienza (Salvatore *et al.*, 2024). Da questo punto di vista, la reificazione è il prodotto della stabilità della previsione: fin quando l'errore si mantiene entro l'intervallo di confidenza, la previsione funziona e la rappresentazione è vissuta come immagine del mondo, dunque come riflesso dell'essere in relazione con la realtà esterna. Quando invece l'errore eccede, per difetto o per eccesso, tale intervallo, le rappresentazioni perdono valore di vita, cioè la capacità di stare-per-la-cosa (Salvatore, Palmieri *et al.*, 2021).

Qualsiasi altro bisogno è, da questo punto di vista, secondario rispetto all'esigenza di mantenere il valore di vita delle rappresentazioni. La relazione, il soddisfacimento dei bisogni e l'attribuzione di

senso all'esperienza rappresentano modalità differenti attraverso cui questa esigenza fondamentale trova espressione.

Questa prospettiva consente ora di tornare al problema da cui siamo partiti e di collegare il funzionamento della mente alle forme della vita sociale. Il principio predittivo non riguarda infatti soltanto il modo in cui il cervello elabora gli stimoli, ma anche il modo in cui il soggetto costruisce le condizioni entro cui tale elaborazione può mantenersi sufficientemente stabile. Ridurre l'errore di previsione significa quindi non solo interpretare il mondo, ma contribuire continuamente alla produzione di un ambiente esperibile come prevedibile.

Se ciò è vero, allora le trasformazioni dei contesti sociali, tecnologici e istituzionali modificano inevitabilmente anche le modalità attraverso cui il sistema mente-ambiente realizza il proprio equilibrio predittivo. Le forme della soggettività non rappresentano semplici adattamenti psicologici a un ambiente dato; costituiscono piuttosto modalità storicamente determinate di organizzazione del rapporto tra produzione di senso e regolazione dell'incertezza.

Noi non disponiamo semplicemente di legami sociali nei quali entriamo o dai quali usciamo. Noi abitiamo mondi di esperienza. Li generiamo continuamente, investendo i domini di relazione sociale che ci consentono di mantenere la capacità di previsione entro l'intervallo di confidenza necessario a garantire la stabilità delle rappresentazioni (Cremaschi *et al.*, 2021). Continuiamo a riprodurre determinate forme e routine di azione sociale nella misura in cui esse permettono di mantenere tendenzialmente costante l'errore di previsione.

Non esiste una realtà sulla quale esercitiamo una previsione. Piuttosto, abitiamo quelle realtà che consentono di mantenere stabile un determinato intervallo di errore.

Alcuni studiosi interpretano tali trasformazioni prevalentemente nei termini della perdita di forme di vita precedenti (e.g. Han, 2015). Una tale visione può indurre a pensare che prima ci fossero le relazioni sociali e che adesso non ci siano più, come se ora tutti fossero su internet invece che al bar.

Non è così.

Non è che prima esistesse una realtà vera oggi sostituita da una realtà falsa. Piuttosto, fino a qualche decennio fa l'attività mentale produceva le condizioni del proprio esercizio utilizzando un determinato materiale; oggi realizza la medesima operazione attraverso materiali differenti.

## La natura tragica della contemporaneità

Questa è la mutazione antropologica cui si faceva sopra riferimento: è cambiata la forma di vita, la forma di costituzione dell'esperienza che permette all'attività mentale di esercitarsi.

Per certi versi questo rende le cose molto più complicate, perché non stiamo dicendo che esisteva un mondo che funzionava e che poi, per qualche ragione, è degenerato. La tesi è un'altra. Stiamo dicendo che prima c'era un mondo e adesso ce n'è un altro.

Ciò solleva un inevitabile interrogativo: *perché tutto ciò è accaduto?*

Qui emerge un elemento, per certi versi, paradossale. Il mondo che viviamo non è l'effetto di qualcosa che è andato storto; al contrario, è il precipitato di una dinamica che ha funzionato *troppo bene*. La modernità ha vinto al punto da distruggere le condizioni necessarie alla propria riproduzione. *La crisi della modernità non deriva quindi dal fallimento del suo principio costitutivo, ma dal suo compimento*. È la dimensione tragica della catastrofe derivante dalla virtù degli eroi: dalla forza dell'azione, non dalla sua debolezza.

Proviamo a chiarire l'apparente paradosso.

La forma di soggettività di cui stiamo parlando, quella moderna, non è un fatto ontologico. È una costruzione storica, promossa e progressivamente istituzionalizzata dai gruppi dominanti attraverso specifici assetti economici, politici e simbolici (Gramsci, 1975; Foucault, 2008). Ha funzionato, cioè, come funzionano tutte le realtà sociali: nella misura in cui le persone credono che sia così e si comportano di conseguenza (Salvatore, 2016).

È qui che si colloca il paradosso della modernità. *Per poter esistere essa ha bisogno di un fondamento premoderno*. È il fondo di relazioni organiche che permette a ogni credenza di istituirsi come reale, compresa la credenza circa il superamento delle relazioni organiche da parte della razionalità.

Se si trattasse di una dimensione ontologica, come qualcuno ritiene, allora ci troveremmo di fronte al disfaccimento di un ordine naturale. Potremmo dispiacerci, arrabbiarci, cercare di contrastarlo, ma ci sarebbe una chiara distinzione tra come le cose dovrebbero andare e come stanno andando.

In realtà non siamo di fronte a una struttura ontologica o naturale.

Trattiamo quell'ordine come se fosse naturale e, così facendo, regoliamo su quella base i nostri rapporti. Ma proprio questa fede fondamentale, questa credenza irriflessiva nella riflessività, costituisce il fondo organico delle relazioni moderne<sup>1</sup>.

Proviamo a riformulare quanto sopra osservato nei termini che interessano il nostro argomento. Mentre sul piano della propria autorappresentazione la modernità afferma la capacità asintotica della razionalità umana, nei fatti essa si fonda sulla stessa dimensione organica su cui si basa qualsiasi altra forma di credenza.

L'esempio più evidente è forse quello delle regole del mercato e della finanza. Quanto di più astratto e apparentemente razionale esista, anch'esso è una forma di reificazione che si fonda sull'istituto (Appadurai, 2013). Noi crediamo a quel gioco e lo trattiamo come vita. E così facendo ci dimentichiamo che si tratta comunque di un gioco. E, in quanto tale, ha un fondamento premoderno: per sedersi al tavolo le persone devono sospendere l'incredulità. Diventano credenti, anche se il credo consiste nella fede che la validità universale del calcolo abbia soppiantato le fedi.

Abbiamo sopra affermato che la modernità ha fagocitato le condizioni della propria esistenza. Lo ha fatto incentivando progressivamente l'investimento su dimensioni sempre più astratte e sempre più centrate sull'individuo, dissolvendo così i legami sociali vitali che operano da incubatori del suo fondamento fideistico irriflessivo. Per legame sociale, in questa sede, non intendiamo una specifica realtà concreta. Non ci riferiamo alle persone che conversano tra loro. Diamo un'accezione astratta e modellistica a tale termine, con esso intendendo le condizioni entro le quali le interazioni tra i corpi sono abilitate ad operare come mediatore dell'attività di significazione (Salvatore & Salvatore, in preparazione).

Questa trasformazione può essere osservata in molteplici ambiti dell'esperienza quotidiana. Ne richiamiamo uno, a nostro avviso paradigmatico.

Quando compriamo su Amazon non è che non ci sia un legame, ma

<sup>1</sup> Ciò che qui definiamo fondo organico delle relazioni è riconducibile, pur con importanti differenze, ai concetti di *background* in Searle (2010), *doxa* in Bourdieu (1977), *lebenswelt* in Habermas (1987) e *social imaginary* in Taylor (2004).

è un legame che non viene mediato dai corpi. Mentre prima esisteva una certa forma di legame sociale vitale che organizzava questa attività, costituendosi come il sistema entro il quale essa veniva regolata, oggi ci troviamo in un mondo in cui la nostra individualità e la nostra azione razionale si esercitano all'interno di campi di esperienza astratti, vale a dire che non richiedono la mediazione di un'alterità vitale, capace cioè di iscrivere variabilità entro il nostro campo d'azione.

Se si va in un negozio per acquistare un oggetto, l'interazione con il venditore costituisce una fonte di variabilità vitale che domanda regolazione. Su Amazon ci rapportiamo comunque con un'alterità, ma si tratta di un'alterità astratta: da un lato proceduralizzata in una sequenza di operazioni; dall'altro esposta alla relazione con una porzione limitata del corpo dell'acquirente della sua vitalità. La porzione sufficiente a manipolare il dispositivo elettronico. Una tale forma di alterità risulta quindi sostanzialmente neutralizzata nella sua capacità di operare da veicolo di espansione della variabilità ambientale e, dunque, da moltiplicatore della domanda di regolazione del senso. L'esempio di Amazon serve a rendere visibile una dinamica generale.

L'uscita dalla modernità, la postmodernità o, se preferite, la rottura del soggetto della modernità, consiste sostanzialmente nella formazione di un soggetto che assume come forma della propria esperienza una modalità caratterizzata da un apparente ossimoro: una forma, allo stesso tempo, estremamente astratta ed estremamente concreta.

Astratto e concreto, tuttavia, non sono i poli dello stesso asse. Astratto significa fortemente selezionato (Bühler, 1934/1990; si veda anche De Luca Picione & Salvatore, 2023). Concreto significa carico di contenuti empirici che alimentano l'attività percettiva.

Trascorrere due ore davanti al cellulare è un'attività profondamente concreta, perché la quantità di informazioni che raggiunge il soggetto è enorme; ma è contemporaneamente anche profondamente astratta, perché significa selezionare, dell'intera ampiezza possibile delle fonti di esperienza, soltanto una porzione estremamente limitata.

La questione, dunque, non consiste nella scomparsa dei legami sociali. In moltissimi ambiti della vita sociale possiamo osservare come essi continuino a esistere e anche a proliferare. Ciò che viene meno è una particolare forma del legame sociale: quella vitale. Si afferma una nuova configurazione antropologica che assume come fonte di senso campi di esperienza contemporaneamente estremamente astratti ed

estremamente concreti. Il fenomeno è particolarmente evidente nelle nuove generazioni, cresciute all'interno di queste modalità.

Lo si realizza saturando la percezione, caricandola di tutto ciò che, nel momento immediato, permette di rendere massimamente probabile la previsione.

In sostanza, non disponendo più di un'esperienza ampia delle cose, mediata dai corpi e distribuita nel tempo, concentriamo l'investimento su eventi estremamente astratti e, nello stesso tempo, densissimi di informazione percettiva. Come se fossero raggi laser.

Sul piano fenomenologico, questa dinamica si esprime nei termini della saturazione affettiva del presente: il soggetto sperimenta se stesso e il mondo in termini dell'impatto emozionale generato dall'incontro. La reazione emozionale sostanzia il nucleo dell'esperienza, marginalizzando temporalità, ulteriorità, contestualità – in breve, le forme cognitive e pragmatiche dell'alterità.

Da qui deriva una conseguenza decisiva. Venendo meno le forme classiche del legame sociale, distribuite nel tempo e legate alla modalità propria dei corpi di interagire nello spazio e nel tempo, le forme alternative diventano modalità di astrazione, in un singolo elemento concreto, delle potenzialità percettive. Forme che permettono al soggetto di conservare il controllo previsionale che gli assetti classici non risultano più in grado di garantire.

Siamo probabilmente a un bivio.

Questo processo di dissoluzione del soggetto moderno – in ultima istanza precipitato della globalizzazione (Streeck, 2021/2024) e della condizione di radicale incertezza cui essa ha esposto persone e comunità (Salvatore, Palmieri *et al.*, 2021) – si propone, da un lato, come la matrice di una nuova cifra antropologica, una nuova trascendentalità dell'umano; dall'altro, sono riconoscibili segnali che fanno pensare all'emergere di una reazione dei mondi vitali e delle forme di cittadinanza che da essi prendono alimento (Rajan, 2019).

Questo è particolarmente evidente negli Stati Uniti, dove sono riconoscibili i segni di una crescente frattura interna, descritta da numerosi osservatori come una forma di guerra civile fredda (sul tema, si veda ad esempio Caracciolo, 2011). Tale conflitto non riguarda soltanto l'alternanza tra programmi politici, ma investe concezioni profondamente divergenti del legame sociale, del ruolo dello Stato e della natura stessa della democrazia. Un conflitto radicale che vede

contrapposti coloro che ritengono si debba proseguire lungo il progetto della modernità e chi, invece, considera necessario ricostruire le condizioni del legame sociale vitale. Dietro le posture e le decisioni di Trump, per quanto possano apparire bizzarre o violente, esiste una tradizione di pensiero, veicolata da filosofi della politica, che ha recuperato temi classici della critica alla modernità e del liberismo, sua espressione politico-economica.

## **Per non concludere**

Nella clinica ci troviamo a lavorare con pazienti che organizzano la propria capacità di costruzione di senso nei termini richiamati sopra: attraverso una combinazione di massima astrazione e massima concretezza. Questa modalità è agli antipodi dell'assetto mentale richiesto per l'esercizio di capacità riflessiva. Ne consegue un'esigenza continua di stabilizzare le rappresentazioni attraverso forme e modalità profondamente diverse da quelle che siamo abituati a riconoscere. Ma il cambiamento non riguarda soltanto i pazienti. Coinvolge anche le categorie attraverso cui la psicologia ha imparato a osservarli.

Se osserviamo l'evoluzione della psicologia negli ultimi cinquant'anni, vediamo come da una scienza interessata ai processi sia progressivamente diventata una scienza interessata ai fenomeni, ossia agli elementi empirici che si prestano a essere percepiti.

Fino a qualche decennio fa la psicologia studiava i processi sottesi ai comportamenti. Quella che Freud considera la propria scoperta non è l'inconscio, ma il processo primario. Vygotskij parla di mediazione. Piaget di accomodamento e assimilazione. Si tratta, in tutti questi casi, di categorie analitiche utilizzate per modellizzare processi, non categorie empiriche utili a descrivere fenomeni (Salvatore *et al.*, 2022; De Luca Picione & Salvatore, 2023).

La psicologia contemporanea ha in prevalenza adottato la stessa modalità concreta di vedere il mondo che costituisce il precipitato della trasformazione antropologica richiamata sopra. Lungo tale china, continuiamo a pensare di dover trovare pezzi di fenomeno che spieghino altri pezzi di fenomeno. Questa è la concezione empiricista della psicologia.

Se questa diagnosi è fondata, le sue implicazioni riguardano

anzitutto il modo stesso in cui siamo chiamati a pensare la psicologia clinica.

Chi si interroga criticamente su tale evoluzione avverte la necessità di un lavoro collettivo volto a un profondo ripensamento delle categorie fondative. Si tratta di un compito che dovrebbe essere posto in agenda e riconosciuto come prioritario.

Ne deriva anche una seconda conseguenza, più direttamente clinica. Quando lavoriamo, soprattutto in presenza di salti generazionali, il soggetto che abbiamo di fronte non rappresenta uno scarto rispetto a un canone universale di soggettività, ma il portatore di un mondo diverso. Occorre dunque utilizzare categorie interpretative e una postura che non leggano ciò che incontriamo nei termini di uno scarto da un modello o da un presunto ordine naturale delle cose. Solo recuperando questa prospettiva sarà possibile innovare le nostre ipotesi e le nostre strategie di intervento.

Questo lavoro non promette risultati rapidi. Né potrebbe essere diversamente, se la trasformazione di cui abbiamo discusso investe le condizioni stesse entro cui la soggettività prende forma. Proprio per questo, tuttavia, rappresenta uno sforzo cui la psicologia clinica non può sottrarsi.

Non si tratta, d'altra parte, di un'operazione che parte da zero. Recenti ricerche (Bucci *et al.*, in press) mostrano come, anche entro una configurazione antropologica segnata dalla dissoluzione delle forme tradizionali del legame sociale, possano emergere processi collettivi orientati alla costruzione di beni comuni e di nuove forme di significazione condivisa. Tali processi sembrano fondarsi su risorse sociali e semiotiche sedimentatesi nel corso della modernità, che rendono possibile la costituzione di mondi di esperienza maggiormente aperti alla differenza e capaci di sostenere il formarsi di appartenenze non basate sulla dialettica identitaria e sul conflitto. In questi processi il bene comune coincide con l'esperienza di relazioni sociali capaci di un'apertura semiotica tale da favorire una mediazione costante tra desiderio e alterità, tra appartenenza e riferimento a una dimensione terza. Tali modalità non rappresenterebbero il ritorno a forme precedenti del legame sociale, ma configurerebbero dispositivi evolutivi di regolazione dell'incertezza, attraverso cui la trasformazione antropologica potrebbe dare luogo a esiti differenti.

## Bibliografia

- Appadurai, A. (2013). *The future as cultural fact: Essays on the global condition*. Verso.
- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Polity Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.
- Bucci, F., Donatiello, G., Girardi, D., Giuliano, S., Bonavita, V., Giacchetti, V., Marotta, V., Barbizzi, L., Tomasello, E., Civerra, A., Monaldi, C., Di Ruzza, F., Mejdaj, D., Rossi, E., Leone, L., Naruli, M., Lupo, N., Morillo, A., Ottaviani, L. M., Ricci, L., Assante del Leccese, R., & Carbone, A. (in press). Contro l'alienazione: Dove ricomincia il legame sociale. Una ricerca-intervento psicoanalitica sugli spazi intermedi. In Guglielmucci, F. (Ed.), *Controamore: Critica e clinica del presente*. Alpes.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press.
- Bühler, K. (1990). *Theory of language: The representational function of language*. John Benjamins (Original work published 1934)
- Caracciolo, L. (2011). *America contro America. Perché gli Stati Uniti sono in guerra contro se stessi*. Laterza.
- Clark, A. (2016). *Surfing uncertainty: Prediction, action, and the embodied mind*. Oxford University Press.
- Cremaschi, M., Fioretti, C., Mannarini, M., & Salvatore, S. (2021). *Culture and policy-making: Pluralism, performativity and semiotic capital*. Springer.
- De Luca Picione, R., & Salvatore, S. (2023). Mind is movement: We need more than static representations to understand it. In Valsiner, J. et al. (Eds.), *Farewell variables* (pp. 137–157). InfoAge Publishing.
- Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics*. Palgrave Macmillan.
- Friston, K. (2010). The free-energy principle: A unified brain theory? *Nature Reviews Neuroscience*, 11, 127–138.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford University Press.
- Gramsci, A. (1975). *Quaderni del carcere*. Einaudi.
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action: Vol. 2. Lifeworld and system: A critique of functionalist reason* (T. McCarthy, Trans.). Beacon Press. (Original work published 1981).
- Han, B.-C. (2015). *The burnout society*. Stanford University Press.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. Routledge (Original work published 1945)
- Noë, A. (2004). *Action in perception*. MIT Press.
- Rajan, R. G. (2019). *The third pillar*. Penguin Press.

- Rosa, H. (2013). *Social acceleration: A new theory of modernity*. Columbia University Press.
- Salvatore, S. (2012). Social life of the sign: Sensemaking in society. In Valsiner, J. (Ed.), *The Oxford handbook of culture and psychology* (pp. 241–254). Oxford University Press.
- Salvatore, S. (2016). *Psychology in black and white: The project of a theory-driven science*. InfoAge Publishing.
- Salvatore, S., De Luca Picione, R., Cozzolino, M., Bochicchio, V., & Palmieri, A. (2021). The role of affective sensemaking in the constitution of experience: The Affective Pertinentization Model (APER). *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 56(1).
- Salvatore, S., De Luca Picione, R., Bochicchio, V., Mannino, G., Langher, V., Pergola, F., Velotti, P., & Venuleo, C. (2021). The affectivization of the public sphere: The contribution of psychoanalysis in understanding and counteracting the current crisis scenarios. *Subject, Action, & Society: Psychoanalytical Studies and Practices*, 1(1), 3–30.
- Salvatore, S., Palmieri, A., Cordella, B., & Iuso, S. (2021). The decay of signs' semiotic value: A cultural psychology interpretation of the contemporary social scenario. *Culture & Psychology*, 27(4), 539–561.
- Salvatore, S., Palmieri, A., De Luca Picione, R., Bochicchio, V., Reho, M., Serio, M. R., & Salvatore, G. (2024). The affective grounds of the mind: The Affective Pertinentization (APER) Model. *Physics of Life Reviews*.
- Salvatore, S., & Salvatore, G. (in preparazione). *Psicoterapia psicodinamica semiotico-intersoggettiva (SIPP): Contributo allo sviluppo di una teoria generale della psicoterapia*.
- Searle, J. R. (2010). *Making the social world: The structure of human civilization*. Oxford University Press.
- Stolorow, R. D. (2002). *Worlds of experience*. Basic Books.
- Streeck, W. (2014). *Buying time: The delayed crisis of democratic capitalism*. Verso. (Original work published 2013).
- Streeck, W. (2024). *Taking back control? States and state systems after globalism*. Verso. (Original work published 2021).
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: The making of the modern identity*. Harvard University Press.
- Taylor, C. (2004). *Modern social imaginaries*. Duke University Press.



# FrancoAngeli

## a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.



Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

*Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.*

---

## FrancoAngeli



Copyright © FrancoAngeli This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.

For terms and conditions of usage please see:

<http://creativecommons.org>

# Riviste

## SERVIZI ONLINE PER ATENEI

Dal 2013 oltre 80 riviste FrancoAngeli sottoscrivibili per gli Atenei in versione online **con diritto d'accesso perpetuo al corrente e a tutti gli arretrati disponibili.**

Tramite un'unica licenza è possibile accedere:

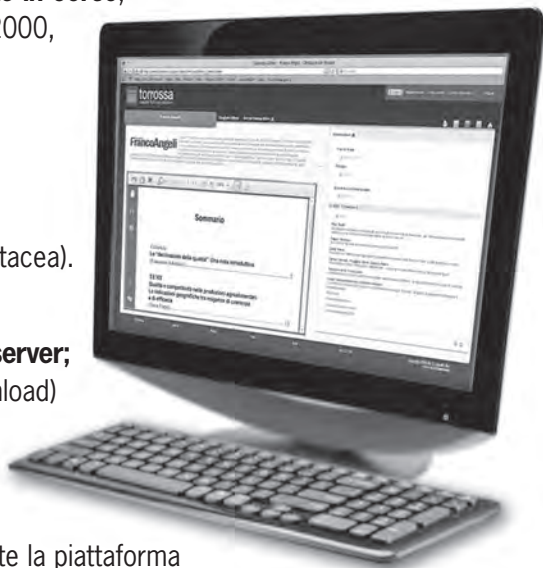
- alle versioni in formato digitale delle **annate in corso**;
- a tutte le annate arretrate (a partire dal 2000, se disponibili) in formato digitale;
- con **diritto d'accesso perpetuo**.

Le modalità di accesso consentono:

- la ricerca (per autore, per titolo, full-text);
- la visualizzazione del documento (corrispondente a quello dell'edizione cartacea).

Come **facoltà opzionali** sono previsti:

- diritti di accesso da remoto tramite **proxy server**;
- diritti di effettuare **copia e incolla** (download) ad uso personale.



La fruizione di tutti i contenuti avviene tramite la piattaforma  
**Torrossa - Casalini Full Text Platform**

**Per informazioni:** [riviste@francoangeli.it](mailto:riviste@francoangeli.it)

