

Psicoterapia sociale e welfare partecipativo: spunti per una proposta

Fabio Vanni

Credo possa essere utile proporre alcuni spunti relativi a come possiamo intendere oggi il costrutto Psicoterapia Sociale. Lo farò attraverso una serie di parole-chiave che proverò a definire in modo da tracciare una sorta di mappa concettuale alla quale fare riferimento connettendo i diversi punti, le diverse boe che vorrebbero favorire un ordine di pensiero.

E' però necessario fare alcune premesse che in qualche modo giustificano o introducono questa proposta di un costrutto così costituito, che mette insieme due concetti che potrebbero essere visti come lontani o magari inconciliabili: psicoterapia e sociale.

E' opportuno farlo sia mettendo a fuoco il contesto nel quale il concetto nasce, o viene ripreso, sia alcune sue specificità, naturalmente a parere di chi vi parla.

La presenza della psicoterapia nel nostro paese si presenta come tema complesso – nel senso che incrocia diverse prospettive: teoriche, politiche, cliniche - che è bene quanto meno nominare.

Devo anche ricordare che uso la parola psicoterapia in senso molto ampio, come care psicologico, in forme quindi che vanno molto al di là del classico assetto duale, ma anche familiare o gruppale, che ne costituiscono sottoinsiemi naturalmente rilevanti ma non esaustivi, e faccio riferimento piuttosto ad un insieme di attori e di strumenti coordinati che perseguono un obiettivo di presenza al proprio mondo esperienziale.

Da una parte la psicoterapia si occupa di ciò che è più privato e singolare, più nascosto e non integrato del soggetto umano ed è pacifico che tutto ciò abbia a che fare con il suo malessere, con i comportamenti che esso mette in atto per stare in piedi. E' anche convinzione unanime che questi comportamenti e vissuti abbiano una valenza sociale, incidano su chi è vicino a lui e meno vicino a lui, per esempio in termini di qualità delle relazioni, di presenza nel lavoro, etc. Non solo, ma a monte di ciò, la formazione stessa del soggetto umano avviene nelle sue relazioni, con la sua lunga fase neotenica, ed è essa il terreno di coltura di ciò che il soggetto diviene nel

tempo. La relazionalità e socialità umana, intese come concetti che indicano una maggiore o minore prossimità al soggetto stesso, sono quindi costitutivi dell'umano che non potrebbe essere tale se non relazionale e sociale, a partire dal suo concepimento e dalla sua stessa sopravvivenza come individuo e come specie.

La cura di questi aspetti riguarda sia l'educazione che la cura, e in specifico la cura psicologica, la psicoterapia e per entrambe essa viene esercitata sia in un ambito privato, familiare e informale, che dei servizi ad essi dedicati, sia educativi – dai nidi alle scuole - che terapeutici – il mondo della salute. Il sistema di welfare nel quale viviamo in questa parte di mondo – non dappertutto - e da non molto tempo – non da sempre – partono in buona misura da questa consapevolezza, che è da ricordare e da dare tutt'altro che per scontata: abbiamo bisogno, per crescere e per stare bene, di un sistema sociale che si occupi di noi e ne siamo a nostra volta attori in varie forme, genitoriali per esempio, ma non solo.

Tutto bene quindi? Non direi, perché mentre il mondo educativo ha, almeno per il momento - e non mancano in realtà segnali di incursione colonizzatrice di culture 'altre' anche qui, ma non mi soffermo, una visione dello sviluppo e della cura che gli umani dedicano ad esso, di stampo umanistico, il mondo della cura si pone in ben altra prospettiva.

La cultura della cura psichica trova, a grandi linee, nel sistema sanitario nazionale

- una larga prevalenza di modelli teorici e d'intervento clinico di stampo riduzionistico biomedico, non quindi centrati sul soggetto e le sue relazioni, ma sul corpo inteso come oggetto biologico che tratta la coscienza di sé, per esempio, come epifenomeno del cervello, oppure, ed è qui importante metterlo in evidenza perché non è la nostra prospettiva,
- il soggetto umano viene dipinto come esito di una serie di determinanti sociali (culturali, economiche, relazionali, etc) ponendosi quindi in una logica opposta e simmetrica che ancora una volta non rispetta, a mio parere, la singolarità e la specificità di come quel soggetto interpreta le condizioni nelle quali si trova, tradendo fra l'altro l'etimo stesso della parola 'clinica' che rimanda alla singolarità del chinarsi sulla persona che soffre per averne cura. Qui il soggetto è epifenomeno sociale.

Trovo utile prendere a paragone, come esempio virtuoso, le patologie allergologiche, quasi assenti alcuni decenni fa e divenute pervasive ed epidemiche oggi nell'occidente

del mondo per ragioni inerenti all'incontro del nostro bios e della nostra soggettualità con fenomeni di inquinamento e di presenza di determinanti tossici nell'ambiente. Nessun clinico però si asterebbe dall'intervenire su come quello specifico paziente interpreta, vive, tratta e si ammala per questa presenza nel mondo ed è ovvio invece che questa è proprio la funzione che quel clinico deve svolgere e che il suo paziente si aspetta da lui. Poi la società scientifica degli allergologi non mancherà di far presente al Ministero della Salute che sarebbe bene intervenire sulle falde acquifere o sui cibi o sull'inquinamento per prevenire l'insorgenza dei fenomeni patogeni ma il clinico non aspetterà certo che cambi il mondo per potersi prender cura della persona che ha davanti con i mezzi che ha.

Non è molto diverso per la psicoterapia che pur si occupa di un 'oggetto scientifico' diverso, il soggetto relazionale.

Ma vi è un altro attore sociale nel mondo psicoterapeutico, un attore sociale che è il libero professionista psicoterapeuta, che nella sua forma un po' caricaturale ma nondimeno presente e reale, si considera/viene considerato fuori o al margine della presenza sociale, non ritiene di avere vincoli o impegni etici o politici nelle scelte di cura se non quelli, patiti, di natura deontologica e fiscale. Ebbene costui è un attore sociale e non lo sa, o fa finta di non saperlo.

In una società come quella attuale quindi la scelta del cittadino è fra farsi curare, se trova spazio, all'interno di una cultura pubblica riduzionistica di natura biomedica oppure, se può permetterselo, recarsi da un soggetto professionale siderale e impalpabile. In mezzo c'è il vuoto, o meglio c'era il vuoto.

Un vuoto quindi sia di opportunità economiche che di taglio culturale. Un vuoto che, con qualche ambizione, la psicoterapia sociale sta provando a colmare.

Lo fa utilizzando sviluppi sia normativi – la riforma costituzionale del 2001 che introduce anche in Italia il principio di sussidiarietà – in particolare di sussidiarietà orizzontale, la legge del 2017 sul terzo settore, etc – che culturali ed etici che di fatto implementano e sostengono la presenza di una terza via che sta conquistando terreno sia fra gli attori sociali pubblici e privati – le ASL, i Comuni – ma anche tanti professionisti che non si riconoscono nel modello privatistico-tardo capitalistico suesposto, ma che soprattutto si nutre della sensibilità e degli orientamenti dei cittadini che sempre più cercano altro, non una cura purchessia, per le loro difficoltà psicologiche.

Questo nuovo attore sociale costituisce un player importante di una forma di welfare che non delega totalmente al sistema sanitario pubblico la cura ma che, coerentemente con il principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale, si sente di svolgere e svolge una funzione pubblica a tutti gli effetti e per questo si colloca nella cornice del 'welfare partecipativo' e fa riferimento alla famiglia composta di sviluppi del sistema di cure che vede presenti diversi attori con diverse funzioni integrate in quello che ho già avuto modo di chiamare, per il nostro ambito, Sistema Nazionale di Salute, che comprende e integra il Sistema Sanitario Nazionale.

Proviamo quindi a mettere in luce alcuni punti chiave della prospettiva che portiamo qui alla vostra attenzione:

- Qualità come postura: la qualità in psicoterapia sociale non è tanto da considerare nel senso lineare del maggiore/minore, del più o meno efficace – che hanno la loro importanza ma che sono conseguenti al punto principale che consiste nella prospettiva, nel taglio della cura, che è attenta e rispettosa dell'essere umano, del soggetto, nella sua interezza/indivisibilità/unitarietà nonché nella sua relazionalità/socialità/culturalità. Si tratta cioè di considerare che il lavoro di *care* psicologico si colloca sul livello del soggetto relazionale e quando allarga o restringe il focus (alle dinamiche familiari, gruppali, sociali o, al contrario, ad aspetti circoscritti del soggetto come una parte della sua biologia o una funzione cognitiva) deve porsi il problema di come quella dimensione si connette o riguarda il soggetto stesso come unitario.
- Per essere più precisi, quello specifico soggetto umano giacché la clinica si occupa delle singolarità viventi, ecco un'altra parola-chiave, e non delle categorie, pur utili ad approssimarsi alla comprensione delle singolarità stesse e magari utili ad altri usi.
- Accessibilità: la cura, l'assistenza, la possibilità di essere attori del proprio benessere e di lavorare sul proprio malessere deve essere possibile per tutti. Questa prospettiva universalistica, che caratterizza, o dovrebbe idealmente caratterizzare, il nostro sistema di welfare, e in particolare il Sistema Sanitario Nazionale, riguarda sia gli aspetti economici che quelli logistici che quelli culturali.
 - L'accessibilità economica attiene al tentativo di contemperare le disuguaglianze economiche presenti nella nostra società con il diritto

universale al care. La gradualità del contribuire al costo della cura in relazione alla capacità economica e il solidarismo che consiste nel prevedere che chi ha di più contribuisca a coprire i costi di chi ha di meno si uniscono alla consapevolezza del ruolo sociale di ogni professionista e gruppo professionale, che per i soggetti del terzo settore è ancora più cogente e rilevante ma che per tutti non prevede neutralità.

- L'accessibilità logistica riguarda l'attenzione a consentire concretamente di poter attuare il proprio desiderio di cura/la possibilità di dare risposta ad esso e riguarda l'accessibilità degli spazi, la possibilità di raggiungere le persone nei loro luoghi di vita, l'uso delle tecnologie online, etc
- L'accessibilità culturale riguarda il declinare l'aiuto psicologico anche verso quelle persone che sono più lontane dai pazienti 'tradizionali' della cura psicoterapeutica concependo e attuando forme terapeutiche che utilizzino canali linguistici, corporei, visuali, di gioco, di gruppo, laboratoriali, etc che, nella medesima prospettiva qualitativa, attuino la cura in forme differentemente utili a quella singolarità umana.
- Sostenibilità: la sostenibilità ha due versanti:
 - Un versante esterno che riguarda la possibilità dei cittadini di effettuare un percorso di cura e quindi la sostenibilità economica e logistica (tariffe, praticabilità concreta), e
 - Un versante interno che riguarda la possibilità dei professionisti e delle organizzazioni che essi costituiscono di sostenere con continuità e soddisfazione il loro lavoro clinico.

L'incrocio di queste due dimensioni in un punto di equilibrio possibile è impresa complessa e viva che tocca le aspettative individuali, i vincoli e le possibilità familiari, i costi concreti ma anche la possibilità delle organizzazioni che producono psicoterapia sociale di sostenere e aver cura dei processi che stanno dentro e attorno alle relazioni terapeutiche in mille forme possibili (intervisioni, supervisioni, gruppi di lavoro, momenti di scambio e confronto interno e con l'esterno, di cura del clima affettivo, etc).

- Democraticità e trasparenza: la psicoterapia sociale credo non potrebbe facilmente trovare attuazione in contesti organizzativi dove l'ascolto e il dialogo fra i soggetti che compongono le organizzazioni stesse fosse limitato o precluso. La compartecipazione all'elaborazione continua di una

prospettiva di pensiero e di azione come quella che stiamo proponendo è necessaria all'esistenza stessa di questo approccio alla cura perché non isterilisca e deperisca. Non si tratta in alcun modo di un approccio individuale ma di gruppi/organizzazioni.

- Politica: è evidente che la concezione della cura e la centratura sulla relazionalità dei soggetti umani e su come essi significano l'esperienza della vita che stanno vivendo non avrebbero senso se non collocassero questa prospettiva nell'idea che ogni professionista e ogni organizzazione, in modo cogente ed esplicito nelle organizzazioni del terzo settore, è un attore sociale che contribuisce al mondo prossimale e distale nel quale opera ed è da questo mondo definito e orientato. Prendersi cura dei soggetti umani nelle forme che proponiamo non si limita ad essere un'impresa economica, costituisce invece soprattutto un'impresa sociale che fa esplicito riferimento alla presenza sociale di ognuno di noi anche nel suo operare professionale.

Grazie dell'attenzione