

Convegno

Psicoterapia sociale: dall'etica della cura alla clinica con i soggetti

Parma, 24 maggio 2025

Fabio Vanni

Psicoterapia sociale: una diversa qualità della cura

Vorrei provare a mettere a fuoco meglio con voi cosa si può intendere con questo nuovo costrutto, Psicoterapia sociale, alla cui declinazione stanno lavorando diversi colleghi per offrire un mio contributo in merito da discutere anche qui oggi.

Una prima traiettoria nella quale vi vorrei portare riguarda i presupposti teorico-culturali dai quali discendono poi alcune conseguenze più concrete.

Parto da una visione epistemica, che riguarda quindi come pensiamo alla conoscenza e in particolare alla conoscenza scientifica per ricordare che è possibile distinguere due macrointerpretazioni della scienza:

- La prima fa della conoscenza scientifica un secondo mito – secondo in ordine di tempo - che si contende il campo con il pensiero religioso e che assolutizza il sapere scientifico, al pari di quanto avviene ancora oggi per i vari orientamenti religiosi. E' la scienza di Galileo e dei secoli fino allo scorso. L'assolutizzazione non è ovviamente sui contenuti o sul metodo quanto sui suoi orizzonti, sulla sua portata. Il metodo scientifico sarebbe portatore di un approccio alla conoscenza che non deriva più da quanto la divinità ci trasmette o ci consente, naturalmente, ma da un approccio tutto umano – e fin qui come non concordare - ma tuttavia assoluto, alla conoscenza. Seguendo cioè questo approccio l'uomo sarà in grado di conoscere sé stesso e l'universo attorno a sé, a controllarlo e a determinarlo a suo piacimento in un orizzonte futuro. Vi rammento quanto questo approccio sia tuttora presente nelle nostre fantasie relativamente alla tecnologia nella cura delle malattie per esempio. Fantasie che siamo continuamente sollecitati a rivedere con il confronto con la realtà, a partire dalla morte.

- Come noto questa visione è andata incontro ad una serie di rilievi e quindi ad una seconda accezione della conoscenza scientifica che a partire da autori come Lakatos, Feyerabend, Khun, ha ricollocato il sapere scientifico all'interno della concretezza e della storicità umana come una forma imperfetta ancorchè potenzialmente valida e utile - e quindi anche potenzialmente dannosa, ma mai neutra - di conoscenza purchè se ne colgano criticamente i limiti a partire dai suoi presupposti economici, sociali, culturali. Una scienza situata, meno idealizzata e dunque meno salvifica, in particolare nel mondo del care.

Voi direte: ma che c'entra questo con la psicoterapia sociale? C'entra perché le pratiche della cura sono, con evidenza, fondate esplicitamente sui saperi scientifici e la possibilità di collocare le teorie e le pratiche della cura in un orizzonte 'scientista', come potremmo definire oggi criticamente il primo approccio alla scienza, quello assolutizzato, o invece in un orizzonte 'scientifico situato' come si potrebbe definire il secondo approccio che fa della scienza una forma di conoscenza interumana e dunque sociale e relazionale, fa una prima differenza importante.

Ci si può collocare, mi pare, come psicoterapeuti, ma anche come biologi nutrizionisti o come allergologi o come educatori, all'interno di una visione o dell'altra ed è a me evidente come nel mondo della cura convivano queste due anime.

Considerare le forme della conoscenza come 'situate', utilizzando un termine che deriva dalla sociologia della conoscenza, porta a collocare anche l'operato clinico in un luogo differente, un luogo dell'intervento in un mondo concreto e non ideale. Nel qui ed ora dell'occidente in questo scorcio di terzo millennio, in queste città, in questa organizzazione sociale ed economica, per cominciare. Non avremmo apprezzato gli interventi di Tomelleri e D'Elia se così non fosse.

Un secondo punto che voglio sottoporre alla vostra attenzione riguarda il come è stato interpretato finora il mandato sociale relativo alla cura nel nostro paese, ma non solo in esso. E vorrei provare a mostrarvi alcune linee di coerenza con quanto premesso.

Da una parte vi era un sistema pubblico universalistico, cioè rivolto a tutti, che forniva cura, prevenzione e riabilitazione sulla base di un finanziamento che proveniva dalla fiscalità generale. Dall'altra vi era un universo privato, che non chiamerei sistema, piuttosto un arcipelago di soggetti singoli o di organizzazioni che oggi definiremmo 'profit', che perseguiva il proprio guadagno in ambito sanitario

analogamente a quanto lo potrebbe fare un idraulico o un commercialista in ambiti non sanitari. Si collocava cioè in un libero mercato, ma della salute, estendendo in tal modo anche a questo settore l'impostazione capitalistica liberista vigente, e apparentemente vincente.

Questi due attori sociali si giustificavano l'un l'altro, e questo è un punto sul quale voglio richiamare la vostra attenzione e sul quale torneremo, nel senso che il libero professionista, dicitura quanto mai pertinente, poteva sentire di poter operare in questo orizzonte di libertà proprio in quanto vi era chi svolgeva funzioni di cura in un quadro d'interesse generale: il SSN.

E quest'ultimo poteva considerare esclusivamente proprio il compito di cura per tutti, senza alcuna considerazione, se non un certo...disprezzo etico, per il privato che 'specula sulla salute', etc.

Questo quadro, che ho descritto al passato, è in realtà ancora nelle fantasie dichiarate di alcuni attori politici, anche molto vicino a noi.

Prima di arrivare alla realtà odierna vorrei però farvi notare come il SSN ideale che ho appena tratteggiato, e che non è mai esistito come vedremo, si collocasse maggiormente in linea con una logica scientifica idealmente attenta alla dimensione sociale, mentre il libero professionista o l'organizzazione profit si collocasse in uno spazio ideale di mercato dove non vi è alcuna particolare attenzione all'impatto sociale del proprio operato. I limiti, normativi, deontologici, fiscali, sono infatti in questa seconda opzione considerati come fastidiosi laccioli al proprio libero operare, non molto diversamente da quanto accada per altre figure professionali fuori dal mondo della salute.

Il punto chiave che vorrei quindi sottolineare è la delega che il SSN si assumeva totalmente di essere un attore sociale che si faceva carico dell'interesse generale della popolazione lasciando liberi i professionisti di svolgere una funzione residuale e tollerata di loro interesse senza alcun, o pochi, vincoli di natura sociale.

Nel 2001 è stato introdotto nell'ordinamento giuridico italiano un articolo che riprende un principio già presente nel diritto e nei sistemi di welfare di altri paesi europei.

Ai nostri fini interessa rilevare che s'introdusse il principio di sussidiarietà orizzontale, oltre a quello verticale che ci interessa meno qui, ovvero che alla cura dei bisogni collettivi e alle attività di interesse generale provvedono direttamente i privati cittadini (sia come singoli, sia come associati) e i pubblici poteri intervengono

in funzione 'sussidiaria', di programmazione, di coordinamento ed eventualmente di gestione.

Cioè si rompe, con questo articolo, il sistema della delega/deresponsabilizzazione del quale abbiamo detto finora e s'introduce un principio assai differente.

In realtà non si è fatto altro che dare seguito ad un articolo della Costituzione, il 4, che è quindi fra quelli che delineano i principi fondamentali della nostra convivenza civile e che è arcinoto nella sua prima parte:

«La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto»

Molto meno nella seconda, decisamente più scomoda:

“Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.»

E' peraltro sulla base di questa cultura e di queste norme che viene emanato nel 2017 il DLGS 117 che istituisce e regola, con una serie di norme attuative successive giunte solo di recente ad un pieno compimento, il Terzo settore, o Settore Civile come dice Stefano Zamagni, cioè un nuovo attore sociale che fa dei principi di interesse generale la sua condizione fondativa e che condivide quindi con il sistema pubblico gli stessi valori.

Ma queste norme costituzionali rompono anche la logica della delega/deresponsabilizzazione che riguarda il sistema privato profit che viene chiamato a collocarsi e a considerare l'interesse generale nei suoi orizzonti etici ed operativi. Da qui tutto il sistema delle aziende Benefit e B-corp e la cultura della cosiddetta responsabilità sociale d'impresa.

Devo dire che ho sempre trovato, anche nella mia lunga fase di lavoro nel SSN, completamente insensato e motivo di spreco considerare i professionisti e le strutture private come soggetti estranei al sistema di cura piuttosto che pensare che si sia tutti partecipi di un interesse comune per la salute delle persone.

Ma quanto ho proposto finora ci aiuta forse a comprendere perché. Quella rappresentazione dicotomica è infatti una rappresentazione caricaturale ma funzionale all'identità delle due parti che per fortuna oggi sembra fortemente in crisi.

Ciò che mi pare importante rilevare è che è caduto il velo sulla possibilità di considerare il proprio operare professionale come professionista della salute come privo di responsabilità sociale mettendo in luce invece l'esigenza di un sistema di salute che coinvolga tutti coloro che nella comunità svolgono funzioni di cura, e legittimando quindi pienamente anche altre figure non professionali, informali, etc.

Ma entriamo adesso un po' di più nel mondo della psicoterapia.

E' utile ripartire qui da una citazione di un lavoro di Luigi D'Elia nel quale ci rappresenta come questa professione nasca con un vulnus non da poco, del tutto coerente con l'impostazione che abbiamo fin qui descritto e che ha caratterizzato i primi decenni del funzionamento del nostro SSN.

«La psicoterapia veniva concepita in quei lontani anni '70 e '80 come un lusso per pochi abbienti, la cui efficacia era tutta da comprendere e dimostrare. La Legge 56/89 di fatto sanciva, in grave ritardo storico, da un lato la nascita di una professione socialmente indispensabile, ma dall'altro la definiva come professione accessibile solo a pochi fortunati facendole assumere di fatto un carattere classista e inessenziale. Contraddizione irrisolta di cui paghiamo tutti ancora oggi le evidenti conseguenze se pensiamo al ruolo secondario se non irrisorio che riveste la psicoterapia in ambito pubblico in Italia. Nata con una scarsa o nulla vocazione pubblica, la professione di psicoterapeuta si organizzerà in Italia nei decenni successivi essenzialmente intorno a questo mandato legislativo, al servizio esclusivo di un mercato privato sul quale decine di migliaia di specialisti si affacceranno con alterne fortune e altissima ricattabilità. Tra i tanti effetti collaterali di questo bizzarro concepimento di una professione solo nominalmente pubblica, troviamo la scarsa o nulla attenzione e rilevanza concessa, nella formazione universitaria e poi soprattutto postuniversitaria, alle variabili e ai determinanti sociali nello sviluppo e mantenimento di sofferenza e disagio psicologico e al loro eventuale utilizzo nella pratica clinica.» (D'Elia, 2024)

Quindi veniamo da lì ed è difficile allora stupirsi se solo una esigua percentuale di psicologi lavora nel SSN come ci ha ricordato la vicepresidente dell'Ordine poco fa.

Qui è necessario tracciare un'altra linea di pensiero in questo campo che stiamo rappresentando. Nel mondo scientifico vige ancora, pur fra mille oscillazioni, una distinzione fra scienze umane e scienze naturali e certamente le scienze umane fanno meno fatica a collocarsi all'interno della visione situata della scienza,

diversamente dalle scienze naturali che invece tendono maggiormente all'assolutizzazione, all'universalismo inteso qui come indipendenza dai determinanti sociali. Non a caso la rivoluzione introdotta giusto un secolo fa nel mondo della fisica da Heisenberg, dalla fisica quantistica, etc è così interessante ma anche così difficile da assimilare e integrare per una parte di questo secondo mondo.

Ora quello che è successo nel nostro SSN è un passaggio da una cura di taglio umanistico-sociale che caratterizzava, come ho provato a mostrare, i suoi esordi negli anni settanta del secolo scorso, una stagione di riforme sociali importanti che hanno riguardato anche proprio il sistema della cura – basta citare la L.180 e la 833 appunto – ad una cura di taglio naturalistico di stampo fondamentalmente biomedico che caratterizza oggi vieppiù il core business del SSN e questo nonostante i dichiarati intenti tipo 'la persona al centro'.

Se si volesse mettere davvero la persona al centro, e non il biocorpo al centro infatti, si dovrebbe uscire dal riduzionismo biologista e dare spazio ad una cultura della cura nuovamente umanistico sociale. E' evidente come la salute mentale italiana, che aveva fatto passi importanti, d'avanguardia nel mondo in questa direzione, sconti oggi una netta inversione di tendenza verso una psichiatria farmacocentrica, ospedalocentrica, ancorata quindi al paradigma delle scienze naturali e ben lontana dall'integrazione con quelle umane e sociali.

D'altra parte quando la torta si restringe non si favorisce certo l'aumento dei pretendenti ad averne un pezzo.

La logica della cura - e lo dico con il rispetto non solo di quanto io stesso e colleghi come Restori hanno fatto e fanno dall'interno del SSN stesso - è quindi sempre più un'altra cosa rispetto a quello che encomiabilmente si prova comunque a continuare a fare da parte di alcuni. La filiera culturale interna al SSN è vieppiù quella che tratta il soggetto umano come un biocorpo tollerando la presenza di alcuni panda come Antonia e altri che però non mi pare riescano ad invertire questa tendenza, e non certo per loro demeriti.

Ma allora è necessario costruire un'alternativa, anche con i panda certo....che sono i benvenuti. E questa alternativa la si è cominciata a costruire a partire dalla sensibilità che molti operatori, non solo psicologi e psicoterapeuti ma anche educatori, psichiatri, assistenti sociali, biologi nutrizionisti, etc stanno mostrando e della quale parleremo fra un attimo. Ma devo dire che si sta costruendo a partire dal fatto che le persone, i famosi cittadini – non utenti -, esprimono costantemente un

interesse e una preferenza per una cultura della cura di segno differente che vorrei qui, nella parte conclusiva del mio intervento, provare a delineare.

Senza questa risposta, senza cioè che lo scontento di una parte sempre più cospicua della popolazione per una visione adattativa, frammentata, mortificante la singolarità dei pazienti e degli operatori si esprimesse verso forme differenti di ascolto e di cure non saremmo qui oggi.

Ma, costruttivamente, cosa invece può caratterizzare la psicoterapia sociale, o se volete l'intervento psicologico di cura attento alla sua funzione sociale? Vi propongo qualche pensiero in merito:

- In psicoterapia sociale vi è consapevolezza che i propri vertici teorici e culturali non costituiscono altro che modi appresi di dare ordine all'esperienza ancorché vi sia affezione ad essi come parte di sé e dei propri ancoraggi identitari e culturali. Vi è lo sforzo di considerare in essi l'incidenza del contesto storico, economico e culturale nel quale si opera e dunque di farne un riferimento situato e non assolutizzato, e da non imporre al/ai paziente/i i cui valori e sensibilità sono da rispettare.
- L'intervento psicoterapeutico sociale tratta il soggetto umano e le sue configurazioni relazionali prossimali come singolari e non riducibili a categorie generali che pure possono essere parzialmente utili per la sua lettura. Il soggetto è considerato in forma unitaria e relazionale ancorché internamente articolabile e qualora si mettano a fuoco aspetti specifici e parziali essi vanno sempre ricondotti al soggetto nel suo insieme e al suo sistema relazionale e culturale di riferimento.
- La qualità dell'intervento psicoterapeutico attiene ad una lettura che accoglie potenzialmente ogni forma dell'umano possibile in quanto per definizione mai estraneo al proprio. E' volto al tener conto di aspetti, parti, istanze interne ed esterne che ci è difficile integrare e talvolta sentire. Sostiene una pienezza presente del proprio esistere in ogni momento e per ognuno degli attori della cura e non è finalizzata all'adattamento al mondo. Considera le verifiche del proprio operare clinico potenzialmente utili a ridurre la propria autoreferenzialità e quella dei propri sistemi di riferimento.
- La domanda di cura psicologica deve poter essere possibile per ciascun soggetto e configurazione soggettuale prossimale (famiglie, coppie, etc). E' quindi da porre attenzione a tempi, forme, costi, lingue e culture che vengono portate nel campo consultivo/terapeutico.

- La sostenibilità della cura riguarda sia il soggetto e il sistema richiedente che il professionista ed il suo sistema clinico e concerne sia l'aspetto economico che psicologico e prevede quindi sia forme remunerative possibili per entrambi gli attori in campo che forme di governo della scelta e di accompagnamento dei processi terapeutici con momenti di scambio, formazione, condivisione che vengono ritenuti fondamentali, non accessori.

La psicoterapia sociale quindi non espunge affatto le questioni economiche ma non le declina in una logica liberista. E' piuttosto attenta al concreto contesto nel quale opera e man mano si trasforma con esso sia in contesti differenti che nel divenire del tempo storico.

Le forme concrete infatti attraverso le quali essa viene declinata oggi nel nostro paese sono differenti. A mo' di esempio:

- vi sono forme ove il tentativo è di conquistare ad un impegno verso gli ultimi ed i penultimi un numero più possibile elevato di professionisti che sono disponibili a dedicare una parte del loro tempo a persone poco abbienti,
- vi sono gruppi che praticano attività di aiuto psicologico verso questi soggetti come forma professionale dedicata,
- vi sono organizzazioni che commisurano l'onorario dei loro professionisti alla capacità contributiva dei cittadini che si rivolgono loro anziché al proprio autoriferimento di valore.

Questo universalismo dei destinatari che passa anche, ma certo non solo, per l'accessibilità economica, ha importanti conseguenze per la psicoterapia e per la cura dei soggetti in generale. Confrontarsi infatti con chi condivide il proprio status sociale ha costituito un vulnus di partenza della psicoanalisi e di diverse psicoterapie che non da oggi siamo in grado di superare – basti pensare ad un certo intellettualismo interpretativo da salotto borghese vigente in un passato non molto lontano - ma che trova nella proposta della psicoterapia sociale un'ottima opportunità di produrre sviluppi interessanti sul piano della teoria oltre che della tecnica terapeutica.

In conclusione siamo qui a ricordare semplicemente l'impossibilità della neutralità che gli operatori della cura si trovano a vivere. Una impossibilità che non ha nulla a che fare con l'ideologia che impone di schierarsi per una parte contro un'altra né con il non rispetto di tutte le posizioni in campo. Ha piuttosto a che fare con un invito al pronunciamento consapevole su quale postura si intende avere nel proprio

essere professionisti della cura nella convinzione che tutte siano pensabili e rispettabili ma senza incoraggiare deleghe o comode coperture che poco hanno a che vedere con l'essere cittadini professionisti e con uno dei principi fondativi della nostra convivenza.

Per fortuna constato tutti i giorni quanta voglia ci sia da parte dei nostri colleghi che si occupano di cura porre sempre maggiore attenzione a questo versante.

Sono ovviamente i benvenuti nell'unirsi a noi.