

L'apporto della domanda dei servizi alla costruzione dell'identità professionale degli psicologi.

di Anna Di Ninni*

Abstract

Nella ricostruzione delle radici dell'identità professionale degli psicologi, vengono utilizzati dialetticamente due interrogativi: 1) quale domanda ha posto e pone la sanità pubblica agli psicologi a partire dalla Legge di riforma del 1978 (legge 833)? 2) Come la professione psicologica ha trattato e tratta tale domanda? Si ipotizza che la territorializzazione dei servizi sanitari avviata con la grande riforma e l'affermazione di principi culturalmente di rottura a fondamento della complessa e travagliata istituzione dei servizi territoriali in Italia, abbiano avuto ed hanno grande rilievo per la costruzione dell'identità professionale degli psicologi.

Parole chiave: identità; Riforma Sanitaria; territorializzazione; domanda.

Nella clinica la domanda, quasi sempre, nasce da un conflitto. Il conflitto fra i propri vissuti e le attese conformistiche, il conflitto che emerge da fallimenti collusivi a vari livelli, familiari, sociali. L'intervento psicologico, per come ci interessa svilupparlo, assume questa domanda a fondamento della propria teoria della tecnica. Assumerla e lavorarla per il suo sviluppo costituisce metodo e risultato dell'intervento. A valle di questo processo gli attori del processo stesso risultano trasformati: i clinici e i loro pazienti, gli operatori e i loro utenti, i professionisti e i loro clienti, le organizzazioni in cui questi processi si inverano.

Che ciò accada non vuol dire che se ne abbia consapevolezza, anzi. Estremizzando si può dire che ciò che fonda quanto di più resistente/stabile/identitario c'è nell'*identità* è proprio ciò che meno è stato lavorato nella "domanda" che i genitori pongono ai figli mettendoli al mondo, che i pazienti pongono ai loro curanti, che il disagio o l'esigenza di cambiamento sociale pone ai suoi interpreti (attori sociali di vario genere, politici, operatori, gruppi sociali...). Ma su questo complesso statuto dell'identità abbiamo il contributo di Renzo Carli a cui fare riferimento.

Il mio contributo alla ricostruzione delle radici dell'identità professionale degli psicologi vuole mettere in evidenza i processi di "domanda", in gran parte inascoltata, che la sanità pubblica ha attivato negli anni che, dal '70 al 2000 hanno visto la realizzazione della sua grande riforma (833), con particolare attenzione alla istituzione dei servizi territoriali e fra questi i Dipartimenti di Salute Mentale, domande che la professione psicologica è stata più o meno esplicitamente chiamata a trattare. Come dicevo prima, effetti di tale incontro fra domanda sociale e intervento psicologico permangono nel patrimonio identitario della professione psicologica, sia che si sia trattato di un incontro evolutivo, produttivo di sviluppo, sia di un incontro "mancato".

Procederò per punti salienti, ancorandomi quando possibile a una cronologia, come nello stile della giornata, per offrire a ricostruzioni della professione, che altri sapranno fare meglio di me, qualche suggerimento fondato sulla mia trentennale partecipazione alla costruzione della sanità pubblica e come dicevo cercando di fornire elementi per rispondere a un interrogativo riassumibile nella formula "*cosa ha chiesto e cosa chiede la sanità pubblica agli psicologi?*"

Cominciamo richiamando i principi riconosciuti dalla nostra Costituzione che fondano la grande riforma dell'assistenza sanitaria del nostro paese, legge 833/1978, quello del *diritto alla salute*

* Psichiatra presso il Dipartimento di Salute Mentale ASL RM/E e docente presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

insieme al *principio dell'uguaglianza dei cittadini*. Ce ne occupiamo perché costituiscono il fondamento del mandato sociale della sanità pubblica e pertanto gli organizzatori primi della sua mission. Che destino hanno avuto questi due principi nell'inverarsi della riforma? Come si è collocata la presenza psicologica, in particolare nei servizi territoriali, in rapporto a questi aspetti di mandato sociale?

La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è prevista dall'articolo 32 della Costituzione. Sappiamo oggi in quale contesto culturale di "salute" si è inscritta questa affermazione del diritto dei cittadini. Nei secoli della modernità, come insegna Foucault (1963-1969), il discorso della medicina ha pervaso la nostra cultura, fornendo e imponendo al tempo stesso tracce della sua logica a questioni centrali dell'uomo, intervenendo sulla nascita, sulla morte, sul piacere, in una parola producendo una *medicalizzazione* della vita. Possiamo esporre la questione in questo modo: la nascita della clinica riguarda le trasformazioni della medicina che, sotto l'influsso della scienza, diventa sempre più espulsiva nei confronti della domanda di cura. Il passaggio dall'attenzione all'ascolto dei sintomi alla certezza della patogenesi attraverso l'osservazione dei tessuti, rende la medicina orientata all'indagine sulla malattia piuttosto che al malato. In estrema sintesi la domanda di senso legata all'esperienza della sofferenza si riduce a richiesta di prestazioni sanitarie. *Il diritto alla salute, per il tramite della medicalizzazione, diventa sanitarizzazione della vita*. La questione è già nota e non richiede che mi dilunghi oltre. Quello che mi preme sottolineare è tuttavia l'impreparazione con cui gli psicologi si sono trovati ad affrontare il contesto medico e la cultura che lo ha pervaso nella seconda metà del Novecento; cultura che ha conferito un carattere imprevisto alla riforma stessa e ha travolto la psicologia sanitarizzandola. E anche su questo punto ben noto non mi dilungo oltre.

Il principio di uguaglianza dei cittadini sancisce la universalità ed equità di accesso degli stessi ai servizi sanitari e alle prestazioni erogate. Innanzitutto possiamo notare che, accanto agli effetti di tutela dei cittadini più deboli socialmente e nel contesto culturale appena delineato, questo principio rafforza le questioni sopra esposte e rinvia ai processi di sanitarizzazione. Più interessante è notare che tale principio di uguaglianza si estrinseca, nella riforma, in una proposta organizzativa di grande rilevanza: è lo sviluppo della *territorializzazione dei servizi*. Sottoposto alla pressione ideologizzante di quegli anni, questo principio ha preso la forma di un egualitarismo che ha fatto della territorializzazione la sua bandiera. Rapidamente e potremmo aggiungere incompetentemente, la prossimità geografica ha troppo rapidamente soddisfatto il bisogno di uguaglianza, fino ad accontentarsi di una riduzione della territorializzazione a *bacino di utenza*.

Al di là delle intenzioni del legislatore, la difficoltà di tradurre la territorializzazione in una competenza in grado di interpretare la diversità culturale e socio economica del nostro paese, e di dotarsi di criteri per interpretare la domanda sociale attraverso le richieste ai servizi, la complessità e la relativa impreparazione dicevo, rispetto a questa operazione di criteriizzazione hanno fatto sì che la prospettiva "alta" della territorializzazione sia in certa misura fallita. Nessuna competenza si è sviluppata e inverata al punto da restituire un'interpretazione largamente utilizzabile dei territori. Prova di questo insuccesso è la insufficienza di una produzione di scritti di respiro generale che renda testimonianza del lavoro prodottosi nei servizi.

Contemporaneamente questa territorializzazione accettata acriticamente come segno di democrazia sanitaria, ha veicolato una proposta di presenza sanitaria *alternativa* alla centralità ospedaliera dell'assistenza. Non solo: l'organo di governo delle allora Unità Sanitarie Locali, pur nell'ideologico abbandonarsi all'incompetenza organizzativa, è rimasto a lungo una delle prime e anticipatorie esperienze di periferizzazione delle funzioni anche amministrative, non soltanto sanitarie dello Stato Centrale. Ciò che sicuramente si è prodotto in quella stagione è stata la costruzione di nuovi modelli di convivenza fra servizi sanitari e sociali, intesa come prossimità ai problemi e soprattutto come sostegno allo sviluppo sociale.

La territorializzazione è stata inoltre il modello organizzativo che massimamente ha permesso a culture professionali diverse di dialogare e anche scontrarsi nel loro cimentarsi con la domanda sociale. Ciò è avvenuto non solo nel settore della salute mentale, che da subito ha assunto la forma organizzativa del Dipartimento a centralità non ospedaliera bensì territoriale, ma anche nei Consultori, nei Servizi per le Tossicodipendenze (ricordo che è del 1975 la legge 685 che sottrae la tossicodipendenza al campo dei reati e la consegna a quello della sanità attribuendole lo statuto

di malattia), nei Servizi dedicati all'Handicap, nei Servizi dedicati alla Tutela della Salute nel Lavoro. Contemporaneamente allo sviluppo di questa organizzazione territoriale della sanità, il decentramento amministrativo dello Stato porta allo sviluppo di servizi psicosociali nei comuni, circoscrizioni nelle grandi città, che dialogano con i servizi sanitari. Non c'è spazio per parlare approfonditamente di come si sviluppano queste realtà. Le richiamo per ricordare la fitta tessitura di organizzazioni territoriali che grazie alla riforma ha avviato, per il tramite della salute pubblica, una stagione di prossimità alle culture locali del nostro paese; e per sottolineare che tutte queste organizzazioni hanno visto l'ingresso di numerosi psicologi la cui influenza professionale non è stata sufficientemente indagata né in rapporto agli sviluppi delle strutture stesse, né in rapporto al contributo dato alla elaborazione di un pensiero su processi sociali in tumultuoso cambiamento nel nostro paese riguardanti la famiglia, le culture giovanili, l'esclusione sociale, il lavoro.

Mi soffermo solo sulle trasformazioni cui è andata incontro *la famiglia*, per evidenziare i nodi di trasformazione culturale su cui sono intervenuti i servizi sanitari territoriali (Consultori e servizi per la scuola e l'handicap) e di cui sto ipotizzando la funzione di produzione identitaria per gli psicologi. Appoggiamoci alla Cronologia¹ di Pietro Stampà integrandola: nel 1975, il parlamento approva il nuovo diritto di famiglia (legge 151) e pochi mesi dopo la legge istitutiva dei Consultori (legge 405). Lo scarso finanziamento iniziale, previsto per la loro istituzione, verrà massicciamente integrato nel 1978 (legge 194) per garantire l'attuazione della legge sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza. Attraverso il percorso che vi propongo, voglio soffermarmi sull'affermarsi di un progressivo distacco dalla "naturalità" nella concezione della famiglia in quegli anni e sulla "de-biologizzazione" dei legami familiari. Molto più capillarmente che nelle aule di tribunale, le agenzie territoriali della sanità, e in esse gli psicologi, molto più che i ginecologi o i pediatri difesi nei loro ruoli tecnici, hanno tradotto il mandato sociale insito in leggi drammaticamente innovative sul piano culturale, attraverso gli interventi sulle adozioni, sul controllo delle nascite, sui disagi delle coppie.

Approfondiamo un po'.

La legge sull'adozione speciale, promulgata nel 1968, veicolava il principio che nell'adozione, nei suoi risvolti ereditari, si tutelano i bisogni affettivi e patrimoniali dell'adottato e non i bisogni patrimoniali di chi adotta. Si tratta di un rovesciamento culturale completo rispetto alla preminenza dei diritti e dei bisogni paterni, cioè di chi lascia, che aveva fondato il diritto di famiglia fino a quel momento. Inoltre, per il tramite del referendum sul divorzio (1974) e del nuovo diritto di famiglia (1975), si sancisce la parità tra i coniugi e delle loro responsabilità verso i figli. Quali figli? Legittimi, naturali, adottivi. Ciò che mi preme sottolineare e ricordare è il dibattito di quegli anni fra i sostenitori della famiglia naturale e quelli della famiglia come comunità di affetti, con un netto convergere infine del diritto su quest'ultima concezione, che conduce la famiglia a essere concepita come staccata dalla sua cosiddetta *naturalità originaria*. Quali sono i due principi che nel loro convergere hanno avviato questa trasformazione della famiglia?

Innanzitutto il principio di *uguaglianza nelle relazioni familiari*, tradizionalmente improntate alla differenza gerarchica o comunque a una disparità che il diritto tollerava quando addirittura non sanciva, per esempio attraverso la questione dell'adulterio. Ciò porta a una modifica della posizione nella famiglia della donna e dei figli, con una conseguente modifica della tradizionale posizione paterna. Vorrei far notare che accanto alle proposizioni che introducono nuovi principi, il diritto non può che lasciare delle assenze, che producono ricadute fragorose: mentre si afferma l'uguaglianza e dunque la legittimazione di importanza della posizione dei figli, non si esplicita nessuna nuova proposizione sulla posizione che ne risulta più trasformata, la posizione del padre, del marito. Gli operatori che danno avvio all'attività dei consultori, e fra questi numerosi psicologi, incontrano in queste strutture sanitarie una domanda che contiene la necessità di veder accompagnato e condiviso questo profondo processo di cambiamento, peraltro, e come potrebbe essere diversamente, tuttora in corso: proprio in questo anno, ad esempio, abbiamo assistito al successo editoriale di un libro sulla funzione paterna².

Il secondo principio ci riporta con più forza dentro la sanità: il diritto di famiglia finisce per introdurre e alimentare il progressivo *ridimensionamento dell'importanza del dato biologico* o, come si

¹ Cfr sullo stesso numero della Rivista il contributo di Pietro Stampà: Cronologia 1970-2000.

² Recalcati, M. (2011). *Cosa resta del padre? La paternità nell'epoca ipermoderna*. Milano: Raffaello Cortina.

chiamava, vincolo di sangue, come fondamento delle relazioni familiari, ridimensionamento che si viene delineando attraverso le leggi sull'adozione speciale, il riconoscimento dei figli naturali, fino a oggi ed ai ben noti dibattiti, sulla fecondazione assistita. Siamo in una continuità di discorso teso alla riduzione dell'importanza del dato biologico.

Leggo qui Amedeo Santosuosso (1996), giudice e bioetico:

[...] i percorsi dell'affermazione dell'uguaglianza e della de-biologizzazione dei legami familiari si intrecciano e si potenziano reciprocamente, tanto che si assiste al fatto che sia la famiglia detta naturale, ampliata tecnologicamente nelle possibilità di riproduzione, a cercare in quella adottiva un criterio di ordine dei rapporti tanto che alcuni pronunciamenti assumono l'adozione come modello di riferimento (p. 127).

Mi preme evidenziare una importante ricaduta di queste trasformazioni culturali dei fondamenti tradizionali della famiglia, naturalità e legame biologico (ci siamo appoggiati al discorso giuridico valorizzando la funzione di dichiarazione ma anche interpretazione e anticipazione che le leggi hanno rispetto ai cambiamenti di mentalità): per il tramite della legge 194/78 di legalizzazione dell'aborto, si rafforza il *diritto individuale al giudizio sulla propria salute*, quello che giustifica la domanda di interruzione volontaria di gravidanza. La definizione stessa di salute ne risulta modificata. Salute definita come? È una salute intesa come salute non giustificabile altrimenti in quanto individualmente definita. Il pericolo per la propria salute motiva, nel caso della legge 194, la decisione della donna di interrompere la gravidanza. Non si tratta di salute ulteriormente specificata, fisica o mentale, diagnosticabile come presenza o anche assenza di malattia, ma di salute come percezione della stessa per l'individuo che ne parla. L'esercizio di questo diritto a definire la propria salute di fronte all'aborto, ha tuttavia bisogno di svolgersi dentro l'agenzia sanitaria: nei Consultori il medico, spesso in collaborazione con lo psicologo, è chiamato attraverso una valutazione, non una diagnosi, a testimoniare/certificare di questa dichiarazione soggettiva.

Dopo un decennio di presenza intensa sul territorio, i Consultori sono entrati in una fase di decadenza irreversibile. I problemi legati alla vita di coppia (cos'è la copia oggi?!), alla cosiddetta procreazione più o meno naturale/artificiale (?!), alle adozioni, non sono spariti: dove trovano un luogo che li riconosca e li interpreti? Nei centri ultra tecnologizzati per l'"infertilità"? Nella medicina di base? Nei Centri di Salute Mentale? Negli studi degli psicoterapeuti? E che funzione ha svolto la professione psicologica in queste strutture che in 30 anni hanno già compiuto la parabola della loro esistenza? Cosa è rimasto nell'identità psicologica di questo passaggio?

Torniamo a occuparci di questo interrogativo dal vertice delle trasformazioni sulla salute mentale. Intanto ricordiamo che *la legge 180 e la legge 194 vengono approvate nel maggio 1978* mentre lo Stato è sotto scacco, mentre è in corso il rapimento Moro. Questa contemporaneità suggerisce la presenza di un fenomeno di accelerazione, se non di vero e proprio colpo di mano, nella promulgazione di queste leggi che lascerà la sua traccia nella fondazione della sanità italiana, nella 833 approvata a fine anno. Renzo Carli spesso ci ricorda che la psichiatria di impronta basagliana ha espresso il suo momento di potere attraverso la 180 che è apparsa da subito come un intervento legislativo frettoloso, estremo: estremo nel suo significato simbolico, il rovesciamento simbolico del matto da persecutore pericoloso a perseguitato istituzionalizzato, più che nelle sue conseguenze pratiche (come avrete avuto modo di vedere anche a Torino, ricordiamo che la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Racconigi si è completata nel 1998 e quella del Santa Maria della Pietà di Roma nel 2001).

Della legge 180 intendo ora mettere in risalto un aspetto generalmente trascurato ma a mio avviso di grande rilevanza nella trasformazione della cultura della salute e della sanità in quegli anni.

Poco fa ho ricordato il diritto al giudizio individuale sulla propria salute messo in luce nella 194. Correlativamente e a rafforzamento dello stesso, la 180 "è la affermazione del diritto alla salute come *diritto negativo*" (Santosuosso, op. cit., p. 134). Che vuol dire? È il diritto a non ricevere cure non volute a meno che. E i tre articoli della 180 descrivono questi "a meno che", i quali legittimano un eventuale Trattamento Sanitario Obbligatorio. La legge 180 e la successiva 833 non legiferano circa il diritto positivo a usufruire di Servizi e quali servizi, tanto che bisognerà attendere il primo Progetto Obiettivo Nazionale per vedere illustrati gli scopi dei Servizi per la Salute Mentale istituiti 10 anni prima. Come ancora ci ricorda Renzo Carli, non c'è nella 180 alcuna premessa fondante ad esempio, l'offerta di psicoterapia, per avvicinarci alle nostre questioni, fatto questo che rende

ancora più interessante interpretare la diffusione di questa offerta nei Servizi di nuova costituzione. C'era piuttosto nella legge lo spazio lasciato vuoto da un diritto negativo da cui far discendere "offerte positive". Discendendo da un diritto negativo, la nuova offerta di servizi porta con sé una traccia simbolica di assenza di limiti, assenza di contesto; in maniera emozionata direi un effetto di senza riparo, di treno lanciato su binari senza segnali, senza stazioni (per ricordare la coeva canzone "La locomotiva" di Guccini). Non posso non aggiungere a questo proposito un tratto "antropologico" importante della nascita dei servizi territoriali e della Salute Mentale in particolare, cioè la bassa età media di quanti di noi li hanno fatti nascere, aperti, resi attivi.

Torniamo alla trasformazione del concetto di salute prima delineato (quello che abbiamo chiamato il diritto individuale al giudizio sulla propria salute) per cogliere come questo, rafforzato dal diritto a "non ricevere cure non volute a meno che", sancito dalla 180, abbia influenzato la relazione *medico-paziente* e più estesamente, la relazione cittadino-sanità, la relazione di sanità pubblica nel suo complesso, nel senso che il rapporto sempre oscillante della salute fra diritto individuale e bene collettivo, viene sbilanciato a favore del primo. Nel campo della salute mentale assistiamo allo svilupparsi di due processi trasformativi non scontatamente convergenti: mentre promuove un più forte ancoraggio alla medicina attraverso la sottrazione della psichiatria al dominio delle provincie e della pubblica sicurezza e attraverso l'obbligo di ricovero negli ospedali generali, la 180 rafforza il ruolo decisivo del giudizio individuale sulla propria salute. E che cos'è questo giudizio se non un atto psichico? Il ruolo decisivo dell'interessato nella conduzione delle pratiche sanitarie è il veicolo principale della trasformazione tesa a valorizzare gli aspetti che chiamiamo "psichici" della salute. Da dentro la logica tecnica che pervade la medicina, anche lo psichico si configura come oggetto di un intervento tecnico per l'individuo, al servizio del suo giudizio e dunque della sua richiesta. Assistiamo dunque alla legittimazione di una dichiarazione di disagio psichico anche quando non si possa parlare di malattia mentale in senso psicopatologico. Ma su questo ci soffermeremo un'altra volta. Desidero sottolineare che da questi interventi legislativi e dal rafforzamento dei diritti "individuali" che essi veicolano, risulta ormai spalancata agli psicologi la porta della sanità, massimamente dei servizi di salute mentale. Spero che si colga, attraverso i richiami legislativi che vi ho proposto, attraverso l'affermazione di principi culturalmente di rottura che sono a fondamento dell'istituzione dei servizi territoriali, entro quale mandato sociale è stata avviata la massiccia inclusione della professione psicologica nella sanità. Non ne capiremmo però il travaglio, e anche alcuni aspetti di fallimento, se non ricordassimo le premesse legislative e organizzative di questa "psicologizzazione" dei servizi.

Pietro Stampa ha opportunamente incluso nella sua cronologia, la *legge 285 del 1977* promulgata con lo scopo di sviluppare la funzione delle cooperative e finalizzata a incrementare il lavoro giovanile in ambiti di tipo culturale e sociale. Non solo la Sanità nei servizi territoriali di recente istituzione, ma anche i Comuni (si pensi all'apertura delle biblioteche circoscrizionali a Roma) hanno utilizzato questa legge per attuare programmi di sviluppo dei servizi e della cultura. Anzi molte di queste cooperative vengono istituite ad hoc e frettolosamente per garantire l'ingresso dei loro membri dentro i servizi di nuova costituzione, che già risentono di blocchi dei concorsi. Nell'arco di pochi anni gli appartenenti alle cooperative ex 285, diventeranno dipendenti delle strutture in cui erano entrati come operatori, attraverso fenomeni di sanatoria. Molto spesso, nei servizi sanitari, sono stati utilizzati, attraverso la 285, i giovani psicologi che le nuove facoltà hanno appena laureato. Ad esempio, in tutto il Lazio, diverse cooperative hanno fornito, a partire dal 1979, agli allora Centri di Igiene Mentale appena istituiti, gli "animatori" ritenuti necessari per realizzare i processi di risocializzazione dei dimessi dagli ospedali psichiatrici.

Dunque molti psicologi entrano a far parte di cooperative come animatori, ma solo virtualmente, il tempo necessario per essere consegnati ai Servizi: in questo doppio passaggio non fanno l'esperienza di appartenenza alla struttura sociale cooperativa e si ritrovano, avendo perduto il riconoscimento di psicologi, ad occuparsi "da animatori" del complesso problema del reinserimento dei malati mentali. C'è di più. La dispersione in un alto numero di strutture nascenti, in assenza di una forte connessione all'identità professionale psicologica, ha favorito l'ancoraggio alle formazioni psicoterapeutiche degli psicologi alla ricerca di strumenti professionalizzanti. Accanto alle identità psicoanalitiche, sistemiche o più raramente di orientamento cognitivista, acquisite al di fuori dei servizi stessi e sappiamo quanto lontano dai problemi che li incontravano, gli animatori/psicologi

hanno ricercato e insieme partecipato, con gli altri operatori presenti, medici, infermieri, assistenti sociali, allo sviluppo delle nuove identità di operatori dei Servizi. Spesso si è trattato, piuttosto che di identità di Servizio, di idiosincratice caratterizzazioni locali, aggregate da personalità dotate di esperienza o anche competenza o carisma (qualche psicologo anziano, qualche psichiatra). Non si può non rimarcare la violenza sulla giovane comunità professionale degli psicologi introdotta dall'operazione di reclutamento che ho appena descritto: operazione che un'intera generazione di psicologi ha sentito anche come il proprio "*peccato originale*", riconoscibile negli sforzi attuati per affrancarsene: il peccato, non colpevole, dello sradicamento dalla psicologia, dall'unica competenza identitaria forte, per consegnarsi a quella psicoterapeutica; e ancora più disagiata, il peccato di aver rinunciato ad assumere, anch'essi come i medici, in nome della terapia, una responsabilità forte sulla interpretazione del complesso mandato affidato ai servizi territoriali e con esso sulla analisi della domanda sociale che è approdata nei servizi stessi.

Gli psicologi animatori dei primi anni della 180 devono in larga misura il loro ingresso nella sanità all'ampio progetto di *deistituzionalizzazione* che la ha attraversata. Il lavoro di un gruppo di allievi della Scuola di specializzazione su Basaglia è su questo tema molto interessante. È utile ricordare che il lavoro della deistituzionalizzazione non ha riguardato soltanto l'area della salute mentale. L'impronta basagliana è su tutti i servizi: pensate ai Consultori per quanto riguarda i processi di esclusione della donna, i servizi materno-infantili per gli orfani e l'handicap. Tutti i movimenti anti-istituzionali sono di impronta basagliana. Sappiamo però che Basaglia non era così favorevole alla presenza degli psicologi, anzi se ne conosce la diffidenza verso la psicologia, a favore delle correnti sociologiche sulla malattia mentale di marca anglosassone. Il suo *operatore*, una volta svelata la falsità della neutralità delle tecniche, non è mai stato definibile attraverso una competenza professionalizzabile. In particolare mi interessa sottolineare che la lotta alla istituzionalizzazione ha portato con sé una diffidenza anche per la conoscenza organizzativa, considerata compromessa con le logiche tecniche di resistenza al cambiamento. Ciò ha condotto a una trascuratezza e disinteresse per l'organizzazione dei servizi il cui funzionamento interno è stato per molti anni in larga misura guidato da logiche valoriali e ideologiche di cui abbiamo sperimentato tanto la forza trasformativa quanto gli effetti di ignoramento della realtà.

Mentre in altri paesi il conflitto fra logica medico/sanitaria e logica economico/amministrativa occupava il campo delle trasformazioni delle organizzazioni per la salute, nel nostro paese il conflitto, nei primi anni della riforma, si è consumato nello scontro incompetente fra logica medico/tecnica e logica politica. Quando l'aziendalizzazione ha completato il progetto di riforma ha trovato una popolazione di "dirigenti" impreparati a interpretarne le utili istanze: da un lato i medici, per lo più arroccati dentro la logica della individuale responsabilità dell'atto medico dall'altro, soprattutto nei servizi territoriali, gli psicologi, per i quali, alla negazione della funzione organizzativa propria della logica di cura dell'individuo si è sommata una incultura giuridico/amministrativa della professione forse poco sofferta all'interno della professione stessa a causa della prolungata assenza di un ordine professionale.

Per concludere.

Cosa ha chiesto e cosa chiede la sanità pubblica agli psicologi? Aver utilizzato questo interrogativo per cercare radici e sollecitazioni dell'identità professionale psicologica ci ha portato a proiettarci verso la individuazione di aspetti del mandato sociale affidato al Servizio Sanitario Nazionale che, ben oltre il progetto salute, hanno partecipato alla costruzione della "italianità". La giovane identità psicologica ha nel riferimento alla salute pubblica un suo punto di ancoraggio rilevante, anche quando non c'è una diretta appartenenza a quella che molti sentono come una solida e valorizzata "istituzione" del nostro paese. Mi piace pensare che gli psicologi siano interessati a partecipare al suo governo.

Bibliografia

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: PUF (trad. it. Nascita della clinica, Una archeologia dello sguardo medico. Einaudi, Torino, 1969).

Recalcati, M. (2011). *Cosa resta del padre? La paternità nell'epoca ipermoderna*. Milano: Raffaello Cortina.

Santosuosso, A. (1996). *Paternalità e nuove tecniche di riproduzione*, in De Brancion Chatel, M.M., Fiumanò M., Mieli, P., & Santosuosso A. *L'immacolata fecondazione*. Milano: La tartaruga.

Stampa, P. (2011). Cronologia 1970-2000. *Rivista di Psicologia clinica*, 2, 31-37.