

- Peters, L.J. and Hull, R. 1969. *The Peter Principle*. London: Souvenir Press.
- Porteous, M.A. 1978. *Correspondence*. Bulletin of The British Psychological Society, 31, 298-299.
- Tully, B., Doyle, M., Chaill, D., Bayles, T. and Graham, D. 1978. *Psychology and community work in mental health*. Bulletin of The British Psychological Society, 31, 115-119.
- Whitehead, A. 1978. *The clinical psychologist - an applied scientist?* Bulletin of The Psychological Society, 31, 224-226.

## I SERVIZI PSICHIATRICI FIORENTINI

A. Lo Cigno, R. Chimenti, R. Fama

(èquipe di Tranchina - Servizi Psichiatrici Provinciali di T - 1)

Nel 1972 la Giunta Provinciale dibatte e pubblica alcuni documenti che chiariscono definitivamente le scelte politiche e le volontà programmatiche con l'obiettivo prioritario della completa deistituzionalizzazione dell'assistenza psichiatrica e del suo inserimento fra i servizi delle U.S.L., imprimendo così una svolta alla psichiatria fiorentina. Si delibera la formazione di 19 centri di salute mentale (l'èquipe che lavora in un centro ha in carico uno o due reparti all'interno dell'O.P.), che in attesa della riforma sanitaria nazionale, sono visti come primi nuclei delle future U.S.L. e i primi servizi dei futuri consorzi. Nel giugno del '72 il consiglio provinciale di Firenze approva un documento su proposta dell'allora assessore alla Sanità P. Spagna, dal titolo *Programma, finalità e metodi per la trasformazione dell'assistenza psichiatrica nella provincia di Firenze*. Questo documento impronta tutto il lavoro da svolgere su tre punti fondamentali:

1 - gestione sociale della salute mentale. Si ritiene infatti indispensabile, per avere dei servizi di salute mentale funzionali, la integrazione di essi con la vita più ampia della comunità. Solo attraverso questa dialetticità è possibile promuovere situazioni di stimolo per la creazione di iniziative utili alla eliminazione di cause ambientali patogene, per la creazione di condizioni favorevoli al mantenimento della salute mentale dei cittadini, per la attivazione di strutture atte a risolvere o ridurre i problemi delle persone già affette da disturbi psichici. Questa metodica dovrebbe permettere contatti continui e sistematici tra i membri dell'èquipe e i gruppi operativi di zona e di quartiere, amministratori, sindacalisti, tecnici ed esperti, per l'analisi e gli interventi nei vari settori (scuola, ambiente di lavoro, istituti, ecc.), volti alla soluzione di problemi comunque collegati alla difesa della salute mentale. Attraverso questa apertura alla comunità, inizialmente solo come semplice controllo, ma con la prospettiva di trasformarsi in una vera e propria gestione diretta di strutture e di servizi, si tenta di evitare il rischio di ricostituire gruppi a settori chiusi e specializzati, riproducendo nuove forme di istituzionalizzazione e di emarginazione sociale.

2 - Lavoro di gruppo che si pone come alternativa alle posizioni gerarchiche, alla frammentazione della attività e alla rigidità dei ruoli professionali. Esso presuppone tre momenti fondamentali:

- a) la gestione comunitaria sia a livelli decisionali che operativi, ciò significa maggiore partecipazione tecnica e personale di tutti i membri alle attività e la distribuzione fra tutti i membri del potere decisionale;
- b) conoscenza e integrazione reciproca di tutti i membri, al fine di realizzare una effettiva cooperazione, ciò significa una verifica permanente del personale e del proprio ruolo tecnico;
- c) scelta dei campi operativi in base alla capacità e attitudine personale e alle competenze specifiche, ma sempre nell'ambito del programma generale di lavoro, deciso consensual-

mente dall'èquipe. Tali modalità di lavoro sono d'altra parte possibili solo garantendo la stabilità del servizio e dei membri dell'èquipe.

3 - Deistituzionalizzazione dell'O.P. con progressivo smantellamento dello stesso fino alla sua completa eliminazione, in base al riconoscimento della sua natura segregante, emarginante e affatto curativa, creando contemporaneamente i presupposti per la futura attività che si dovrà muovere secondo due linee fondamentali:

- a) evitare in ogni modo di effettuare nuovi ricoveri, ricercando tutti i metodi validi per risolvere i nuovi casi attraverso forme di trattamento extra ospedaliero con intervento diretto a domicilio sul singolo, la sua famiglia e l'ambiente sociale in cui è inserito;
- b) studiare ed attuare, con una continua verifica della situazione, con la gradualità che i singoli casi richiedono ed in accordo con il malato, la famiglia e la comunità di provenienza, la deistituzionalizzazione dei ricoverati, mettendo in opera tutti i provvedimenti che risultino opportuni a questo scopo e promuovendo o realizzando quelle strutture alternative che risultino necessarie per accelerare questo processo. A questo fine, in questa fase di transizione, è possibile utilizzare le attuali strutture paraospedaliere per forme di degenza parziale più rispondenti allo scopo della deistituzionalizzazione, in attesa di strutture alternative.

Questo nuovo taglio che l'amministrazione dava al problema psichiatrico si concretizzava coerentemente con la chiusura del cronicario di Castel Pulci (aprile '73) e del Reparto Minori dell'O.P.. Intanto anche la scelta di spostare il polo d'intervento sul territorio si realizzava nel '75 con la formazione di 19 équipes per le zone della provincia, collegandosi così al disegno generale della Riforma Sanitaria e della formazione dei consorzi previsti dalla legge regionale toscana.

Intanto sul territorio tutte le zone aprivano i loro ambulatori dove il tipo di conduzione era ed è tuttora estremamente variabile. La maggior parte era gestita con criteri della medicalizzazione dei problemi e della divisione del lavoro fra ruoli professionali di diverso livello gerarchico; alcuni, però, ad interventi farmacologici accompagnavano anche terapie di appoggio, dimostrando la volontà di una presa in carico complessiva del problema della salute. In certe zone perciò si iniziava anche la pratica di visite domiciliari che rendevano possibile l'istaurarsi di rapporti di fiducia sul territorio.

Nel frattempo si comincia anche a lavorare per l'apertura di centri sociali, strutture alternative, case famiglia o gruppi appartamento. All'interno dell'O.P. si realizzava la mistizzazione di alcuni reparti di zona, importante, oltre che come momento di riabilitazione dei lungodegenti anche perchè comportava l'integrazione tra personale maschile e femminile.

Tuttavia benchè i documenti espressi dai convegni ribadivano la linea della deistituzionalizzazione e la prospettiva della integrazione della psichiatria nell'ambito generale dei servizi socio-sanitari territoriali, lo stato generale dell'assistenza sia nei servizi di territorio che soprattutto in O.P., rimaneva abbastanza immutato. I tentativi di collegamento sistematico tra le équipes e gli operatori quasi sempre fallivano, anche a causa della scarsa disponibilità manifestata dalla maggior parte degli operatori e dai gruppi più coesi a sottostare ad una verifica del loro operato. Inoltre continuava a sussistere uno scollamento tra la pratica ospedaliera, che in larga parte rimaneva a livello di esclusione totale, e attività nel territorio, che era quasi sempre sottoposta ad una conduzione verticistica e sottratta ad ogni verifica: ne è conseguito un grosso ritardo nel processo complessivo di rinnovamento e di deistituzionalizzazione. Questo perchè, nonostante buoni propositi è

venuta a mancare una presenza politica incisiva di conduzione del processo di rinnovamento, di controllo dello stesso o quanto meno di ciò che quotidianamente avveniva nei servizi, da parte dell'amministrazione provinciale a cui faceva riscontro un atteggiamento attendista e qualunquista della direzione sanitaria. Indubbiamente dietro questi fatti sta tutta una serie di strutture e di ideologie: va detto in ogni caso che nella storia della psichiatria a Firenze, negli ultimi anni, ha sicuramente avuto importanza la dimensione geografica e quantitativa del problema (è da tener presente che le esperienze alternative più avanzate si sono sempre svolte in piccole provincie e in piccoli manicomi), e forse anche la mancanza di un polo di riferimento culturale e politico che costituisse anche un momento di verifica sistematica.

### *I servizi psichiatrici oggi*

L'esperienza psichiatrica fiorentina per ciò, da un lato si qualifica per la creazione di momenti di rottura all'interno della emarginazione istituzionale (chiusura Castel Pulci, Reparto Minori, mistizzazione), per processi di maturazione significativi (dalla creazione di centri di riabilitazione al lavoro a quella di spazi per l'espressione personale ed artistica come la bottega artigiana della Tinaia, all'istituzione della scuola popolare che ha trovato una proiezione nella scuola pubblica). Tuttavia queste iniziative a tutt'oggi non presentano quella incisività che ci si potrebbe aspettare. A Firenze si hanno sì numerose sperimentazioni e tentativi di smantellamento dell'O.P. ma ciò si riduce spesso ad un frazionamento degli interventi tra i quali si riesce a fatica a intravedere una coerenza unitaria.

Comunque un aspetto senz'altro positivo è rappresentato dall'emergere di esperienze *di base* che, anche se in modo mediato, possono proporsi come modelli operativi di cui la direzione politico-amministrativa deve tener conto.

Ed è proprio il decentramento e l'autonomia dei singoli gruppi operativi che offre questa possibilità. L'impatto con la realtà periferica che si svolge in maniera completamente indipendente da una direzione istituzionale centralizzata può fornire contributi originali, ma la non aderenza ad una linea di politica assistenziale organica sfocia spesso in pratiche asetticamente ecniche o, in casi estremi, scopertamente repressive.

L'amministrazione si trova di fronte ad una pluralità di esperienze e la linea politica dell'amministrazione provinciale di Firenze ha in qualche modo sancito questa diversità. L'aspetto negativo più grave di questa linea della non scelta è costituito dall'impossibilità strutturale di organizzare una metodologia che abbia come moneta fondamentale la verifica della prassi. Inoltre l'autonomia relativa dell'èquipes, la mancanza di una scelta precisa dell'amministrazione provinciale che si concreta nell'avvallo di una direzione sanitaria che permette la convivenza dell'arretratezza e dei tentativi di rinnovamento, la non capacità di P.D. fiorentina di realizzare un effettivo contropotere, sono i fattori principali che condizionano l'impossibilità di un intervento riabilitativo che coinvolga l'intera istituzione.

L'assistenza psichiatrica fiorentina è oggi articolata in settori, sui quali operano èquipes di igiene mentale che si occupano di un reparto dell'O.P., posti letto in O.C. nei servizi di diagnosi e cura, ambulatori di zona, strutture intermedie e visite domiciliari. Con la legge regionale toscana i settori erano confluiti in 16 Consorzi Socio-Sanitari, oggi (dal 17 luglio 1980) sono stati tutti assorbiti dalle U.S.L., esattamente 12. Per ogni èquipe è previsto un organico formato da: 1 primario, 1 aiuto, 1 assistente, 1 psicologo, 1

neuropsichiatra infantile, 1 assistente sociale e un numero di infermieri organizzati in base ai parametri della superficie e della popolazione delle diverse zone.

### *I - L'O.P.*

L'ospedale psichiatrico attualmente conta 766 ricoverati, i medici sono 60 (tra primari, aiuto e assistenti), 13 neuropsichiatri infantili, 16 psicologi, 7 pedagogisti, 22 assistenti sociali, 663 infermieri, 57 amministrativi, 174 dei servizi generali. A questo personale che, facendo capo alle équipes dell' O.P. lavora sia all'interno che sul territorio, devono aggiungersi medici, pedagogisti, ortofonisti, psicologi con convenzioni di diversa natura che operano prevalentemente nei servizi esterni.

L'O.P. raccoglie per lo più pazienti lungodegenti istituzionalizzati ed altri per i quali non è stata trovata idonea sistemazione in case famiglia, case di riposo, ecc. Nel 1973 è stato eliminato il cronicario di Castel Pulci che ospitava 400 degenti confluiti in buona parte nell'O.P. di San Salvi. Nello stesso anno è stato anche eliminato il reparto minori e la clinica neuropsichiatrica è stata trasferita a Carreggi.

Negli anni successivi sono stati chiusi i reparti lager ridistribuendo i pazienti alle zone di provenienza. I reparti sono stati tutti mistizzati, tranne quello dell'empolese. Quello sanatoriale, anche se non ufficialmente, è di fatto chiuso, i rimanenti sono tutti aperti tranne due che hanno una zona del reparto chiusa, Con l'applicazione della legge 180 tutti i ricoverati dell'O.P. sono stati trasformati, per una richiesta di P.D., in volontari.

Il problema principale dell'O.P. rimane ancora oggi la regressione benchè un numero ristretto di reparti abbia portato avanti sistematicamente momenti assembleari, di animazione, di gruppi vacanza, di contatto con l'esterno, attraverso alcune feste collettive che hanno coinvolto l'ospedale e la città, di fatto però non è mai esistito un sistematico lavoro di riabilitazione in grado di coinvolgere la maggioranza dei ricoverati. il problema resta aperto e di difficile soluzione, per questo occorre promuovere nuovamente l'interesse per i lungodegenti, per migliorare la loro qualità di vita, quando non sia possibile dimmetterli dando loro un posto nella società.

È necessario pertanto creare occasioni di stimolo e di partecipazione che resituiscono ai ricoverati l'interesse alla vita. La maggior parte dei lungodegenti non svolge alcuna attività, trascorrono la giornata seduti su una sedia e camminando su e giù per i corridoi, giocando a carte o guardando la televisione; questa situazione genera chiaramente noia e depressione facilitando l'apatia e il disinteresse che trovano una manifestazione macroscopica nella trasandatezza del vestire e dell'aspetto, legata anche allo scarso interesse del personale nei confronti dei bisogni più elementari dei degenti.

Mentre la regressione dei degenti nei reparti chiusi era la risposta alla repressione che veniva agita su di loro a tutti i livelli, nel reparto aperto essa è la risposta all'abbandono, alla mancanza di rapporti affettivi, alla noia, alla solitudine, alla non realizzazione di progetti, alla mancanza di prospettive future.

Farsi carico dei lungodegenti significa pertanto ridargli quella identità che l'istituzione gli ha espropriato e questo si può fare promuovendo:

- assemblee in tutti i reparti, per arrivare ad un'unica assemblea di tutto l'O.P., come strumento di espressione dei ricoverati, delle loro storie, delle loro aspettative, favorendo un processo che da oggetti dell'istituzione li veda trasformarsi in protagonisti della lotta antiistituzionale;
- creando un collegamento continuo con l'esterno, con strutture di incontro come centri

sociali, quartieri, case del popolo, ecc. che, permettendo lo scambio di esperienze, portino al superamento della divisione dei reparti;

facendo sì che i momenti esterni come case famiglia ecc. siano realmente esigenze maturate nel degente e non momenti separati voluti dall'alto e vedano perciò partecipi alla loro realizzazione, insieme alle forze politiche, agli operatori e agli enti, gli stessi utenti.

2 - *Le strutture alternative all'O.P. sono il centro di attività creative ed espressive La Tinaia, la scuola popolare.*

Il centro di attività creative ed espressive *la Tinaia* si basa essenzialmente sul lavoro della creta e del disegno. Questo centro ha rifiutato la forma di *laboratorio protetto*, questo è molto significativo poichè rifiutare il *gettone di presenza* significa sottolineare il carattere terapeutico dell'attività espressiva, dare a tutta l'iniziativa un carattere di spontaneità e di non subordinazione a ordini di imprese commerciali, come avviene nei *laboratori protetti*. È stato invece adottato un criterio simile al lavoro normale: i ricoverati percepiscono il denaro ricavato dalla vendita del materiale prodotto. La Tinaia accoglie ricoverati di più reparti e si muove nella direzione di un recupero, se non di una vera e propria ricostruzione della personalità del ricoverato. A ciò contribuisce, oltre ai mezzi tradizionali dell'espressione, anche l'ambiente, formato da persone, con una propria cultura e un proprio modo di essere, che si rapportano fra loro in modo da permettere il superamento dei ruoli *sano matto*; l'infermiere non fa l'infermiere ed il matto cessa di fare il matto, poichè in questa situazione viene considerevolmente ridotto il potere personale ed in ciò La Tinaia è abbastanza simile ad un qualsiasi laboratorio artigiano.

La Scuola Popolare, nata alcuni anni fa opera attualmente nei locali del confinato Liceo Scientifico. Oltre ad operatori dell'O.P. vi lavorano essenzialmente insegnanti del Provveditorato. La Scuola, dopo una prima fase in cui si è trovata praticamente a sostituire attività di recupero e di animazione dei degenti, sopperendo alle carenze dei reparti, attualmente si è qualificata, come specifico momento di recupero culturale finalizzato, per pazienti che hanno un programma di reinserimento esterno.

Anche i *laboratori protetti* fanno parte delle strutture alternative in O.P.. Essi sono sorti all'interno di un programma ergoterapico abbastanza tradizionale; sono andati assottigliandosi nel tempo, pur avendo rappresentato momenti di sostegno e di appoggio anche per exdegenti. In ospedale, attualmente, ne è rimasto uno che lavora materiale elettrico. Va fatto anche notare che in ospedale c'è un numero rilevante di pazienti che lavorano con una bassissima retribuzione (180 mila lire esente tasse), il che è funzionale alla logica manicomiale. Infatti pulizia dei reparti, lavoro nella lavanderia, se da un lato possono essere giustificate come occasioni che servono a togliere l'internato dalla sua inattività, abulia, segregazione, dall'altro trovano poche giustificazioni sul piano terapeutico. Anche se inizialmente l'ergoterapia aveva finalità e intenti riabilitativi, attualmente la situazione in cui si trovano a lavorare e a vivere gli internati del manicomio, è tale da poter essere definita di doppio sfruttamento, nella misura in cui il lavoro faticoso e non remunerato diviene l'unica alternativa per chi deve vivere, giorno dopo giorno, nel luogo in cui è stato recluso e si trova a dover preferire una attività, qualunque essa sia, alla morte d'inedia.

I rapporti con l'esterno, anche questi allacciati solamente da pochi operatori, sono stati particolarmente vivaci con alcune strutture scolastiche confinanti. Prima il Liceo scientifico e poi da un anno con un gruppo di studenti ed insegnanti dell'Istituto tecnico per il

turismo che svolgono con continuità alcune attività di animazione interne ed esterne all'O.P.

### 3 - Consorzi Socio-Sanitari

In alcune zone periferiche i Consorzi Socio-Sanitari sono stati istituiti sin dal 1977, mentre nel comune di Firenze sono sorti solo nel 1979.

La loro attività è stata perciò molto differenziata da zona a zona ed è stata seguita da una serie di disfunzioni legate anche al ritardo del necessario decentramento.

In alcuni casi ci sono state continue riunioni per coordinare i diversi rami dell'assistenza in modo da prefigurare la costituzione delle U.S.L.

Si sono organizzati massicci interventi sociali come le vacanze per gli anziani; c'è stata ricerca e reperimento di strutture alternative, attività creative di vario tipo, collaborazione al lavoro di deistituzionalizzazione all'interno dell'O.P. Si è attuato cioè un decentramento dei servizi attraverso la distrettualizzazione, ponendo le basi per una reale integrazione tra gli operatori e una omogeneizzazione dell'intervento nella zona di competenza.

### 4 - I servizi di diagnosi e cura

I servizi di diagnosi e cura che si sono aperti progressivamente sono:

- a) S. Maria Nuova, 10 posti letto, serve parte delle zone fiorentina, empolesse, la Val d'Elsa, il Chianti, La Bassa Sieve. Questo reparto è stato istituito dopo l'eliminazione del reparto lager ivi dislocato, chiuso per l'intervento della magistratura. Il servizio è svolto in situazioni di apertura con integrazione con il personale infermieristico dell'O.P.
- b) Careggi, 15 posti letto, serve due zone fiorentine, la Piana di Sesto, il Mugello. Questo servizio è stato realizzato nei locali della precedente accettazione psichiatrica avvalendosi anche del personale della Clinica neuropsichiatrica. I ricoveri avvengono in una struttura e con una prassi di intervento che è fuori dallo spirito della legge 180. La possibilità di gestione è impedita per convenzione a due delle zone, infatti il personale è fornito oltre che dalla Clinica, solo dalle zone della Piana di Sesto, da quella di Rifredi e di Novoli, mentre vi confluiscono anche pazienti di altre zone. Palesi sono quindi le difficoltà d'intervenire nelle scelte di una operatività tradizionale determinata di fatto dai medici della clinica psichiatrica.
- c) Figline Valdarno, utilizza posti letto in vari reparti, per i pazienti del valdarno fiorentino. La sua realizzazione è stata favorita da un lavoro portato avanti già da anni con operatori di zona. Se è vero che questo criterio di per sé impedisce la formazione di tanti reparti manicomiali all'interno dell'O.C., è anche vero che in questa precisa situazione tale criterio non è stato fatto oggetto di discussione con tutti gli operatori, ma esso è stato una scelta di potere del primario che, benchè apprezzabile, di fatto ripropone il problema del rapporto e del potere di tutti gli operatori all'interno di una équipe.
- d) Il servizio pratese opera in 6 posti letto nell'astanteria dell'O.G., in situazione di apertura. Le maggiori difficoltà del servizio sono derivate dalle modalità molto diverse di intervento delle tre équipes, due delle quali di tipo tradizionale dalla mancata applicazione della convenzione a causa della non disponibilità della direzione sanitaria dell'O.C. all'integrazione dei servizi psichiatrici con quelli dell'O.G., per ritardi nella regolamentazione della mobilità nei servizi stessi, per la ineguatezza dei locali. È da sottolineare inoltre l'anomala convenzione stipulata con due psichiatri per svolgere solamente il servizio di diagnosi e cura.

### 5 - *Ambulatori e visite domiciliari*

Le diverse équipes operano in 82 sedi ambulatoriali con prestazioni diverse e diverso stite di lavoro, riproponendo la notevole difformità già sottolineata in altri momenti. La prassi di intervento può caratterizzarsi nelle seguenti tre linee:

- Adeguamento a un intervento distrettuale profondamente decentrato, il che significa:

- a) attuazione di un rapporto dialettico con la realtà; al fine di individuare i bisogni del bacino di utenza;

- b) disponibilità ad affrontare insieme agli utenti e alle altre strutture socio-sanitarie, secondo la metodica del lavoro di gruppo, gli specifici problemi della sofferenza e del disagio psichico, in una dimensione comprensiva di tanti possibili elementi causali, somatici, psicologici, interrelazionali e sociali;

- c) confronto e collaborazione con l'Ente sociale, le forze politiche e sindacali, i consigli di fabbrica e di quartiere, i momenti associazionistici, per la individuazione delle risposte da dare alla utenza del servizio e per una verifica continua del lavoro svolto

- d) massicci interventi domiciliari con una chiara e precisa impostazione psicoterapica.

- Intervento ugualmente alternativo, ma con punti di erogazione del servizio più centralizzati, che prefigurano, per il servizio psichiatrico, una situazione di 2° livello.

- Intervento tradizionale con centralizzazione del servizio e impostazione del servizio di tipo individualistico su base farmacologica. Questo tipo di lavoro tende solo alla psichiatizzazione delle contraddizioni sociali, per restituire e riadattare gli individui alla ingiustizia delle loro condizioni, trasformandosi in importanti strumenti di quelle forze conservatrici e reazionarie che vogliono da questo tipo di intervento, solo la riacquisizione da parte del soggetto di comportamenti ben integrati in ogni situazione.

In un intervento di tipo alternativo la visita domiciliare presenta grossi vantaggi: in primo luogo quello di far conoscere l'ambiente socio-economico e le problematiche in cui l'utente si muove, permettendo di capire e vivere meglio le contraddizioni che all'interno di questo contesto si manifestano, in secondo luogo quello di intervenire direttamente sulle dinamiche relazionali fra i componenti familiari, rompendole o modificandole attraverso una continua azione decodificatrice dei messaggi lanciati o delle aspettative che ogni membro ha nei confronti dell'altro, amplificando e facendo emergere, a livello di coscienza collettiva, quei contenuti, quelle richieste e quei bisogni che si esplicano attraverso atteggiamenti aggressivi, azioni di negazione e di disconferma dell'altro. In questa ottica la visita domiciliare svolge anche una forma di prevenzione nei confronti di tutti i membri della famiglia.

Le visite domiciliari mancano, ovviamente, nelle situazioni che si riconoscono nel terzo punto ed è da denunciare il rifiuto di effettuarle anche da parte di alcune équipes che operano ad un livello ambulatoriale come nel secondo punto.

### 6 - *Strutture intermedie*

I Centri Sociali diurni sono 12, di cui 2 a Firenze centro (2-5 e 14 pazienti), 3 a Scandicci, Lastra e Signa (15, 8, 12-15 pazienti), 1 nella Bassa Sieve, 1 nel Mugello, 1 nel Chianti (7-8 pazienti), 1 nel quartiere n° 12 di Firenze (8-10 pazienti), 1 a Sesto Fiorentino. In alcuni si svolgono anche attività di socializzazione, animazione, rapporti con il quartiere. In certi si svolgono anche attività lavorative. Le botteghe artigiane sono 3: vi lavorano assistiti di diversa provenienza, seguiti da operatori del Comune, esse sono 1 a Firenze centro (9-10 assistiti), 1 all'Isolotto (5 assistiti).



Le case famiglia sono 4: 2 a Firenze centro (7-8 pazienti), 1 nel Valdarno superiore (7-8 pazienti), 1 a Sesto Fiorentino.

Da questi dati si vede come la maggior parte dei gruppi di lavoro non possiede strutture intermedie, nè si sta muovendo per realizzarle concretamente. I Centri Speciali diurni, nati essenzialmente con finalità di assistenza ad ex ricoverati, sono poi di fatto diventati *laboratori protetti*, nei quali è mancato un momento di reale socializzazione e integrazione con l'ambiente, le loro attività sono attualmente molto differenziate. Per le case famiglia il discorso è più articolato. Le prime, nate agli inizi degli anni '70 al centro di Firenze, sono rimaste essenzialmente strutture protette con caratteristiche di forte istituzionalizzazione. Sono in via di formazione da parte di alcune équipes gruppi appartamento, privi di specifica assistenza psichiatrica, volti cioè ad un tentativo di reale inserimento e di progressiva realizzazione della autonomia degli assistiti.

La carenza di strutture intermedie sta provocando gravi disagi sia nel processo di deistituzionalizzazione dell'O.P., che nel suo superamento.

Le poche dimissioni sono, infatti, avvenute con l'immissione di degenti in strutture protette ugualmente istituzionalizzate. Il disagio si avverte anche nella gestione territoriale per situazioni familiari particolarmente difficili, per le quali non esistono alternative, se non, spesso, di tipo privato. Le responsabilità di questi ritardi sono da individuarsi sia in una inadeguata sensibilità al problema da parte degli Enti locali e di alcuni Consorzi, sia nel disinteresse e nella linea tradizionale d'intervento nella maggior parte degli operatori.

#### 7 - La Clinica universitaria

La clinica psichiatrica dell'Università si avvale di 40 posti letto, 20 maschili e 20 femminili, 4 medici, 30 infermieri. I suoi ricoveri si aggirano sui 600 annui. Questa struttura essenzialmente non è stata toccata dalla legge 180. Infatti continua a riciclare molti dei ricoveri che prima avvenivano in O.P., modulando la scelta dei pazienti in base a ricerche esclusivamente riferite a sperimentazioni farmacologiche.

I rapporti tra Università e servizi psichiatrici territoriali sono estremamente disfunzionali, anche se è chiaro che le pressioni sono maggiori per i lungodegenti. In questo caso i rapporti riguardano le assistenze sociali per il reperimento di case di riposo o gli infermieri in caso di pazienti istituzionalizzati a casa. La Clinica fa inoltre da polmone al locale servizio di diagnosi e cura, coprendone le contraddizioni.

#### 8 - Cliniche Private

Ci sono diverse case di cura psichiatriche tra cui Poggiosereno, Villa dei Pini, Casa di cura S. Lorenzo ecc., nessuna di esse è comunque convenzionata per i servizi di diagnosi e cura.

#### 9 - Formazione e organici

La formazione del personale ed il completamento degli organici sono stati in questi anni estremamente carenti. All'entrata in vigore della legge 180 non è corrisposto in alcun modo un tentativo di recupero del personale dei servizi psichiatrici ad ogni livello che lo rendesse adeguato a far fronte ai nuovi compiti. La formazione degli operatori è estremamente importante in una prassi alternativa e si pone come obbligo politico che non può essere disatteso. Formazione che non coincide con un perfezionamento o una modifica delle attuali attività, ma con un diverso modo di intendere la formazione degli operatori, in rapporto ad una reale alternativa per la prevenzione, la terapia e la riabilita-

zione delle malattie mentali. La formazione tradizionale contiene una contraddizione fra l'aspetto ideologico-scientifico e quello pratico-specifico.

Essa serve al vertice come acquisizione di egemonie specifiche e si trasmette ai ruoli intermedi e subalterni realizzandosi come delega: le conseguenze, nella pratica, ricadono sul paziente che è e rimane, in sostanza, oggetto di controllo e di custodia. La formazione tende, cioè, ad indicare che il sapere vale come potere, delega, gerarchia. Attualmente è abbastanza difficile evitare tutto questo dal momento che si è costretti giornalmente a fare i conti con i vecchi strumenti, tuttavia è possibile realizzare nello specifico un rapporto tra persone che ricercano criticamente il senso ed il non senso del rapporto stesso.

Occorre cioè favorire la comunicazione delle conoscenze e delle esperienze fra persone che vogliono lavorare insieme criticamente, ritrovando il significato di un lavoro che si pone come pratica e che unisce nel raggiungimento di un obiettivo comune. Prima di tutto come pratica di un rapporto che si realizza tra gli operatori e gli utenti, disposti a confrontarsi con problemi che sono sempre, in ultima analisi, di carattere politico e che inevitabilmente riguardano anche le conoscenze che però non è mai il punto di arrivo da perfezionare ma, un passaggio obbligato in una strategia che ricerca nuovi significati e non soddisfacenti soluzioni perfezionate.

### *Conclusioni*

In questo specifico momento, l'effettivo funzionamento dei servizi vive una situazione parecchio delicata, perchè la realizzazione delle Unità Sanitarie Locali, pur nella positività degli aspetti riguardanti il decentramento dei servizi e la loro integrazione, può rappresentare un rischio di una frammentazione e di ulteriori differenziazioni degli interventi con possibilità di oggettivo regresso nel momento in cui la sofferenza individuale viene vista come separata dalla globalità sociale in cui si manifesta. Infatti il problema della salute, non solo di quella psichica, è un problema sì di *conoscenza e specifico*, ma di una conoscenza non separata e non separabile, di una conoscenza non del medico, dello psicologo o dell'infermiere, ma di collettivi di lotta per la salute in cui l'operatore specializzato sia il punto di riferimento non decisivo e inappellabile.

Nel lavoro territoriale vanno poi sempre tenuti i rischi che sono essenzialmente tre:

1 - Non avere più un ruolo di trasformazione rispetto alle contraddizioni che si è deputate a gestire, ricreando così l'istituzione e riducendo l'azione a semplice tecnicismo psicologistico che assume come esclusivo terreno operativo quello della psico-terapia, mettendo fra parentesi la collocazione ed il significato delle contraddizioni sociali, o ad una forma di assistenza caritativa, riparatrice dell'esclusione, dello sfruttamento perchè non agisce sulle mediazioni che hanno determinato il conflitto e il sintomo. Si tratta della creazione del manicomialismo all'esterno, basato su una prassi ammodernata, ma nella sostanza legata agli schemi tradizionali della psichiatria.

2 - Una colonizzazione e psichiatrizzazione della comunità che si realizza nella sua forma più semplice, quando l'équipe psichiatrica consente di gestire situazioni che di psichiatrico non hanno nulla, situazioni cioè che hanno radici appartenenti a precisi ambiti istituzionali.

3 - Proporre interventi carichi di mistificazione tecnicistica, basati sulla creazione e sulla perpetuazione del controllo sociale e dell'adattamento al sistema, mediante l'uso specifico di un certo tipo di prassi psichiatrica. È ciò che si verifica puntualmente ogni qual volta la sofferenza del paziente è sedata o risolta, senza giungere a far cogliere al paziente stesso l'origine del suo disturbo; in altre parole, tutte le volte che a livello di coscienza del

soggetto non viene fatto emergere la storicità della sua sofferenza, che altro non esprime se non la interiorizzazione di contraddizioni sociali oggettive. Questa operazione non solo coincide con il mantenimento delle condizioni di falsa coscienza in cui il paziente vive, ma soprattutto con una manovra di narcotizzazione e di occultamento delle contraddizioni di derivazione sociale, determinanti il disagio psicologico.

La mistificazione tecnicistica traduce così, da un lato la pratica psichiatrica in una pratica di controllo del comportamento deviante, di alleanza con le classi al potere e, dall'altro, in una pratica di adattamento del singolo alle condizioni imposte, di mantenimento di comportamenti gregari, di razionalizzazione dell'esclusione sociale e di copertura della conflittualità storica interiorizzata.

A nostro avviso, si può avere un corretto lavoro territoriale quando esso contribuisce a sollevare anziché coprire i problemi e le contraddizioni che caratterizzano la vita sociale e occupazionale del bacino di utenza, ad aprire e mantenere aperte delle lotte sui problemi politici specifici quali quelli della fabbrica, della condizione della donna, della condizione degli anziani. Solo così è possibile come preannunciato nella linea di intervento dell'amministrazione provinciale di Firenze, che siano i cittadini a controllare e gestire la salute. È necessario per questo stimolare e rifondare, a livello territoriale, l'impegno di critica alle istituzioni in generale e al manicomio diffuso in particolare, incrementare e sviluppare i collegamenti, la trasmissione di notizie e di esperienze, la verifica continua del lavoro svolto e dei risultati ottenuti, superando l'attuale struttura verticistica e burocratica dei servizi. Questo anche perché la psichiatria con l'istituzione del servizio sanitario nazionale, è diventata, a pieno diritto parte integrante della tutela della salute psicofisica del cittadino nei suoi molteplici aspetti.

## L'INTERVENTO TERAPEUTICO TRA OSPEDALE E TERRITORIO

P. Tranchina

Avevo preparato una relazione diversa ma penso che convenga sintetizzare rapidamente qual è il tipo di lavoro approfondendo un aspetto particolare che è l'intervento familiare per poi tirare alcune conclusioni generali.

Lavoro nei servizi Psichiatrici Provinciali di Firenze dove c'è una struttura di settore in cui ad ogni reparto dell'ospedale corrisponde una certa zona di territorio che va dai 40 ai 60-70.000 abitanti. Il settore, se da un lato garantisce una discreta continuità terapeutica tra interno ed esterno, da un altro provoca una netta separazione fra le équipes e i reparti. Ogni primario è un direttore e quindi non c'è nessuna omogeneizzazione delle prassi a livello orizzontale. Questo non toglie che in alcuni settori sia portato avanti un lavoro corretto che si inserisce all'interno di quelle che sono le esperienze di psichiatria democratica.

Praticamente noi abbiamo un reparto con una quarantina di persone e l'équipe formata dal primario, il prof. Alberto Parrini, due assistenti medici, il dott. Volfango Lusetti e la dottoressa Giuliana Archi, lo psicologo, un'assistente sociale un pedagogo e 28 infermieri. Dei 40 ricoverati solo una minoranza fanno parte della nostra zona che è Prato sud; Consorzio Socio-sanitario 36, mentre gli altri vengono chiamati apolidi, cioè non hanno più un riferimento zonale.

Il lavoro che abbiamo fatto e stiamo portando avanti ha implicato innanzi tutto il coinvolgimento degli infermieri nella nostra pratica perchè se l'infermiere non diventa capace di sentire quello che si fa come suo, di interiorizzare la sua creatività, le sue possibilità di rapporto, le sue capacità di coinvolgimento, ci si muove in un vuoto in cui alla rigida struttura gerarchica dei medici corrisponde il ruolo più custodialistico degli infermieri. Ovviamente il reparto è interamente aperto da anni; non si usa né contenzione fisica né elettroshoc; i farmaci sono utilizzati il minimo possibile e sempre discussi con il paziente. Per quanto riguarda l'organizzazione del reparto, abbiamo due assemblee con il personale alla settimana, una di verifica di casi e una di programmazione. Abbiamo poi un'assemblea di reparto con i ricoverati seguita da verifica, che rappresenta un momento molto importante di partecipazione, contatto fra le persone, verifica di situazioni, elaborazioni di ansie e ricerca di progetti e sbocchi alternativi. Il lavoro di riabilitazione dei lungodegenti si è mosso essenzialmente su momenti di socializzazione di pazienti che abbiamo ereditato da gestioni tradizionali, a volte trentennali. Abbiamo cominciato ad andare fuori insieme, andare a trovare degli amici, magari in campagna, utilizzando in questo senso sia i volontari, oltre agli infermieri, naturalmente e anche gli obiettori di coscienza che hanno scelto di lavorare con noi. Si sono utilizzate anche due strutture riabilitative dell'ospedale che sono abbastanza interessanti.

Una è un centro di attività creative, *La Tinaia*, in cui si lavora la creta e si dipinge, dove ci sono degli infermieri estremamente bravi, in grado di cogliere qualsiasi miglioramento dei pazienti, qualsiasi positività che emerga.

Abbiamo visto che in questo senso ci sono stati dei grossi passi avanti specialmente in pazienti molto regrediti.

L'altra è la scuola popolare che è stata istituita prima all'interno dell'ospedale e poi fuori. Abbiamo anche cercato di far avere la pensione al maggior numero di persone possibili e si sono intensificati i contatti con le famiglie. Per fare un esempio del tipo di gestione precedente, quando sono andato dalla famiglia di un lungodegente e mi sono qualificato, m'hanno chiesto con ansia: *È morto?*, come dire che l'unico rapporto che queste famiglie di lungodegenti avevano con il servizio era l'annuncio del decesso.

Entrando in rapporto con le case di riposo e con altri centri siamo riusciti a fare alcune dimissioni; altre sono state fatte per persone la cui famiglia presentava una certa disponibilità.

Per quanto riguarda il lavoro territoriale abbiamo cercato, con una serie di contatti, di cogliere le strutture, i bisogni della nostra zona. Ci siamo messi a lavorare con le assistenti sociali, abbiamo utilizzato i presidi esistenti e portato avanti una serie di contatti con l'amministrazione, gruppi di base, ecc... Questo ci ha permesso di vedere i tipi di bisogni che ci sono e anche di farci un'idea sulla struttura economica e sociale della zona. La zona di Prato-sud è estremamente disgregata. Uno dei quartieri è il villaggio Gescal; ci sono poi piccoli paesi e due grossi comuni, Poggio e Carmignano.

Ogni agglomerato ha una sua autonomia, le sue tradizioni, per cui basta spostarsi di pochi chilometri e sembra di essere in un'altra zona. Il tipo di lavoro è portato avanti per 10-14 ore al giorno. Proprio alcuni giorni fa ho verificato la quantità di lavoro fatto da una persona che seguì: aveva lavorato nei giorni feriali 73 ore e poi la domenica era stato altre 11 ore sul trattore e si lamentava di avere qualche dolorino alle gambe!

Forse per questo i pratesi quando vogliono dire che le cose vanno male parlano di *ottorine*, cioè di otto piccole ore, cosa che per Prato è quasi disoccupazione.

La struttura tipica della zona è la casa-fabbrica; al piano terreno ci sono le macchine e sopra si vive. A queste macchine tessili lavorano tutti: lavora il bambino, lavora il vecchio, e le donne sono in situazione di estremo sfruttamento, di estremo stress perchè oltre alla macchina hanno la lavatrice, i figli e le faccende.

A questa situazione in cui prevale il concentrarsi sul nucleo familiare di fatto corrisponde poi una possibilità di socializzazione estremamente scarsa: pochi sono gli spazi di incontro oltre i bar, mentre invece è stato fatto un lavoro veramente eccezionale rispetto all'Italia per quanto riguarda le strutture sportive, piscine, campi da gioco. Il fatto è che il tipo di struttura lavorativa determina poi tutta la ideologia perchè mentre l'operaio che va in fabbrica oltre che lavorare in gruppo si muove all'interno di un tempo definito oltre il quale ha il tempo libero o cosiddetto libero in cui può leggere, o divertirsi, far politica, riflettere, ecc, quando c'è una macchina che va sempre e che non si deve mai fermare, ovviamente ogni momento dato a se stesso ogni momento dato al rapporto, ogni momento dato alla formazione, alla politica, alla partecipazione, alla vita sociale, diventa un furto alla macchina, diventa una perdita di quattrini.

Mentre il livello di retribuzione è alto perchè facilmente con questo tipo di lavoro si prendono 800-900 mila lire al mese, le sue conseguenze mettono le persone all'interno di una logica che è estremamente pesante e su cui spesso è anche difficile incidere per creare appunto dei momenti di socializzazione, dei momenti di partecipazione, dei momenti anche d'aiuto e di solidarietà che stanno alla base di un lavoro non individualizzato nel campo in cui noi ci muoviamo. Anche a livello fisico a questo tipo di lavoro corrispon-

dono livelli di nocività estremamente alti: ho sentito che gli incidenti sul lavoro sono fra i più numerosi d' Italia e ci sono tumori polmonari con percentuali preoccupanti. Inoltre l'emigrazione è molto forte, c'è un'enorme carenza di locali da affittare per cui penso spesso a questa area come ad una zona di atterraggio dal meridione o da altre parti della Toscana.

Invece nei due paesi che sono in collina e che hanno maggiori tradizioni ci sono minori fattori di rischio: essendoci una maggiore stabilità sociale anche tutti i problemi di devianza e di sofferenza diminuiscono. Invece nel piano, dove la gente arriva e si infila in un buco a lavorare a qualsiasi condizione, abita ovunque a qualsiasi condizione, tutti i problemi della sofferenza psicologica, del disagio che poi diventa psichiatizzazione sono molto più elevati.

In collaborazione col C.S.S. abbiamo quindi aperto inizialmente tre ambulatori dislocati in modo da facilitare il più possibile l'intervento. Questi ambulatori sono fatti su una base psicoterapica nel senso che le persone che hanno appuntamento vengono una volta alla settimana per un'ora, sono viste con continuità dal medico, dai volontari, dagli infermieri.

Abbiamo anche iniziato una serie di rapporti con l'Ospedale Civile e dobbiamo dire che all'inizio sono stati veramente positivi: abbiamo trovato una grossa disponibilità da parte degli infermieri e per quello che abbiamo potuto notare in questo periodo persone anche con grossi problemi psicologici a livello psicotico trovano all'interno dell'Ospedale Civile una possibilità di sopravvivenza, di vivere il loro disagio meno grave, meno drammatico rispetto al ricovero nell'ospedale psichiatrico. Abbiamo visto che anche delle crisi abbastanza grosse venivano risolte in tempi minori rispetto al ricovero nell'ospedale psichiatrico. A volte si sono creati momenti di solidarietà tra persone per cui c'era uno che dava una mano a quell'altro ricoverato che stava meno bene. Quando lo si reputa necessario si prescrivono anche farmaci, sempre però discutendoli con gli utenti, utilizzando dosi minime e puntando ad una loro progressiva eliminazione.

Questo tipo di lavoro si è poi interrotto per una serie di intoppi burocratici e amministrativi: la mobilità del personale non era stata fermata, c'erano problemi di responsabilità e solo adesso sembra che queste contraddizioni siano in via di superamento per cui si potrà riprendere a lavorare utilizzando alcuni posti letto in ospedale civile. Per il prossimo futuro stiamo allestendo una casa-famiglia e dovrebbero iniziare gruppi di incontro fra donne.

### *Le visite domiciliari*

Uno degli aspetti fondamentali che ha caratterizzato il nostro lavoro è stato quello delle visite domiciliari, cosa che è l'aspetto più stimolante e gratificante e su cui mi vorrei soffermare. Nel primo anno e mezzo di servizio ne abbiamo fatte oltre 800, cioè un numero uguale alle visite ambulatoriali. Quando si presentava e richiedeva un certo tipo di rapporto, oppure al limite veniva ricoverata in O.P. prima della Legge 180, immediatamente noi si prendeva contatto coi familiari per istituire tutta una serie di rapporti per capire come si era arrivati a questa crisi, quali erano le modalità di tutti di rapportarsi verso la situazione e verso il paziente designato.

Cercavamo cioè di appurare che tipo di problematiche c'erano nella famiglia, sul lavoro, nell'ambiente. Facendo questo tipo d'intervento ho seguito in modo particolare dei giovani psicotici sui vent'anni, con due o tre ricoveri alle spalle, elettroschoc, ecc..., ed ho

notato che di fatto portando avanti questi incontri una volta alla settimana in periodi normali e anche tutti i giorni quando ce n'è bisogno, non si è più dovuti ricorrere, almeno per questi casi, all'ospedalizzazione. Ho visto veramente che questo tipo di rapporto che è un rapporto non tecnicistico nel senso che ognuno di noi porta certo tutte le sue conoscenze, ma senza usare tecniche particolari, è molto efficace.

Il rapporto si basa sullo stare insieme, cercar di capire, dare simpatia e affetto, comprensione a tutte le varie componenti, dalla famiglia ad altri parenti, ai vicini di casa se necessario.. Questo rapporto modifica in modo radicale il modo con cui la famiglia ed il paziente stesso vivono la crisi del paziente designato e anche le sue ansie e le sue bizzarrie per cui si ha un'enorme diminuzione dell'ansia e della stigmatizzazione.

### *La storia di Pino*

Volevo riassumervi brevemente la storia di un ragazzo proprio per mostrarvi come ci siamo mossi in certe situazioni. Questo ragazzo, che chiamerò Pino Nardi, ha 22 anni e per quello che ho potuto ricostruire della sua storia con lui e la famiglia, ancora prima che lui nascesse la madre ha avuto disturbi organici molto gravi per cui aveva una grossa paura di morire e sentiva questo bambino che nasceva come una specie di minaccia per la sua vita. Quando poi Pino aveva tre mesi è successo in famiglia un fatto estremamente grave: il babbo è stato investito da un pirata della strada è stato buttato in un fosso, ha avuto un grosso trauma e da allora è rimasto handicappato per tutta la vita, senza che si sia mai scoperto chi lo aveva investito.

Questa madre che veniva da un'altra regione si è trovata con Pino di tre mesi, l'altro figlio di 3 o 4 anni ed il marito per otto mesi in ospedale; se pensiamo alla vita di questa donna alla quale era venuto meno il sostegno fisico-affettivo ed economico del marito, io non so bene quanto, ma credo che sicuramente questo fatto abbia inciso profondamente sulla storia di Pino. Dentro la famiglia si è poi formata una polarizzazione tra il figlio buono, che è l'altro fratello, Giorgio, che è appunto un ragazzo che lavora, ha la sua ideologia politica, è sposato, e Pino che invece è meno comunicativo, più timido, più imbranato. Le cose sono andate avanti con una certa differenziazione fra i due fratelli per quello che ho potuto chiarire: mentre la situazione economica quando Giorgio ha cominciato a lavorare era più difficile e quindi la famiglia era molto fiscale, chiedeva quattrini, per Pino questo non è avvenuto.

La situazione era cambiata: il babbo aveva un buon stipendio come operaio, la madre faceva altri lavori per cui ho notato anche che la famiglia ha la tendenza a drammatizzare gli aspetti negativi e che è stata molto disapprovante per tutte le iniziative extralavorative di Pino dal sollevamento pesi alla batteria, ecc...

In questa situazione Pino ha retto bene; poi è partito militare e in otto giorni si è scompenato, è tornato in uno stato confusionale; non riconosceva le persone, parlava da solo. È rimasto in giro per un paio di giorni poi è stato preso, messi al manicomio e gli hanno fatto l'elettroschok, farmaci, ecc...

Dopo l'elettroschok, si è ristabilito, è andato a casa, ha cercato di riprendere un po' di lavoro, ma non ce l'ha fatta; ha avuto un nuovo ricovero e poi due o tre situazioni ancora di questo genere fino a che non lo abbiamo preso in carico noi.

Quando ho cominciato a seguirlo c'era questa situazione in casa: Pino era disoccupato, la madre in uno stato estremamente ansioso, il babbo con profonde istanze di sfiducia; il

tutto aggravato dal fatto che Pino era seguace di un gruppo religioso orientale e quindi si rifiutava di mangiare la carne e le cose della famiglia, aveva delle liti terribili col suo babbo che è un comunista di vecchia data, di quelli che hanno fatto le lotte dure subito dopo la guerra. Per descrivere il padre basta un episodio: nel '48 il padre era stato chiamato dal padrone che gli aveva offerto 10.000 lire di più alla settimana se avesse smesso di far politica. In quella occasione egli aveva risposto: *"Adesso ci penso e poi glielo dico"*. Uscito dalla direzione era montato su una cassetta e aveva detto: *"Fermi tutti! Avete visto da dove sono uscito? Il padrone mi ha offerto soldi per lottare meno!"*. A questo punto è arrivato il padrone, è scivolato, voleva far passare le cose come se fosse stato spinto, e ha chiamato la polizia. Il padre era veramente così: uno che sapeva fare delle lotte, quindi potete immaginare il contrasto di ideologie fra un comunista attivo ed una persona che si rifà alle ideologie orientali, alla non violenza, ecc... È stato un lavoro estremamente difficile far accettare al padre i punti di vista di Pino. Cogliarli nel loro valore come modo di essere e di opporsi al mondo in cui si sentiva incapace e incompreso, senza bollarli di follia.

Ho parlato per tre mesi solo coi genitori; Pino non veniva. Se ne stava nell'altra stanza a sentirsi musica, a sentire i discorsi del suo guru e naturalmente noi non abbiamo mai insistito minimamente sul fatto che lui venisse. Parlavamo coi genitori, cercavamo di capire i problemi, davamo un senso al ricovero analizzandolo appunto come mancanza di servizi, come repressione di strutture antiquate e lavoravamo anche sulla continua ansia della madre, sul suo rimpianto del passato.

Un po' alla volta Pino ha cominciato a venire: però non è una persona che regge bene i rapporti: era cioè impossibile avere un rapporto individuale con lui. È uno di quei ragazzi che io chiamo trasparenti perchè hanno una estrema fragilità, riescono a stare insieme se hanno un'ambiente che li accoglie e non emette doppi messaggi; ma la minima contrarietà li distoglie dal rapporto.

Per molto tempo quindi non gli ho mai parlato direttamente. Di solito quando io entravo lui si alzava, apriva lo sportellino, prendeva la boccettina di Serenase, ne metteva 5 gocce in un bicchiere perchè quella era la quantità giornaliera, quasi simbolica, stabilita, beveva con l'acqua le 5 gocce di Serenase, poi stava lì a sentire.

Naturalmente però la serie di discorsi che io facevo alla famiglia erano fatti perchè anche lui li sentisse e questo ha prodotto una serie di dinamiche veramente interessanti. Per esempio, lavorando sulla diversità fra lui e il fratello, ad un certo punto, parlando delle ideologie radicali che ci sono anche all'interno di questi gruppi che si rifanno all'India, si è discusso col babbo su cosa si è fatto noi sinistra per rispondere ai bisogni dei giovani, che cosa sta facendo l'amministrazione di sinistra sui problemi dei giovani a Prato e che possibilità di socializzazione hanno, chi e che risposta può trovare Pino se ha bisogno di qualcosa e dove è che deve andare a trovare gli amici? C'è il bar, ma al bar ci sono gli altri che sappiamo come si muovono e che se appena possono sopraffare un altro stangano oppure gli tirano battute che cavano la pelle; gli dicono *pazzaccio* e cose del genere.

Il babbo ci sentiva su questi problemi e ha capito che attraverso le sue scelte Pino esprimeva una forma di opposizione globale che poteva corrispondere all'opposizione globale che aveva fatto lui quando faceva le lotte politiche, anche se erano su piani completamente opposti.

E quando facendo questo discorso io gli ho chiesto: *"Ma senta, sia sincero, chi le assomiglia di più chi ha preso il suo carattere tutto di un pezzo ed estremista, Giorgio che lavora o Pino che ha avuto tutta la storia che sappiamo?"*. Il padre mi ha risposto: *"Quasi*



*quasi, mi sembra proprio Pino*". Queste cose si dicevano con Pino presente, quindi lavorando per modificare questa immagine del totalmente diverso, dell'opposto assoluto con qualcosa invece con cui ci si può identificare, per cui si può sentire simpatia, affetto, si sono fatti grossi passi. Lo stesso discorso è andato avanti anche con la madre che era così riservata e relegata nel suo ruolo nutritivo da vivere il rifiuto del cibo come un rifiuto globale di se stessa.

Ricordo che una volta che insisteva sul fatto che essere vegetariani fa male e che senza mangiar carne non si può vivere, le ho ricordato che un bue pesa 8 quintali e mangia solo erba!

Così, smontate certe credenze del senso comune è stato più facile parlare della sua difficoltà a fare cose per se stessa senza viverci attraverso quello che può o non può dare al figlio. La critica ha investito successivamente anche altri livelli. Per es. Pino non è andato a votare.

Il padre si è arrabbiato moltissimo e mentre si discuteva la cosa il padre sosteneva con rabbia: "Tanto lui è un fallito che non riuscirà mai a fare niente". E Pino ha detto: "Che i comunisti stiano coi comunisti, che i socialisti stiano coi socialisti, che i democristiani stiano coi democristiani!". E il babbo; "Ecco, ha visto? È un qualunque! Invece di fare le lotte lascia tutto come sta e se ne frega". Io allora gli ho detto: "Sente signor Nardi, ha ragione, insomma anch'io la penso come lei. Anch'io sono un compagno; noi abbiamo scelto certe forme di lotta, noi pensiamo che è giusto opporsi, partecipare, creare strutture alternative, per cambiare la società. D'accordo, questo è il nostro punto di vista. Però secondo me in quello che dice Pino ci sono delle verità sulle quali anche noi dobbiamo pensare". Così ho chiesto chi ha fatto l'ultima rivoluzione e dov'è successa. "L'ultima rivoluzione è successa in Iran - ha risposto - e l'han fatta i preti; i preti di là". "Andiamo avanti signor Nardi - ho detto - Ghandi con la sua capretta e la sua ideologia della non violenza è riuscito a cacciar fuori gli inglesi dall'India senza sparare un colpo di fucile; allora se vogliamo fare un discorso solo politico è chiaro che noi non siamo d'accordo con Pino, ma in fondo in quello che dice c'è anche il rifiuto di tutta la violenza capitalistica, c'è il rifiuto di un rapporto di sfruttamento, di violenza, di acquisizione, sia sull'uomo che sulla natura al quale lui contrappone un discorso di pace, di tranquillità, di accettazione. È chiaro che noi non possiamo essere d'accordo, però questo discorso ha una sua validità, una sua dignità che noi non possiamo trascurare".

Ho cercato cioè di dare un senso positivo a ciò che Pino diceva facendo vedere gli aspetti profondi, simbolici, oltre l'immediatezza del rifiuto e della codificazione esplicita, portando avanti sistematicamente un processo di rovesciamento delle disconferme continue che aveva subito. All'interno di questo processo Pino è migliorato e mi ha chiesto di andare con lui a cercare il vecchio lavoro; lui aveva lavorato prima come meccanico. Poi quando aveva 18 anni era stato buttato fuori perchè per passare da apprendista a lavoratore bisogna pagare molto di più come trattenute; poi aveva lavorato in fabbrica. Siamo andati a cercare questo vecchio lavoro e il padrone gli ha detto che non lo voleva più perchè era stato in manicomio. Io avevo paura che Pino si scompensasse e invece ha retto. Io ho cercato di dirgli che in fondo lui era responsabile della sua scelta e non di come il mondo gli rispondeva e quindi abbiamo anche analizzato che cosa vuol dire in questo mondo essere pazzi, perchè ci sono i pazzi, in che modo questi pazzi ci sono, perchè coprono tutta la cosiddetta normalità degli altri; perchè sono sorti i manicomi, cosa vuol dire questo in termini di classe, ecc. Per fortuna abbiamo buoni rapporti con l'ufficio di collocamento e così è saltato fuori un altro lavoro; gli ho dato l'indirizzo, lui è andato da

solo ma non l'ha trovato. Quando sono stato da lui dopo due giorni, la mamma mi ha detto che non aveva dormito, che era abbastanza arrabbiato e aveva detto che tutti lo imbrogliavano e ce l'avevano con lui: *"Anche il dott. Tranchina mi piglia per le mele"* aveva detto. Quando poi è venuto io ho ripreso il discorso e gli ho detto: *"La tua mamma mi diceva che ti sei arrabbiato; penso succeda a tutti: si aspetta tanto una cosa e poi non si realizza. Tu da cinque o sei mesi hai voglia di lavorare e non trovi niente; quindi forse ti sei sentito come se tutti ce l'avessero con te, forse ti è venuta voglia di mandare tutti a quel paese"*. Siamo andati a telefonare insieme all'ufficio di collocamento dove m'hanno confermato lo stesso numero, allora in pulmino siamo andati insieme a cercare, il numero era sbagliato e la fabbrica era a 50 m. Lì ho visto veramente come fosse diverso il Pino in casa dal Pino fuori: mentre in casa era praticamente l'immagine di quello che ci si aspettava da lui modificata dal lavoro faticoso che si era portato avanti, lì era una persona attiva, viva, interessata. Ha chiesto cosa c'era da fare, lo stipendio, l'orario. Poi questo lavoro è saltato, se n'è ripresentato un altro e da una settimana Pino lavora. I genitori mi hanno detto l'altro giorno che si alza regolarmente, sta bene, dorme; certamente il processo non è finito perché Pino ha bisogno di altre cose, ha bisogno di rafforzare la fiducia in se stesso, le sue capacità di rapporto; però sicuramente abbiamo fatto un salto: si è passati dall'immagine di matto che non ce la fa, ad un'identità di lavoratore. Adesso ci saranno altri problemi, infatti io continuo regolarmente a vederlo.

### *Considerazioni teoriche*

Da interventi di questo genere che tipo di conclusioni possiamo tirare? Innanzi tutto che veramente il rapporto a due come è codificato dalla psicanalisi e dalle varie forme di terapia, non sempre funziona, è inapplicabile in un'enorme quantità di casi perché si basa su un livello di potere che molte volte le persone non hanno, e non è solo il potere economico di pagare l'analista, è il potere di reggere il rapporto, le contraddizioni, è l'accumulazione culturale diversa, è l'accumulazione di fiducia in se che è molto bassa in situazioni di carenza quando la stigmatizzazione che la disconferma, i doppi massaggi, sono stati o sono pesantissimi. La cosa che è risultata molto chiara e per me è molto significativa - io sono partito da un'esperienza analitica, cioè sono un'analista; mi sono specializzato all'Istituto Jung di Zurigo e ho quindi interiorizzato un modello preciso - è la scoperta di come si possa portare queste persone da una situazione di negazione, di *follia*, a una situazione di rapporto, di comprensione al limite senza interpretare mai o quasi mai in senso classico e instaurando un rapporto di calore e di ricostruzione che iscrive anche l'interpretazione dentro una comprensione più vasta. Daltronde quello che dico coincide anche con certe acquisizioni psicanalitiche più recenti; per esempio Benedetti sostiene giustamente che con lo psicotico l'interpretazione è inutile perché se è vero che lo psicotico ha un io a cui manca o è carente la possibilità di fare la verifica di realtà, è inutile continuare a dargli delle interpretazioni che lo obbligano ad usare una funzione di cui non dispone. Quindi Benedetti parla di ricostruzione della persona, di valorizzazione continua di ciò che c'è di positivo, di ciò che di nuovo emerge attraverso un rapporto di cui il mediatore fondamentale è il terapeuta, l'interesse del terapeuta per le persone. Secondo me l'elemento portante del rapporto terapeutico a tutti i livelli è questo profondo interesse, profondo affetto per i problemi dell'altro e questo ha molto a che fare con quello che siamo noi, con le nostre simpatie e antipatie, con il nostro modo diretto o indiretto di reagire agli altri sia a livello conscio che inconscio. Ma a volte ha anche a che fare con la

nostra coscienza di classe cioè con il tipo di elaborazione politica che noi abbiamo fatto su quello che è il nostro ruolo, il nostro modo di rispondere.

All'interno di tutto questo la cosa più importante è che io ho sempre lavorato con degli infermieri, con volontari e che ho istituito con tutte le persone un rapporto di profondo affetto e fiducia, a cominciare da questa mamma che è una donna sopraffatta dalle contraddizioni, perchè non può concedersi nulla. Ricordo che con lei ho fatto delle discussioni, ma delle discussioni incredibili per convincerla ad andare dal parrucchiere perchè sapevo che quanto più questa donna diventava capace di fare qualcosa per se stessa, tanto meno avrebbe chiesto di vivere vicariamente attraverso il figlio, quindi tanto meno avrebbe pesato su Pino. Infatti quanto più questa donna diventa un soggetto capace di diritti propri, tanto meno sentirà i fallimenti del figlio o i presunti fallimenti o i futuri possibili fallimenti come propri futuri fallimenti a cominciare dal piatto di pasta asciutta che Pino si rifiuta di mangiare.

Questo vuol dire che avere coscienza di cosa voglia dire per questa donna non poter godere e come questo si colleghi in modo preciso al ruolo subalterno della donna. È quindi determinante nel nostro lavoro il sostegno globale, l'interesse profondo, la partecipazione, le verifiche continue che permettono di socializzare l'ansia, di mettere in questione il proprio modo di lavorare. È questo il setting allargato di cui c'è bisogno, infatti c'è chi dice che tutto il problema del setting ha fatto ritardare la terapia delle psicosi di 50 anni. Non ci si può fermare però al rapporto senza vederlo inserito in tutta una parte più globale.

#### *Riforma sanitaria e partecipazione*

A livello di consorzio infatti ci sono centomila altri problemi: ci sono i bambini, ci sono i consultori, le strutture intermedie, c'è l'ospedale civile e noi ci scontriamo con aspetti ideologici o mancanza di strutture, ritardi burocratici, tutte cose che hanno molto a che fare col tipo di rapporto che riusciamo ad instaurare con i singoli pazienti.

Adesso con la Legge 180 lo scontro col potere medico si fa più acuto. Infatti mentre in manicomio potevamo fare quello che volevamo perchè in fondo il direttore aveva grossi poteri, in ospedale civile il discorso è tutto diverso. Benchè la legge dica esplicitamente che di norma gli interventi di cura, di riabilitazione e prevenzione devono essere fatti in presidi extra ospedalieri territoriali e quindi l'ospedale è l'eccezione, di fatto il rischio è di essere assorbiti dalla logica dell'istituto ospedaliero. I servizi di diagnostica assorbono infatti molto personale che spesso è sottratto al lavoro territoriale. Anche il ruolo degli operatori sembra diventare più difficile. Il perchè è che la Riforma Sanitaria ne sancisce la subalternità al potere medico.

Se questa proposta passà vuol dire che le nostre rivendicazioni, che le cose giuste che sono state fatte e che si identificano nei contenuti principali delle lotte anti istituzionali di questi anni come critica alla delega, critica alla struttura gerarchica, critica al potere medico, non hanno inciso sulla crescita di figure nuove. La Riforma Sanitaria in certe zone l'hanno già fatta i servizi privati: a Prato per esempio c'è un organismo religioso che ha cinque case famiglia, un centro sociale con l'assistente sociale, un ambulatorio con giovani medici, hanno un ristorante dove servono scuole, hanno una casa per anziani che era un vecchio albergo con altri 40 letti in costruzione, hanno delle aziende agricole e due case al mare. Il problema però è che in queste strutture, come in genere in quelle private, ci vanno le persone che non sono gravi e le altre restano a noi da gestire. Il problema

rispetto alle istituzioni private pagate con denaro pubblico, è molto grave ed è una delle ambiguità sulle quali la Riforma Sanitaria non ha inciso minimamente. Insieme all'aiuto che danno le strutture private disseminano anche precise ideologie. Forse avete letto sul Manifesto di quella ragazza violentata all'ospedale di Prato: era stata accolta in una di queste case famiglia, però le hanno detto che se voleva stare lì non doveva abortire, e quando giustamente questa ragazza ha detto di no l'hanno cacciata in strada sostenendo che loro accolgono prostitute, delinquenti ma non assassini. Per fortuna poi il gruppo di donne si è coalizzato e ha dato un aiuto concreto a questa ragazza, cosa che è stata denunciata dal Manifesto.

Infine uno degli aspetti più difficili da realizzare è il problema della partecipazione della gente alla gestione della salute. Se non riusciamo a fornire momenti di intervento in cui c'è la partecipazione della gente, almeno nelle sue avanguardie organizzate, rischiamo di portare avanti una lotta che è perdente perchè di fatto ci ritroviamo soli con un'enormità di problemi. Però nel momento in cui noi ci scontriamo con un'organizzazione del lavoro che separa le persone fra di loro, ci scontriamo con un'abitudine alla delega, ci scontriamo anche con una certa sfiducia verso i partiti della sinistra che è andata acuendosi in questi anni. Secondo me, questa sfiducia verso la sinistra, oltre che per una serie di motivi, è dovuta al fatto che c'è una frattura profonda tra momento politico e momento sociale cioè tra quello che noi possiamo fare, tutti, socialmente, come cittadini, sentendoci utili e traendo da questo una serie di considerazioni politiche, e i grandi discorsi politici, l'incidenza politica dello stato attraverso le leggi. In ogni sezione si discute delle leggi di politica generale e non si parla del lungodegente che abita lì a tre porte, del poveraccio che sta crepando di fame a cinque porte da quell'altro che beve e che quando va al bar la prima cosa che si sente dire è: "*Sei una merda*"; cioè c'è una frattura fra il discorso politico generale e il livello del *che fare del poter fare immediatamente* per avere un senso di risposta che ci crei qualcosa di nuovo, un sentimento umano d'aiuto, di partecipazione che incida sulla qualità della vita.

Quindi io penso che uno dei nostri compiti fondamentali come operatori alternativi sia proprio questo di favorire momenti di partecipazione diretta, di presa in carico dei problemi non all'interno del pietismo caritatevole che subito diventa elemosina, diventa assistenzialismo ma all'interno di una possibilità di saldare quello che noi facciamo nel sociale con una presa di coscienza politica da portare avanti insieme a tutte le forze interessate. Secondo me questo tipo di risposte concrete, anche se difficili sono un elemento fondamentale per aiutare le persone a credere di più nella politica, a contare di più, a incidere di più e quindi a sentire anche individualmente che quello che fanno a partire dalla propria vita è importante e può incidere a livello politico più generale. Questa saldatura con la quotidianità, la vita di ogni giorno, mi sembra il contrario di una continua fuga nell'ideologia mani vuote.

## LA TINAIA. CENTRO DI ATTIVITA' ESPRESSIVE 1975-1980

Massimo Mensi, Dana Simionescu

Il laboratorio di attività espressive *LA TINAIA*, è stato aperto nel febbraio del 1975, per iniziativa di un gruppo di operatori dell'équipe di Prato Centro.

Nel contesto psichiatrico fiorentino, caratterizzato in quel periodo dalla tendenza, di alcune équipes, a lavorare intensamente nel territorio, nell'intento di limitare i ricoveri in Ospedale Psichiatrico, l'apertura di questo centro ha un significato complementare, proprio in rapporto a queste esperienze avanzate. Per alcuni aspetti, la tendenza verso il territorio, diventa quasi una fuga dal lavoro poco gratificante, all'interno dell'istituzione. Ma occorre sempre tener presente, che in questo periodo, ci sono ancora un migliaio di ricoverati, cioè, di persone che hanno gli stessi diritti di assistenza, nei confronti dei pazienti residenti nel territorio. Anzi, queste persone ricoverate (la cui maggioranza è composta da lungodegenti) hanno una necessità vitale di un intenso lavoro di riabilitazione. Questa è la sola strada possibile, per avere qualche risultato, al fine di ottenere una deistituzionalizzazione corretta. Altrimenti, dovremmo aspettare che le istituzioni siano svuotate unicamente per effetto dei decessi.

Si era fatta strada, in quel momento, l'ipotesi, che qualsiasi attività svolta nell'O.P., corresse il rischio di rinforzare l'istituzione, anche se in maniera indiretta; creare degli spazi *belli*, piacevoli, confortevoli, dentro il manicomio, significa potenziarlo, nascondere le sue contraddizioni di fondo.

Noi invece, sosteniamo, che la vita quotidiana nei reparti è una forma di abbandono, e che non possiamo aggiungerne ancora, con il rischio di dimenticare queste persone in un'emarginazione definitiva.

Contro questi pericoli di abbandono, due infermieri, con l'aiuto di un gruppo di operatori dell'équipe pratese, aprivano un laboratorio di attività espressive, per offrire ai ricoverati un'alternativa alla vita di reparto. Questi due infermieri (uno specializzato nella modellazione della creta, e l'altro, in decorazione e pittura) pensavano che, con un tipo di insegnamento adeguato alle possibilità dei ricoverati, fosse ancora possibile stimolare in loro un qualche interesse, per un lavoro creativo.

Del resto, queste due attività sono assai diffuse nella tradizione artistica del territorio fiorentino, e a livello artigianale, fanno parte della cultura popolare.

Comunque, nei nostri intenti, non volevamo fare né arte, né artigianato. Perseguire fini artistici, ammesso che ci riuscissimo, conoscendo i reali bisogni dei ricoverati sarebbe stato assurdo.

E nemmeno, avevamo l'intenzione di creare un laboratorio artigiano, soprattutto perché, oggi, questo termine ha perso il suo significato tradizionale, sotto la spinta degli attuali meccanismi economici, che hanno portato a sviluppare, un tipo di produzione rapida economica, perciò concorrenziale, ma anche purtroppo stereotipata. Nel caso dei lungodegenti, si tratta di persone che hanno perso il contatto con la realtà esterna, e quindi con il lavoro, da decenni. Non è pensabile che queste persone si riadeguino di colpo ai ritmi di lavoro, e alle innovazioni tecniche di oggi.

A questo problema hanno tentato di dare una risposta le strutture tutt'oggi esistenti all'interno e all'esterno dell'O.P., chiamate *laboratori protetti*. Protetti, nel senso che assicurano una minima retribuzione a tutti i frequentatori, da lire 1500 a lire 2500 giornaliere, pagate dalla Provincia, sotto forma di *gettone di presenza*.

Resta però da considerare un'altro aspetto di queste realtà: essendo commissionato da ditte esterne, il lavoro (montaggio spine elettriche, giocattoli, pelletteria, ecc.) non solo è ripetitivo e monotono, ma data la retribuzione a cottimo, spinge le persone a raggiungere una sempre maggiore velocità e precisione, a scapito dei rapporti sociali.

La Tinaia, invece, si proponeva di dare attraverso la pittura e la ceramica, degli strumenti, per esprimere il proprio mondo interiore, per riverarlo agli altri, per conoscersi e farsi conoscere.

Il lavoro doveva essere uno strumento, un *mezzo* e non il fine. Come linguaggi espressivi, la ceramica e la pittura rispondevano molto bene alle nostre esigenze. L'attività della ceramica, con le sue varie fasi di lavorazione (modellare, decorare la terracotta, preparare il forno, curare la cottura) richiede una continua collaborazione di tutti gli utenti, e offre una vasta gamma di possibilità riabilitative; dal lungodegente, che spesso ha problemi di riacquistare una certa elasticità nell'uso delle mani (a volte dopo decenni di forzata inattività), al breve degente, che desidera, durante il suo soggiorno ospedaliero, acquisire la tecnica necessaria per costruire vasi o sculture.

Usare la materia, trasformarla secondo i propri desideri e idee, significa acquisire potere e controllo sulla realtà circostante, e di riflesso, sulla realtà interiore. Seguire la metamorfosi che un pezzo informe di creta subisce, per divenire, grazie all'intervento dell'uomo, vaso, piatto, scultura, offre agli ospiti della Tinaia, l'occasione di una esperienza di un ciclo lavorativo completo, negata alla maggioranza delle persone, che vivono e lavorano nella nostra società.

A differenza della ceramica, la pittura ed il disegno sono degli strumenti più immediati, più veloci, per registrare su un foglio o una tela, impressioni, sentimenti, sogni, *deliri*. Tante idee e sensazioni allo stato latente, caotico, a volte minaccioso vengono espresse, spesso senza che gli autori siano coscienti, con i colori e le forme. In Tinaia è più probabile che una persona raffiguri i propri *fantasmi* sulla carta, che non li descriva a parole. E un processo quasi simile a quello analitico; esprimere significa esternare la propria soggettività.

Spesso, la fase più difficile per i ricoverati, che frequentano la Tinaia è quella iniziale, poichè hanno paura di *non fare bene*, di sbagliare, di non cavarsela, di non essere *bravi*. Questo fenomeno riflette la mentalità della maggioranza sulle attività espressive: espressività = arte *bello* = la massima verosimiglianza al mondo visibile. Questa norma, che poi è una norma borghese, ama i bei paesaggi, i ritratti rassomiglianti, le perfette imitazioni della natura: tutte immagini che rassicurano, che non mettono in discussione niente, e lasciano il mondo così com'è.

La paura di non possedere l'abilità tecnica, per riprodurre fedelmente persone, oggetti e ambienti, è stata gradualmente superata, in favore di una concezione dell'espressività, diversa.

*"Al realismo che imita si contrappone un realismo che crea la realtà. Per essere creazione del reale, l'arte deve prescindere da tutto ciò che preesiste all'atto dell'artista: bisogna ricominciare dal nulla.*

*...è un modo abituale di esprimere e comunicare mediante l'immagine. E proprio questa identità di espressione e di comunicazione è importante.*"<sup>(1)</sup>

I ricoverati una volta superate le difficoltà iniziali, riescono ad esprimere la loro sofferenza; e anche se esternarla, non significa superarla, questo però, aiuta a convivere meglio.

Gli oggetti e i quadri così realizzati, oltre alla originalità, hanno anche il pregio di essere *unici, irripetibili*.

Con il passare del tempo è emerso il problema: "*cosa fare dei pezzi della Tinaia?*" In assemblea venne deciso di vendere i prodotti e così cominciammo ad organizzare delle mostre; all'inizio abbiamo colto l'opportunità di partecipare con uno stand di vendita, a varie manifestazioni (Festival dell'Unità, dell'Amicizia, Fiera di Prato, ecc.)

Abbiamo sempre evitato di vendere, sfruttando i falsi sentimenti di pietà, verso l'emarginato. Ci siamo sempre presentati, semplicemente, come il gruppo della Tinaia riservandoci di dare spiegazioni più dettagliate a chi ne facesse richiesta.

Oltre a raggiungere una disponibilità economica, da utilizzarsi sia come un modesto compenso settimanale uguale per tutti i frequentatori, sia come *fondo comune* per alcune attività di gruppo (gite, regali e feste di compleanno, Natale, Pasqua ecc.), le mostre hanno avuto una funzione di informazione e di contatto con la cittadinanza.

Negli ultimi due anni abbiamo curato di più l'organizzazione di mostre a carattere di collegamento e dibattito con il territorio.

Si inseriscono in questo quadro, le mostre personali di due ricoverati, nei quartieri di residenza delle loro famiglie, la mostra realizzata insieme al Comune di Prato, le due mostre all'interno dell'Istituto Tecnico di Turismo (scuola che confina con l'O.P.).

Dopo cinque anni, l'esperienza della Tinaia ci porta a prendere sempre di più in considerazione le possibilità di operare nell'ottica della Riforma Sanitaria, in una struttura territoriale.

Senza abbandonare l'attuale gruppo di ricoverati che frequentano il laboratorio, ci proponiamo di poter aprire al più presto un centro sociale diurno che possa dare delle risposte non più soltanto ai bisogni riabilitativi, ma alle attuali esigenze di prevenzione.

## BIBLIOGRAFIA

C. G. Argan - *L'arte moderna 1770/1970*. Sansoni Editore, 1973