

Animazione Sociale

MENSILE PER GLI OPERATORI SOCIALI
GRUPPO ABELE - CORSO TRAPANI 95 - 10141 TORINO
GENNAIO 2008 - ANNO XXXVIII - NUMERO 219 - € 6,20

1

POSTE ITALIANE S.p.a. - SPEDIZIONE
IN ABBONAMENTO POSTALE 1/2008 - D. L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/04 nr. 46) - ART. 1 COMMA 1 DCB (To)

3 intervista le scommesse della legge
Basaglia 30 anni dopo 15 studi i para-
digmi della cura 26 prospettive dalla
«sofferenza urbana» alla città diffusa 33
inserto pensare intersoggettivamente
la relazione con l'altro 62 metodo com-
prendersi tra soggetti di orizzonti cul-
turali differenti 73 luoghi&profes-
sioni dar senso alle differenze nelle or-
ganizzazioni 82 animazione scuola
le possibilità educative del laboratorio
creativo 89 walkie-talkie il valore
conoscitivo dell'errore nelle professio-
ni di aiuto 93 diari nel ghetto di Maria



INTERVISTA A PEPPE DELL'ACQUA A CURA DI ROBERTO CAMARLINGHI

LE SCOMMESSE DI BASAGLIA

Trent'anni dopo la legge che rivoluzionò gli scenari della cura

Agli inizi degli anni '70, prima a Gorizia poi a Trieste, Franco Basaglia inizia a scardinare i cancelli della psichiatria, a liberare le persone che vi sono rinchiusi, a togliere via il duplice marchio del «pericolo» e dello «scandalo» che leggi e costumi conferivano alla follia e ai folli. Poveri, pericolosi e scandalosi ricominciano a respirare, a parlare, uscire, camminare, sognare e raccontare i propri sogni, ritornando a essere ciò che sono. Persone, cittadini con un nome, un cognome, un indirizzo, una professione, un conto in banca, uno stato civile, un campo d'azione dove giocarsi un futuro. E oggi?

«**A**desso inizia un'altra storia», disse Basaglia lasciando il manicomio di Trieste nel 1979. L'anno prima la legge che porta il suo nome aveva sancito la fine dei manicomi. Era il maggio '78, il culmine di un decennio di riforme civili e democratiche. Un'altra storia iniziava soprattutto per migliaia di uomini e donne, fino allora reclusi tra le spesse mura dei manicomi. Come Ondina, quarant'anni passati nell'ospedale psichiatrico di Trieste, la cui storia venne raccolta allora da un giovane psichiatra, Giuseppe Dell'Acqua (per tutti oggi «Peppe»), arrivato sulla collina di San Giovanni, dov'era il grande manicomio, per lavorare con Basaglia già nel '71.

Era il 1973 quando Dell'Acqua scriveva: «Ondina dal manicomio non usciva dal 1933, quando si era innamorata del bel capitano di una nave che partiva per l'Oriente. Partito il capitano, Ondina disperata e incompresa fu portata in manicomio. Da quella volta mai più fuori, nemmeno per una sola domenica, mai un permesso. Dicevano che era molto pericolosa. Ogni martedì, venerdì e domenica, per un'ora, l'ora della visita, venivano a turno le sorelle. Alle sorelle non diceva mai niente. Qualche volta, quando era più "agitata", la visita

dei parenti veniva vietata. Ora, a settant'anni, ha ricominciato a uscire. Racconta un mondo e una città ormai inesistenti o rintracciabili solo attraverso i segni consunti e alterati dal tempo. Cerca la rotaie del tram, il porto con le navi, i luoghi della sua giovinezza».

La storia di Ondina, e di tanti poveri uomini e donne come lei, che in quegli anni si riaffacciavano alla città, che iniziavano finalmente a «vivere la propria possibilità» grazie al lavoro di Basaglia e della sua équipe, è ora riproposta nella rinnovata edizione del libro di Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone* (Stampa Alternativa, 2007), uscito per la prima volta nel 1980 e che racconta «la vera storia dei protagonisti del cambiamento nella Trieste di Basaglia e nel manicomio di San Giovanni».

Abbiamo scelto di dedicare l'apertura del 2008 (anno in cui ricorrono i trent'anni della legge di riforma psichiatrica) a ripercorrere la storia di quella scommessa. E chi meglio di Peppe Dell'Acqua, che vive e lavora a Trieste da più di 35 anni dove dirige il Dipartimento di salute mentale, poteva condurci in questo viaggio. Ne è scaturita quest'intervista, lunga e appassionata. Del resto quella storia, quella scommessa, a detta di molti, hanno segnato un

nuovo inizio anche per il lavoro sociale e terapeutico. Una storia e una scommessa che è vitale capire oggi come proseguire.

La rivoluzione che sopravvive

Domanda. *Il 2008 sarà l'anno di due grandi ricorrenze. Sono quarant'anni dal '68, trenta dalla legge che chiuse i manicomi. Per il suo carattere di emancipazione, quella legge da molti è considerata figlia del '68. Sei d'accordo?*

Risposta. Non so quanto quel cambiamento, questa legge sia figlia del '68. Credo che le idee, gli interrogativi, le pratiche originarie che sostennero il lavoro nell'ospedale psichiatrico di Franco Basaglia a Gorizia, di Carlo Manuali a Perugia, di Sergio Piro a Materdomini, in provincia di Salerno, a partire dai primi anni '60, abbiano semmai contribuito ad avviare quella stagione. Proprio nel '68 il governo di centro sinistra, sulla spinta di quelle esperienze, varò una legge – la «legge Mariotti» – che metteva mano al manicomio, cominciava a omologarlo all'ospedale civile, introduceva il ricovero volontario, avviava un processo di radicale cambiamento che si concluderà dieci anni dopo.

Quando parliamo della chiusura dei manicomi come dell'unica «rivoluzione che sopravvive», va da sé che pensiamo che abbia a che fare col '68. Credo invece che la rivoluzione sopravviva perché è sostenuta dalle pratiche, dalla concretezza delle azioni che si sono messe in atto, con la paziente «lunga marcia» attraverso le istituzioni che quella rottura aveva tumultuosamente avviato. Rottura impensabile fino a quel momento. Il manicomio, il paradigma manicomiali è stato infatti sempre capace di autoriparazioni, di incorporare e depotenziare qualsiasi idea o proposta innovativa. Quando si fanno, ancora nel XIX secolo, le prime esperienze di comunità agricola aperta si comincia a pensare che luoghi normali, aperti, lavoro retribuito siano passaggi obbligati per la cura. Il lavoro entra così in manicomio ma subito diventa ergoterapia e così il gioco,

l'arte, le relazioni, ogni cosa ritorna nella *logica dell'istituzione*. Anche la forza sorprendente della prima comunità terapeutica viene annientata tra le mura del manicomio. Diventa una forma più tollerabile e presentabile di gestione e riproduzione dell'istituzione.

Basaglia quando entra per la prima volta nel manicomio di Gorizia, di fronte alla violenza e all'orrore che scopre, è costretto a chiedersi angosciato «che cos'è la psichiatria?». Da qui l'irreparabile rottura del paradigma. Dopo quasi duecento anni, per la prima volta dalla sua nascita, il manicomio, le culture e le pratiche della psichiatria vengono colpite alle radici. È un capovolgimento ormai irreversibile: *il malato e non la malattia*.

Da internati a cittadini

Domanda. *Parleremo molto quest'anno della legge 180. Per te che a quel tempo eri con Basaglia a Trieste che cosa rappresenta quella legge?*

Risposta. Credo anch'io che nel 2008 parleremo molto dei trent'anni della riforma. E già mi immagino i politici, i giornalisti, gli esperti di ogni cosa, gli psichiatri che diranno della grande utopia di Franco Basaglia e della legge che «non è stata applicata», diranno che «bisogna misurarsi con le conseguenze negative della legge 180», si compiaceranno che la riforma italiana è la più avanzata al mondo ma che tuttora mancano le strutture, che il malato viene abbandonato, che il peso è sulle famiglie... I più equilibrati parleranno di «luci e ombre» e diranno che dopo trent'anni si può anche osare pensare che la 180 non è un tabù e che si può migliorare. Trentennali luoghi comuni.

Temo che sarà molto difficile entrare nel merito della questione, riattraversare le interrogazioni che quella stagione poneva con urgenza alle istituzioni, alla politica, ai saperi, all'organizzazione sociale. E che sono oggi ancora attuali. Temo che pochi vorranno ricordare che in quegli anni abbiamo accettato una scommessa straordinaria che oggi in altri luoghi e con altre forme quotidianamente ci im-

pegna: i malati di mente, gli internati, i senza diritto, i soggetti deboli diventano cittadini!

Credo che oggi si possa dire: *in Italia niente è più com'era trent'anni fa*. E subito bisogna spiegare. Dire che nel campo della salute mentale si sono prodotte, tra l'inizio degli anni '60 e la fine dei '70, accelerazioni, innovazioni, cambiamenti impensabili e inconfondibili col resto degli altri paesi europei e occidentali. Cambiamenti che hanno *restituito possibilità*. Intanto la possibilità di restare cittadini, di essere titolari dei propri diritti, di avere la speranza di rimontare il corso delle proprie esistenze, perfino di guarire.

Forse queste affermazioni possono sembrare banali, per chi di malattia mentale non si occupa, tanto da chiedere: «Beh, dove sta il problema? Non siamo tutti cittadini con tanto di diritti?». Il problema è che chi vive l'esperienza del disturbo mentale, nello stesso momento in cui si ammala e incontra lo sguardo della psichiatria, diventa «malato di mente». Finisce di essere un cittadino e rischia il crollo, l'annullamento, la perdita dei suoi diritti, della sua dignità, del senso stesso della sua vita.

La legge 180 ha esteso ai *matti*, alle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale, i diritti costituzionali. Articolo 32: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo... Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Dunque non più lo Stato che obbliga alla cura, che interna, che interdice per salvaguardare l'ordine e la morale; non più il malato di mente «pericoloso per sé e per gli altri e di pubblico scandalo», ma una persona bisognosa di cure. Un cittadino cui lo Stato deve garantire, e rendere esigibile, un fondamentale diritto costituzionale.

Il senso della possibilità

A partire da quegli anni siamo stati in grado di *vedere* le persone che vivono la sofferenza, il dolore della mente, in quanto *persone e non*

diagnosi, malattia, oggetti. Persone che faticosamente guadagnano margini, a poco a poco più ampi, di libertà. La libertà intesa come possibilità di godere di diritti, di esprimere bisogni, di alimentare desideri, di scoprire i propri sentimenti, in una parola di *vivere*. Di rientrare nel contratto sociale. Questa libertà è l'impensabile e il singolare prodotto di quella stagione ed è quanto di più salutare si possa immaginare.

La libertà è terapeutica, dicevamo allora. La cittadinanza è terapeutica, affermò qualche anno fa il cardinale Martini in un convegno milanese. Dunque è terapeutico, prima di tutto, liberare le persone e garantire loro possibilità.

Domanda. *Parli di possibilità, una delle parole più care a Basaglia, no?*

Risposta. Mi fai venire in mente ciò che scrisse Ulrich, il protagonista de *L'uomo senza qualità* di Musil, in un componimento scolastico: «Dio fa il mondo e intanto pensa che potrebbe benissimo farlo diverso». Ne nacque un putiferio, dice Musil, e solo per poco il ragazzo non venne espulso dalla scuola, l'aristocratica Accademia Teresiana di Vienna. Prevedibile del resto, provocazioni del genere erano decisamente pericolose. Andavano a scardinare le stesse rigide fondamenta su cui la società di allora poggiava.

Una di queste era, come dice un altro scrittore dell'epoca, Stefan Zweig, la «malattia della sicurezza», che derivava da una concezione assolutamente statica e fissa della realtà. Lo stato delle cose era un dato che non si poteva in alcun modo modellare. Andava accettato e quindi prevalentemente subito. E se qualcuno avesse avuto la malaugurata idea di immaginare, un cambiamento, anche soltanto possibile, costui era un «nemico del mondo». Eppure la scandalosa bravata del giovane Ulrich – dice Musil – era niente meno che una pacifica dichiarazione di guerra. Che Ulrich, una volta maturato, formulò con due luminose, essenziali parole: «senso della possibilità contro la malattia della sicurezza».

È a questo senso della possibilità – e qui

uso parole basagliane, «dell'impossibile che diventa possibile», «dell'utopia che si traduce in realtà» – che bisogna oggi tornare se vogliamo parlare di salute, di salute mentale, di prossimità, e immaginare un futuro che sappia di cura, di benessere, insomma di tutto quello che ci sta a cuore. Per poter vedere questa possibilità dobbiamo allora porci oggi in una dimensione critica, di incertezza. Altro che certezze, altro che sicurezze!

La malattia messa tra parentesi

Domanda. *Proviamo a fare il punto della situazione italiana trent'anni dopo.*

Risposta. Oggi esistono *associazioni* di persone che hanno vissuto l'esperienza del disturbo mentale, che rivendicano la propria storia, che ci raccontano le loro svolte, le loro conquiste, che ci dicono come è possibile vivere malgrado la malattia. Esistono associazioni di familiari che fino all'altro ieri erano condannati alla vergogna, all'isolamento, a restare fuori, condannati a sentirsi colpevoli o perché col proprio sangue avevano trasmesso la malattia o perché con relazioni malate l'avevano covata all'interno della famiglia. Nuove figure sono sulla scena e costituiscono impensabili risorse e incredibili opportunità per tessere reti, strategie, alleanze.

Il campo del lavoro terapeutico è davvero cambiato. Se penso poi alla grande esplosione italiana della *cooperazione sociale* vedo le infinite opportunità che proprio a partire dai manicomi si sono offerte alle persone con disturbo mentale per formarsi, per entrare nel mondo del lavoro, per riprendere un ruolo sociale e un posto in famiglia; trovo una quantità di giovani e meno giovani, uomini e donne che stanno lavorando, che hanno la patente, che guidano l'automobile, che hanno figli, che si scommettono quotidianamente nella normalità e nella fatica delle relazioni. Vedo persone che malgrado il disturbo schizofrenico, per esempio, giocano con identità diverse le loro relazioni, con consapevolezza e spesso con gioia.

Ecco, questo è straordinario. Ed è stato possibile per un fatto molto semplice. Le persone con l'esperienza del disturbo mentale, non più i malati di mente, hanno cominciato a porre, concretamente, nella relazione con gli altri la loro presenza, la loro sofferenza, i loro bisogni. È accaduto che finalmente abbiamo potuto guardare e leggere questi bisogni per quello che sono e non più con il filtro della psichiatria, della malattia, del sintomo.

Non era in discussione la negazione della malattia. «Messa tra parentesi la malattia», si scopriva la possibilità di vedere la malattia stessa ora *in relazione alla storia* delle persone e non più come qualche cosa che maschera, sovradetermina, condiziona esperienze, relazioni, sentimenti.

Ecco in estrema sintesi quello che, a mio modo di vedere, è accaduto in Italia.

Ma oggi una svolta si impone. Abbiamo dimostrato che è possibile cambiare e in tanti luoghi si sono realizzate profonde trasformazioni e tuttavia dobbiamo lavorare ancora molto perché la vita delle persone che vivono queste esperienze si apra dovunque alla possibilità.

Dobbiamo ricominciare a «scandalizzarci» di fronte alle violenze e agli abbandoni che persistono, a rifiutare il grigiore dei luoghi comuni perché vi sia per tutti la certezza che le violenze, le sottrazioni, gli abusi, gli abbandoni, la violazione dei corpi che continuano malgrado questi percorsi impensabili, vengano banditi.

Dobbiamo immaginare una nuova rivoluzione: portare sempre più al centro della scena le persone, sempre più vederle nella loro totalità di affetti, passioni, bisogni, sentimenti. Persone come tutte le altre, la cui dignità deve costituire un limite invalicabile per l'operato (e gli abbandoni) delle organizzazioni, delle tecniche, delle amministrazioni.

Lo psichiatra secondo Basaglia

Domanda. *Oggi c'è un clima culturale che restringe gli spazi per la tutela dei diritti delle persone più fragili. Che sembra mettere tra pa-*

rentesi non la malattia ma la possibilità di cui dicevi...

Risposta. Purtroppo, a trent'anni dalla legge, molte persone che vivono esperienze di sofferenza, di abbandono, di mancanza, di relazioni misere, frustranti e dolorose, come le persone che vivono il disturbo mentale, sono condannate al rischio imminente della marginalizzazione. E questo benché i programmi per l'inclusione siano una priorità per tutti i territori e la legge abbia aperto spiragli di straordinarie possibilità. Possibilità che malgrado tutto rappresentano il grande vantaggio che hanno i cittadini italiani nel confronto con quelli degli altri paesi al mondo. *Tutti* i cittadini italiani, matti e normali, perché dove vengono tutelati i diritti più deboli, più improbabili, più eccentrici, sicuramente cresce più diritto per tutti.

Trent'anni dopo, il problema rimane: «Che cosa facciamo per permettere a queste persone di vivere veramente le possibilità che ora abbiamo riconosciute?». Oggi le persone rischiano infatti di nuovo di essere rinchiusi dentro mura ancora più spesse di quelle del manicomio. Sono le mura costruite dal ritorno potente e prepotente delle psichiatrie, le mura che separano la malattia dalla vita delle persone, che ricacciano e costringono la vita nelle malattie.

Assistiamo al rinascere di una psichiatria, che non è mai morta peraltro, che fonda la sua credibilità sulla promessa, quanto mai infondata, della sicurezza e dell'ordine, e il suo potere sull'industria del farmaco, sugli interessi privati, sulle lobby, sulle accademie. Penso con preoccupazione alla *formazione* dei giovani psichiatri, infermieri, riabilitatori, educatori, psicologi che sono ostaggio di queste psichiatrie.

Non vorrei essere frainteso. I farmaci leniscono il dolore, attenuano i sintomi, aiutano a stare con meno fatica nelle relazioni, sostengono percorsi di ripresa. Ma quando il modello farmacologico pretende di spiegare la malattia, le emozioni, i sentimenti, le passioni, le paure, la creatività, allora diventa prepotente, falsifica la realtà, riduce ogni cosa. Il

modello farmacologico impedisce allo psichiatra di vedere la persona che gli sta davanti. Mentre parla pensa alla prescrizione. Non riesce a vedere altro.

Basaglia cercando di farmi capire queste cose, era l'ottobre del 1979, ricordò Ernst Toller. Il drammaturgo tedesco, morto suicida a 40 anni dopo l'esperienza del manicomio, aveva scritto che «lo psichiatra è un uomo che ha occhi che non vedono e orecchie che non sentono». E Basaglia aggiungeva: questo non vuol dire che egli non sia capace di vedere e ascoltare gli amici, la moglie, i figli! È quando lo psichiatra ha davanti «il suo malato» che non è più capace di vedere, di ascoltare.

Il ritorno prepotente delle psichiatrie

Domanda. *È questa psichiatria a esser tornata nei luoghi vecchi e nuovi della riforma, nei luoghi dove si era indebolito il suo secolare dominio?*

Risposta. Sì. È tornata nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) blindati, nelle affollate e immobili strutture residenziali, in comunità senza tempo che si dicono terapeutiche e che si situano fuori dal mondo ruvido delle tensioni e dei conflitti. Nei centri di salute mentale (CSM) vuoti e ridotti a miseri ambulatori. È tornata, ma in verità questi luoghi non li aveva mai abbandonati, con la rinnovata chimera del farmaco (e da qualche parte, poche per fortuna, dell'elettroshock), con la falsa promessa della medicina e della clinica, alleata alle psicologie più svariate, col candore del camice bianco nelle cliniche private (4500 posti letto in Italia).

Luoghi separati dove si parla soltanto di «malattia».

In Italia sono attivi presso gli ospedali civili 285 SPDC. Forse non tutti sanno che, ancora oggi, sette servizi di diagnosi e cura su dieci dichiarano di attuare la contenzione meccanica (legare al letto le persone) e di usare un camerino di isolamento (rinchiudere in una piccola stanza le persone, con tutte le garan-

zie di sicurezza beninteso!). Bisognerebbe chiedersi come mai in tre SPDC su dieci non si ricorre a questi trattamenti. Luoghi di cura e di accoglienza dove le persone ricoverate rischiano questi inutili maltrattamenti.

Dai dati della recente ricerca (2003) che abbiamo condotto con l'Istituto Superiore di Sanità risulta che nell'unità di tempo, nei tre giorni fissati per la rilevazione sul campo, in tre su dieci degli SPDC visitati c'era almeno una persona legata, in alcuni fino a quattro contemporaneamente. Gli uomini molto più delle donne. E, chissà perché, gli immigrati più dei locali. In uno poi a essere legata era una ragazzina di 11 anni. Soprusi quotidiani, crimini di pace, che svaniscono nel grigiore dei luoghi comuni. Che nessuno vede. Polvere da nascondere sotto il tappeto.

Ma c'è di peggio. Non si dice che nei reparti di neuropsichiatria infantile, credo anche a Torino, bambini tra i 9 e 14 anni vengono legati al letto e trattati con dosi eroiche di psicofarmaci. Soltanto nel corso degli ultimi due anni almeno tre persone – a causa delle dosi massicce di psicofarmaci, dell'immobilità dovuta alla contenzione – sono morte legate ai letti. In ricche, civili e insospettabili città, nel sud come nel nord del nostro paese. Quando ho raccontato questo agli studenti di psicologia del mio corso una ragazza, poco più che ventenne, mi ha chiesto perché se le persone vengono così pesantemente sedate sono contemporaneamente contenute. Bella domanda!

Quando si parla di contenzione c'è sempre qualcuno – non solo i medici e gli infermieri, ma purtroppo anche pochi familiari e talora qualche paziente che loro malgrado sono stati costretti a incorporare quella violenza – che dice: «Beh! ma quello era violento, quell'altro era pericoloso, bisognava proteggere gli altri...». E ancora: «Lo hanno fatto per il mio bene, e poi mancava il personale...». No, no, non è così, non è assolutamente così. Ma ammettiamo pure che la contenzione sia una necessità conseguente alle carenze organizzative, alla povertà delle risorse. Resta la questione dell'inviolabilità del corpo, della dignità della persona, del diritto. Come se la mancanza reite-

rata di un maestro o una scuola pericolante abolisse di colpo il diritto all'istruzione.

Morire legati a un letto

Si grida alla malasanità, in maniera gratuita peraltro, quando un esame radiologico, il più delle volte inutile, viene rinviato. Dei servizi di diagnosi e cura nessuno parla. Come se un gesto così lesivo e inutile si giustificasse come normale pratica, come necessario atto medico. Ma dove finisce la dignità delle persone, l'eticità dell'atto medico quando vediamo morire una persona legata a un letto?

Senza dire poi che la validazione psichiatrica e medica della contenzione conferma pratiche spaventose negli istituti per anziani dove colpisce nel silenzio più totale i nostri padri, i nostri nonni. Nei luoghi benevoli, si immagina, dell'accoglienza, chi ha vissuto una vita di lavoro, di sfide, di affetti, viene zittito e legato al letto. Il più delle volte in lenzuola sporche e con la faccia rivolta al muro. Tutto questo genera la medicina quando rifiuta di sottomettersi con le persone. Non nego la necessità della medicina, della clinica psichiatrica, ma la salute, la salute mentale è un'altra cosa, le persone sono un'altra cosa.

Vedi, non ti sto parlando della violenza nelle strade, di psicopatici violenti e minacciosi, ti sto parlando della nostra violenza, della violenza delle istituzioni che teniamo in piedi, dei modelli, dei saperi che si riproducono lontano dalla gente, dal loro bisogno, dalla loro vita.

Domanda. *Tu dici, la violenza da cui dobbiamo guardarci è questa, legittimata dalla scienza e sostenuta dall'industria dei farmaci, non è quella dei matti, è così?*

Risposta. Certo. È preoccupante l'immagine che questa «scienza» costruisce della sofferenza psichica. La sofferenza, appunto, la follia. In un breve testo del '79 che ho rivisto di recente Basaglia scriveva: «Quello che voglio dire è che per noi la follia è vita, tragedia, tensione. È una cosa seria. La malattia menta-

le invece è il vuoto, il ridicolo, la mistificazione di una cosa che non c'è, la costruzione a posteriori per tenere celata, nascosta l'irrazionalità». Intorno a questo vuoto la malattia mentale alimenta la *pericolosità*, l'*inguaribilità*, l'*incomprensibilità*, l'*irresponsabilità*, l'*improduttività* e da qui la necessità di contenere, allontanare, rinchiudere.

Queste culture e queste pratiche alimentate dalle psichiatrie e dagli abbandoni amministrativi generano il pregiudizio, lo stigma, la discriminazione. I governi europei, le società degli psichiatri, di recente la WPA, la World Psychiatric Association, lanciano campagne di comunicazione sociale articolate, molto ben fatte e costose (pagano il più delle volte le industrie del farmaco). Ma quali campagne contro lo stigma possono fare governi e psichiatrie quando poi se uno si ammala viene ricoverato il più delle volte in reparti bunker, rimane legato per giorni e giorni e rischia di morire in quel modo?

Le immagini e i messaggi vogliono convincerci che i matti non sono pericolosi, che bisogna accoglierli con comprensione e rispetto, che possono essere produttivi, perfino geniali! Lo sappiamo bene! Ma allora perché gli stessi governi tollerano che quelle psichiatrie continuano a legare, a chiudere, a mortificare? Trentacinque anni di lavoro hanno dimostrato, se ce ne fosse stato bisogno, che chi sta male non ha mai bisogno di essere rinchiuso, che deve poter vivere le sue relazioni, che non deve perdere neanche per un attimo la possibilità di vivere la sua vita.

Poter vivere la propria possibilità

Potrei raccontarti *tante storie* di persone che malgrado la severità della loro malattia mai hanno subito restrizioni e mortificazioni e hanno potuto trovare la loro strada. Curare significa prima di tutto non fare danni. Vedi, vivere con la schizofrenia non ha impedito a Gianni, un ragazzo che oggi ha 32 anni, di diventare il portiere dell'albergo della cooperativa, non ha impedito a Marina di laurearsi in

chimica concludendo il suo dottorato in Svezia e di essere una ricercatrice, non ha impedito a Nicole di riprendere il suo lavoro e di diventare la splendida madre che è.

Vivere dolorosamente con la schizofrenia ha permesso malgrado tutto a Paolo di andare almeno il martedì pomeriggio all'allenamento della squadra di calcio della sua associazione, a Silvia di essere una brava banconiera al bar della cooperativa, a Mauro di partecipare al gruppo di scrittura.

Potrei raccontarti di quella volta che Giorgio, aveva poco più di vent'anni, ci aveva messo in ginocchio. Nessuno di noi pensò che bisognasse catturarlo e rinchiuderlo da qualche parte. Si era chiuso nella stanza, sigillando col nastro adesivo porte e finestre, e la paura di essere avvelenato lo aveva costretto a un digiuno inesorabile, che lo aveva reso cattivo, perfino malvagio. Malvagio e violento con sua madre. L'intervento degli operatori del centro, e giorno dopo giorno una durissima trattativa durata più di una settimana, fino al trattamento sanitario obbligatorio realizzato con la muta partecipazione di Giorgio. E poi via da casa, le parole, il farmaco, il centro di salute mentale, le cure. Giorgio oggi lavora come giardiniere in cooperativa e ha ricominciato a parlare, con molta fatica ma con meno rancore, anche con sua madre.

Vedi, il ritorno di questa psichiatria che non vede le storie crea l'*immagine dell'inguaribilità*. Crea un'identità a una sola dimensione, non c'è altra identità possibile se non quella di malato di mente. Anche le migliori intenzioni delle comunità terapeutiche e delle cooperative sociali vengono indebolite e condizionate da queste psichiatrie. Comunità terapeutiche e cooperative si collocano infatti dentro un modello che vede – adesso uso due parole della medicina e della psichiatria – da una parte la «crisi», o meglio l'acuzie, dall'altra la «cronicità», parola che pensavamo di aver cancellato in questi anni di cambiamento dal nostro vocabolario.

La crisi si colloca negli SPDC o, come tra l'altro nel Lazio e in Emilia, in cliniche private convenzionate, la cronicità sedimenta nelle

comunità terapeutiche e residenziali, negli istituti pubblici e religiosi, nei luoghi della formazione senza fine, dei centri diurni infantilizzanti, nelle cooperative assistite. Alcuni esempi per farmi capire. La miseria scandalosa dell'istituto Giovanni XXIII con più di 300 ricoverati a Serra d'Aiello in Calabria è solo la più drammatica evidenza di un sommerso che fingiamo di non vedere. Ma fingiamo di non vedere gli istituti e la pleora delle comunità nel sistema lombardo con i suoi servizi di diagnosi e cura chiusi: dal Niguarda di Milano, a Bergamo, a Brescia. Solo Mantova lavora a porte aperte e dimostra che ovunque è possibile fare diversamente, anche in Lombardia. E le cosiddette comunità riabilitative e terapeutiche in Sicilia con 40 posti letto neanche le immaginiamo, solo a Catania si contano più di 700 posti di questo tipo.

Prova a pensare alla quantità di denaro pubblico che gira e alle condizioni in genere tristissime e senza destino di migliaia di persone. Siccome le rette vengono pagate per letti occupati le persone non vengono mai dimesse. Almeno fino a quando non si presenti un altro da ricoverare...

Bombe sulle comunità?

Domanda. *Vuoi dire che tra crisi e cronicità c'è il vuoto, un abisso?*

Risposta. Sì, come se la vita delle persone non potesse esistere al di fuori di queste definizioni. È così poco sviluppato il lavoro nei territori, la presa in carico, il centro di salute mentale aperto 24 ore che «acuto» e «cronico» finiscono per determinare i percorsi di cura. Ecco perché le comunità rischiano di diventare dei terminali e le cooperative dei luoghi di intrattenimento. Entrambe, luoghi di scarico della medicina psichiatrica. E questo a prescindere da quanto accoglienti o quanto ricche o quanto attrezzate esse siano.

A volte quando vedo la piattezza che generano alcuni di questi luoghi che avevamo pensato come luoghi di possibilità viene vo-

glia di chiuderli tutti, questi luoghi. Io dico sempre, permettimi di scherzare, che se diventassi ministro della salute, chiederei aiuto al ministro della difesa per bombardare, dopo averle evacuate beninteso, e con bombe intelligentissime, tutte le comunità che ci sono in Italia. È una battuta per dire con preoccupazione che le comunità oggi sono diventate i contenitori dell'impossibilità, della cronicità, della malattia riprodotta da quelle «certezze» scientifiche.

Abbiamo bisogno di ritrovare la dimensione della critica, della dialettica! Gli attacchi alla legge 180 che abbiamo dovuto sopportare ci hanno costretto ad abbassare lo sguardo critico. Credo che proprio quanto di straordinario è accaduto in questi anni debba spingerci a ricominciare. Basaglia ha cominciato interrogando. Com'è possibile che questa psichiatria, fondandosi su una scientificità così rarefatta, su strumenti così incerti, possa produrre certezze che annientano le persone? Come accade che questa scienza possa violentare nel corpo e nell'anima le persone?

Sono queste le domande che devono ritornare ad alimentare le nostre pratiche.

Mancate risposte, discontinuità, assenze, contenzioni e silenziamento costringono progressivamente le persone, giorno dopo giorno, verso le periferie delle nostre città, del nostro sguardo e della nostra anima. E una volta messe al margine attraverso passaggi che sono evidenti e ricostruibili fanno fatica a rimontare. Così dal servizio di diagnosi e cura, all'associazione, al carcere, alla cooperativa sociale, all'ambulatorio, alla comunità si costruisce un circuito senza fine. Questi passaggi cominciano da un punto qualsiasi del circuito, incontrano fragili attenzioni, frammentarie prese in carico, rotture e ricoveri, isolamento e trasgressioni, stazioni ferroviarie e stazioni di polizia, servizi ambulatoriali territoriali trasparenti, incapaci di trattenere, servizi sociali burocratizzati.

Ogni servizio, ogni stazione di questo circuito, offre una risposta relativa alla sua competenza, una risposta parziale. Tutti rispondono per un pezzo. Il problema, il bisogno

complessivo della persona resta inascoltato. Tutti hanno assolto al loro compito, nessuno ha mancato. La persona con la sua domanda continua a girare sempre più muovendo verso la periferia.

Abitare le distanze

Domanda. *Se questa è la realtà, certo lontana dai desideri della 180, quali proposte possono provare ad avvicinarla? Come restituire possibilità e diritti alle persone?*

Risposta. Ci sono pratiche diffuse che dimostrano che è possibile, che nuovi destini sono già realtà. Che è alla nostra portata costruire percorsi e opportunità di ripresa per le persone. Esperienze esemplari e proposte ce ne sono, ovviamente, sono anni che lavoriamo cercando di costruire alleanze e riconoscere e valorizzare le buone pratiche.

Ma prima ancora di parlare di proposte organizzative, di modelli, bisogna ripartire da un gesto, da una scelta fondativa. Basaglia entra nel manicomio di Gorizia e azzerò la gerarchia, trasgredisce la distanza tra il medico e il paziente, *scommette il suo potere e il suo sapere clinico con le persone*. La riduzione delle distanze e la restituzione di possibilità si realizza nell'estenuante lavoro pratico. Alla fine abbiamo capito che non esiste altro valore nelle nostre azioni se non quando producono cose che si fanno e che si vedono. Che sono evidenti nella loro forza trasformativa, nella loro intenzione critica e antagonista.

Anche la psichiatria parla di «evidence based», è vero, ma sai quali sono le loro evidenze? Di come funzionano i farmaci, di come bisogna legare le persone, di come difendersi con sicurezza dall'aggressività e dalla pericolosità del paziente psichiatrico. Queste sono le loro evidenze. Le evidenze sulle quali invece noi dobbiamo lavorare sono le *evidenze delle pratiche*.

Allora quello che per noi è risultato evidente in questi anni è che i territori vanno abitati, che la distanza che si crea tra noi e l'altro

va abitata, che la follia va abitata. La follia, non la malattia mentale. Perché la follia è una cosa serissima, ha a che fare con la vita, con la sofferenza, con la mancanza, con la prevaricazione, ma ha a che vedere anche con qualcosa di straordinario. L'altro giorno a Trieste un ragazzo ci ha fatto una lezione bellissima sulla psicosi: «Ma non pensate – ci ha detto – che quando stavo male stessi proprio così male. Ero felice della mia onnipotenza in quel momento, e la vostra vicinanza (degli operatori voleva dire) mi ha permesso di vivere quella felicità».

Abitare queste distanze allora. Ma queste distanze non si superano soltanto con la solidarietà, con la buona volontà. Si superano intanto cominciando a costruire una cultura diversa da quella che crea la distanza. Cultura diversa è già la solidarietà, ma sarebbe fragilissima se non fosse sostenuta dalla critica serrata a quelle scienze che producono queste distanze, questi oggetti. Il malato di mente «alieno» non lo crea lo sguardo del vicino di casa, il pregiudizio della pericolosità non lo crea il cittadino, il vigile urbano, il carabinieri; lo crea, lo conferma e lo riproduce quella scienza, quella psichiatria che ha costruito i manicomi e che oggi continua a creare distanze. Allora è da lì che dobbiamo ripartire. E non dobbiamo rinunciare ai valori, alle ideologie. È necessario tornare a interrogarsi, creare tensioni, alimentare incertezze intorno alle storie delle persone.

Ripeto, non sto dicendo che non esiste il disturbo mentale, che non esiste la sofferenza che si genera in quelle particolari circostanze. Non sto dicendo che non esiste un rischio di morire, di farsi male o di fare del male per le persone che vivono l'esperienza. Ma sto dicendo che tutto questo, tanto più riusciamo ad avvicinarlo, a frequentarlo, ad abitarlo, tanto più il rischio si riduce. Fino ad annullarsi.

Com'è Trieste oggi?

Domanda. *La centralità del territorio è sempre stata una caratteristica dell'esperienza trie-*

stina. Oggi che cosa significa per l'équipe che dirigi abitare il territorio?

Risposta. Significa costruire e far funzionare servizi territoriali che, distanziandosi dal modello clinico-ospedaliero, vadano incontro alle persone e sappiano valorizzare il capitale umano che le persone sempre posseggono, le risorse della rete, i rapporti sociali.

A Trieste, mentre il manicomio si apriva e si trasformava fino a cessare nel 1980 tutte le sue funzioni, si progettava la rete dei servizi territoriali con centri di salute mentale aperti 24 ore su 24. Ancora prima della legge 180.

L'ospedale psichiatrico contava 1200 internati, oggi il dipartimento di salute mentale si occupa di 242 mila abitanti, Trieste e la sua provincia. Ogni 60 mila abitanti, ogni distretto, un centro di salute mentale funzionante 24 ore con sei/otto posti letto, una cucina, una mensa, spazi di incontro e di riunione.

Anche la Clinica psichiatrica universitaria, integrata nel DSM dal 1999, gestisce un CSM per un'area di 12.000 abitanti. In ogni centro un'équipe di circa 35 persone tra psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, psichiatri vede in media nel corso dell'anno circa 800 persone. Assicurano continuità e presa in carico forte e quasi quotidiana ad almeno 300 persone. Rispondono all'urgenza, meglio direi alla crisi in tempo reale. Considerando anche quelli che vengono in contatto con il SPDC sono più di 4000 le persone che in un anno attraversano il dipartimento di salute mentale.

Di fatto il servizio di diagnosi e cura presso l'ospedale civile lavora con sei posti letto, un solo psichiatra e quattordici infermieri. Tutti i medici dei centri ruotano a coprire le 24 ore del servizio. Le porte sono sempre aperte. Nessuno mai è stato legato. Intendo dal 1971. Nel corso di un anno 14/16 persone vengono sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio, sei ogni 100 mila abitanti. Il tasso in Italia si attesta intorno a 25/30 ogni 100 mila. Questi trattamenti per due terzi vengono attuati nei centri di salute mentale e non in SPDC.

Circa 12 strutture abitative comunitarie e di convivenza costituiscono l'offerta dell'abi-

tare assistito per circa 60 persone: due posti ogni 10 mila abitanti. Tutte le residenze sono gestite da cooperative sociali in rapporto strettissimo con le unità operative del dipartimento, in particolare da operatori che costituiscono quello che chiamiamo il Servizio per l'abilitazione e la residenzialità. Tutti gli ospiti delle residenze sono titolari di un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, quello che chiamiamo budget di salute. Il programma è frutto della coprogettazione di tutti gli attori coinvolti: cooperative, DSM, associazioni, servizi sociali.

Gruppi di convivenza autogestiti vengono promossi e sostenuti dagli operatori dei centri. Il servizio per l'abilitazione e la residenzialità accredita 15 cooperative di tipo B che hanno raggiunto livelli di imprenditoria sociale molto elevati. Gestiscono molti servizi aziendali e di altre istituzioni pubbliche: catering, trasporti, giardineria, manutenzioni edili, lavori di ufficio e di archiviazione, progettazione grafica e stampa. Una cooperativa gestisce un ristorante e un albergo. Un'altra una radio. Ogni anno 150 persone accedono a percorsi di formazione e di questi circa 25 vengono assunte sia in cooperative che in aziende pubbliche e private.

Programmi per i familiari sono attivi con corsi, incontri tematici, attività di auto aiuto. Le associazioni hanno spazio e ascolto istituzionalmente concordato.

Destiniamo molta attenzione e risorse al protagonismo delle persone con l'esperienza che si articola attraverso club culturali, associazioni sportive e di volontariato, associazioni di genere. Molto si investe nel promuovere l'utilizzazione delle risorse informali.

In totale gli operatori impegnati nel DSM sono 230, circa uno ogni 1000 abitanti (oltre il minimo di uno a 1500 previsto dal Progetto Obiettivo 1998/2000). Il costo totale nel 2007 a bilancio consuntivo è stato di 18 milioni di euro. Il costo dell'OPP di Trieste (l'Ospedale psichiatrico provinciale, cioè il manicomio) fu nel 1971 di 5 miliardi di lire pari oggi a circa 30 milioni di euro.

Il lavoro di integrazione con distretti e ser-

vizi sociali è una priorità e di recente si va articolando con un progetto aziendale che chiamiamo di microarea. Circa 20 aree della città, ognuna di poco più di duemila abitanti, sperimentano interventi intensivi di integrazione condotti da tutte le unità operative aziendali e comunali: distretti (anziani, handicap, adolescenti, famiglie, ADI, specialistica), DSM, dipartimento delle dipendenze, servizi sociali.

Accanto allo sviluppo dei servizi di prosimità è attivo da dieci anni un progetto molto articolato di prevenzione del comportamento suicidario. Il tasso elevatissimo a Trieste, 25 per 100 mila nei dieci anni precedenti il progetto, è sceso nel decennio di sperimentazione a 14: una diminuzione di quasi il 40%.

Dal 1980 è attivo un gruppo di lavoro in carcere. Oggi non c'è una sola persona in ospedale psichiatrico giudiziario: zero. Nei sei OPC attivi in Italia sono 1200, vale a dire 20 ogni milione di abitanti.

Stare nel tempo delle persone

Domanda. *Ma perché andare nei territori? Perché questo secondo te è il luogo?*

Risposta. La scelta del territorio, della comunità, del contesto, dell'andare verso le persone, del lavoro terapeutico nelle relazioni è quanto quella scelta di campo, che ho cercato di narrare, per prima cosa ha preteso e pretende. Le esperienze di questi anni hanno permesso di capire quanto la malattia, la diagnosi, la clinica in una parola, vadano messe alla prova proprio nella dimensione territoriale. Il lavoro che bisogna fare per incontrare le persone si situa proprio in quello spazio dialettico, aspro e tesissimo, tra la clinica e il territorio, i luoghi delle persone, i contesti, le relazioni.

Nel territorio assume consistenza il senso e l'efficacia della «presa in carico» del lavoro terapeutico. In continuità e indissolubilmente connesso al lavoro terapeutico i percorsi di formazione e di inserimento lavorativo, la presenza della cooperazione sociale, il sostegno a

tutte le forme dell'abitare garantiscono la permanenza delle persone nel contratto sociale e limitano il rischio di marginalizzazione. Nel territorio la presa in carico delle persone deve poter durare *il tempo di una vita*, senza che per questo la vita stessa si definisca come malattia, cronicità, inguaribilità, esclusione.

Il luogo della presa in carico, della cura, della riabilitazione non può essere se non un luogo da inventare, da costruire nelle relazioni del quotidiano, da organizzare nel riconoscimento dei soggetti, dei poteri, delle istituzioni che costituiscono quel territorio. Il luogo della cura non può che collocarsi proprio *sulla soglia* della casa delle persone. Come sulla soglia del Servizio di salute mentale.

Andare nel territorio, per noi, significa scoprire un tempo che è un tempo completamente diverso dal tempo della clinica, dal tempo della malattia. Quando prima ho detto «pensavamo che la cronicità non esistesse più» è perché a Trieste e in tanti luoghi in Italia, lì dove davvero funzionano i centri di salute mentale, lì dove le cooperative entrano nel mercato e producono lavoro, lì dove i servizi di diagnosi e cura sono aperti e attraversabili, dove tutti possono entrare e uscire, lì dove esistono appunto i luoghi dell'abitare, ebbene in questi luoghi la cronicità non c'è più. Ma non c'è perché garantiamo alle persone di vivere la cittadinanza, di vivere con dignità, di vivere in una possibile prospettiva di vita. Ancora una volta: di vivere la possibilità.

Conosco persone che avevano la mia stessa età quando ho iniziato a lavorare 36 anni fa e le conosco ancora adesso. Sono guarite?, mi domanderai. Potrei dirti di sì, però poi a una valutazione psichiatrica, a un esame obiettivo che i miei colleghi psichiatri potrebbero fare si direbbe che hanno un delirio cronico, si direbbe che hanno una schizofrenia residuale, che hanno un restringimento della vita affettiva e relazionale, dunque si direbbe che sono malate e sono malate croniche. Ma io continuo a dirti che sono guarite. Hanno recuperato un loro ruolo, vivono relazioni familiari e amicali, attraversano luoghi e tempi della città, insomma stanno vivendo la loro vita. Stanno vi-

vendo in una dimensione di possibilità. E forse qualcuno di questi miei compagni, ormai amici da una vita, mi sosterrà nella mia vecchiaia.

«Ora sappiamo che si può fare»

Domanda. *Un anno prima di morire Basaglia diceva: «Potrà accadere che i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so». A distanza di trent'anni dalla legge che ha cercato di restituire al folle la sua possibilità, come sostenere questa scommessa?*

Risposta. Basaglia continuava dicendo che «abbiamo dimostrato che “il folle” può essere curato *in un altro modo* e questo è importante. Io non credo che se una nostra azione si generalizza significa che abbiamo vinto. La questione è un'altra: ora sappiamo che si può fare». Il problema è che nessuno sembra interessato a conoscere, veramente, come si può curare in un altro modo.

Quanto ti ho detto sull'organizzazione di Trieste è la dimostrazione che si può fare in un altro modo. Ma non c'è solo Trieste. Cose straordinarie stanno avvenendo in Sardegna, sono avvenute ad Aversa, Pistoia, Mantova, in tutta la Regione Friuli Venezia Giulia e in tanti altri luoghi. Gli operatori in queste realtà dimostrano che i «folli» possono essere curati in un altro modo. Tutti sanno che si può fare. Ma nessuno della psichiatria è interessato a vedere, la Società italiana di psichiatria è disattenta se non ostile a questi concreti modi di curare in altra maniera.

Mentre ti dico questo penso a Brecht e alla «Vita di Galileo». A un certo punto della rappresentazione Galileo ha vicino a sé i due inquisitori. È in corso il processo per eresia. Galileo è al cannocchiale e invita gli inquisitori a osservare. Vedrebbero il movimento della luna. Ma i due parlottano tra loro, irridono il vecchio che vuole far mettere il loro occhio nel tubo di ottone. Si rifiutano di vedere che il mondo si muove *in un altro modo*.

Ma penso anche all'epidemiologo John Snow, il medico fondatore dell'epidemiologia.

Durante l'epidemia di colera che colpisce Londra Snow, osservando la mappa della città, nota che il colera è localizzato in zone ben circoscritte. Deduce, e poi ne è certo, che è il pozzo che alimenta quelle aree a produrre la malattia. Ignora l'esistenza del vibrione del colera, dunque non può dimostrare che quell'acqua è inquinata. Le autorità locali, i medici del Royal College, dicono «questo è matto!». L'acqua è limpida, aldilà di ogni sospetto. Si rifiutano di riconoscere *un altro modo* per decifrare quel fenomeno. John Snow è talmente convinto di questa cosa che distrugge i pozzi nottetempo con l'aiuto dei suoi amici. E il colera cessa.

Penso anche a Ignac Semmelweis, il medico di Budapest che diventerà matto. La sua storia è raccontata da Céline in un dramma straordinario. Semmelweis ha intuito una cosa semplicissima. Le puerpere muoiono di più in ospedale che a casa propria. La moria di giovani donne è drammatica nell'ospedale di Vienna. Intuisce che i medici che assistono le partorienti non si lavano le mani e, il più delle volte, si avvicinano a queste donne dopo essere stati in sala settoria, a contatto coi cadaveri. Con una dimostrazione rudimentale cerca di dire ai suoi colleghi che bisogna lavarsi le mani, magari con un po' di calce. Nel suo reparto le donne non muoiono. Ma i grandi medici viennesi non possono credere alle dimostrazioni del medico di Budapest. Non ci sono le evidenze, dicono. Semmelweis viene cacciato, torna a Budapest e diventa matto. Solo dopo la morte la sua scoperta verrà riconosciuta.

Ecco, credo che oggi abbiamo bisogno, con testardaggine, di rischiare l'inquisizione, di distruggere pozzi o di diventare matti (e chiudere manicomi) per affermare «un altro modo» malgrado le resistenze dei saperi e dei poteri delle accademie.

Ciò che è accaduto in Italia è chiaro e i cambiamenti sono evidenti nelle pratiche, nella vita e nei diversi destini delle persone.

Peppe Dell'Acqua - direttore Dipartimento salute mentale di Trieste - www.triestesalutementale.it - dsm@assl.sanita.fvg.it - peppedellacqua@alice.it

2008



La rivista di chi lavora nel sociale

Dal 1971 Animazione Sociale è la rivista di chi lavora nel sociale. Educatori e assistenti sociali, psicologi e insegnanti, formatori e animatori. Professionisti che a vario titolo lavorano nei servizi, nelle cooperative sociali, nelle associazioni, su problemi sociali ed educativi. 96 pagine ogni mese, 960 pagine ogni anno. Da masticare e rimuginare. E magari discutere in équipe. Perché il pensiero rende liberi. E alleggerisce il lavoro. Dandogli metodo, senso, prospettiva.

Lo snodo di una grande rete

Animazione Sociale è il punto di una grande rete nazionale. Persone immerse nel lavoro dei servizi, quotidianamente alle prese con problemi che la società, nel suo caotico divenire, costantemente genera e riproduce. Ecco la grande redazione di Animazione Sociale. Dietro di loro, accumuli di pensiero cresciuti nelle esperienze, nei momenti di supervisione, nei diari personali, in seminari di approfondimento, in lezioni all'università, in consulenze alle organizzazioni, in pagine scritte che tendono a prendere la forma di libro e vengono anticipate in articoli.

Partire dagli operatori

Le esperienze possono essere una miniera. Ma come estrarre dalla pratica un'"intelligenza collettiva", per aprire a un cambiamento che non sia sempre buttare all'aria l'esistente, ma riconoscere il senso delle cose che si fanno e su queste innestare qualche cambiamento? A partire da quest'ipotesi si stanno moltiplicando intorno alla rivista i laboratori, dispositivi per produrre tra colleghi conoscenze nei diversi ambiti: dal lavoro di strada agli interventi con minori in difficoltà, dall'animazione con gli adolescenti al costruire reti di scambio nella città, dal lavoro con le nuove marginalità all'educare a scuola...

Innamorarsi di una rivista

Una rivista non è un libro. E innamorarsi di una rivista non è innamorarsi di un libro. Un libro concentra la sua attenzione su un argomento, capitolo dopo capitolo. Una rivista si muove attraverso articoli che, come in una sorta di mosaico, lasciano intuire un disegno. Leggere ogni numero di rivista è leggere dieci libri, forse di più. E non i vecchi e nuovi "bignami", quelli con i riassunti per l'esame. Chi scrive Animazione Sociale conosce i manuali, li cita e li usa, ma ogni articolo chiama a raccolta libri vecchi e libri nuovi. Per dare risposta alle sfide con cui il lavoro sociale oggi si misura.

ABBONARTI FA BENE A TE. E ANCHE A NOI

Abbonamenti 2008

Animazione Sociale: Privati e associazioni: € 42 (Biennale: € 78 • Triennale: € 115) • Enti pubblici: € 57 (Biennale: € 108 • Triennale: € 160) • Studenti (timbro scuola): € 31 • Estero: € 67

Narcomafie: Italia: € 30 • Estero: € 49

Animazione Sociale + Narcomafie: Privati e associazioni: € 65 • Enti pubblici: € 75 • Estero: € 95

Modalità di abbonamento

- **C/C postale** - Numero e intestazione del c/c postale sul quale effettuare il pagamento: n. 155101 intestato a Gruppo Abele Periodici - corso Trapani 95 - 10141 Torino, specificando la causale del versamento (vedi bollettino allegato).
- **Carta di credito** - pagamento con carta di credito (Visa - Mastercard - CartaSi - Eurocard), tramite telefono: 0113841046, fax: 011 3841047 o e-mail: abbonamenti@gruppoabele.org
- **Bonifico bancario** - pagamento mediante Banca Popolare Etica - c/c. 000000001803, intestato a Associazione Gruppo Abele Cod. Cin: S - Abi: 05018 - Cab: 01000 - Iban: IT21 S050 1801 0000 0000 0001 803 Specificare nominativo e causale di versamento.
- **Fatturazione** - La fattura va richiesta contestualmente al versamento inviando i dati via e-mail o fax.
- **Abbonamento retrodatato** - L'abbonamento decorre dal mese successivo al versamento. Tuttavia, chi si abbona nel corso dell'anno può richiedere l'abbonamento dal gennaio dell'anno in corso: in tal caso dovrà versare € 4 aggiuntivi alla quota di abbonamento come contributo all'invio degli arretrati.

Una e-mail o un fax. E sei abbonato

Invia una e-mail a: abbonamenti@gruppoabele.org o un fax: 011 3841047 in cui dichiari che ti abboni. Mentre tu pensi a pagare, noi ti inviamo **subito il primo numero della rivista.**

UFFICIO ABBONAMENTI
corso Trapani 95 - 10141 Torino
tel. 011 3841046 - fax 011 3841047
e-mail: abbonamenti@gruppoabele.org



REDAZIONE
corso Trapani 95 - 10141 Torino
tel. 011 3841048
e-mail: animazionesociale@gruppoabele.org