Invisibilità e disinteresse. Come uscire dalla trappola delle policy community

Tommaso Vitale

▶ **To cite this version:**

Tommaso Vitale. Invisibilità e disinteresse. Come uscire dalla trappola delle policy community. Crosta, Pier Luigi. Casi di politiche urbane. La pratica delle pratiche d'uso del territorio, Edizioni FrancoAngeli, pp.315-330, 2009, 9788856810295. hal-01038098

HAL Id: hal-01038098

https://sciencespo.hal.science/hal-01038098

Submitted on 23 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

vol. CROSTA 1862.138 27-07-2009 11:16 Pagina 315

Invisibilità e disinteresse. Come uscire dalla trappola delle policy community

di *Tommaso Vitale*

Milano 1995. L'ospedale psichiatrico di Milano, il Paolo Pini, continua la sua vita tranquillo nelle sue routine. Posto nella periferia nord della città, fra i quartieri Affori e Comasina, prosegue indefesso le sue attività. Protetto da un alto muro, immerso in un bel parco, i suoi padiglioni sono in parte dismessi, l'ingresso non è impedito a volontari e familiari e alcune sperimentazioni terapeutiche sono promosse e ricercate. Nella sostanza, nella sua materialità architettonica e nella sua separatezza spaziale, l'ospedale psichiatrico resta "aperto" nelle attività, ma "chiuso" alla popolazione esterna. Continua la sua vita e riproduce le relazioni a cui dà forma. Indifferente ad una legge, la L. n. 180/1978 che ne aveva ordinato la chiusura ben diciassette anni prima[1].

L'innovazione impossibile

Milano a metà degli anni Novanta è una delle ultime città italiane ad avere ancora un ospedale psichiatrico aperto e funzionante. Vi risiedono soltanto centoventi persone circa, e non più le oltre milleduecento di trent'anni prima. L'ospedale psichiatrico è formalmente chiuso e ha convertito i suoi padiglioni in altrettante comunità terapeutiche. L'effetto concentrazionario, dato dall'architettura del luogo e dai suoi confini che lo separano nettamente dal resto della città, permane. Le logiche di intervento tipiche di una grande istituzionale

1. La ricerca qui presentata è stata condotta anche grazie ai finanziamenti del progetto Singocom all'interno del V Framework Programme (FP) dell'Unione Europea, proseguita con il progetto Katarsis (VI FP), diretto da Frank Moulaert e, per lo staff milanese, da Serena Vicari. Molti materiali delle due piattaforme di ricerca possono essere facilmente trovati on line nei siti dei due programmi. Desidero ringraziare i direttori della ricerca, nonché Michela Barbot, Marion Carrel, Pier Luigi Crosta, Ota de Leonardis, Andreas Duit, Nina Eliasoph, Thomas Emmenegger, Francesca Gelli, Sara Gonzalez, Hartmut Haeussermann, Marilyn Hoskins, Andrea Membretti, Jacques Nussbaumer ed Elinor Ostrom per i preziosi commenti.

vol. CROSTA 1862.138 27-07-2009 11:16 Pagina 316

totale sono immutate. Dopo diciassette anni non si trova alcuna soluzione alternativa per queste centoventi persone: l'istituzione riproduce la sua necessità.

Questo è un classico delle istituzioni totali, e degli ospedali psichiatrici in particolare (Goffman, 1961). La costruzione stessa del sapere psichiatrico tende a privilegiare definizioni dei problemi che attribuiscono necessità alle soluzioni esistenti, e alla soluzione contenitiva in particolare. Non tanto perché non siano previste soluzioni più leggere per chi "può farcela", ma perché il sapere psichiatrico classico, nella sua grandiosità, procede per divisioni, producendo rappresentazioni che legittimano degli scarti, soggetti che non possono farcela, intrattabili se non dentro la formula dell'ospedale psichiatrico. Perché vi siano percorsi terapeutici personalizzati verso l'autonomia o comunque verso un maggiore grado di socialità e apertura urbana, occorre un luogo che contenga gli scarti. Un sapere che procede per divisioni, produce sperimentazioni a patto di mantenere luoghi di contenimento residuali (de Leonardis, 1981).

Ben diverse erano state le esperienze di Gorizia e di Trieste iniziate da Franco Basaglia e dai suoi collaboratori. Qui l'idea di fondo era del tutto agli antipodi. Secondo Basaglia, e il movimento aggregatosi intorno alle sue innovazioni, solo la chiusura totale dell'ospedale psichiatrico permetterebbe le innovazioni perché, eliminando la possibilità stessa del grande contenitore separato, vincolerebbe una riorganizzazione complessiva di tutto il *policy sector* della psichiatria affinché le autorità sanitarie si facciano carico di interventi territorializzati e decentralizzati (de Leonardis *et al*., 1996). A partire da questo principio, Basaglia aveva trasformato la psichiatria triestina, prodotto un movimento di confronto e azione politica fra i tecnici della salute mentale (medici, psicologi e infermieri) coinvolti in tutta Italia, scritto la legge di riforma della psichiatria e problematizzato la violenza e l'improduttività dell'ospedale psichiatrico. Basaglia fu così in grado di costruire consenso sulla propria proposta di riforma e di tenere testa a quanti si opponevano preoccupati dai rischi di abbandono dei pazienti in assenza di spazi contenitivi. La legge Basaglia venne approvata nel 1978, e fu da subito implementata nella maggior parte di Italia dagli operatori della psichiatria con entusiasmo e molto innovazioni locali, in un processo a chiaroscuri, ma nel complesso ricco di riflessività e capacità di apprendimento su come gestire le tante incertezze date dalla territorializzazione dei servizi per la salute mentale (de Leonardis, 1990).

A Milano, abbiamo visto, non era andata così. La *policy community* della psichiatria milanese si era chiusa a riccio rispetto alla prospettiva di fondo della legge Basaglia. La aveva tradotta e tradita in modo da renderla compatibile con la logica degli scarti di cui sopra. L'aveva usata come leva per ridurre gli eccessi dell'istituzionalizzazione, ma non per negare la necessità dell'ospedale psichiatrico. Si badi bene: il punto non è tanto che la riforma era stata applicata incrementalmente, a piccoli passi, per svuotare gradualmente l'ospedale psichiatrico trovando nel corso del tempo sempre nuove soluzioni per ciascuno degli ospiti, attenti alle storie e specificità di ciascuno. A Milano la *policy com-*

munity della psichiatria aveva trovato un nuovo punto di equilibrio in un'applicazione della riforma che riduceva i posti nell'ospedale psichiatrico per mantenerne la funzione. Questo era il *frame* (Surel, 2000) che accomunava gli attori con più potere decisionale così come gli operatori di base. Con poco dibattito interno, una pluralità di posizioni nel merito delle sperimentazioni, ma pochissimo contradditorio sulla scelta di fondo.

Parliamo di *policy community* e non di *policy sector* proprio per identificare una campo di politica pubblica le cui diverse popolazioni organizzative (aziende ospedaliere, assessorato regionale, aziende unità sanitarie locali, cooperative sociali) e i diversi corpi professionali condividono alcuni elementi culturali di fondo, sono particolarmente coesi, hanno dei confini poco permeabili e un flusso di relazioni interne enormemente superiore a quelle verso l'esterno. Occorre notare che, al di là delle particolari chiusure del caso milanese, in generale il settore della psichiatria tende a costruire comunità di politica pubblica tendenzialmente chiuse e dotate di codici autoreferenziali e forti barriere simboliche all'ingresso, nonché a rendere le collaborazioni con agenzie esterne "cronicamente difficili", per altro "compartimentando i bisogni delle persone in una maniera raramente così netta e pronunciata, esclusivamente legata alle richieste amministrative delle differenti agenzie" (Jones *et al*. 2004: 110).

L'effetto di chiusura di una comunità di politica pubblica così particolare come è quella che ruota intorno alla salute mentale, oltre a ragioni di compartimentazione amministrativa, è potenziato da due ulteriori tipi di fattori, culturali e spaziali.

Vediamo in primo luogo i fattori culturali. I problemi di salute mentale sono spesso considerati problemi individuali e privati, su cui non si può produrre un discorso pubblico su beni comuni. La risoluzione dei problemi di salute mentale è delegata a tecnici specializzati, e i singoli casi individuali sono rispettati nella loro *privacy*. La malattia mentale è questione individuale, nel senso che sembrerebbe più educato ed elegante non parlarne e mantenerla nella sfera della discrezione. Ota de Leonardis parla giustamente di privatismo per identificare una configurazione particolare dei processi culturali, in cui le questioni sono tematizzate come strettamente private e non come aspetti in comune della convivenza, più precisamente in cui viene svalutato "sino a rimuovere dalle relazioni sociali il riferimento ad un "terzo" che media tali relazioni, e con esso le condizioni di riconoscimento di interessi condivisi e corresponsabilità verso beni comuni, verso la riproduzione del legame sociale" (1997: 176-177). Il privatismo non è un atteggiamento individuale, ma una forma culturale che si esprime nel funzionamento organizzativo delle politiche, requisito di interazioni e non di identità individuali.

Passiamo ora agli aspetti spaziali dell'ospedale psichiatrico. La formula più contenitiva dell'intervento psichiatrico, l'ospedale psichiatrico inteso come *spazio* per gli intrattabili, è basata su un principio di separazione spazia-

le che rende invisibile ciò che succede al proprio interno. È uno spazio sottratto al fluire della vita urbana, che la città dimentica di avere al suo interno. Quanto vi accade dentro non è noto nemmeno a chi vi abita nei pressi. I cittadini non vedono e non sanno. Non vi sono nemmeno delle ricadute negative portate dall'ospedale psichiatrico. Non ci sono esternalità negative o conseguenze indirette tematizzate che tocchino gli abitanti. In altri termini, chi è esterno all'ospedale psichiatrico non ha un interesse condiviso a discutere di quanto vi accade all'interno, né tanto meno a mobilitarsi per modificarne l'uso dello spazio. Sappiamo, infatti, che senza una esternalità *percepita* non si crea interesse a mobilitarsi per esercitare controllo su un'azione esterna. Le esternalità riconosciute e tematizzate, infatti, creano incertezza cognitiva e normativa (Centemeri, 2008) sulla definizione abituale della realtà e sui dispositivi che la qualificano (Boltanski, 2008a) Non si riconosce un interesse comune, non ci sono shock morali né forme condivise di indignazione (Jaspers, 1997): non c'è alcuna condizione per un'azione collettiva di pressione dall'esterno.

Il privatismo che caratterizza il discorso sulla malattia mentale e la separazione spaziale dell'ospedale psichiatrico, articolati con un *frame* dominante di ostilità alla riforma da parte della comunità psichiatrica milanese, avevano prodotto nell'insieme un effetto di chiusura molto forte. Così, nel 1995, tutti a Milano avevano ormai dimenticato l'esistenza di un ospedale psichiatrico. E la configurazione dei rapporti interni alla *policy community* non faceva che rinforzare gli aspetti di privatismo e separazione spaziale della politica di salute mentale. Una spirale di chiusura che riproduceva anno dopo anno un settore sempre più coeso e con meno sfaccettature. Sempre più liscio e con meno appigli a cui aggrapparsi per produrre possibili innovazioni.

La trappola

Una situazione come quella appena descritta potrebbe essere definita, sulla falsa riga degli studi sulla segregazione urbana e degli effetti di *lock-in*, una vera e propria "trappola". Una situazione di equilibrio stazionario, che si riproduce nel tempo, in cui all'interno della *policy community* non si produce dialettica, contraddizione, eterogeneità, e l'esterno è indifferente, non vede e non si interessa. In questa situazione il cambiamento e l'innovazione dall'interno sembrano impossibili; il cambiamento e l'innovazione su spinte dall'esterno sembrano – ugualmente – impossibili.

(1) Chiusura della policy community, (2) invisibilità dell'ospedale psichiatrico e (3) privatismo nel discorso sulla salute mentale: questi tre fattori combinati sono una vera e propria trappola che riproduce i rapporti sociali nelle configurazioni precedenti e svuota dall'interno le potenzialità generative di contrasti e conflitti. La trappola è costituita dal coagularsi di resistenze profon-

de non solo di interessi economici e professionali ma, soprattutto, di processi culturali cioè di resistenze e freni performativi sul piano cognitivo e normativo, sui modi di vedere e giudicare la legittimità della realtà, su ciò che è e su ciò che conta e ha valore (Boltanski, 2009).

Eppure a Milano, nel 2000, l'ospedale psichiatrico è stato chiuso, ed è stato chiuso anche l'ospedale psichiatrico vicino di Mombello a Lainate, a pochi chilometri a nord. Come è stato possibile? È stata solo un'imposizione di legge, a 22 anni dall'approvazione della legge che prescriveva la chiusura immediata degli ospedali psichiatrici? No, il cambiamento è avvenuto grazie a un piccolo gruppi di attori che hanno saputo inserirsi all'interno della *policy community*, facendo leva su fattori interni e esterni a questa, per ridurre gli effetti di chiusura e invisibilità del settore, e produrre discorso pubblico sul futuro dell'ospedale psichiatrico.

Gli attori che hanno favorito l'innovazione lo hanno fatto lavorando congiuntamente su tutti e tre i fattori di quella che abbiamo chiamato la trappola. Sono entrati nella *policy community*, hanno reso visibile l'ospedale psichiatrico e hanno prodotto discorso pubblico sull'uso dello spazio dell'ospedale psichiatrico stesso, e sulla sua qualità sociale. L'obiettivo di chiudere l'ospedale psichiatrico è stato raggiunto come esito sovrappiù (*by-product*) di altri processi, e dell'intreccio fra processi che hanno agito congiuntamente su tutti e tre i fattori di resistenza che abbiamo identificato.

Analizziamo, perciò, come questo è stato realizzato. Vedremo che ciò è stato effettuato in tre passi successivi, ciascuno dei quali ha affrontato in modo specifico i tre fattori di resistenza all'innovazione (chiusura della *policy community*, invisibilità dell'ospedale psichiatrico, privatismo nel discorso sulla salute mentale).

Il primo passo: la formazione professionale

L'inizio di questa storia può essere rintracciato nel 1992, quando uno psichiatra svizzero venne da Roma a lavorare nell'ospedale psichiatrico di Milano. Egli aveva una militanza significativa nel cosiddetto movimento per la deistituzionalizzazione di cui lo stesso Basaglia era stato leader (de Leonardis, 1986). Riconoscendo fin da subito la situazione di stallo, iniziò a lavorare nell'ospedale psichiatrico con i medici e gli operatori sociali con l'obiettivo di aprire un corso di formazione professionale per alcuni dei pazienti. Coinvolse la USSL 37 per presentare un progetto sperimentale all'assessorato competente della Regione Lombardia, e usò i suoi contatti precedenti per implicare l'ENAIP, l'ente di formazione professionale delle ACLI, all'epoca il più grande della regione, e puntò a ottenere dei finanziamenti del Fondo Sociale Europeo. Vennero aperti corsi per barista-ristoratore, per falegnami e, in seguito, per operatori di servizi di accoglienza alberghiera.

La squadra di formatori professionali adottò una metodologia d'azione già sperimentata in altri contesti nell'ambito delle reti del movimento per la de-istituzionalizzazione. L'obiettivo non era tanto 'colmare dei vuoti' distribuendo risorse, ma promuovere le capacità (Sen, 1992) di alcuni pazienti (anche detti "ospiti") del Paolo Pini: scommettere sulle persone, anche quelle più difficoltà laddove, per esempio, avevano perso l'uso della parola, sostenendone dei percorsi reali di acquisizione di competenze lavorative. Gli ospiti non venivano considerati a partire dalle loro debolezze o mancanze (da definire e trattare, come nel modello medicale classico) ma in relazione alle loro capacità da riconoscere e sviluppare con l'uso. Alle spalle vi è una concezione della salute mentale come qualcosa che non può essere 'prodotto' ma solo 'co-prodotto', ovverosia ottenuto con la diretta partecipazione di quanti beneficiano dalla sua produzione[2].

Olinda puntava a riconoscere il diritto a esercitare capacità (Dean, 2005). Per quanti erano da anni esclusi dalla sfera dello scambio economico, intesa come opportunità di soggettivizzazione, la capacità di azione non era né negata né considerata un punto di partenza, ma semmai l'esito di un processo da organizzare e sostenere, una competenza da supportare e moltiplicare nell'uso. Gli ospiti non venivano più considerati come dei passivi beneficiari di intrattenimento, né inseriti in forme di ergoterapia finalizzate a far passare il tempo e a dare un'attività pratica, ma formati per attività di qualità tale da poter stare sul mercato, sebbene sussidiate inizialmente, competitivi e capaci di vendere un servizio ad una clientela esterna ai circuiti della psichiatria.

Nel 1995 questo gruppo di formatori fondò l'associazione Olinda, con l'obiettivo di mobilitare nel progetto maggiori risorse umane. L'obiettivo era coinvolgere persone esterne al 'giro' della psichiatria. Vi era in questo una finalità terapeutica coerente con l'ispirazione del movimento per la de-istituzionalizzazione. L'idea era che la qualità estetica degli artefatti prodotti e con cui lavorare fosse terapeutica e capace di attribuire dignità alle persone (de Leonardis *et al*., 1994). Così Olinda si dedicò a coinvolgere molti professionisti esterni ai "giri" abituali della *policy community* della psichiatria: designer, artigiani, tecnici specializzati, ma anche attori, personaggi di spettacolo e accademici. Persone che venivano dall'intera città di Milano e non necessariamente dai due quartieri limitrofi. Certamente non un *network* immenso, ma inclusivo di attori assai più eterogenei di quelli abituali nei circuiti psichiatrici[3].

2. Per co-produzione possiamo intendere una situazione di interazione generativa in cui la qualità del bene prodotto (la salute mentale) può essere ottenuta solo se i beneficiari sono impegnati direttamente nella produzione del bene stesso (Ostrom, 1996).

3.Un *policy network* può essere definito come "un set di relazioni relativamente stabili di natura non gerarchica e interdipendente che uniscono una varietà di attori che condividono interessi comuni rispetto a una politica pubblica e che scambiano risorse per perseguire questi interessi condivisi, riconoscendo che la cooperazione è la miglior maniera per raggiungere obiettivi comuni" (Borzel, 1998: 254).

Olinda iniziò, così, ad estendere un poco i confini rigidi della *policy community*, facendo entrare in relazione persone assai esterne al settore. Ciò venne fatto perché era considerato valido e appropriato in base al mandato del percorso di formazione professionale. L'esito di cominciare a forzare la chiusura della *policy community* fu un primo effetto *by-product*, sovrabbondante rispetto agli obiettivi perseguiti, anche se fin da subito auspicato e riconosciuto come importante dai soggetti dell'innovazione.

A fianco dell'ingresso di professionisti esterni, questa prima fase fu caratterizzata dalla costruzione di legittimità per la propria azione e le proprie pratiche terapeutiche. Questa venne costruita non solo in relazione a primi risultati conseguiti, ma anche attraverso l'esibizione di contatti di *network* con altre esperienze similari in Italia e all'estero. In questa fase emersero anche le prime alleanze con alcuni medici e operatori sociali interni all'ospedale psichiatrico. Il gruppo di Olinda, inoltre, lavorò per stabilire buone relazioni di partnership con le autorità sanitarie, l'ospedale di Niguarda e la USSL 37, l'Assessorato alla Cultura del Comune di Milano, la Provincia e la Regione. Vennero, inoltre, stabilite delle forme di cooperazione durature con la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Milano, che produssero anche una conferenza internazionale su *Cooperazione, partnership e impresa sociale*.

Il secondo passo: il sogno di una notte di mezz'estate

Proprio nel corso di questo convegno internazionale, nel dicembre 1995, nel dibattito conclusivo, un noto prete, protagonista di molte attività di animazione sociale nei quartieri della periferia milanese, propose di realizzare una grande festa delle organizzazioni sociali di Milano. Non l'ennesimo "festival della sfiga", né un "party in solidarietà con gli esclusi" ma una lunga festa di qualità, caratterizzata dalla qualità delle proposte, finalizzata a favorire e attivare delle *partnership* inedite fra le organizzazioni sociali, in cui il processo da curare fosse importante tanto quanto il prodotto da ottenere. Olinda propose all'istante di organizzare la festa dentro il grande parco dell'ospedale psichiatrico di Milano, che quasi nessuno dei partecipanti al convegno aveva mai visto.

La festa venne denominata "Sogno di una notte di mezz'estate" e si dispiegò su due mesi nel corso dell'estate del 1996. Venne promossa da trentatre fra associazioni, gruppi e studi professionali, vide la partecipazione di persone provenienti da tutta l'area metropolitana di Milano per partecipare a dibattiti, concerti, competizioni sportive, spettacoli teatrali, giochi, cene e attività ricreative varie. Fu un successo più che insperato: più di 35.000 persone entrarono all'interno del parco dell'ospedale psichiatrico. Tutti i giornali e media locali ne parlarono ripetutamente. Un luogo che per oltre un secolo era stato separato e invalicabile, ad uso esclusivo degli operatori della psichiatria e dei loro pazienti, venne invaso da un pubblico completamente eterogeneo.

Il fatto che così tante persone entrassero nel parco, ovverosia nell'ospedale psichiatrico ebbe due effetti rilevanti. Da un lato, diede un grande contributo nel legittimare le innovazioni terapeutiche proposte da Olinda. Dall'altro, attivò le condizioni per avviare un dibattito pubblico sull'esistenza dell'ospedale psichiatrico a Milano, a diciotto anni dalla legge che ne aveva decretato la chiusura. A fianco del festival si svilupparono, anche autonomamente da Olinda, una serie di discussioni e confronti sulle alternative possibili per i pazienti che ancora lì vivevano, ma anche sul possibile ri-uso degli spazi dell'ospedale psichiatrico, da rendere fruibili per il quartiere e per la città intera.

Una delle regole con cui avvenne la costruzione del Festival fu quella di chiedere a tutte le attività di essere interattive, ovverosia di essere pensate non tanto come iniziative da fruire ma soprattutto come spazi di interazione da coprodurre. Questo generò nel corso del lungo festival diverse idee creative su come trovare opportunità di lavoro per gli ospiti che si erano formati professionalmente negli anni precedenti, e più in generale diede vita a molto capitale sociale utile a sviluppare progetti imprenditoriali e a dare continuità alle attività culturali.

Ciò che fu veramente importante non fu solamente il rendere visibile un luogo dimenticato dal discorso politico. Ancora più rilevante fu la modalità con cui la permanenza del manicomio venne definita problematica in relazione a una doppia domanda sociale, quella di salute dei pazienti e quella di spazi sociali aperti per tutti i cittadini. Questa doppia domanda sociale, e le relative rappresentazioni di diversi gruppi sociali e di tre settori di politica (sanitaria, del lavoro e della cultura e del tempo libero) hanno veicolato una idea precisa del cambiamento sociale e politico auspicabile[4].

La presenza di più di un centinaio di persone ancora costrette nell'ospedale psichiatrico è stata tematizzata, non da Olinda, ma grazie al contesto predisposto da Olinda, come un'offesa (*naming*) ai pazienti e ai cittadini privati del bel parco del manicomio. L'offesa è stata imputata alle inerzie di una psichiatria non riformata, responsabile di averla causata (*blaming*) rivendicando una riparazione e il cambiamento delle modalità ordinarie di operare nel futuro (*claiming*)[5].

Ovviamente avere *problematizzato* la presenza dell'ospedale psichiatrico a Milano non ha immediatamente iscritto lo stesso, in quanto problema pubblico, fra le priorità dell'agenda istituzionale. D'altronde non vi sono mai corri-

4. La sociologia politica dell'azione pubblica è da sempre sensibile alle modalità con cui dei problemi vengono discussi e formulati abbinandoli a una soluzione che richiede l'intervento regolativo e allocativo di un'autorità pubblica (Lascoumes, Le Galès, 2004). Dobbiamo ai lavori di Muller (2005) l'analisi delle modalità con cui un problema viene definito in relazione a una domanda sociale, a una rappresentazione del gruppo sociale e del settore concernente e a una idea del cambiamento sociale e politico auspicabile.

5. Sui rapporti fra *naming, blaming* e *claiming* nella costruzione di problemi pubblici, cfr. Felstiner *et al*. (1980).

spondenze automatiche fra ciò che è rilevante nelle dinamiche dell'opinione pubblica e ciò che entra ai primi posti dell'agenda dei decisori pubblici (Barisione, 2009). Non sono le caratteristiche interne proprie all'oggetto problematico che spiegano la sua ricezione da parte di un decisore e l'avvio di una politica pubblica in proposito: non è la sua estensione sulla popolazione pertinente, non è la sua intensità né il grado di disfuzionalità che produce per la società politica locale (Gusfield, 1981).

Il duplice modo di definire il problema, legato alla natura ambivalente di Olinda (fra intervento socio-sanitario e promozione di spazi e servizi commerciali per la socialità urbana), ha favorito un modo di definire un problema e la soluzione attesa, come strettamente legati a una politica degli spazi sociali e non solo a una politica di riforma sanitaria, iscrivendo la questione del manicomio e del suo uso anche nell'ambito della riflessione sulla rigenerazione urbana e sulle periferie, permettendo così di uscire dalle ristrettezze argomentative della *policy community* della psichiatria, senza dimenticare, al contempo, le persone che vi risiedevano all'interno, e le loro esigenze molteplici di trattamento e supporto personalizzato.

Non era scontato che andasse così. Non sempre ciò è accaduto nei processi di chiusura dei manicomi (Macchi, 2003). Negli stessi anni, nella stessa Milano, nei confronti di altri luoghi e altri tipi di cittadini fragili il modo di costruire il problema pubblico su aree periferiche segregate e sensibili ha portato a programmi di rigenerazione urbana che non hanno contemplato in alcun modo il riconoscimento e le capacità delle persone che vi vivevano all'interno: emblematici a questo proposito, in quegli anni, i progetti di riqualificazione dell'area di via Barzaghi/Triboniamo-Cimitero Maggiore (Vitale, 2008).

Nei processi di problematizzazione nulla è naturale, tutto avviene nel gioco politico dei rapporti di forza fra gli attori, in relazione alla loro capacità di mobilitare nuove risorse e drammatizzare le questioni in maniera così efficace da guadagnare consenso e perseguire i propri obiettivi, fossero anche solo quelli di apparire e legittimarsi (Vitale, 2009b). Ciò che ha fatto la differenza in questo caso, nella competizione fra problemi per accedere alle priorità dell'agenda istituzionale, è stata la modalità con cui si sono mobilitati e hanno interagito fra loro gli attori interessati ad accreditare pubblicamente il problema: nel preparare il Festival del Sogno di una notte di mezz'estate le trentatre organizzazioni coinvolte si sono date una regola ferrea: *mai da soli, mai coi soliti*. La costruzione di *partnership* ha supportato la partecipazione in assenza di incentivi di altro tipo, costruendo una *fiducia basata su prove di cooperazione*[6]. Ciò ha consolidato alleanze inedite nell'universo del terzo settore milanese, anche con imprese *for profit* (soprattutto del mondo della musica e dello spettacolo) e

6. In effetti, l'alto livello di eterogeneità nelle culture politiche dei soggetti coinvolti non permetteva di avere come incentivi alla partecipazione norme e valori condivisi, tipici di clan e comunità (Ouchi, 1980).

con studi professionali (legati alla moda e al design, ambienti tradizionalmente assai lontani a quelli dell'assistenza). Queste alleanze inedite hanno esteso i *network* di influenza e, soprattutto, hanno conferito un'inedita intensità drammatica alla rappresentazione del problema; hanno anche contribuito a legittimare verso gruppi influenti della borghesia intellettuale e imprenditoriale milanese degli abbinamenti di problemi e soluzioni a cui altrimenti questi sarebbero rimasti indifferenti. Hanno permesso, inoltre, il coinvolgimento di *testimonial* e di autorità carismatiche che hanno aumentato il grado di coerenza delle soluzioni prospettate con i valori dominanti nelle dinamiche dell'opinione pubblica[7].

In altri termini, la presenza di attori esterni alla *policy community* della psichiatria non ha portato solo altri codici comunicativi ed esteso il senso di urgenza. Ha impedito che i decisori nell'azienda ospedaliera ricorresse unicamente al "brodo primordiale" (Kingdon, 1984) di strumenti dell'azione pubblica già esistenti e che l'amministrazione abitualmente tende a voler conservare e riproporre anche per nuovi problemi. Olinda, con i suoi mezzi eterodossi e la sua politica festaiola delle alleanze basata su prove di cooperazione è stata in grado così di favorire l'apertura dell'agenda istituzionale dei decisori, abitualmente bloccata.

Il terzo passo: l'impresa sociale

Grazie al festival estivo, Olinda ha potuto sviluppare con altre organizzazioni politiche, economiche e sociali una proposta aperta all'intera città e non rivolta ai circuiti ristretti della psichiatria. Il successo dell'iniziativa ha confortato i soci di Olinda nella possibilità di muoversi più speditamente nella costituzione di una omonima cooperativa sociale da affiancare alla associazione per sviluppare al meglio una strategia di impresa sociale. L'obiettivo era quello di creare lavoro vero e continuativo per i soggetti più svantaggiati che avevano frequentato i corsi di formazione professionale e non erano ancora pronti per trovare una collocazione in imprese esterne. Al contempo, ritenevano che una strategia di impresa sociale avrebbe permesso loro di rimanere un soggetto vivace dentro gli spazi dell'ospedale psichiatrico, continuare a produrre iniziative al suo interno e mantenere un ruolo di stimolo al discorso pubblico sulle modalità di chiusura del manicomio stesso e sulle possibilità di ri-uso sociale degli spazi.

L'idea di fondo, perciò, fu quella di articolare obiettivi terapeutici per le persone più in difficoltà, obiettivi di mercato per il mantenimento delle attività e la qualità dei processi produttivi richiesti ai lavoratori coinvolti, con obiettivi di visibilità sociale dell'ospedale psichiatrico e di sua accessibilità alla cittadi-

7. Sull'importanza delle configurazioni di attori nella costruzione dei problemi pubblici, cfr. Cefaï (2006, 2007).

nanza. Il tentativo è stato convertire una parte della spesa sanitaria finalizzata al contenimento in investimento produttivo sulle capacità dei pazienti, *combinando servizi aperti alla città e servizi per il circuito della salute mentale*.

In questa fase Olinda ha fatto un passo alla volta, lavorando con le risorse economiche e umane disponibili, e mantenendosi su un piano di fattibilità. I primi progetti furono molto piccoli e limitati, ma non vennero mai impostati come progetti temporanei. Erano legati a idee comunque ambiziose, se non addirittura 'folli': hanno aperto un bar, e hanno voluto tenerlo aperto quotidianamente; hanno aperto un ristorante con l'obiettivo di riempirlo sempre a pranzo; hanno realizzato una falegnameria pensando potesse ricevere clienti cinque giorni alla settimana; hanno continuato a organizzare eventi culturali aperti a un largo pubblico. Come riportava il catalogo delle iniziative di Olinda nel 1997, tutto ciò veniva realizzato come una scommessa in un quartiere in cui i bar chiudono alle 19.00, in cui nessuno vende libri, in cui i commercianti e gli artigiani sono scomparsi e in cui la cultura non ha mai avuto successo né riscontri economici.

Al contempo la sfida era quella di costruire un'attività economico commerciale in cui ciascuno, anche le persone più in difficoltà, potesse sentirsi a proprio agio, nella vita lavorativa quotidiana, così come nel tempo libero. Un'impresa sociale che si facesse carico nel complesso delle esigenze fondamentali delle persone (abitare, lavorare, socializzare) e, al tempo stesso, promuovesse una cultura del luogo, tentasse di costruire in periferia, dentro l'ospedale psichiatrico, una piazza pubblica in cui moltiplicare le relazioni, le idee e gli scambi (Breckner *et al*., 2004). Con l'intuizione di far sì che le tensioni fra le diverse attività diventassero degli *asset* che potessero alimentarsi reciprocamente. La formula societaria scelta fu, perciò, affiancare all'associazione Olinda la cooperativa sociale "La fabbrica di Olinda", la prima con la *mission* di organizzare eventi culturali e la seconda con l'obiettivo di promuovere inserimenti lavorativi e vendere beni e servizi sul mercato. Il rischio ordinario era (e resta) quello che questa divisione collassasse su una compartimentazione fra mondi separati e concorrenti, con finalità differenti. La separazione societaria, al contrario, sembra finora essere stata una leva positiva che è andata nella direzione auspicata. Ovviamente il percorso è stato costellato di molti conflitti organizzativi, ma la presenza di due società con due mandati separati ha comunque permesso di non sacrificare mai una delle due anime e trovare in sede di confronto organizzativo le risorse per gestire le tensioni cumulate.

La strategia di dare vita a molteplici attività differenti sembra avere fornito una serie di opportunità reali per includere le persone più svantaggiate nei ruoli a loro più congeniali e al contempo di attrarre risorse dallo stato e dal mercato. Il festival estivo è continuato annualmente ed è diventato uno degli appuntamenti più noti di Milano. Alle piccole iniziative culturali realizzate durante tutto l'anno si sono affiancate grandi iniziative realizzate per migliaia di perso-

ne, come gli "Appunti partigiani" per festeggiare la Liberazione il 25 aprile, attirando più di 30.000 persone all'anno. Queste iniziative oltre a fornire opportunità di mercato per i servizi di ristorazione di Olinda e a far conoscere, più in generale, le proposte della cooperativa, hanno offerto spazi di espressione e di socialità, in cui fare esperienza di tolleranza e sopportazione delle differenze, anche di quelle più inconciliabili. Nel contempo, le attività di Olinda hanno contribuito a mantenere aperto uno spazio di visibilità e discorso pubblico sul manicomio, sui suoi luoghi e le sue logiche.

Non solo, però: Olinda ha usato la visibilità costruita dalle sue iniziative culturali come uno strumento per continuare la sfida alle modalità terapeutiche più classiche e far riconoscere la propria modalità di agire come coerente con un mandato pubblico legittimo nel campo della salute mentale.

Chiuso il manicomio, resta la capacità di combinare risorse e piani differenti

Alla fine l'ospedale psichiatrico è stato chiuso, nel 2000. Olinda però non ha chiuso. Le persone che abitavano il manicomio sono state collocate in piccole comunità diffuse nella città, e le attività di Olinda di inserimento lavorativo non sono terminate, ma anzi si sono rafforzate. Allo stesso modo si è rinforzato l'investimento per trasformare i padiglioni e il parco dell'ex-ospedale psichiatrico in una piazza pubblica aperta alla cittadinanza e animata dai servizi della cooperativa e dell'associazione. Olinda ha dismesso la falegnameria, che non aveva sostenibilità economica ma ha aperto un ostello e uno spazio di produzione teatrale, con un padiglione intero dell'ex manicomio che è stato convertito in teatro in cui le compagnie possono provare gli spettacoli che poi porteranno in *tournée*.

Nessuna delle persone che ha iniziato l'avventura di Olinda sapeva dove questa avrebbe portato e quale sarebbe stato l'orizzonte di fattibilità delle prime intuizioni. È vero che Olinda si è fin da subito collegata a un *network* ampio di attività similari, alimentandosi dei saperi e delle esperienze prodotti nella rete del movimento per la de-istituzionalizzazione. Tuttavia questo genere di risorse simboliche definiva un orizzonte strategico, degli obiettivi primari da focalizzare senza distrazioni e dei principi metodologici irrinunciabili da attualizzare. Non dava informazioni, tuttavia, sulle regole del gioco nell'arena politica dei finanziamenti pubblici e privati di istituzioni rappresentative e fondazioni bancarie milanesi e lombarde. Né, tantomeno, i membri più partecipi in Olinda erano in grado di stimare con precisione i rapporti di potere specifici e le rendite di posizione stabilizzate nella *policy community* della psichiatria. Così come, vale la pena ricordare nuovamente che inizialmente Olinda non aveva legittimità è ha dovuto crearsi un ambiente che legittimasse le proprie pratiche terapeutiche e permettesse di problematizzare un luogo, l'ospedale psichiatrico, che non era tema di conflitto politico.

Così, oltre alle euristiche sperimentate in altri contesti e alla ricchezza di scambi nei *network* di movimento, un ingrediente cruciale del successo di questa esperienza è stata la sua capacità di trasformare le tensioni date dal suo arrangiamento composito di obiettivi di natura diverse (Thévenot, 2001) in opportunità di apprendimento e di resilienza organizzativa, per rivedere riflessivamente le scelte fatte e allargare il paniere di opportunità di scelta. Un motore importante di questa capacità riflessiva è stato fornito dalle due gambe societarie che costituiscono Olinda (associazione e cooperativa). Ancor più importante è stata la tenacia di combinare fra loro elementi riconducibili al piano dell'esperienza individuale ed elementi riconducibili ad un piano strutturale dei vincoli e delle opportunità esterne. La capacità di creare connessioni fra opposti (de Leonardis, 2001) in questo senso è stata una abilità coltivata e perseguita scientemente che ha alimentato risorse e opportunità di apprendimento e dinamiche organizzative evolutive, senza farla ridurre e collassare su una sola delle polarità possibili.

La problematizzazione dell'ospedale psichiatrico, ovverosia la drammatizzazione di ciò che vi avveniva all'interno e delle possibilità alternative di riuso del luogo, è stata un esito sovrappiù di questa capacità di combinare opposti. Avere costruito la visibilità dell'ospedale psichiatrico di Milano rendendolo un problema pubblico non ha comportato *automaticamente* la sua chiusura (Vitale, 2009a). Sono dovuti passare comunque altri quattro anni e, anche successivamente, la chiusura dell'ospedale psichiatrico non ha comportato l'implementazione di logiche terapeutiche differenti. Il decentramento degli ultimi pazienti che vivevano nel manicomio ha richiesto una territorializzazione esigente, intesa come radicamento delle comunità alloggio nella vita dei quartieri in cui sono state collocate, e il superamento di una logica solo medicale nel trattamento della malattia mentale.

In effetti, è utile ricordare che anche laddove si passa dalla costruzione di un problema pubblico alla sua messa in agenda e a una decisione vincolante in termini di allocazione di bilancio, non è detto che questa scelta abbia effettività: l'implementazione non va mai da sé e richiede comunque una programmazione (Vitale, 2009c). Olinda negli anni si è posta come luogo di osservazione dello stato dei servizi psichiatrici e di costruzione di condizioni di dibattito sul rapporto fra questi e la città. Avere costituito una impresa sociale ha permesso a Olinda di porsi come *broker* per unire due mondi separati, quello della produzione e quello della riproduzione, quello dei servizi per la città (aperti anche ai soggetti più svantaggiati) e quello per i soggetti più svantaggiati (aperti anche ad altre fasce sociali), il mondo dei bisogni di aiuto e assistenza e il mondo degli investimenti finanziari e di energia creativa nel campo economico.

Olinda ha sostenuto, coordinato e messo in circolo le risorse nascoste e non convenzionali dell'ospedale psichiatrico, sia quelle provenienti dagli ospiti/pazienti sia quelle del suo spazio fisico e architettonico: ha sostenuto nuove com-

petenze professionali nelle persone con problemi di salute mentale e al contempo ha contribuito ad aprire il parco del manicomio come uno spazio pubblico animato e a disposizione della cittadinanza. Nel farlo ha creato connessioni fra persone appartenenti a mondi abitualmente separati, e ha fatto di questa capacità di combinare risorse eterogenee una cultura organizzativa resiliente e investita nell'apertura di spazi di mercato e di opportunità di lavoro[8]. Nell'insieme i prodotti del suo agire hanno avuto effetti indiretti in molti campi, producendo alcuni cambiamenti nelle relazioni sociali fra gli attori del settore psichiatrico milanese.

Certo, la costruzione di reti e i processi di coinvolgimento di interessi eterogenei non sono stati in grado di cambiare le solide basi delle relazioni di potere esistenti, o di guadagnare un forte controllo sui processi di politica sanitaria nel campo della salute mentale, ma hanno permesso l'emergenza di un discorso pubblico su un tema trascurato, tematizzando l'ospedale psichiatrico come un problema non di una specifica *policy community* ma della città in quanto tale. Al contempo è stato prodotto un sentimento di possibilità e si sono legittimate alcune nuove pratiche terapeutiche e alcune rivendicazioni, inedite a Milano, di diritti per i pazienti psichiatrici.

La presenza di migliaia e migliaia di persone durante il primo festival (ma lo stesso vale a maggior ragione anche per i successivi) all'interno dei confini dell'ospedale psichiatrico ha obbligato l'intera *policy community* a giustificarsi in piena generalità rispetto alle modalità scelte per chiudere il manicomio. Il modo in cui è stata problematizzata la chiusura ha, però, obbligato tutti, comprese le autorità sanitarie, a dichiarare perché e come trattare le persone ancora residenti dentro l'ospedale psichiatrico.

Nella sua capacità di tenere insieme forme di *empowerment* per i soggetti più svantaggiati, modificazioni del quartiere e degli spazi pubblici a disposizione dei cittadini e cambiamento delle modalità di governo del settore psichiatrico e dei rapporti di forza fra gli attori Olinda ha segnato una discontinuità nel settore della politica psichiatrica milanese realizzando una forma di innovazione sociale (Moulaert, Vicari, 2009) nient'affatto scontata. Prima della mobilitazione attivata da Olinda, il manicomio di Milano era semplicemente ignorato. Le rivendicazioni avanzate dagli attori coinvolti negli anni da Olinda hanno permesso all'opinione pubblica milanese di giudicare la questione come un problema pubblico e di concatenare fra loro questioni legate alla salute mentale con questioni legate alla socialità e alla qualità della vita nelle periferie.

8. Si noti per inciso che nella sua ricerca sulla città di Rennes, Le Galès (2001: 181) aveva riscontrato similmente che "a livello locale, i *policy network* non contano poi tanto, ma i network di attori, che non sono orientati verso un solo specifico settore di politica pubblica, contano assai".

vol. CROSTA 1862.138 27-07-2009 11:16 Pagina 329

Riferimenti bibliografici

Barisione, M. (2009), *Comunicazione e società*, il Mulino, Bologna.

Boltanski, L. (2008a), *Institutions et critique sociale. Une approche pragmatique de la domination*, in *Tracés. Revue des sciences humaines, hors série*, dicembre, pp. 17-43.

Boltanski, L. (2008b), *Rendre la réalité inacceptable*, Demopolis, Paris.

Borzel, T. (1998), *Organizing Babylon: On the Different Conceptions of Policy Networks*', in *Public Administration*, n. 76, pp. 253-273.

Breckner, I., Bricocoli, M., Morandi, L. (2004), *Recinti e barriere nello spazio e nella mente. Riflessioni a partire dall'esperienza dell'ex ospedale psichiatrico Paolo Pini a Milano*, in *Territorio*, n. 28, pp. 129-136.

Cefaï, D. (2002), "Qu'est-ce qu'une arène publique? Quelques pistes dans une perspective pragmatiste", in D. Cefaï, I. Joseph (a cura di), *L'héritage du pragmatisme. Conflits d'urbanité et épreuves de civisme*, Editions de l'Aube, La Tour d'Aigues, pp. 51-81.

Cefaï, D. (2006), *Due o tre cosette sulle associazioni… Fare ricerca in contesti ibridi e ambigui*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 2, pp. 201-217.

Cefaï, D. (2007), "Il quartiere come contesto, risorsa, posta in gioco e prodotto dell'azione collettiva", in T. Vitale (a cura di), *In nome di chi? Partecipazione e rappresentanza nelle mobilitazioni locali*, FrancoAngeli, Milano, pp. 135-162.

Centemeri, L. (2008), *Environmental Damage as Negative Externality: A Pragmatic Sociological Perspective*, paper presentato all'ISA Forum of Sociology – Sociological Research and Public Debate, Barcelona, 5-8 settembre.

de Leonardis, O. (1981), *Dopo il manicomio*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

de Leonardis, O. (1986), "Il caso del movimento psichiatrico italiano", in A. Melucci, *Movimenti sociali e sistema politico*, FrancoAngeli, Milano, pp. 197-204.

de Leonardis, O. (1990), *Il terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e risorse*, Feltrinelli, Milano.

de Leonardis, O. (1997), *Declino della sfera pubblica e privatismo*, in *Rassegna italiana di sociologia*, n. 2, pp. 169-193.

de Leonardis, O. (2001), *Fighting Social Exclusion: Between Economic Development and Social Wellbeing*, UN Office for Project Services, *Thematic Working Papers*, Geneva.

de Leonardis, O., Mauri, D., Rotelli, F. (1994), *L'impresa sociale*, Anabasi, Milano.

de Leonardis, O., Mauri, D., Rotelli, F. (1996), *Deinstitutionalisation, Another Way: the Italian Mental Health Reform*, in *Health Promotion*, n. 1, pp. 151-165.

Dean, H., Bonvin, J.-M., Vielle, P., Farvaque, N. (2005), *Developing Capabilities and Rights in* Welfare-*to-Work Policies*, in *European Societies*, n. 1, pp. 3-26.

Felstiner, W., Abel, R., Sarat, A. (1980), *The Emergence and Transformation of Disputes: Naming, Blaming, Claiming*, in *Law and Society Review*, n. 3-4, pp. 631-654.

Goffman, E. (1961), *Asylums,* Anchor Books, New York.

Gusfield, J. (1981), *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*, Chicago University Press, Chicago.

Jasper, J. M. (1997), *The Art of Moral Protest: Culture, Biography, and Creativity in Social Movements*, University of Chicago Press, Chicago.
Jones, N., Thomas, P., Rudd, L. (2004), *Collaborating for Mental Health Services in Wales: A Process Evaluation*, in *Public Administration*, n. 82, pp. 109-21.
Kingdon, J. (1984), *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Little Brown, Boston.
Lascoumes, P., Le Galès, P. (2009, ed. or. 2004) (a cura di), *Gli stumenti per governare*, Bruno Mondadori, Milano.
Le Galès, P. (2001), *Urban Governance and Policy Networks: On the Urban Political Boundedness of Policy Networks: A French Case Study*', in *Public Administration*, n. 79, pp. 167-184.
Macchi, S. (2003), "The 'Citadel of Exclusion': Regeneration Processes in the Area of Santa Maria della Pieta in Rome", in F. Lo Piccolo, T. Huw (eds.), *Knights and Castles: Minorities and Urban Regeneration*, Aldershot, Ashgate, pp. 33-48.
Mauri, D. (1983) (a cura di), *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Feltrinelli, Milano.
Moulaert, F., Vicari, S. (2009) (a cura di), *Ri-generarare la città. Pratiche di innovazione sociale nelle città europee*, il Mulino, Bologna.
Muller, P. (2005), *Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique: structures, acteurs et cadres cognitifs*, in *Revue française de science politique*, n. 1, pp. 155-187.
Ouchi, W. G. (1980), *Markets, Bureaucracies, and Clans*, in *Administrative Science Quarterly*, n. 25, pp. 129-141.
Sen, A. (1994; ed. or. 1992), *La disuguaglianza*, il Mulino, Bologna.
Surel, Y. (2000), *The Role of Cognitive and Normative Frames in Policy-making*, in *Journal of European Public Policy*, n. 7, pp. 495-512.
Thévenot, L. (2001), *Organized Complexity: Conventions of Coordination and the Composition of Economic Arrangements*, in *European Journal of Social Theory*, n. 4, pp. 405-426.
Thoenig, J.-C. (1985), "L'analyse des politiques publiques', in M. Grawitz, J. Leca (dir.), *Traité de science politique, tome 4. Les politiques publiques*, PUF, Paris.
Vitale, T. (2008), *Etnografia degli sgomberi di un insediamento rom a Milano. L'ipotesi di una politica locale eugenetica*, in *Mondi migranti. Rivista di studi e ricerche sulle migrazioni internazionali*, n. 1, pp. 59-74.
Vitale, T. (2009a), "How Do You Build a Shared Interest? A Case of Social Innovation between Strategy and Organizational Learning", in F. Moulaert, E. Swyngedouw, F. Martinelli, S. González (eds.), *Can Neighbourhoods Save the City? Community Development and Social Innovation*, Routledge, London.
Vitale, T. (2009b), "Comuni (in)differenti: i 'nomadi' come 'problema pubblico' nelle città italiane", in R. Cherchi, G. Loy (a cura di), *Rom e sinti. Storia e cronaca di ordinaria discriminazione*, Sucania, Cagliari.
Vitale, T. (2009c), "La programmazione sociale: ovvia ma non per questo scontata", in G. Costa (a cura di), *La solidarietà frammentata. Le leggi regionali sul* welfare, Bruno Mondadori, Milano.