

CB

Cultura
di Base

L'esperienza dello spazio progettato come parte del benessere

Un progetto di



Nell'ambito di



Fondazione
Compagnia
di San Paolo

Partner



Sponsor



Indice

<u>01.</u>	Cultura di Base	3
	Il progetto e la sperimentazione in sintesi	4
	Il disegno della valutazione	5
	I report della valutazione	5
	Conclusioni	6
	Linee guida per una nuova sperimentazione di Cultura di Base	7
<u>02.</u>	Valutazione degli effetti del progetto	10
	Sintesi	11
	Struttura del progetto	12
	Obiettivi dell'analisi	12
	Disegno di analisi e prima descrizione dei dati	13
	I risultati	17
	<i>Appendice A1. Dettagli sui metodi di stima</i>	21
<u>03.</u>	Esiti delle osservazioni istituzionali e prossemiche	25
	Premessa	26
	Aspetti metodologici	26
	Osservazioni prossemiche	28
	Osservazioni istituzionali	31
<u>04.</u>	Racconto etnografico	37
	Introduzione	38
	Note metodologiche	39
	Cultura di progetto	39
	La sperimentazione	51
	Conclusioni ed aperture	60
<u>05.</u>	Questionario di valutazione degli effetti	63

01.

Cultura di Base

A cura di

Fondazione per l'architettura / Torino

Con

ARTECO

ASL Città di Torino

Circolo del Design

Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri Provincia di Torino

Il progetto e la sperimentazione in sintesi

Cultura di Base è uno dei quattro progetti pilota del Cultural Wellbeing Lab (CWLab), promosso all'interno di Well Impact dalla Fondazione Compagnia di San Paolo.

Cultura di Base è nato da un'idea di Fondazione per l'architettura / Torino, in collaborazione con ARTECO, ASL Città di Torino, Circolo del Design, Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino, e si posiziona sull'asse tematico della "cultura per l'umanizzazione dei luoghi di cura".

Il progetto ha voluto affrontare una sfida inedita: sperimentare l'apertura di ambulatori di una selezione di medici di medicina generale della ASL Città di Torino in luoghi di cultura (musei, biblioteche e poli culturali), diffusi sul territorio cittadino, caratterizzati da una "architettura intensa", ovvero di riconosciuta qualità per la progettazione degli spazi e nella comunicazione di emozioni.

Al termine di una mappatura che ha coinvolto oltre cinquanta spazi in Torino, i luoghi selezionati (sulla base di criteri che hanno tenuto conto di indicazioni fornite dall'ASL, da OMCeO, degli esiti di una ricerca e di un successivo workshop di co-creazione a cura dell'*experience designer* e da criteri di territorialità e di accessibilità) sono stati cinque: il Museo Egizio, il Museo dell'Automobile, il PAV Parco Arte Vivente, la Biblioteca civica Primo Levi e il Polo del '900.

Alcuni spazi, all'interno di questi luoghi, sono divenuti sale d'attesa per i pazienti e sale di visita da parte del medico nei loro confronti. I pazienti e i medici sono quindi stati coinvolti in un'esperienza di cura, culturale e architettonica del tutto nuova.

Obiettivo della sperimentazione era valutare se e come l'esperienza della visita medica in luoghi di cultura, possa concorrere a depotenziare lo stress dell'attesa, aumentando il benessere e il comfort psico-fisico dei pazienti e dei curanti, migliorandone infine la loro relazione (alleanza medico-paziente).

Come accennato, la "forma" dell'esperienza che medici e pazienti avrebbero attraversato durante sei mesi di sperimentazione è stata oggetto di una ricerca e di un successivo workshop di co-creazione curato da un *experience designer*, TODO (a cui hanno partecipato medici, pazienti, operatori culturali e architetti) che, attraverso attività di *brainwriting* e costruzione di scenari ha dato vita a un concept che ha in particolare evidenziato la necessità di:

- co-creare i contenuti della visita con i luoghi di cultura
- coinvolgere volontari
- progettare supporti informativi, di comunicazione e di segnaletica efficaci.

Il progetto ha previsto una serie di attività che hanno impegnato il gruppo di lavoro per oltre 18 mesi:

- individuazione dell'*experience designer*
- individuazione caratteristiche luoghi di cultura in relazione alle esigenze mediche e alla definizione di architettura intensa
- mappatura e selezione dei luoghi
- ricerca e workshop di co-design
- bando e selezione di un consulente architetto con incarico dell'allestimento degli ambulatori e delle sale d'attesa nei luoghi di cultura
- call pubblica (procedura speciale di acquisizione di manifestazione di interesse) per la selezione dei medici sperimentatori
- progetto e adeguamento architettonico/allestitivo dei luoghi
- messa a punto delle 3 modalità di valutazione del progetto
- realizzazione di un'attenta segnaletica
- produzione e distribuzione di materiali informativi e di comunicazione (per coinvolgere i partecipanti alla sperimentazione sui contenuti del progetto Cultura di Base, per condividere le motivazioni della selezione dei luoghi e la loro descrizione come spazi ad architettura intensa, per informare sui percorsi culturali che ciascun luogo offriva) in più lingue, a seconda del pubblico del luogo di cultura
- coinvolgimento di volontari come facilitatori dell'esperienza
- costruzione di un percorso formativo/informativo in più moduli

- per medici e operatori dello studio medico,
- per operatori culturali e personale dei luoghi di cultura,
- per i volontari
- monitoraggio della sperimentazione

La sperimentazione è durata 6 mesi, dal 2 maggio al 28 ottobre 2022. Hanno partecipato 7 medici e circa 1900 pazienti negli ambulatori ad architettura intensa.

Il disegno della valutazione

Cultura di Base si è avvalsa della collaborazione di ASVAPP per il disegno della valutazione quantitativa degli effetti del progetto. La scelta è ricaduta su un'analisi di tipo controfattuale attraverso la somministrazione di questionari a gruppi di pazienti "trattati" (negli ambulatori ad architettura intensa) e di controllo (negli ambulatori tradizionali). Il questionario, in particolare, ha utilizzato la scala validata SPGWBI per la misurazione del benessere percepito e la scala validata WAI Workforce Alliance Inventory per il grado percepito di alleanza tra medico e paziente.

Alla valutazione quantitativa degli effetti del progetto, il gruppo di lavoro ha ritenuto di affiancare anche due tipi di valutazione qualitativa:

- la realizzazione di un racconto etnografico basato su interviste in profondità a partner di progetto e partecipanti alla sperimentazione (a cura dell'antropologa Consuelo Nocentini, attraverso una collaborazione con il Centro GREEN dell'Università della Valle d'Aosta) come raccolta di testimonianze che aggiungono sapere, competenze ed esperienze al racconto di Cultura di Base, per orientare una sua ricalibratura e replicabilità non solo nel contesto torinese;
- il metodo dell'osservazione a cura de Il Nodo Group, che ha impiegato due formati distinti, integrabili tra loro, oltre che con gli altri metodi utilizzati (questionari, interviste, indagini antropologiche):
 - l'osservazione istituzionale, cosiddetta "partecipe e non-interferente", che si rivolge in particolare alle modalità emotive e comportamentali con cui i pazienti reagiscono alle esperienze artistico-culturali e se e in che modo le condividano con altri pazienti e con i curanti;
 - l'osservazione prossemica, dove al centro del processo osservativo sta la relazione tra la natura dello spazio, la sua struttura, il suo impiego e il comportamento delle persone, viste in questo caso nel loro percorso di accesso e di utilizzo degli spazi di cura.

I report della valutazione

La rilevazione quantitativa attraverso questionari si è estesa per circa due terzi dei sei mesi di sperimentazione e i campioni utili all'analisi comprendono 478 trattati e 261 controlli. Si può affermare che i pazienti hanno sperimentato sensazioni mediamente positive, con bassi livelli di ansia e stress e buona capacità di distrarsi. L'aver atteso la visita in un ambiente ad alto impatto architettonico e culturale ha comunque prodotto un beneficio: in particolare sulla sensazione del tempo che non passa. Aumenta anche il benessere percepito, mentre non sono visibili cambiamenti sull'ansia percepita e sull'alleanza con il medico. L'ultimo risultato, in parziale contrasto con i precedenti, può essere spiegato dal fatto che si sta valutando l'effetto immediato di una unica visita. I primi *outcome* sono maggiormente esposti alla suggestione del momento, mentre il grado di alleanza, che dipende maggiormente da una situazione radicata legata alla stima, alla fiducia, alle opinioni preesistenti sul proprio medico, è forse meno modificabile dal cambiamento di ambiente.

Per quanto riguarda l'osservazione prossemica, le note degli osservatori offrono un quadro interessante di temi, opzioni e problemi da tenere in considerazione per la replicabilità della sperimentazione.

- a. Per quanto attiene le sale mediche e gli spazi di attesa: riconoscibilità degli spazi destinati ad attività medico-ambulatoriali / comfort climatico e dotazione di arredi negli ambienti chiusi e nelle aree destinate alle visite e all'attesa / rispetto della privacy e dei momenti di preparazione del paziente alla visita / sovrapposizione con funzioni di transito e passaggio di addetti della sede e/o di altri tipi di visitatori;

- b. Per quanto attiene le zone di ingresso / accoglienza e i percorsi e collegamenti orizzontali e verticali: chiarezza e facilità di orientamento dei percorsi di accesso alle sale mediche / interazione e integrazione degli spazi medici con le attività caratterizzanti la sede
- c. Per quanto attiene i supporti ai pazienti: efficacia della segnaletica e ricorso ai volontari.
- d. Per quanto attiene il coinvolgimento dei pazienti e la presenza di elementi/situazioni che stimolino la curiosità verso le attività presenti nella sede e diverse da quelle medico- ambulatoriali: collocazione dello studio medico al piano dell'allestimento museale o della biblioteca / presenza all'ingresso dell'edificio di riferimenti evidenti alle iniziative culturali della sede / facili collegamenti e/o visuali ben definite nelle zone di attesa medica verso tali attività / disponibilità di indicazioni e informazioni precise circa le attività della sede, mediante grafica, cartellonistica, multimediali e ausili diretti da parte dei volontari.

Il focus delle osservazioni di tipo istituzionale è stato centrato:

- sullo studio dell'accoglienza e dell'attesa
- sull'esplorazione dell'alleanza di lavoro medico-paziente
- sull'indagine del benessere percepito dall'utenza (e anche dai curanti)

I report puntuali delle osservatrici hanno individuato una serie di punti significativi:

1. Il luogo e la sua accessibilità
2. La sala di attesa (luogo dell'attesa per il paziente e gli eventuali accompagnatori) e la soglia di accesso allo studio del medico.
3. Il ruolo dei volontari
4. La relazione sistema curante/paziente
5. L'esperienza delle osservatrici

Tali punti significativi sono illustrati (così come per le altre valutazioni del progetto) in una relazione specifica, utilizzata dal gruppo di progetto per stilare le linee guida per la replicabilità di Cultura di Base.

Il resoconto etnografico rappresenta un contributo per guardare a Cultura di Base in modo riflessivo e decentrato, per leggere la complessità e le criticità esercitando quella "capacità negativa" che consente di rielaborare l'esistente in termini di risorsa e trasformarlo in miglioramento fondato su reali condizioni di fattibilità.

Conclusioni

Il progetto Cultura di Base aveva come obiettivo primario dimostrare che l'esperienza della visita medica in luoghi di cultura ad architettura intensa concorre a depotenziare lo stress dell'attesa, aumentando il benessere e il comfort psico-fisico di pazienti e curanti e migliorando la loro relazione (alleanza medico-paziente).

La valutazione quantitativa, in particolare, attuata con il questionario, aveva l'obiettivo di misurare il cambiamento vissuto dal paziente relativo alle emozioni percepite durante l'attesa della visita, al benessere percepito dopo la visita, fino alla percezione del grado di "alleanza" con il medico. Questo terzo indicatore di efficacia del modello sperimentato è stato verosimilmente troppo ambizioso almeno per due motivi:

1. Il rapporto tra medico di medicina generale e paziente è una relazione che si definisce e si consolida nel tempo (anni); pur essendo credibile che un luogo di impatto culturale possa migliorare la relazione e quindi l'alleanza con il medico, questo effetto difficilmente si può osservare dopo sei mesi, una frazione di tempo breve, durante il quale avviene un numero modesto di consultazioni.
2. La partecipazione alla sperimentazione da parte dei medici è stata di tipo vocazionale. In altre parole i medici si sono offerti ed è presumibile che ciò non sia avvenuto in maniera casuale, ma si siano selezionati medici particolarmente interessati alla relazione con i propri pazienti e con l'intento di offrire loro un *plus* di attenzione. Questi stessi medici hanno instaurato nel tempo una buona relazione con i loro pazienti per cui il cambio di ambiente, se pure verso un luogo prestigioso, non ha portato ad un miglioramento dell'alleanza terapeutica, già di alto livello.

Tuttavia, l'intuizione del progetto è certamente da ritenere valida e la sua sperimentazione, che ha dovuto scontare alcune criticità dovute al periodo storico (incertezza legata alla situazione sanitaria complessa dovuta al Covid - che ha richiesto ricorrenti variazioni di tempi e strategie, la posticipazione della sperimentazione e ha influenzato la partecipazione di medici e luoghi di cultura), al carattere intrinseco di sperimentazione temporanea e ridotta del tempo (con la conseguente non opportunità di modificare/adequare permanentemente spazi e percorsi alle esigenze del progetto) e al budget ridotto (che non ha consentito di rendere gli spazi di visita e attesa al loro meglio), rappresentano certamente un passo molto significativo in termini di cambiamento culturale nella relazione tra medici di medicina generale (servizio sanitario pubblico) ed esperienze di *welfare* culturale.

Il progetto ha riscosso il gradimento dei pazienti e dei medici, l'interesse e l'apprezzamento dal settore culturale e dell'architettura e del settore medico, anche a livello mediatico nazionale e internazionale. Da non sottovalutare la ricaduta positiva della sperimentazione per quanto riguarda i luoghi di cultura. Ricaduta che si pone come chiave per affrontare una riflessione odierna sul ruolo dei luoghi di cultura nell'ambito della società stessa, andando a rafforzare la relazione tra cultura e benessere.

Cultura di Base ha anche riscosso l'interesse da parte dell'Assessorato alla Cultura della Città di Torino (che intende proseguire la sperimentazione nelle biblioteche civiche), dei medici e dei luoghi coinvolti nella prima sperimentazione, che si sono detti disponibili a proseguire con l'esperienza.

Al termine della prima sperimentazione, sulla scorta delle valutazioni sintetiche e analitiche ottenute, i partner del progetto Cultura di Base auspicano una ulteriore fase di sperimentazione e valutazione, con l'obiettivo di migliorare e affinare la prima esperienza e rafforzare e modellizzare Cultura di Base in vista di una sua replicabilità e stabilizzazione a livello territorialmente ampio.

Linee guida per una nuova sperimentazione di Cultura di Base

Quadro delle partnership

Cultura di Base è stato il frutto di competenze e soggetti afferenti a discipline diverse. Non tutti i territori hanno a disposizione soggetti assimilabili per mission e competenze a quelli coinvolti in Cultura di base, in particolare nel campo culturale. Nell'ottica di replicare la sperimentazione sarà necessario ricercare competenze (oltre a quelle immaginabili di organizzazione e management di progetti) legate all'architettura, al design, alla curatela e all'educazione in campo artistico.

La presenza istituzionale dell'Ordine dei Medici di competenza territoriale è garanzia di un approccio deontologico e rispettoso del ruolo dei medici e dei pazienti, mentre il coinvolgimento dell'ASL (o ente analogo a livello territoriale) è essenziale per la regolarità delle procedure di ingaggio dei medici.

Selezione dei luoghi di cultura

I luoghi che possono essere presi in considerazione possono essere di tipologia molto differente: musei, teatri, biblioteche, università, gallerie d'arte, archivi, nuovi centri culturali e spazi ibridi.

Caratteristiche necessarie dei luoghi culturali ad "architettura intensa"

- La definizione di "architettura intensa" è una definizione di tipo operativo, funzionale al progetto e riguarda sia la qualità architettonica, sia il potenziale emozionale (talvolta veicolato anche dalla storia dell'edificio)
- Assenza di barriere architettoniche
- Sala d'attesa immersa nell'attività del luogo culturale (carattere immersivo dell'esperienza), ma in grado di garantire un certo grado di separazione
- Abituale apertura al pubblico / Apertura al pubblico in orario continuato (i medici spesso visitano anche nelle pause pranzo per favorire i pazienti che lavorano) ideale 8.00-20.00
- Offerta culturale presente all'interno della sede
- Usuale frequentazione da parte di pubblici diversi

- Prossimità con fermate mezzi pubblici / accessibilità in auto, parcheggi
- Presenza di una reception/custode
- Possibilità di esporre all'esterno dell'edificio una targa che segnali la presenza di un ambulatorio medico convenzionato con il SSN
- Accessibilità ai mezzi di soccorso
- Segnaletica e cartellonistica per guidare l'accesso allo studio medico
- Disponibilità dei direttori e operatori a contribuire alla comunicazione del progetto

Caratteristiche degli ambulatori di medicina generale (ASL Città di Torino)

Una o più stanze da adibire ad uso esclusivo dell'ambulatorio (dimensioni minime m 5x4) per tutta la durata della sperimentazione

- Lavamani all'interno dell'ambulatorio (eventualmente anche portatile)
- Presenza di servizi igienici per disabili accessibili senza barriere architettoniche vicino all'ambulatorio medico e al piano.
- Possibilità di ricambio diretto dell'aria (presenza di finestra per illuminazione e areazione)
- Garanzia di privacy visiva e uditiva dall'ambulatorio verso la sala d'attesa e viceversa
- Presenza di sedute (o possibilità di inserirne) in una zona adiacente l'ambulatorio, per permettere la sosta diverse per dimensione e comfort
- Collegamento internet e rete telefonica
- Spazio per infermiere/a e/o segreteria

Adattamento dello spazio ambulatorio e dello spazio attesa

- Valutazione della necessità di coinvolgere un progettista architetto
- Arredamento e complementi d'arredo necessari (valutare l'opzione noleggio): Scrivania, seduta medico, 2 sedute pazienti, appendiabiti, lampada da tavolo, lettino, lavamani, stampante, carrello per ambulatorio, cassetiera. Il medico utilizzerà il proprio pc portatile-
- Produzione di segnaletica e grafica informativa

Selezione dei medici partecipanti alla sperimentazione

I medici partecipanti alla selezione devono essere poter contare sul loro ambulatorio "tradizionale" (già avviato o anche appena aperto, ma esistente e attivo).

Costruzione di una *call* pubblica a cura dell'ASL su criteri di selezione:

- territorialità (il medico deve già operare in un ambulatorio vicino al luogo di cultura della sperimentazione per cui esprime preferenza)
- disponibilità turni ambulatorio mattina e pomeriggio in giorni diversi
- impegno a partecipare al progetto per tutta la durata della sperimentazione
- impegno a coinvolgere medici sostituti nei periodi di ferie o di indisponibilità
- coinvolgimento attivo dell'eventuale personale di studio (segreteria, infermieri)

Comunicazione

Comunicazione della sperimentazione

- Necessità di co-progettare il tipo di esperienza con i luoghi della cultura (quali contenuti selezionare per comunicarsi verso l'esterno) e i medici che partecipano alla sperimentazione
- Necessità di predisporre azioni e supporti di comunicazione
 - Verso i pazienti/*caregiver*
 - Verso i medici

- Verso il pubblico dei luoghi di cultura

Comunicazione dei luoghi di cultura

- Comunicare la qualità e la storia dell'architettura e i contenuti dei luoghi di cultura
 - Verso i pazienti
 - Verso i medici
- I luoghi di cultura dovrebbero pensare al loro coinvolgimento nel progetto non solo in termini di *audience engagement*, ma anche come una vera componente del processo di cura, attraverso azioni di *audience development*.

Formazione e monitoraggio

Costruire momenti di formazione dedicati ai vari partecipanti alla sperimentazione per informare/formare sui temi del *welfare* culturale e coinvolgerli nella sperimentazione a livello personale

- Per i medici e il personale di studio
- Per i volontari (il loro ruolo)
- Per il personale dei luoghi di cultura (il loro ruolo)

Prevedere incontri bimestrali sull'andamento della sperimentazione con i diversi partecipanti coinvolti, andando a monitorarne criticità e relativi sviluppi.

Valutazione

Nella replica della sperimentazione resta valido il ricorso alla valutazione di tipo quantitativo tramite questionario.

Il questionario utilizzato, alla prova della sostenibilità relazionale, si è dimostrato troppo lungo e il supporto cartaceo può essere certamente superato in molti casi dalla disponibilità di un *device* elettronico tipo *tablet*.

In ogni caso la valutazione deve essere ripresa sulla falsariga di quella già sperimentata, tentando una riduzione/semplificazione e procedendo a un adattamento sulla base di come si conduce realmente l'iniziativa.

Il questionario è stato somministrato anche in alcune lingue diverse dall'italiano (sono state utilizzate traduzioni validate), per rispettare il carattere di inclusione dell'iniziativa.

Il questionario deve essere somministrato anche negli ambulatori tradizionali, che rappresentano il campione di controllo e bisogna porre molta cura alla raccolta anche in questi luoghi.

Ruolo dei volontari

Il coinvolgimento di associazioni di volontari con il ruolo di accompagnamento all'esperienza (accoglienza, informazione, somministrazione questionari, veicolo di contenuti culturali) è risultato strategico per la prima sperimentazione di Cultura di Base e si consiglia vivamente di coinvolgerli anche nelle sperimentazioni successive, garantendo loro una adeguata formazione specifica e possibilmente il rimborso quantomeno delle spese di trasporto (nella prima sperimentazione non è stato possibile per ridotto budget).

Budget

Non è possibile dare indicazioni precise riguardo al budget, tuttavia è necessario sottolineare che l'adeguamento e l'allestimento delle sale d'attesa e degli ambulatori medici possono risultare anche piuttosto onerosi, soprattutto perché è necessario garantire un livello adeguato di cura del progetto e di qualità degli arredi.

Durata della sperimentazione

La durata della prima sperimentazione (6 mesi) si è rivelata troppo breve per la valutazione dell'alleanza di lavoro medico-paziente e sarebbe auspicabile portarla almeno a 12 mesi.

02.

Valutazione degli effetti del progetto

Sintesi

Uno dei temi di interesse e approfondimento della Fondazione Compagnia di San Paolo è il binomio cultura-salute, e in particolare le modalità con cui azioni e interventi basati su strumenti culturali possono incidere sulla salute e sul benessere delle persone. In questo ambito uno dei più recenti progetti della Compagnia è il Cultural Wellbeing Lab (CWLab), un'iniziativa nata con l'obiettivo di promuovere la realizzazione di interventi mirati a incidere su una qualche dimensione di benessere dei cittadini. Nella sua prima edizione, avviata nel 2021, il CWLab ha promosso quattro progetti. Uno di questi è Cultura di Base, realizzato nella città di Torino, che prevede l'allestimento di studi medici in alcuni luoghi di cultura "ad architettura intensa" della città. In questa nota di lavoro si sintetizza la valutazione degli effetti del progetto sui pazienti coinvolti.

Una sintesi dei risultati dell'analisi

Qual è l'intervento promosso da Cultura di Base?

Gli studi di alcuni medici di medicina generale di Torino sono stati temporaneamente dislocati in alcuni luoghi di cultura della città, all'interno dei quali sono state predisposte delle aree di "riconosciuta qualità nella progettazione degli spazi e nella comunicazione di emozioni". I pazienti che hanno fatto una visita nel periodo di attuazione dell'iniziativa (maggio-ottobre 2022) hanno sperimentato l'attesa per la visita (e la visita) in questi "studi medici ad architettura intensa" (SMAI), subendone suggestione e influenza potenzialmente in grado di modificarne le percezioni.

Qual è l'effetto di Cultura di Base?

L'obiettivo della valutazione è identificare gli effetti di una visita nello SMAI sui pazienti. In particolare si stimano gli effetti immediati. La valutazione si concentra su una serie di dimensioni, relative alle emozioni percepite durante l'attesa della visita, al benessere percepito dopo la visita, fino alla percezione del grado di "alleanza" con il medico.

I risultati delle analisi suggeriscono che le sensazioni prima e dopo la visita sono migliorate. In particolare è migliorata decisamente la percezione del tempo di attesa (l'effetto è invece marginale sull'ansia percepita, comunque molto bassa in generale, e sulla capacità di distrarsi), e un altro evidente miglioramento riguarda il benessere percepito immediatamente dopo il termine della visita. Non si evidenziano invece effetti sull'alleanza percepita tra medico e paziente. Una potenziale spiegazione è che l'attesa nello spazio ad architettura intensa possa influenzare più facilmente le sensazioni del momento, mentre il grado di alleanza col medico si compone di una serie di sensazioni e opinioni radicate nelle esperienze e percezioni preesistenti e quindi meno influenzabile nell'immediato da una singola e breve permanenza nello SMAI.

Chi beneficia maggiormente della partecipazione?

Gli effetti stimati non si limitano ad alcune specifiche categorie, tuttavia emerge una caratterizzazione: i miglioramenti stimati sono progressivamente più evidenti per i pazienti meno giovani.

1. Struttura del progetto: Cultura di Base in sintesi

Il progetto, inserito nel filone “Cultura per l’umanizzazione dei luoghi di cura” del CWLab, lavora sugli studi dei medici di medicina generale di Torino. Cultura di Base prevede la delocalizzazione dell’attività ambulatoriale dei medici dagli studi medici ordinari (SMO nel seguito) a luoghi caratterizzati da una “architettura intensa” (SMAI, “studi medici ad architettura intensa”, nel seguito), ovvero di riconosciuta qualità nella progettazione degli spazi e nella comunicazione di emozioni. Questi luoghi *“diventano la sala d’attesa del medico. Nel tempo dell’attesa il paziente è immerso in un’esperienza cinestetica, che utilizza anche apporti costruiti a partire dai contenuti culturali dei luoghi della sperimentazione e amplifica l’ascolto dello spazio architettonico, depotenzia lo stress dell’attesa, aumentando il benessere e il comfort psico-fisico”*.

Nella realizzazione del progetto *“si assume che lo spazio ben progettato possa essere veicolo di sensazioni positive riconducibili al più ampio concetto di salute. Da questo presupposto Cultura di Base intende spostare l’esperienza dell’attesa e della visita ambulatoriale dai luoghi consueti per renderla parte di un percorso educativo-culturale sullo spazio architettonico, come componente di benessere psico-fisico. Ai pazienti e ai medici coinvolti nel progetto si offrono l’architettura e i contenuti culturali degli spazi selezionati come esperienza multisensoriale, in grado di generare emozioni e apprendimento profondi e quindi ingredienti del percorso stesso di cura.”*

In sintesi, l’allestimento degli studi medici e delle relative sale di attesa nei luoghi di cultura modifica l’esperienza della visita, innescando potenziali benefici tanto per il medico quanto per il paziente e il rapporto tra essi.

Il progetto è stato realizzato da una partnership composta da Fondazione per l’Architettura, Artecò, Circolo del Design, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Torino, ASL Torino. Attivo nella città di Torino tra maggio e ottobre 2022, Cultura di Base ha coinvolto sette medici di medicina generale che in quel periodo hanno svolto la propria attività in cinque SMAI allestiti presso: il Museo Egizio;

- il Museo dell’Automobile;
- il Parco d’Arte Vivente;
- la Biblioteca civica Primo Levi;
- il Polo del ‘900.

2. Obiettivi dell’analisi

La valutazione degli effetti, qui illustrata, ha l’obiettivo di verificare i cambiamenti prodotti sui beneficiari diretti del progetto. Più precisamente, la popolazione target di interesse per questa valutazione è quella dei pazienti. L’universo di osservazione è rappresentato dai pazienti dei medici coinvolti nell’iniziativa che hanno fatto una visita nel periodo di realizzazione di Cultura di Base.

Obiettivo del CWLab è in generale quello di promuovere iniziative che intendano migliorare salute e benessere dei cittadini, dove queste condizioni vanno poi più specificamente declinate per ogni progetto in funzione delle sue caratteristiche. Nel caso di Cultura di Base ci si focalizza sulle condizioni dei pazienti che effettuano una visita. In particolare si guarda:

- alle potenziali sensazioni negative percepite dal paziente durante l’attesa (percezione di ansia e del tempo che non passa);
- allo stato di benessere percepito;
- alla percezione del grado di “alleanza” col medico, cioè dell’insieme di sensazioni riconducibili alla reciproca fiducia e all’attenzione e collaborazione nelle strategie di cura.

L’analisi deve quindi verificare se le condizioni dei pazienti in visita in uno SMAI sono diverse da quelle che si sarebbero osservate se la visita avesse avuto luogo in uno SMO. Prendendo per esempio lo stato d’ansia percepito durante l’attesa, la valutazione degli effetti risponde alle domande: *“Qual è il livello di ansia percepito durante l’attesa nello SMAI?”*, *“Quale sarebbe stato il livello di ansia percepito se la visita fosse stata svolta in uno SMO?”*. La differenza tra le due condizioni stima l’effetto dello SMAI.

3. Disegno di analisi e prima descrizione dei dati

La valutazione si basa sostanzialmente sul confronto tra un gruppo di “trattati”, cioè di pazienti in visita presso uno SMAI, e un gruppo di controllo, cioè di pazienti in visita presso uno SMO. Entrambi i gruppi di pazienti sono soggetti a una rilevazione con questionario al termine della visita. Prima di descrivere il disegno di stima degli effetti (nella Sezione 3.2), la Sezione 3.1 offre qualche dettaglio aggiuntivo sulla modalità di rilevazione e misurazione degli outcome di interesse.

3.1. Modalità di rilevazione dati

Gli outcome di interesse, riconducibili a stato di ansia, stato di benessere, grado di alleanza medico-paziente sono condizioni in linea di massima rilevabili attraverso le percezioni (quindi dichiarazioni) degli stessi pazienti. La rilevazione degli outcome passa nel nostro caso per un questionario, in formato cartaceo, che si chiede di compilare ai pazienti al termine della visita. Il questionario prevede una prima parte di raccolta di dati demografici e sociali, oltre che di informazioni sui motivi della visita e sulla frequenza di ricorso al medico di base. La seconda parte del questionario si focalizza sugli outcome di interesse, così definiti e misurati:

- la capacità di distrarsi durante l’attesa (misurata con scala Likert a 4 valori);
- la sensazione che durante l’attesa il tempo non passasse mai (misurata con scala Likert a 4 valori);
- lo stato d’ansia durante l’attesa (misurato su una linea continua (scala analogica visiva) e tradotto in scala 0-100);
- lo stato di benessere percepito al termine della visita (misurato su una linea continua (scala analogica visiva) e tradotto in scala 0-100)¹;
- il grado percepito di alleanza tra medico e paziente (misurato con la WAI, *Workforce Alliance Inventory*, una scala validata basata su una batteria di 12 domande).

Per favorire la partecipazione del maggiore numero possibile di cittadini, il questionario è stato tradotto in varie lingue straniere (francese, inglese, spagnolo, rumeno, arabo, mandarino), registrando contemporaneamente se il paziente fosse madrelingua nella lingua utilizzata. Le operazioni di coinvolgimento dei pazienti nella compilazione (illustrate in un breve vademecum) sono state a cura dei volontari del progetto negli SMAI e a cura dello staff del medico di base negli SMO.

3.2. Il disegno di valutazione

La domanda sugli effetti del progetto si pone come confronto tra due situazioni: la situazione osservata per i soggetti esposti a un certo “trattamento” (le condizioni dopo la visita in uno SMAI), cosiddetta situazione *fattuale*, e la situazione che si sarebbe osservata in assenza di trattamento (le condizioni se la visita avesse luogo in uno SMO), cioè la situazione *controfattuale*. Essendo il termine controfattuale non osservabile, la sfida è quella di stimarlo in modo credibile.

Considerate le caratteristiche del progetto e le modalità di attuazione, il disegno di valutazione adottato si basa sull’uso di un gruppo di controllo, cioè di pazienti che fanno una visita presso uno SMO invece che presso uno SMAI. La strategia di stima sfrutta in particolare il fatto che, nel periodo di sperimentazione, i medici coinvolti mantengono contemporaneamente aperti sia lo SMAI che lo SMO, ricevendo i pazienti in uno o nell’altro in momenti diversi della settimana. Il gruppo trattato è quindi composto dai pazienti che hanno fatto la visita in uno SMAI, mentre i controlli sono i pazienti degli stessi medici che hanno fatto la visita in uno SMO. Ogni paziente viene intervistato dopo la sua prima visita durante i sei mesi di sperimentazione: se ne ha già fatta una e ha già compilato il questionario, in caso di una seconda visita non gli è richiesto di compilarlo nuovamente.

È utile sottolineare che il disegno di valutazione consente di stimare un effetto immediato: il paziente fa la visita in

¹ Per la misurazione del benessere percepito nei progetti del CWLab si è fatto ampio ricorso alla scala validata PGWBI-S (la versione *Short* dello *Psychological Personal Well-Being Index*, basata su una batteria di 6 domande). Nel caso di Cultura di Base la scelta è stata diversa perché, mentre PGWBI-S misura il benessere ricorrendo a domande sulle condizioni nell’ultimo mese, questa valutazione necessita per disegno di cogliere una condizione istantanea. La batteria PGWBI-S è comunque stata inserita nel questionario, ma con l’unico scopo di dare indicazione della condizione all’ingresso dei pazienti.

uno SMAI e, immediatamente dopo la visita, è sottoposto al questionario per la rilevazione degli outcome. Da un lato non è possibile quindi stimare effetti su un maggiore orizzonte temporale (motivo per cui la misura del benessere non può basarsi su domande relative a un periodo che non sia l'istante stesso della rilevazione), dall'altro lato non si può stimare l'effetto dell'esposizione prolungata a uno SMAI (per esempio il fare, in un certo arco di tempo, una serie di visite in uno SMAI).

L'impossibilità di allocare i pazienti a uno dei due studi medici sulla base di un sorteggio, per ragioni organizzative e di opportunità, solleva il rischio di "distorsione da selezione", cioè che i due gruppi siano caratterizzati da differenze di partenza e quindi non direttamente confrontabili (in altri termini, se i gruppi non hanno le stesse caratteristiche iniziali non si può assumere che in assenza di trattamento essi avrebbero mostrato i medesimi outcome). Le potenziali differenze di partenza nascono dal fatto che, in assenza di una selezione casuale, il fare una visita in uno SMAI anziché in uno SMO dipende fondamentalmente dalle caratteristiche dei pazienti. A titolo di esempio, una persona con una maggiore propensione alla fruizione culturale può essere più orientata a scegliere uno SMAI, mentre la disponibilità in certe fasce orarie può spostare le scelte di lavoratori o pensionati. A questo proposito va però detto che i) la visita è su prenotazione e la scelta dello studio, fatta al momento della prenotazione, dipende più che altro dalla disponibilità di calendario del medico e del paziente; ii) l'organizzazione dei calendari degli SMAI e degli SMO ha garantito nei limiti del possibile la disponibilità di entrambi gli studi in fasce orarie sia mattutine che pomeridiane. Queste considerazioni lasciano ipotizzare che l'entità delle differenze di partenza possa essere contenuta, tuttavia l'esigenza di ottenere una stima solida e credibile impone il ricorso a opportune strategie di stima per la riduzione al minimo della distorsione.

Per produrre stime degli effetti corrette si ricorre in questo caso a una serie di tecniche che funzionano sotto l'ipotesi di *selezione sulle osservabili*. In sintesi, se per ogni soggetto trattato e non trattato sono *osservabili* informazioni esaustive sulle caratteristiche individuali, è possibile sfruttare tali informazioni per condurre un confronto al netto di eventuali differenze iniziali. A titolo esemplificativo, una tecnica qui utilizzata è quella dello *statistical matching* (abbinamento statistico), che consiste nel selezionare o pesare i controlli in modo da costruire un gruppo di controllo con le stesse caratteristiche iniziali dei trattati. La somiglianza dei due gruppi garantisce la confrontabilità degli outcome, e quindi la possibilità di stimare gli effetti del progetto. Ciò che è fondamentale per la credibilità delle stime è che appunto valga la condizione di *selezione sulle osservabili*, cioè che sia possibile osservare tutte le caratteristiche individuali che hanno un ruolo nel determinare la selezione (c.d. variabili di controllo). In altri termini, serve che il set di informazioni individuali sia ricco ed esaustivo. Nel nostro caso l'ipotesi è supportata dalla possibilità di raccogliere i dati con un questionario ad hoc, in cui sono state inserite domande relative a tutte le informazioni ritenute di interesse. Tra queste:

- le principali caratteristiche demografiche e sociali: sesso, età, nazionalità, titolo di studio, stato civile, condizione occupazionale;
- il medico (per controllare l'influenza esercitata da ogni singolo medico sulle percezioni dei pazienti);
- il rapporto con il medico e la frequenza delle visite.

Nella Sezione 4 si presentano le stime di impatto del progetto basata sulla tecnica del *kernel matching*. Si rimanda all'Appendice A1 per maggiori dettagli su questa tecnica e sulle possibili tecniche alternative. L'Appendice A1 presenta quindi un'analisi di robustezza comparando i risultati ottenuti con diverse tecniche, evidenziando una sostanziale omogeneità dei risultati.

3.3. Descrizione dei gruppi coinvolti nell'analisi

La rilevazione si è estesa per circa due terzi dei sei mesi di sperimentazione (sono parzialmente esclusi il primo mese di assestamento e quello di agosto). Il numero di compilazioni è **per i due gruppi rispettivamente pari a 617 e 277**. I pazienti, in virtù della prenotazione della visita, sono rimasti nella sala d'attesa per un periodo molto breve: non più di 10 minuti in due terzi dei casi, mezz'ora o più per una percentuale inferiore al 10%.

Prima dell'analisi sono stati esclusi i questionari compilati dai non madrelingua (43, in larga misura trattati) e coloro che hanno rifiutato di compilare il questionario (il 2.6% dei trattati e il 2.4% dei controlli, 21 in totale). I campioni qui descritti comprendono in definitiva 564 trattati e 266 controlli. Nelle Tabelle 1 e 2 ne vengono sintetizzate le principali caratteristiche².

² Il questionario prevedeva di coinvolgere tutti i pazienti nella rilevazione, tenendo traccia di tutti i rifiuti. Pur in assenza di dati sull'affluenza totale, è verosimile che in quel periodo il numero di pazienti totale sia stato superiore a quello dei compilanti, e che i rifiuti siano una parte contenuta di chi non vi ha preso parte. Inoltre la differenza nel numero di trattati e controlli suggerisce un maggiore sforzo profuso dai volontari negli SMAI rispetto allo staff di segreteria negli SMO nell'invitare i pazienti alla compilazione. I risultati dell'analisi sono da intendersi generalizzabili alla popolazione di pazienti di cui i compilanti, in particolare i trattati, sono rappresentativi.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e sociali

	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Femmine	58.5%	56.4%
Maschi	41.5%	43.7%
Italiani	92.2%	91.5%
Stranieri	7.8%	8.5%
40 anni o meno	20.5%	21.4%
41-60 anni	32.7%	35.6%
61 anni o più	46.8%	43.0%
Istruzione: Obbligo o inferiore	21.8%	27.3% *
Istruzione: Diploma	42.9%	38.3%
Istruzione: Laurea	35.3%	34.4%
Celibi/nubili/vedovi	49.2%	45.4%
Sposati/conviventi	50.8%	54.6%
Non occupati/pensionati	52.5%	51.7%
Occupati	47.5%	48.3%
N	266	564

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

Tabella 2. Condizioni iniziali e rapporto con il medico

	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Frequenza visite: regolare (almeno ogni 2 mesi)	30.0%	27.0%
Frequenza visite: occasionale	70.0%	73.0%
Medico scelto per consiglio o amicizia/fiducia	68.1%	73.3%
Medico scelto per comodità o altro motivo	31.9%	26.7%
Stato di forte distress nell'ultimo mese (PGWBI-S) ³	34.9%	32.4%
Stato di distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	22.6%	20.5%
Stato di non distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	26.0%	29.9%
Stato di benessere nell'ultimo mese (PGWBI-S)	16.6%	17.2%
N	266	564

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

I partecipanti sono per più del 90% italiani, la distribuzione per genere è abbastanza equa (le donne sono il 57%), e quella per età piuttosto omogenea, con un'incidenza prevedibilmente maggiore degli over 60. Nel 70% circa dei casi i pazienti hanno svolto una visita occasionale.

Le caratteristiche del campione da un lato permettono di descrivere la popolazione target a cui l'analisi fa riferimento, dall'altro sono utili per verificare le differenze di partenza tra trattati (SMAI) e non trattati (SMO). Queste sono generalmente contenute, e tranne alcuni casi statisticamente non significative. La sostanziale somiglianza rafforza l'ipotesi che le modalità di prenotazione e selezione dello studio medico, per quanto non assimilabili a una randomizzazione, inducano scelte guidate soprattutto da aspetti logistici e abbiano prodotto due gruppi non molto diversi. Le tecniche di *matching* su cui si basano i risultati nella Sezione 4 permetteranno di eliminare le differenze residue e condurre un confronto tra gruppi a parità di condizioni.

3 L'indicatore PGWBI-S assume valori tra 0 e 110. Valori sotto il 60 indicano un forte distress; valori tra 60 e 69 indicano distress; valori tra 70 e 89 indicano uno stato di non distress; valori di 90 e oltre indicano uno stato di benessere positivo.

Un ultimo appunto riguarda la numerosità delle osservazioni per ogni SMAI e per ogni SMO. Questo è piuttosto eterogeneo (Tabella 3), e i risultati sono quindi da intendersi come stime di un effetto medio, dove maggiore peso è dato agli SMAI in cui vi sono state più compilazioni. Un'analisi per ogni SMAI è da escludere tanto per questioni numeriche quanto per scarsa interpretabilità in termini di policy: i risultati dipenderebbero non solo da specifiche caratteristiche del singolo SMAI difficilmente codificabili, ma anche da quelle del relativo SMO.

Tabella 3. Numero di osservazioni per ogni luogo di cultura

	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	Totale
Biblioteca P. Levi	13	107	120
Mauto	40	109	149
Museo Egizio	48	165	213
PAV	30	57	87
Polo del 900	135	126	261
Totale	266	564	830

4. I risultati

La stima degli effetti della visita in uno SMAI si basa quindi sul confronto tra trattati e controlli, come sopra definiti. Le stime qui presentate sono ottenute affinando il confronto attraverso l'uso del *kernel matching*, come spiegato in modo più esteso nell'Appendice A1. Sintetizzando, gli esiti dei partecipanti rappresentano la condizione *fattuale*, mentre con gli esiti dei controlli abbinati si stima la condizione *controfattuale*: cosa sarebbe successo ai primi se invece che in uno SMAI avessero fatto la visita nello SMO del loro medico. Le Tabelle 4 e 5 sintetizzano le caratteristiche dei due gruppi dopo l'abbinamento. Le differenze tra i gruppi risultano inferiori a quelle, già modeste, iniziali. La numerosità dei due gruppi post matching è inferiore a quella iniziale. Questo perché nel numero iniziale sono stati inclusi anche i casi con alcuni dati mancanti necessari invece nell'analisi di matching. La riduzione del campione non comporta variazioni di peso nelle sue caratteristiche rispetto alla popolazione totale.

Tabella 4. Caratteristiche demografiche e sociali post-matching

	Pre-matching		Post-matching	
	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Femmine	58.5%	56.4%	57.3%	57.4%
Maschi	41.5%	43.7%	42.7%	42.6%
Italiani	92.2%	91.5%	91.6%	90.6%
Stranieri	7.8%	8.5%	8.4%	9.4%
40 anni o meno	20.5%	21.4%	20.9%	20.9%
41-60 anni	32.7%	35.6%	35.2%	36.6%
61 anni o più	46.8%	43.0%	43.9%	42.5%
Istruzione: Obbligo o inferiore	21.8%	27.3% *	25.6%	26.0%
Istruzione: Diploma	42.9%	38.3%	38.0%	40.7%
Istruzione: Laurea	35.3%	34.4%	36.4%	33.3%
Celibi/nubili/vedovi	49.2%	45.4%	46.6%	44.8%
Sposati/conviventi	50.8%	54.6%	53.4%	55.2%
Non occupati/pensionati	52.5%	51.7%	49.0%	50.4%
Occupati	47.5%	48.3%	51.0%	49.6%
N	266	564	211	478

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

Tabella 5. Condizioni iniziali e rapporto col medico post-matching

	Pre-matching		Post-matching	
	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Frequenza visite: regolare (almeno ogni 2 mesi)	30.0%	27.0%	27.2%	27.2%
Frequenza visite: occasionale	70.0%	73.0%	72.8%	72.8%
Medico scelto per consiglio o amicizia/fiducia	68.1%	73.3%	72.6%	74.3%
Medico scelto per comodità o altro motivo	31.9%	26.7%	27.4%	25.7%
Stato di forte distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	34.9%	32.4%	33.5%	33.3%
Stato di distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	22.6%	20.5%	22.1%	21.1%
Stato di non distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	26.0%	29.9%	29.0%	28.8%
Stato di benessere nell'ultimo mese (PGWBI-S)	16.6%	17.2%	15.4%	16.8%
N	266	564	211	478

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

Nella Tabella 6 sono sintetizzate le stime degli effetti. Gli outcome riguardano rispettivamente le sensazioni provate durante l'attesa (i primi tre), il livello di benessere percepito al momento della compilazione, dopo la visita, e il grado di alleanza medico-paziente percepito dal paziente.

Per quanto riguarda le sensazioni durante l'attesa, l'effetto meno evidente è quello sulla capacità di distrarsi. Il 71% dei rispondenti ha dichiarato una sufficiente capacità di distrarsi ("abbastanza" o "molto"). In particolare, il 23% dichiara di essersi riuscito a distrarre molto. Il cambiamento apparentemente maggiore è su questi ultimi, con un aumento di 4.5 punti percentuali a fronte di una lieve riduzione delle altre risposte meno favorevoli. La stima di questo miglioramento non è tuttavia statisticamente significativa. Decisamente più evidente è il miglioramento rispetto alla sensazione che il tempo non passasse mai: coloro che rispondono "per niente" aumentano di 13.5 punti percentuali (+26%), a fronte di una riduzione quasi pari rispetto alle risposte più moderate ("poco"). Per quanto riguarda lo stato di ansia, misurato su una scala da 0 a 100, il livello dichiarato è mediamente basso (10.5 su 100), tuttavia si stima comunque una riduzione marginalmente significativa, nell'ordine dei 2-3 punti.

L'outcome successivo riguarda il benessere provato nel momento della compilazione del questionario, quindi dopo avere concluso la visita dal medico. Il livello medio, misurato su una scala da 0 a 100, è di 65 punti, con un aumento significativo di 3 punti attribuibile agli SMAI.

L'ultimo outcome riguarda l'alleanza medico-paziente, rilevata con la *Workforce Alliance Inventory* e qui riportata su scala 0-100. Il livello medio misurato su questa scala è alto, pari a oltre 80 punti. In questo caso non si stimano effetti significativi da addebitare alla visita nello SMAI.

Tabella 6. Stima degli effetti degli SMAI

		Livello medio dei trattati	Stima effetto
Oggi durante l'attesa per la visita è riuscito a distrarsi?	Per niente	10.7%	-0.6%
	Poco	18.7%	+0.2%
	Abbastanza	47.7%	-4.1%
	Molto	23.0%	+4.5%
Le è sembrato che in sala d'attesa il tempo non passasse mai?	Per niente	65.4%	+13.5% **
	Poco	24.7%	-11.9% **
	Abbastanza	8.8%	+2.5%
	Molto	1.1%	-4.1%
Ansia provata durante l'attesa (0-100)		10.5	-0.1
Benessere percepito dopo la visita (0-100)		67.4	+3.2 **
Alleanza percepita medico-paziente (WAI, 0-100)		83.1	+0.8
	N	478	

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

Tirando le somme, si può affermare che i pazienti avrebbero sperimentato sensazioni mediamente positive, con bassi livelli di ansia e stress e buona capacità di distrarsi. L'aver atteso la visita in uno SMAI ha comunque prodotto un beneficio, inducendo soprattutto spostamenti verso le condizioni migliori in assoluto: in particolare cala la percentuale di chi risponde "per niente" alla domanda sulla sensazione del tempo che non passa. Aumenta anche il benessere percepito, mentre non sono visibili cambiamenti sull'ansia percepita e sull'alleanza con il medico. Una possibile ipotesi che spiega l'ultimo risultato, in parziale contrasto con i precedenti, si può formulare ricordando che in questa analisi si sta stimando l'effetto immediato di una unica visita. I primi outcome sono maggiormente esposti alla suggestione del momento, e quindi più facilmente aggredibili, mentre il grado di alleanza, che dipende maggiormente da una situazione radicata legata alla stima, alla fiducia, alle opinioni preesistenti sul proprio medico, è forse meno modificabile da un simile trattamento, e neppure la suggestione momentanea induce il paziente a formulare risposte più positive in merito.

4.1. I risultati cambiano con le caratteristiche dei partecipanti?

Dopo avere mostrato le stime dell'effetto medio dello SMAI sui pazienti, in questa sezione si indaga una domanda di maggiore dettaglio, cioè se e in che misura gli effetti varino al variare delle caratteristiche dei pazienti. Per dare ragguagli su questo aspetto le stime sono state replicate per particolari sottogruppi di persone. Per necessità di sintesi le stime, presentate nelle tabelle che seguono, sono ristrette ad alcuni specifici outcome. In particolare, per quanto riguarda le domande relative alla capacità di distrarsi e alla sensazione che il tempo non passasse mai, ci si limita a presentare le categorie estreme (“molto” nel primo caso, “per niente” nel secondo) per cui si sono evidenziati i maggiori cambiamenti.

Tabella 7. Stima degli effetti degli SMAI, per caratteristiche demografiche e sociali

	Distrazione (molto)	Tempo (per niente)	Ansia (0-100)	Benessere (0-100)	WAI (0-100)	N ^T
Femmine	7.9% *	12.0% *	0.0	5.2 *	-0.4	274
Maschi	-0.1%	15.7% **	-0.4	0.6	2.6	203
40 anni o meno	-5.7%	6.6%	5.1	1.8	-0.3	98
41-60 anni	5.6%	13.9% *	1.1	3.8	2.2	175
61 anni o più	9.3% *	15.8% **	-3.8 *	3.7 *	0.1	203
Istruzione: Obbligo o inferiore	14.0% **	10.9% *	-0.7	3.2	-1.4	112
Istruzione: Diploma	2.0%	4.2%	-1.1	4.7	3.3	192
Istruzione: Laurea	1.1%	28.3% **	1.2	2.5	-1.3	174
Celibi/nubili/vedovi	-4.2%	9.5%	1.3	3.3	0.5	264
Sposati/conviventi	12.2% **	17.3% **	-1.2	3.3	0.4	213
Non occupati/pensionati	2.3%	10.1% *	-0.3	3.8	-2.3	240
Occupati	7.2%	15.8% *	0.2	2.8	2.2	237

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$. N^T: numero trattati coinvolti nelle stime. Le prime due variabili si riferiscono alla risposta “molto” alla domanda “Oggi durante l’attesa per la visita è riuscito a distrarsi?” e alla risposta “per niente” alla domanda “Le è sembrato che in sala d’attesa il tempo non passasse mai?”.

Tabella 8. Stima degli effetti degli SMAI, per condizioni iniziali e rapporto col medico

	Distrazione (molto)	Tempo (per niente)	Ansia (0-100)	Benessere (0-100)	WAI (0-100)	N ^T
Fanno visite regolari	6.2%	8.9%	-3.1	3.4	3.5	130
Hanno fatto visita occasionale	3.9%	15.6%**	0.8	3.4*	-0.6	348
Medico scelto per consiglio o amicizia	7.5%*	8.5%	1.0	2.3	1.0	355
Medico scelto per comodità	4.7%	27.1%**	-2.5	4.5	-0.1	122
Stato di distress nell'ultimo mese (PGWBI-S) ⁴	6.4%	9.9%	1.9	3.0	-1.0	253
Stato di non distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	3.2%	17.9%**	-2.1	2.0	2.2	211

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$. N^T: numero trattati coinvolti nelle stime. Le prime due variabili si riferiscono alla risposta “molto” alla domanda “Oggi durante l’attesa per la visita è riuscito a distrarsi?” e alla risposta “per niente” alla domanda “Le è sembrato che in sala d’attesa il tempo non passasse mai?”.

In generale si può affermare che il beneficio dalla visita nello SMAI si estende a una molteplicità di persone piuttosto che limitarsi a specifiche categorie di pazienti. Vi sono tuttavia alcune maggiori caratterizzazioni. Una è l'effetto crescente al crescere dell'età dei pazienti. Da un lato i pazienti più anziani sono più numerosi, il che aumenta la significatività delle stime, ma in generale anche l'entità degli effetti stimati cresce per i meno giovani. Gli over 60 mostrano una più evidente riduzione dell'ansia, e al crescere dell'età vi è una maggiore riduzione della sensazione del tempo che non passa mai. Gli over 60 inoltre sono l'unica classe che evidenzia un forte miglioramento nella

⁴ La classificazione qui adottata distingue due sole categorie: persone con distress o forte distress (punteggio PGWBI-S inferiore a 70/110), persone in stato di non distress o benessere positivo (punteggio maggiore o uguale a 70/110).

capacità di distrarsi durante l'attesa, e una stima significativa dell'effetto sul benessere percepito. Le differenze per gruppi di età sono quelle che presumibilmente spiegano anche quelle rispetto allo stato civile (gli effetti sono maggiori per gli sposati o conviventi, sovrarappresentati fra gli over 40), al sesso (tra le donne sono sottorappresentate, rispetto agli uomini, le under 40), allo stato di benessere pregresso (la condizione di non distress è lievemente più frequente tra i meno giovani).

I risultati stratificati per titolo di studio, positivi in parte per chi ha un titolo basso e in parte per chi ha una laurea, non sono immediatamente interpretabili. Un'ipotesi è che su questi possano incidere fattori concomitanti e opposti: da un lato una maggiore sensibilità delle persone più istruite, dall'altra il maggior peso dei titoli di studio bassi tra le persone meno giovani.

Si notano infine benefici apparentemente più marcati per chi ha svolto una visita occasionale anziché regolare. Sarebbe questo un risultato in contrasto con quelli relativi all'età (i meno giovani fanno più spesso visite regolari), tuttavia, guardando i numeri, non è da escludere che i risultati dei visitatori occasionali siano statisticamente più significativi per una mera questione di numerosità campionaria.

Appendice A1. Dettagli sui metodi di stima

Le stime degli effetti qui illustrate si basano sull'utilizzo di un gruppo di controllo, cioè di un gruppo di pazienti i quali non hanno ricevuto il trattamento di interesse (la visita nello SMAI). L'idea è di usare le condizioni di questo gruppo di controllo, che ha fatto la visita in uno SMO, come stima di ciò che sarebbe successo ai trattati in assenza di trattamento. In questa appendice si riportano alcuni dettagli operativi che sono stati esclusi dal testo per non appesantire la lettura. Essi riguardano in particolare il metodo del *propensity score matching* usato per produrre le stime.

Nel confrontare trattati e controlli per stimare gli effetti di un intervento è necessario verificare che i due gruppi fossero, prima dell'intervento, simili. Solo a questa condizione si può affermare che senza intervento i loro esiti successivi sarebbero stati anch'essi simili. In presenza di potenziali differenze iniziali, non sarebbe sufficiente porre i gruppi a confronto per stimare l'effetto dell'intervento. Nel nostro caso, in assenza di una assegnazione casuale dei pazienti allo SMO o allo SMAI, non possiamo dare per garantita la somiglianza, anche se valgono le considerazioni già fatte in precedenza:

- la presumibile scelta di SMAI o SMO soprattutto in base a questioni logistiche;
- la disponibilità di SMAI e SMO in orari eterogenei per evitare forte selezione basata sugli impegni lavorativi.

Posto che tali considerazioni rafforzano la credibilità del confronto ma non garantiscono la totale assenza di differenze iniziali, le stime sono state ottenute con tecniche basate sull'ipotesi di *selezione sulle osservabili*: se si assume che le informazioni iniziali disponibili su ogni persona possano spiegare tutte le eventuali differenze tra trattati e controlli, allora si possono sfruttare queste informazioni (le c.d. variabili di controllo) per "ripulire" il confronto finale.

La tecnica a cui si è fatto ampio ricorso in questa analisi è quella del *matching*. Si tratta di una procedura basata sull'*abbinamento (matching)* di ogni trattato con uno o più controlli il più possibile simili ad esso. A seguito della procedura di abbinamento si ottiene un sottoinsieme dei controlli selezionato in modo da avere caratteristiche molto simili a quelle dei trattati. È possibile in questo modo confrontare due gruppi con le stesse condizioni di partenza, le cui eventuali differenze negli outcome dovrebbero essere più plausibilmente attribuibili al trattamento.

Il *matching* assicura la possibilità di ottenere una stima corretta dell'effetto, ma se vale appunto la condizione di *selezione sulle osservabili*: il trattamento (fare visita in uno SMAI anziché in uno SMO) deve dipendere esclusivamente dalle caratteristiche osservabili. Altrimenti i gruppi abbinati resterebbero parzialmente diversi e le stime dell'effetto parzialmente distorte. È realisticamente impossibile riuscire a osservare *tutti* i fattori che hanno influenzato la selezione: a livello pratico quello che si cerca di fare è osservare un insieme abbastanza ricco e informativo di caratteristiche iniziali, in modo da mantenere entro certi limiti l'eventuale distorsione delle stime. Nel nostro caso si dispone di una buona ricchezza informativa, dal momento che la predisposizione di un questionario ad hoc ha permesso di inserire tra le domande tutte quelle considerate utili a inquadrare la condizione iniziale delle persone:

- le principali caratteristiche demografiche e sociali: sesso, età, nazionalità, titolo di studio, stato civile, condizione occupazionale;
- il nome del medico;
- il rapporto con il medico e la frequenza delle visite;
- la data della visita e il motivo della scelta dello studio.

La strategia di *matching* qui utilizzata è, più in particolare, quella che si basa sull'uso del *propensity score*. Il *pscore* è il metodo per "misurare" la somiglianza iniziale tra i pazienti. In pratica, il *pscore* è un'unica variabile che sintetizza per ogni individuo tutte le caratteristiche iniziali precedentemente descritte. Rifacendosi alla sua definizione nel gergo tecnico statistico, il *propensity score* è la *probabilità condizionata alle caratteristiche iniziali di essere trattato*; tralasciando gli aspetti tecnici, il *pscore* può essere visto come un indice di sintesi, che varia tra 0 e 1, costruito in modo da riassumere in modo opportuno tutte le informazioni disponibili sui soggetti analizzati. In particolare, il peso che ogni caratteristica individuale assume nel *pscore* dipende dalla misura in cui quella caratteristica discrimina tra trattati e controlli. Una volta stimato il *pscore*, la differenza tra due individui si traduce quindi nella differenza tra i loro *pscore*. Sotto opportune condizioni (verificabili), due individui con *pscore* simile sono mediamente simili rispetto alle singole caratteristiche che lo compongono.

Per stimare l'effetto via *matching* è poi sufficiente abbinare ogni trattato con i controlli che hanno un *pscore* simile al suo, cioè che hanno in media le stesse caratteristiche iniziali, i cui outcome rappresentano cosa sarebbe successo al trattato senza trattamento. I risultati presentati nella Sezione 4 si basano in particolare sul *kernel matching*: ogni trattato è posto a confronto con una media pesata dei controlli, ai quali sono attribuiti pesi crescenti al crescere della somiglianza con il trattato.

A1.1. I risultati sono robusti rispetto alla tecnica di stima?

Il metodo del *matching*, largamente utilizzato in disegni di valutazione simili al presente, è in realtà una famiglia di tecniche accomunate dall'idea generale di abbinare i trattati con i controlli simili. Vi è da un lato la possibilità di usare misure di distanza differenti dal *pscore* (anche se il suo uso è, casi particolari a parte, molto diffuso). Dall'altro esistono vari metodi di abbinamento. Il *kernel matching*, selezionato per i risultati definitivi presentati nella Sezione 4, è un esempio di tecnica specifica, e prevede che ogni trattato sia abbinato ai controlli con una distanza entro un certo raggio. Alcune alternative di uso frequente sono per esempio:

- il *nearest neighbour matching*, che consiste nell'abbinare ogni trattato al controllo che gli assomiglia di più (cioè con il *pscore* più simile);
- il *radius matching*, che consiste nel confrontare ogni trattato con i controlli entro un certo raggio, cioè la cui distanza in termini di *pscore* è inferiore a un valore soglia.

Tra le strategie di stima che si basano sulla condizione di *selezione sulle osservabili* è poi il caso di citare l'uso dei tradizionali modelli di regressione. Anche se la condizione principale su cui si basano è la stessa, dal punto di vista tecnico seguono un'idea differente: il modello di regressione può isolare l'influenza esercitata da ogni variabile di controllo sull'outcome (per esempio l'effetto dell'età sul benessere), quindi si può stimare l'effetto del trattamento sull'outcome al netto dell'influenza di altri fattori (per esempio si possono confrontare trattati e controlli al netto dell'età, perché il modello ha "ripulito" il confronto dall'influenza dell'età dei pazienti).

I modelli di regressione offrono un approccio più tradizionale alla stima di un effetto nelle condizioni presenti, e hanno alcuni punti di forza e debolezza; le varie tecniche di *matching*, più flessibili in alcuni aspetti, hanno anch'esse punti di forza e debolezza a seconda del caso di utilizzo. Posto di avere selezionato il *kernel matching* come strategia "preferita" per la presentazione dei risultati, le analisi sono state condotte ricorrendo anche ad altre tecniche. L'obiettivo è verificare la robustezza delle stime, cioè verificare se esse sono o meno stabili quando la tecnica utilizzata cambia. Come anticipato in precedenza, ciò non avviene, e i risultati sono sostanzialmente gli stessi, quale che sia la tecnica di riferimento. I risultati di questa verifica sono riportati nella Tabella APP1.

Tabella APP1. Stima degli effetti degli SMAI, risultati con diverse tecniche a confronto

	Distrazione (molto)	Tempo (per niente)	Ansia (0-100)	Benessere (0-100)	WAI (0-100)
Radius matching (r=0.01)	+1.7%	+17.2% **	-0.2	+4.1 *	+0.3
Nearest neighbour matching	+3.4%	+19.2% **	-1.9	+7.3 **	+1.5
Kernel matching	+4.5%	+13.5% **	-0.1	+3.2 **	+0.8
Regressione lineare semplice	+5.0%	+13.7% **	+0.4	+4.6 **	+1.7

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$. Le prime due variabili si riferiscono alla risposta "molto" alla domanda "Oggi durante l'attesa per la visita è riuscito a distrarsi?" e alla risposta "per niente" alla domanda "Le è sembrato che in sala d'attesa il tempo non passasse mai?".

A1.2. I risultati cambiano se analizziamo i "non curiosi"?

Tutte le stime fin qui presentate si sono basate sulla popolazione totale dei pazienti (compilanti) in visita nel periodo di indagine. L'ipotesi alla base dei metodi di stima di utilizzati è che le informazioni individuali raccolte con questionario siano sufficienti a spiegare le differenze iniziali tra trattati e controlli, in particolare l'eventuale propensione a scegliere uno SMAI o uno SMO per differente indole. Nel questionario si è posta una domanda, fin qui non utilizzata, che indaga specificamente il motivo di scelta dello studio medico. Un quinto circa dei rispondenti ha affermato di essere andato in uno SMAI per curiosità, i restanti per motivi prevalentemente logistici.

La procedura di *matching* riduce a un livello ignorabile anche le differenze rispetto al livello di curiosità dei due gruppi. In ogni caso, in questa sezione si presentano i risultati dell'analisi ristretta ai soli "non curiosi"⁵. L'idea è che tale restrizione dovrebbe rendere ancora più solida l'ipotesi di confrontabilità tra trattati e controlli. In primo luogo si mostra, nelle Tabelle APP2 e APP3, la sostanziale somiglianza iniziale tra i "non curiosi" e la popolazione totale.

⁵ Nel campione fin qui analizzato, il 23% dei trattati ha dichiarato la scelta per curiosità, ma anche un 8% dei controlli. Posta la scarsa interpretabilità di questa risposta per i secondi, anche i sedicenti "curiosi" tra i controlli sono stati qui esclusi.

Tabella APP2. Caratteristiche dei “non curiosi”

	Tutti		“Non curiosi”	
	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Femmine	58.5%	56.4%	58.5%	56.1%
Maschi	41.5%	43.7%	41.5%	43.9%
Italiani	92.2%	91.5%	92.9%	90.4%
Stranieri	7.8%	8.5%	7.1%	9.6%
40 anni o meno	20.5%	21.4%	20.9%	22.3%
41-60 anni	32.7%	35.6%	32.0%	34.1%
61 anni o più	46.8%	43.0%	47.1%	43.6%
Istruzione: Obbligo o inferiore	21.8%	27.3% *	22.7%	30.6% **
Istruzione: Diploma	42.9%	38.3%	41.3%	37.7%
Istruzione: Laurea	35.3%	34.4%	36.0%	31.7%
Celibe/nubile/vedovo	49.2%	45.4%	49.0%	48.1%
Sposato/convivente	50.8%	54.6%	51.0%	51.9%
Occupato	47.5%	48.3%	46.3%	46.5%
Non occupato/pensionato	52.5%	51.7%	53.7%	53.5%
N	266	564	247	448

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

Tabella APP3. Caratteristiche dei “non curiosi”

	Tutti		“Non curiosi”	
	SMO (controlli)	SMAI (trattati)	SMO (controlli)	SMAI (trattati)
Frequenza visite: regolare (almeno ogni 2 mesi)	30.0%	27.0%	29.5%	27.0%
Frequenza visite: occasionale	70.0%	73.0%	70.5%	73.0%
Medico scelto per consiglio o amicizia/fiducia	68.1%	73.3%	67.2%	70.6%
Medico scelto per comodità o altro motivo	31.9%	26.7%	32.8%	29.4%
Stato di forte distress nell'ultimo mese (PGWBI-S) ⁶	34.9%	32.4%	35.9%	31.6%
Stato di distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	22.6%	20.5%	21.2%	20.7%
Stato di non distress nell'ultimo mese (PGWBI-S)	26.0%	29.9%	26.3%	31.6%
Stato di benessere nell'ultimo mese (PGWBI-S)	16.6%	17.2%	16.5%	16.1%
N	266	564	247	448

Nota: differenze significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$

6 L'indicatore PGWBI-S assume valori tra 0 e 110. Valori sotto il 60 indicano un forte distress; valori tra 60 e 69 indicano distress; valori tra 70 e 89 indicano uno stato di non distress; valori di 90 e oltre indicano uno stato di benessere positivo.

Infine si presentano le stime degli effetti per i “non curiosi”, con diverse tecniche di stima, sulla falsariga di quanto fatto per la popolazione totale nella Tabella APP1. Questa ultima analisi restituisce un quadro completamente in linea con quello precedente, fatte salve le naturali variazioni nei valori assoluti delle stime: si conferma il visibile effetto sulla percezione del tempo durante l’attesa e l’aumento del benessere percepito, mentre sono (sempre positive ma) non significative le variazioni nella risposta sul grado di distrazione e prossime a zero quelle per l’ansia e per l’alleanza percepita col medico.

Tabella APP4. Stima degli effetti degli SMAI per i “non curiosi”

	Distrazione (molto)	Tempo (per niente)	Ansia (0-100)	Benessere (0-100)	WAI (0-100)
Radius matching (r=0.01)	+4.9%*	+15.2%**	-3.3*	+5.4**	+0.3
Nearest neighbour matching	+5.6%	+18.5%**	-4.2	+7.7**	+0.4
Kernel matching	+4.4%	+16.4%**	-2.5	+5.3**	+1.1
Regressione lineare semplice	+4.4%	+14.9%**	0.0	+5.7**	+1.8

Nota: stime significative per * $\alpha=10\%$ ** $\alpha=5\%$. N°: numero trattati coinvolti nelle stime. Le prime due variabili si riferiscono alla risposta “molto” alla domanda “Oggi durante l’attesa per la visita è riuscito a distrarsi?” e alla risposta “per niente” alla domanda “Le è sembrato che in sala d’attesa il tempo non passasse mai?”.

03.

Esiti delle osservazioni istituzionali e prossemiche

Premessa

All'interno della partnership con l'OMCeO Torino per il progetto Cultura di Base, la Fondazione per l'architettura / Torino ha incaricato l'impresa sociale IL NODO Group di svolgere delle attività di osservazione istituzionale e prossemica nei luoghi di cura e di cultura individuati dalla sperimentazione del progetto a Torino (Museo dell'Automobile, Museo Egizio, Biblioteca Civica Primo Levi, PAV Parco d'Arte Vivente, Polo del '900).

Tali attività, finalizzate a fornire degli strumenti di valutazione qualitativa degli esiti del progetto, sono state svolte da una squadra composta da:

- due esperte in osservazioni istituzionali, la dr.ssa Chiara Marinelli, assistente sociale e dirigente del Terzo Settore, e la dr.ssa Cristina Carminati, psicologa e psicoterapeuta;
- due esperti in osservazioni prossemiche, la prof.ssa Simona Canepa e il prof. Marco Vaudetti, architetti e docenti del Politecnico di Torino
- un coordinatore/supervisore, il dr. Mario Perini, medico psichiatra e psicoanalista, coordinatore della Commissione sul disagio lavorativo dell'Ordine dei Medici di Torino

Il loro impegno nel progetto è consistito in

- incontri di programmazione e di coordinamento organizzativo
- una serie di sopralluoghi e di osservazioni nei luoghi di cura costituiti nelle diverse sedi, nelle fasi di avvio e in tempi successivi come follow up
- alcuni incontri di supervisione in gruppo
- un incontro con l'antropologa Consuelo Nocentini
- la redazione del presente report conclusivo da affiancare agli esiti delle indagini quantitative svolte tramite questionario e da integrare con il racconto etnografico elaborato dall'antropologa Consuelo Nocentini.

Aspetti metodologici

Gli esiti attesi dagli interventi del progetto e la loro valutazione – sia quantitativa che qualitativa - riguardano primariamente **l'impatto che l'esposizione a prodotti artistico-culturali e a luoghi di "architettura intensa" possono avere sulla salute del paziente e sul miglioramento della relazione di cura**. Si deve rinunciare all'idea di correlare l'esposizione artistico-culturale con un evidente miglioramento del quadro clinico, perché questo può dipendere da molti altri fattori difficili da analizzare e da documentare. Perciò occorre privilegiare gli indicatori che riguardano la sfera relazionale, e che sono rappresentati, oltre che dal **benessere percepito** dall'utenza e dai curanti, dall'aderenza alle prescrizioni, dalla collaborazione, dal confronto, dalla riduzione dei conflitti e dei malintesi, dalla comunicazione aperta e dalla fiducia, in una parola da quella che può essere definita **l'alleanza di lavoro tra medico e paziente**.

Tra i diversi metodi di valutazione la nostra squadra ha adottato quello dell'osservazione, impiegando due formati distinti integrabili tra loro oltre che con gli altri metodi utilizzati (questionari, interviste, indagini antropologiche):

- **l'osservazione istituzionale**, cosiddetta "partecipe e non-interferente", che si rivolge in particolare alle modalità emotive e comportamentali con cui i pazienti reagiscono alle esperienze artistico-culturali e se e in che modo le condividano con altri pazienti e con i curanti.
- **l'osservazione prossemica**, dove al centro del processo osservativo sta la relazione tra la natura dello spazio, la sua struttura, il suo impiego e il comportamento delle persone, viste in questo caso nel loro percorso di accesso e di utilizzo degli spazi di cura

Il focus principale della valutazione ha riguardato lo **studio delle dinamiche emotivo-relazionali** sollecitate dall'accesso in un ambiente nuovo e insolito, dalla sosta nella sala d'attesa, dall'incontro con il medico e da quello con i volontari che accompagnavano i pazienti e chiedevano loro di rispondere a questionari e interviste. Lo scopo era quello di valutare in che misura tali dinamiche si rivelassero capaci di migliorare l'alleanza di lavoro e il benessere percepito dai soggetti della relazione di cura, nella consapevolezza che sia necessario testare non solo la "soddisfazione" – che può essere effimera e superficiale e a volte persino malsana (es. su basi collusive, compiacenti o ricattatorie) – ma soprattutto la qualità del rapporto, della comunicazione e della collaborazione.

La bellezza degli spazi, degli arredi, degli oggetti artistici e culturali offerti al paziente che si rivolge al medico per ricevere cure può produrre nella sua mente una preziosa “equivalenza simbolica” tra la “cura dell’ambiente” e la “cura del sé”, ma può anche rivelarsi “disonica”, come una sorta di esibizione estetizzante o una “proprietà di lusso” del curante, implicitamente offensive nei confronti di chi sta male e si vive spesso come un oggetto brutto, danneggiato e privo di valore.

La collocazione dei luoghi di cura in ambienti di arte e cultura si è rivelata spesso un’esperienza “spiazzante”, per i pazienti come per i medici, e questo spiazzamento, di per sé foriero di stimoli nuovi e di incontri sorprendenti, se non viene mitigato da un’adeguata modalità di preparazione e accoglienza, può suscitare nei pazienti (ma in qualche misura anche nei medici) due tipi di reazione difensiva: la **negazione** (la persona si comporta come se non vedesse nulla di diverso dal solito ambiente ambulatoriale) o il **rifiuto** (la persona prova fastidio ed estraneità, e vive gli stimoli artistico-culturali come fattori di disturbo). Questo rischio sembra essere stato sostanzialmente scongiurato con un addestramento preliminare dei medici e dei volontari.

La consapevolezza che i luoghi di cura anche se collocati in ambienti gradevoli e accoglienti sono pur sempre abitati dall’ansia ha indotto i vari esecutori del progetto (intervistatori, curanti, accompagnatori e osservatori) ad evitare nei limiti del possibile di accentuarla o di far sì che i pazienti si potessero sentire “cavie” di una sperimentazione che perseguiva interessi di ignoti.

Il punto di vista osservativo - che integrerà le valutazioni quali-quantitative ricavate dai questionari e dalle interviste - utilizzando la metodologia dell’**osservazione istituzionale** (Hinshelwood e Skogstad, 2000) ha concentrato l’attenzione su alcuni punti critici riguardanti gli utenti (pazienti, familiari, caregiver):

- i loro commenti e i loro atteggiamenti nel **momento dell’accesso** ai luoghi d’arte e cultura, e l’equilibrio tra spaesamento, curiosità, eccitamento e ansia;
- il **rapporto con i volontari** che li accoglievano e li indirizzavano/ accompagnavano verso l’ambulatorio del medico fino alla sala visite;
- il **livello di interessamento per i prodotti e gli stimoli artistico-culturali**, cogliendo sia i segnali di piacere e apprezzamento, sia quelli che ci suggeriscono la possibilità che li vedano come bizzarrie un po’ snob o come esperimenti estranei ai loro bisogni di salute;
- il clima emozionale che si respira nella **sala d’attesa** (con le ansie relative e le eventuali interazioni tra le persone che la occupano) e quello dell’incontro con il medico nel momento dell’accoglienza nello studio per la visita, con una particolare attenzione per gli eventuali conflitti, i disturbi della comunicazione, gli indizi di una non-aderenza alle prescrizioni o ai consigli;
- le dinamiche psico-sociali innescate dalla **somministrazione del questionario e delle interviste** da parte dei volontari;

e quant’altro è stato possibile cogliere, vedere, sentire e anche immaginare in quei contesti, inclusa l’eventuale reazione alla presenza degli osservatori.

L’**osservazione “prossemica”** ha riguardato in particolare le caratteristiche degli spazi e il modo in cui apparivano percepiti e utilizzati dagli utenti, con particolare riguardo ad aspetti specifici come l’accessibilità e l’accoglienza, la segnaletica, l’illuminazione, il colore, gli arredi, la presenza di prodotti artistico-culturali e l’esposizione a visuali di ambienti naturali. Gli ambienti che sono stati oggetto di sopralluoghi e hanno ospitato questo tipo di osservazioni sono stati:

- l’**ingresso** (inclusivo degli spazi antistanti la porta ed eventualmente anche dei parcheggi limitrofi)
- il “**percorso**” (atrio, corridoi, scale, ambienti di passaggio) dall’ingresso alla sede dell’ambulatorio
- la **sala d’attesa**
- la **sala visita** (solo occasionalmente)

Le **osservazioni** istituzionali e anche quelle prossemiche sono state, come si è detto, “**partecipative**” (nel senso della partecipazione emotiva dell’osservatore) e “**non-interferenti**”, nel senso che hanno evitato o molto limitato domande e conversazioni con i soggetti osservati, hanno rinunciato a registrazioni audio o video e ridotto il ricorso a note ed appunti affidando alla memoria la maggior parte dei dati raccolti, che gli osservatori hanno comunque messo per iscritto dopo ogni sessione osservativa per poi trasformarli in un report. **Una parte di questi dati è stata condivisa con l’antropologa Consuelo Nocentini**, che li integrerà con le proprie interviste.

È stata cura degli organizzatori, dei medici, del personale di studio e dei volontari informare gli utenti che nei luoghi di cura sarebbero stati presenti degli osservatori che partecipavano al progetto, in modo da evitare che un’osserva-

zione “covert” creasse l’equivoco di farli ritenere degli altri pazienti, dei medici, dei volontari, o magari degli intrusi e dei ficcanaso senza-nome.

La plausibilità dell’ipotesi che ha ispirato il progetto – l’impatto positivo di arte e cultura sul benessere e sulla relazione di cura – è stata supportata da recenti **ricerche neuroscientifiche**, che hanno rivelato come le immagini artistiche e le “bellezze” degli scenari naturali, specie se in movimento (come ad es. nei filmati), creino effetti benefici nel cervello e fiducia nelle relazioni interpersonali con la mediazione di specifici neuro-ormoni quali le endorfine, la serotonina e l’ossitocina; analoghi effetti sono attribuiti alla parola e alla narrazione (cfr. la “medicina narrativa”) e ancor più all’esperienza del movimento e del linguaggio corporeo, che sono stati oggetto di particolare attenzione nel lavoro degli osservatori.

Osservazioni prossemiche

a cura di Simona Canepa e Marco Vaudetti

Museo Egizio

I pazienti vengono accolti nell’atrio di ingresso del museo e accompagnati all’ambulatorio, dove lungo il percorso possono ammirare le caratteristiche costruttive ed estetiche della sede, nonché il cortile del palazzo, dove oggi è allestito un giardino con essenze provenienti dall’Egitto. Lo spazio di attesa è costituito da 2 poltroncine in pelle scura collocate di fronte alla porta dello studio medico in uno spazio di profondità ridotta; sulla parete di fronte alle sedute è appeso un poster indicante il progetto CB: non sono presenti altri elementi di arredo, né di richiamo della sede ospitante, e quindi i pazienti in attesa allo stato attuale risultano indifferenti al contesto museale che ospita l’ambulatorio. La sala conferenze adiacente potrebbe offrire con sistemi multimediali occasioni di coinvolgimento per i pazienti.

L’ubicazione della sala di attesa può essere soggetta a rumori indotti dalla zona di ingresso/uscita di servizio su via Accademia Albertina con la quale comunica, così come dalla sala conferenze qualora fosse in uso.

Biblioteca Primo Levi

L’aspetto dell’edificio, privo di elementi caratterizzanti vista la sua funzione originaria di ex-fabbrica degli anni ‘30, si presenta con uno stato di manutenzione modesto e piuttosto scarso nel connettivo. L’atmosfera è di tipo convenzionale senza motivi particolari di spaesamento, ma neanche di curiosità, eccetto per chi si reca la prima volta o chi è in attesa.

L’accesso alla sala di attesa dell’ambulatorio avviene tramite corridoio che immette nel vano scale e ascensore. Lo stato dei luoghi della distribuzione denota un certo abbandono. Il volontario accoglie i pazienti al primo piano e verifica la lista delle persone prenotate.

Lo spazio di attesa è di dimensioni idonee a ospitare sia la postazione della segretaria con i pazienti che attendono le prescrizioni mediche (non è richiesto appuntamento), sia un numero elevato di pazienti come rilevato durante le osservazioni, senza generare tuttavia problemi di prossemica. I tavoli normalmente utilizzati per attività di laboratorio vengono lasciati liberi in orario di visita: le attività, se previste, sono spostate in altre sale per non arrecare disturbo.

Non ci sono problemi di affollamento o di interazione prossemica in quanto i pazienti si presentano su appuntamento e isolati uno alla volta. Il comfort ambientale è modesto, non c’è impianto di condizionamento. Durante l’orario di osservazione su 9 pazienti solo una ha manifestato interesse per la location e la documentazione cartacea presente, senza tuttavia procedere con l’accesso alla biblioteca mediante la scala interna.

Polo del ‘900

I pazienti, quando sono in corso mostre temporanee, hanno la possibilità di visitare gli spazi del piano terreno, al pari del PAV. L’accesso all’ambulatorio è consentito da vano scale/ascensore, accompagnati durante il percorso di salita. La zona di attesa non è un ambiente delimitato: è la parte terminale del corridoio. E’ dotata di 3 sedute comode con tavolino in cui sono appoggiati i flyer del progetto CB, non ci sono informazioni di tipo medico. Non ci sono elementi di richiamo, né visuali significative dalla zona di attesa che non ha affacci verso l’esterno. Essa risulta poco illuminata. I pazienti non sono per nulla sollecitati ad interagire con gli spazi e in attesa di entrare nello studio medico guardano il cellulare.

Si segnala che il percorso di l’uscita dal corridoio di distribuzione verso il vano scala non è facilmente individuabi-

le (sul pianerottolo insistono 3 porte uguali).

MAUTO

L'ingresso all'ambulatorio coincide con l'ingresso al museo, dall'atrio si sbarca al 2° piano e si entra direttamente nel percorso espositivo. Un volontario accoglie ai tornelli i pazienti e li conduce lungo il percorso espositivo fino alla sala di attesa dell'ambulatorio che è parte integrante dell'esposizione. Questa situazione può generare fastidio perché i pazienti possono essere disturbati dai visitatori che si aggirano tra gli exhibit di quella specifica sezione espositiva.

Nella zona di attesa, così come nel vestibolo davanti all'ambulatorio manca documentazione medica, sono presenti solo materiali informativi sul progetto CB.

La zona di attesa risulta assai poco illuminata a causa delle esigenze espositive e mancano qui più che altrove arredi dedicati alla funzione.

L'accompagnamento dei volontari risulta indispensabile sia all'ingresso, in corrispondenza dei tornelli, sia lungo tutto il percorso fino all'ambulatorio medico sia lungo il ritorno.

PAV

L'edificio è caratterizzato da ottime visuali verso l'esterno dalla sala museo, dal corridoio di distribuzione e dalla zona di attesa.

Nella configurazione di mostre temporanee attive, la sala d'attesa si trova in posizione interna al percorso di visita, ma nello stesso tempo mantiene una sua specificità. Da essa si aprono visuali interessanti su percorsi espositivi interni ed esterni. Il commento sonoro nasconde il possibile disturbo indotto dalla presenza degli uffici. Le dimensioni compatte e ridotte delle sedute rendono l'ambiente piacevole e aperto alle possibili curiosità che la sede riesce a trasmettere.

La sala di attesa è ben illuminata sia da un punto di vista naturale, grazie alle aperture sulle zone a verde, che dal punto di vista artificiale. Sono presenti 2 sedute comode, perfettamente integrate con i colori dell'ambiente. Mancano indicazioni e pubblicità di tipo medico.

Poiché la sala medica si configura come un cubo vetrato esterno al complesso, l'accesso avviene attraverso una vetrata con pedana protetta da uno sporto semitrasparente.

Tutto l'ambiente è piacevole e l'atmosfera è molto rilassante, nessun imbarazzo dei pazienti nell'ambiente non tradizionale della zona d'attesa, anzi per chi si presenta la prima volta, c'è un manifesto interesse a conoscere il luogo, specie l'esterno; tuttavia solo un numero esiguo di pazienti ha dimostrato interesse per lo spazio inusuale che ospita il progetto CB durante i momenti di attesa (va segnalato che la prenotazione delle visite garantisce un'organizzazione senza tempi di attesa lunghi).

1. Differenze tra musei e biblioteche / coinvolgimento paziente / sede

- a. Il coinvolgimento del paziente nelle sedi delle biblioteche è significativamente minore rispetto a quanto avviene nelle sedi museali. Nella biblioteca Primo Levi la biblioteca si trova al piano superiore rispetto al piano in cui è stato ubicato lo studio medico, ma vi si può accedere agevolmente mediante una nuova scala semicircolare di collegamento interno tra i due piani, non particolarmente evidenziata dalla segnaletica; occorre la segnalazione del volontario perché si scopra il collegamento, e l'ingresso alla biblioteca non è agevolato per i pazienti.
- b. Il coinvolgimento dei pazienti nelle sedi museali, e la possibilità di accedere agli apparati espositivi direttamente - in toto o in parte - prima o dopo la visita medica, risulta invece significativo.

Questa condizione è evidente nella sede del PAV, per via della contiguità degli ambienti espositivi alla sala medica, posizionati gli uni e l'altra al piano terreno, in una situazione di forte compenetrazione, pur nella distinzione delle funzioni.

Nelle sedi del Museo Egizio, del Mauto e del Polo del '900 occorre, al contrario, valersi dell'aiuto dei volontari per individuare con sicurezza l'ubicazione della sala medica rispetto ai percorsi espositivi (con particolare riferimento al Mauto, dove non sembra possibile per il paziente, in ogni caso e nonostante la segnaletica dedicata a CB, raggiungere la sala medica senza essere accompagnati).

2. Sala medica

In tutte le sedi visionate la sala medica è stata ricavata in stanze preesistenti, fatta eccezione per la sede del PAV: qui l'ambiente destinato alle visite mediche è stato realizzato ex novo, costruendo un padiglione vetrato all'interno

del cortile circolare su cui sono affacciati i locali della sede, collegato con una rampa e protetto da una pensilina, con affaccio diretto sul corridoio di distribuzione dell'edificio.

Le dimensioni e le caratteristiche delle sale sono idonee alla funzione medica, ma va rilevato che nel caso del PAV la struttura vetrata si scalda eccessivamente durante il giorno e, nei periodi del luglio scorso, caratterizzati dal clima rovente, ha reso assai problematica l'attività all'interno di essa, sia per il medico che per i pazienti. Le misure prese per il condizionamento del locale, con unità indipendenti e in assenza di un impianto di raffrescamento strutturale, non hanno risolto il problema, (almeno come rilevato nel corso dei sopralluoghi svolti), costringendo spesso a tenere aperta la porta di ingresso del padiglione vetrato, con una riduzione significativa della privacy tra sala medica e zona di attesa.

Le sale mediche si trovano, nella sede del Museo Egizio, al piano terreno (allo stesso livello dell'ingresso all'edificio, e a una distanza da esso non rilevante); nelle sedi del Mauto, del Polo del '900 e della Biblioteca Primo Levi, sono ubicate ai piani superiori, in ali della sede destinate per lo più ad uffici; questa situazione comporta, come già rilevato al punto 1, un coinvolgimento dei pazienti abbastanza problematico nell'offerta culturale della sede.

3. Zone d'attesa antistanti le sale mediche

Nella maggior parte dei casi esaminati la funzione dell'attesa da parte dei pazienti della visita medica non si svolge in spazi specifici o in sale destinate unicamente a tale scopo: solo nella sede della Biblioteca Primo Levi, dove la zona destinata a CB è un'area di laboratori aperti al pubblico, la zona d'attesa è stata ricavata in un grande ambiente, antistante la sala medica, dove sono presenti attrezzature con materiale librario e tavoli destinati ad attività di laboratorio (tali attività vengono spostate in sale attigue durante gli orari di ricevimento dei pazienti per non arrecare disturbo), permettendo così una buona integrazione tra la funzione medica e attività in qualche modo riferibili alla biblioteca e ad attività ad essa connesse; in tutte le altre sedi l'attesa viene risolta in spazi di risulta e di transito, ricavati in corridoi antistanti la sala medica e altre stanze (per lo più uffici o sedi di associazioni), arredati con una o più sedute ed eventuale tavolino basso (nel caso del Mauto vi è ancora uno spazio che separa la zona di attesa dalla sala medica attrezzata con un tavolo).

In questi casi la privacy dell'attesa è decisamente poco rispettata, essendo l'area in zone di passaggio frequentate da persone diverse dai pazienti, e in prossimità di attività pubbliche in spazi semiaperti (il caso del PAV) o di zone con allestimenti in cui i visitatori del museo si aggirano liberamente (il caso del Mauto).

Appare alquanto problematica la collocazione della sala d'attesa nel Mauto in quanto non direttamente visibile dalla sala medica: per facilitare la comunicazione il filtro tra la sala di attesa e il corridoio da cui si accede alla sala medica rimane aperto; ciò non può avvenire in quanto il filtro è funzionale alla prevenzione incendi e se non dotato di magneti non può essere lasciato aperto.

4. Collegamenti orizzontali e verticali / corridoi di distribuzione

Come già rilevato altrove, la collocazione della sala medica al piano d'ingresso rimane la soluzione più efficace nei confronti del paziente, del suo orientamento e della sua disponibilità a indagare sulle attività culturali della sede (si veda il PAV e il Museo Egizio); al contrario, l'utilizzo di ascensori e scale mobili e la percorrenza di corridoi in aree utilizzate prevalentemente per uffici relega in posizioni appartate sale d'attesa e studi medici, a detrimento del coinvolgimento del paziente e caduta di immagine in merito all'iniziativa CB.

5. Zona di accoglienza / ingresso della sede

Le zone di ingresso da cui si dipartono i percorsi di cui al punto precedente rivestono un ruolo decisivo per quanto attiene la prima accoglienza del paziente: è qui che la presenza di volontari permette di rassicurare il paziente e fornirgli un insieme di informazioni e di spiegazioni che costituiscono l'indispensabile integrazione della cartellonistica e della grafica, sempre ben presente in tutte le sedi.

Dall'ingresso si dipartono i percorsi diretti alle sale mediche, con caratteristiche commentate al precedente punto 4

6. Ruolo dei volontari

Sulla scorta delle osservazioni riportate ai punti precedenti, non deve stupire il fatto che la presenza dei volontari negli orari di visita degli ambulatori medici assuma grande importanza: non si tratta solamente di un supporto puntuale che integra la segnaletica che in ogni sede guida i pazienti dall'ingresso alla sala d'attesa, ma nella maggior parte dei casi la presenza del volontario è la fonte principale di informazioni circa l'iniziativa che fa capo a CB, permette la distribuzione e compilazione ordinata dei questionari, costituisce guida insostituibile per accedere agli spazi medici: questo ruolo del volontario è esplicito nel Polo del '900 (dove si indicano i percorsi da fare e gli

ascensori da utilizzare per salire al piano dell'ambulatorio), sia al PAV che al Museo Egizio (dove in quest'ultimo si danno anche informazioni circa l'accesso all'area museale), ed è quanto mai strategico al Mauto, dove il volontario guida il paziente fino al piano superiore, ad imboccare il percorso espositivo che lo condurrà, dopo un percorso non breve (coincide infatti con una visita agli allestimenti che è prevista di circa 4 minuti) alla zona di attesa che precede l'ambulatorio, ricavata lungo un lato di una delle sale espositive.

Sulla scorta delle note riportate nei punti precedenti, si può sintetizzare l'insieme delle osservazioni fatte nei seguenti punti, che rappresentano sommariamente un quadro di temi, di opzioni interessanti e di problemi presenti nelle varie sedi, al di là delle singole situazioni - a volte anche di criticità - che caratterizzano ogni singola sede:

- a. Per quanto attiene le **sale mediche** e gli **spazi di attesa**: riconoscibilità degli spazi destinati ad attività medico-ambulatoriali / comfort climatico e dotazione di arredi negli ambienti chiusi e nelle aree destinate alle visite e all'attesa / rispetto della privacy e dei momenti di preparazione del paziente alla visita / sovrapposizione con funzioni di transito e passaggio di addetti della sede e/o di altri tipi di visitatori
- b. Per quanto attiene le **zone di ingresso / accoglienza** e i **percorsi e collegamenti** orizzontali e verticali: chiarezza e facilità di orientamento dei percorsi di accesso alle sale mediche / interazione e integrazione degli spazi medici con le attività caratterizzanti la sede
- c. Per quanto attiene i **supporti ai pazienti**: efficacia della segnaletica e ricorso ai volontari.
- d. Per quanto attiene il **coinvolgimento dei pazienti** e la presenza di elementi/situazioni che stimolino la curiosità verso le attività presenti nella sede e diverse da quelle medico-ambulatoriali: collocazione dello studio medico al piano dell'allestimento museale o della biblioteca/presenza all'ingresso dell'edificio di riferimenti evidenti alle iniziative culturali della sede / facili collegamenti e/o visuali ben definite nelle zone di attesa medica verso tali attività / disponibilità di indicazioni e informazioni precise circa le attività della sede, mediante grafica, cartellonistica, multimediali e ausili diretti da parte dei volontari.

Durante le prime osservazioni è stata notata la mancanza di materiale medico esposto, tipico degli ambulatori medici; dopo il secondo giro di osservazioni si ritiene che la scelta sia efficace per cercare di rendere meno istituzionale la sede dell'ambulatorio e più inserita nel contesto dell'edificio, anche se mancano in molti casi elementi che possano attirare davvero l'attenzione del paziente.

Osservazioni istituzionali

a cura di Chiara Marinelli e Cristina Carminati

La finalità del progetto Cultura di Base è la valutazione dell'impatto degli interventi artistico-culturali sulla salute del paziente e sul miglioramento della relazione di cura, ovvero, quanto lo studio medico collocato in un luogo di cultura rinforza l'alleanza medico-paziente. Nel far riferimento alla finalità del progetto, il focus delle osservazioni è stato centrato:

- Sullo studio dell'**accoglienza** e dell'**attesa**
- Sull'esplorazione dell'**alleanza di lavoro medico-paziente**
- Sull'indagine del **benessere percepito** dall'utenza (e anche dai curanti)

Sono state effettuate due osservazioni per ciascun medico aderente al progetto, per un complessivo di 7 medici (ne erano previsti 8 ma uno dei due medici del Mauto si è ritirato a giugno dal Progetto e non è stato sostituito). La prima osservazione si è svolta nella prima fase di realizzazione del progetto (giugno/luglio 2022), la seconda nella fase di chiusura (settembre/ottobre 2022). Le due osservatrici si sono divise per sedi.

L'osservazione si è svolta lungo un continuum che volge dall'osservazione psicosociale all'osservazione dell'esperienza emotiva, controtransferale.

Si ritiene utile ribadire che le osservazioni effettuate sono relative ad un campo che si ferma all'ingresso dello studio medico, quindi l'accesso, la sala di attesa e la soglia. Si è presa visione in ogni contesto dello studio medico, non è stato per ovvi motivi possibile osservarlo nel corso del suo utilizzo.

Dall'analisi dei report si sono individuati alcuni punti significativi:

1. Il luogo e la sua accessibilità
2. La sala di attesa (luogo dell'attesa per il paziente e gli eventuali accompagnatori) e la soglia di accesso allo studio del medico.
3. Il ruolo dei volontari
4. La relazione sistema curante/paziente
5. L'esperienza delle osservatrici.

1. Il luogo e la sua accessibilità

L'accessibilità può essere intesa in vari modi. Quanto sia facile arrivare o no allo studio con i mezzi pubblici e quanto sia agevole il parcheggio, dipende da dove si abita. In linea teorica si sceglie il medico di base anche in base alla distanza dalla propria abitazione. A volte si sceglie di seguire il medico con cui ci si trova bene anche se si sposta in un luogo più scomodo e lontano. Si ritiene che possa essere successo anche in questo caso, pur essendo possibile effettuare una scelta, poiché i medici ricevevano contestualmente in entrambi gli studi.

Nessun paziente ha espresso lamentele per il posizionamento dello studio medico. Solo in una osservazione emerge da un paziente che il cartello informativo dello studio consueto, indicava l'indirizzo della seconda sede ma non specificava che fosse collocata in un museo; questo ha generato spaesamento nel paziente quando google map lo ha portato davanti al Mauto. Questo ha anche sollecitato nella osservatrice il chiedersi con quale attenzione sia stata gestita la comunicazione all'atto della prenotazione delle visite.

In alcune situazioni la presenza dei volontari è risultata necessaria, perché il percorso di accesso allo studio era più tortuoso (Mauto e Polo del 900). Probabilmente questo aspetto nel tempo si supera e si stabilizza, salvo prime visite. In ogni caso non sono state osservate lamentele neanche su questo.

In linea generale l'ingresso, in un luogo esteticamente bello e culturalmente interessante, ha incuriosito e alleggerito lo spirito delle osservatrici. Anche nei luoghi ad architettura meno intensa e immersiva. La collocazione dello studio in un contesto che non ha l'anonimato del condominio o l'istituzionalità di un poliambulatorio, ma è altro e riporta i "segnali" di una funzione primaria come quella culturale, è sembrato "far bene" all'esperienza della relazione medico-paziente.

Ci si è chiesti a questo proposito quanto la funzione culturale del luogo interagisca con la funzione di cura in esso collocata. Intanto interagisce portando la funzione di cura fuori da uno scenario o anonimo o troppo connotato in termini sanitari. Poi si possono inserire dei distinguo ulteriori in relazione a quanto le due funzioni interagiscono in modo diretto e quindi:

- Quanto è immersivo come nel caso del MAUTO e del PAV,
- quanto apparentemente ininfluenza come il Polo del 900,
- quanto contiguo come il Museo Egizio,
- quanto promiscuo come la biblioteca Primo Levi.

Non c'è il meglio o il peggio, ci sono caratteristiche diverse e possibili diverse ricadute dell'elemento culturale che possono essere viste in relazione alla tipologia di pazienti e alle caratteristiche anche socioeconomiche del quartiere. Questo è parso forse più evidente nel caso della biblioteca Primo Levi dove il termine del progetto è stato vissuto come l'interruzione di una opportunità da parte di tutti gli attori.

La necessità di trovare un livello di integrazione fra la funzione della cura e quella del servizio culturale ha sicuramente alzato il livello di attenzione di tutti gli attori rispetto a cosa avviene o non avviene, a cosa serve o no, ai confini che devono essere delineati o meno e quanto devono o possono essere "permeabili". Cosa può succedere nella stabilizzazione di una situazione e nel consolidarsi di una routine?

2. La sala d'attesa e la soglia

In nessun contesto la sala di attesa è uno spazio "dedicato"; sono spazi di risulta, quindi spazi di transito (corridoi) o spazi che fanno parte delle sale espositive, salvo l'ampia stanza della Biblioteca Primo Levi, che nel corso dell'apertura dello studio è stata in seguito esclusivamente dedicata all'attesa dei pazienti. Nelle sale di attesa erano collocati pochi posti a sedere e dappertutto era possibile trovare i materiali del progetto CB ma solo nel caso del PAV e della Biblioteca Primo Levi, anche materiali informativi del luogo.

Le sale d'attesa sono state caratterizzate o da molta tranquillità o da vivacità e dinamismo. In alcuni casi il medico le ha attraversate e ha interagito, in altri no (al Polo del 900). Si è ipotizzato che dipendesse sostanzialmente dallo stile del medico e in parte dalla collocazione della SOGLIA (il punto di passaggio fra la sala di attesa e lo studio medico). Al PAV l'accesso è diretto, al Mauto c'è una doppia soglia (dalla sala d'attesa ad una bussola e da questa ad un corridoio su cui si affaccia lo studio). Presso la Biblioteca Primo Levi la soglia era presidiata da una segreteria. La segreteria amplificava la funzione di cura e facilitava l'esperienza dell'incontro medico-paziente ("Ascolta i quesiti, misura la pressione, pone a sua volta domande e consiglia. Capisco che il suo compito sia quello di effettuare una prima accoglienza e scrematura delle domande: una vera soglia, prima di accedere dalla dottoressa").

Essendo la conformazione dei luoghi di Cultura di base molteplice, il concetto di luoghi ad architettura intensa si declina diversamente, dando luogo ad esperienze diverse.

Museo Egizio – La maestosità e la magnificenza del museo colpisce al suo ingresso. E' un luogo fortemente connotato da un'importante affluenza turistica e l'accedere allo studio medico offre l'opportunità di avvicinare questo luogo e di visitare gratuitamente una delle sale. La posizione in pieno centro rende complesso l'accesso in auto e il parcheggio è particolarmente costoso.

Lo studio medico è facilmente raggiungibile, trovandosi a piano terra. La sala d'aspetto è davvero minuta, mentre lo studio medico, dal punto di vista dell'esperienza, appare persino troppo ampio e non riesce a ispirare una sensazione di contenimento emotivo che i luoghi un po' più raccolti trasmettono.

L'accesso alla sala d'aspetto richiede il passaggio in una sala conferenze. Quando questa sala è funzionante, il non verbale del personale coinvolto nella conferenza così come la situazione nel suo insieme, induce una sensazione di lieve disagio per aver disturbato l'attività in corso.

All'avvio del progetto, la possibilità di visitare i luoghi museali, generava interesse ed una sorta di eccitazione, nel corso della seconda visita i pazienti non mostravano più interesse specifico alla visita delle sale.

PAV – L'accesso allo studio medico del PAV prevede l'attraversamento di parte del museo, in cui la dimensione immersiva trasmette a chi entra una piacevolezza data sia dagli ambienti sia dal sottofondo sonoro. La sala d'aspetto non ha uno spazio specifico dedicato, trattandosi di due/tre postazioni a sedere poste in prossimità dell'ingresso allo studio, in un'area prospiciente l'ingresso ad una sala museale. Tuttavia, l'esperienza di chi vi accede è piacevole e garbata.

La connessione con l'organizzazione ospitante appare facilitata e l'esperienza immersiva. Le aree del museo sono liberamente accessibili e l'atteggiamento del personale afferente al PAV è accogliente e cooperativo. I pazienti si legittimano facilmente alla visita dei luoghi. Molto gradevole è l'area verde circostante, utilizzata da qualche paziente quale luogo di "de-compressione".

Lo studio medico è luminoso e piacevole alla vista, ma le condizioni climatiche non sono ancora state ben gestite. Probabilmente questo fatto potrebbe avere spinto il medico a non chiudere la porta del proprio studio, soprattutto nelle ore di caldo estivo.

Biblioteca Primo Levi – Lo studio di CB è posto nel quartiere popolare di Barriera di Milano. Le zone circostanti portano qualche elemento di degrado ma la composizione dello stabile infonde un senso di sicurezza, ospitando altri servizi come la stazione dei vigili urbani, un centro diurno e attività connesse al privato sociale.

L'interazione tra CB e la Biblioteca pare sia stata un po' osteggiata dai bibliotecari che non desideravano che le sale venissero disturbate dai pazienti dello studio, tant'è che la scala che ne consente un passaggio diretto nelle sale è stata chiusa. In compenso la sala d'aspetto è stata corredata della presenza di libri provenienti dalla biblioteca.

La sala d'aspetto ampia e luminosa offre una piacevole attesa. Le altre attività, realizzate al suo interno, sono state spostate in orari non coincidenti con l'apertura dello studio. L'osservatrice, tuttavia, non ha provato fastidio nello sperimentarne la compresenza, sollecitando invece interesse e curiosità. Lo studio medico si avvale della presenza di una segretaria/infermiera che accoglie i pazienti e ne valuta le richieste. Il clima è colloquiale, gli astanti comunicano apertamente il piacere del recarsi in questo luogo, così come il dispiacere per la sua chiusura, a termine progetto. Come in altre situazioni, forse l'aspetto un po' debole pare essere la gestione della privacy, elemento tuttavia non unicamente imputabile all'ubicazione del luogo.

Polo del 900 – situazione molto tranquilla e silenziosa, a tratti soporifera; appuntamenti con i pazienti evidentemente ben scaglionati perché non si sono mai viste più di due persone in contemporanea. Il medico non usciva mai dallo studio.

I pazienti sono sembrati sempre ben disposti sia verso la situazione che verso il progetto. Hanno sempre accettato di buon grado di compilare il questionario. Discreti e rispettosi, senza esprimere aggressività. Quanto si sentiva

all'ingresso (saluti cordiali di incontro, non solo formali), e le espressioni all'uscita lasciavano una impressione di buona esperienza di incontro con il medico. E la durata degli incontri/visite lasciava sempre presupporre un tempo "dedicato" congruo.

MAUTO - situazione molto dinamica, vivace, caratterizzata da molti suoni per la natura dell'allestimento (ad esempio l'audio dei video e le canzoni d'epoca) sia per la collocazione dello spazio di attesa nella sala espositiva (e quindi con passaggio di visitatori), sia per la presenza contemporanea di più pazienti per lo più non da soli ma con accompagnatore. Il medico entrava spesso nella sala per venire a prendere pazienti o per accompagnare quelli in uscita, salutare l'osservatrice e i volontari. Sembrava mettesse in atto una sorta di intrattenimento di quanti erano lì a vario titolo. Questo poteva far pensare a rischi di "distrazione" dal compito primario di attenzione al paziente, ma dopo le due osservazioni è sembrato più uno stile professionale. La quasi totalità dei pazienti erano stranieri, quindi con aspettative e consuetudini rispetto alla relazione di cura, diverse culturalmente.

3. Ruolo dei volontari

- Accoglienza fin dal punto di ingresso nel luogo per facilitare l'accesso alla sala di aspetto
- Somministrazione del questionario accompagnata in alcuni casi dalla spiegazione del progetto e dall'invito alla visita del luogo
- Raccordo eventuale con il medico rispetto ad ingressi e attese
- Disponibilità di ascolto di eventuali richieste dei pazienti.

La figura del volontario è stata di importanza rilevante nelle fasi esordienti del processo, accompagnando i pazienti ed introducendoli nel senso del progetto. In alcuni casi sporadici, i volontari sono apparsi forse un po' troppo solerti rischiando di risultare elemento di disturbo per pazienti sbrigativi.

Nel corso delle nostre osservazioni i questionari sono stati accolti come un'occasione di partecipazione attiva al progetto, alla cui compilazione è stato dedicato tempo e cura.

In assenza di segreteria, i volontari hanno svolto anche un ruolo di facilitazione dell'esperienza dell'incontro medico/paziente in un luogo inusuale.

In linea generale sono parse persone motivate e abbastanza adeguate, con un buon livello di empatia con i pazienti e orientati a rendere positiva la loro esperienza. L'impressione era di persone che avevano compreso il progetto e che ritenevano fosse una buona opportunità, quindi da utilizzare e valorizzare. Dei facilitatori ma anche dei promotori in qualche modo. In alcuni casi forse possono essere risultati troppo zelanti e quindi a tratti invasivi.

Si rende necessario chiedersi come si potrebbe replicare l'esperienza senza volontari, e quindi come dare continuità ed eventualmente diversamente strutturare, una "funzione di facilitazione dell'esperienza di cura".

4. La relazione sistema curante-paziente

Come si è detto, l'osservazione si è posta sulla soglia; perciò, non è stato possibile osservare la relazione durante la visita. La relazione medico paziente pare giovare della proposta di CdB. I tempi sono distesi, l'incontro del medico con il paziente, quando è stato possibile osservarlo, appare curato negli aspetti di accoglienza.

Il tempo dedicato alle visite, la cura nell'accompagnare verso l'uscita. Ciò che si percepisce osservando è che in questi luoghi, la dimensione dell'ascolto del paziente è come se fosse potenziata. È stata posta attenzione al contenere un primo senso di spaesamento, soprattutto nel caso di pazienti anziani. Il tempo dedicato a ciascun paziente pare dilatato, forse anche perché questi luoghi non sono particolarmente affollati.

I curanti comunicano di sentirsi meno oppressi dalla relazione con il paziente. Alla Biblioteca Primo Levi, l'assistente del medico ha comunicato esplicitamente che il comportamento dei pazienti in questo luogo è meno aggressivo. In questo luogo è stata osservata una cura nella negoziazione delle prescrizioni, un'attenzione ad accogliere le resistenze e/o perplessità per le indicazioni ricevute a cura di questa figura "ponte".

Gli spazi curati nel loro allestimento paiono avere una ricaduta sulla qualità della relazione che risulta a sua volta curata e attenta. I pazienti sono parsi aperti alla relazione, trasmettendo sentimenti di fiducia. Gli stessi volontari hanno raccolto testimonianze di gradevolezza dell'esperienza e dispiacere per la chiusura.

L'impressione era per lo più di pazienti che avevano già una relazione consolidata con il medico. Emergeva un buon clima di incontro medico paziente osservabile sia direttamente dagli incontri in sala di attesa, sia dagli echi delle voci degli accessi nello studio medico e delle uscite: chiacchiera, rimando di fiducia nell'incontro (per non dire di piacere perché andare dal medico non lo è mai), tempo dedicato congruo e comunque non frettoloso, pur nella differenza di stile dei vari medici.

Il clima ovunque è risultato sostanzialmente positivo e comunque accogliente, senza livelli di tensione e disagio evidente, con una capacità di compostezza e di partecipazione delle persone anche a fronte delle richieste legate al progetto tipo il questionario.

5. L'esperienza delle osservatrici

Sempre accompagnata da curiosità, con la sensazione di essere nella posizione privilegiata di far parte di una “bella” sperimentazione orientata a migliorare l'esperienza di cura nei suoi vari livelli. In altri momenti fatica a stare nella parzialità della esperienza: la voglia di varcare i confini del mandato dell'osservazione c'è stata e al MAUTO è stato difficile sottrarsi al caffè alla macchinetta con il medico, la sua tirocinante e il volontario.

Nei report delle osservazioni l'elemento culturale è molto presente nei vissuti delle osservatrici: “l'atmosfera culturale mi pervade”; emerge un sentimento di curiosità rispetto agli spazi; nei report ci sono evocazioni di contesti culturali (il set cinematografico; l'essere ad esposizioni di arte contemporanea come la biennale; l'isola verde di respiro in mezzo al cemento; oasi verde che ingentilisce lo spazio).

L'esperienza contro-transferale è così stata caratterizzata anche da emozioni di distensione e distrazione. Ciò ha comportato in alcuni luoghi un vissuto di lievitazione vacanziero (PAV), in altri il vissuto di essere all'interno di un contesto con una buona capacità di contenimento dell'ansia.

Un vissuto di maggiore spaesamento è offerto dal Museo Egizio, luogo dall'identità forte in cui la percezione dell'operosità del luogo è persa all'esperienza di chi ha osservato come un po' più difficilmente integrabile con la funzione di luogo di cura. Il sovrapporsi delle funzioni compresenti, in questo caso, genera qualche attrito. Il luogo il cui impatto architettonico è imponente genera nella prima visita moti di curiosità ed eccitazione.

Talvolta l'incrociarsi delle funzioni dei luoghi pareva “distraessero troppo”, rendendo forse un po' più faticoso quel bisogno di raccogliersi prima dell'incontro con il proprio medico.

I disagi sono stati legati a: elementi ambientali (il caldo soffocante ad esempio), disguidi organizzativi (due osservazioni fatte “in assenza”), difficoltà a volte di non sapere “dove mettersi” perché in sala d'aspetto i pochi posti a sedere erano occupati dai pazienti, invadenza di alcuni volontari e tenuta della distanza legata al mandato.

Consulenza alle osservazioni

a cura di Mario Perini

Oltre ad alcuni incontri di programmazione e di formazione dei medici e dei volontari sono state svolte due sessioni, ciascuna della durata di 2 ore, di consulenza al team delle osservazioni, dove sono state discusse ed esaminate insieme le esperienze osservative di tipo prossemico e quelle di tipo istituzionale.

L'integrazione e la collaborazione tra culture architettoniche e culture psico-sociali è stata rilevante e fruttuosa ai fini di un'osservazione che doveva fornire dati ed elementi necessari per una verifica dell'efficacia del Progetto Cultura di Base.

Per le persone che hanno svolto questo ruolo di osservatori il compito, anche se apprezzato e percepito come utile e stimolante, è stato complesso e faticoso sia perché il contesto si è rivelato in qualche misura spiazzante anche per loro, sia perché – come è stato osservato – il cuore dell'indagine sull'alleanza di lavoro, la sala visita dove il medico incontrava i pazienti, non era ovviamente osservabile.

Un altro problema è stato rappresentato da una certa “labilità dei confini” tra gli spazi destinati all'offerta artistico-culturale per i visitatori e quelli dedicati alla cura dei pazienti, inevitabile data la sperimentale del programma ma forse a volte fonte di qualche confusività nelle relazioni tra i vari soggetti e tra il Progetto e le istituzioni che l'hanno ospitato, oltre che di una certa riduzione della privacy, rappresentata anche dalle porte aperte di alcuni degli studi medici.

E' stata rilevata una significativa “diversità ambientale” tra i contesti museali e quelli più liberamente accessibili come la biblioteca e in qualche misura il Polo del '900, e tra questi spazi “laici” aperti ai visitatori e la “sacralità dello studio medico” riservato ai pazienti, diversità che richiederebbe forse ulteriori interventi di integrazione tra pubblico e privato, dove il ruolo dei volontari e delle figure di supporto al medico (infermiere e segretarie) si è rivelato cruciale.

Un elemento critico che ha coinvolto tutte le sedi del Progetto, anche se in misura diversa, è rappresentato dalle zone d'attesa, spesso piccole o inadeguate, ridotte a punti d'arrivo o collocate in spazi di transito, nell'insieme poco “pensate” se si considera che sono i luoghi dove si concentrano le emozioni difficili degli utenti, in particolare l'ansia, la paura e l'irritazione.

Nella valutazione dell'alleanza di lavoro nei contesti di cura non va trascurato il ruolo svolto dai medici che hanno

aderito al Progetto, per quel che riguarda le loro motivazioni a parteciparvi, la loro personalità, le condizioni effettive in cui si sono trovati a lavorare e le relazioni consolidate – positive o negative che siano – con i loro pazienti.

Nell'insieme le osservazioni prossemiche e istituzionali effettuate hanno dimostrato di poter funzionare come un utile dispositivo per valutare gli effetti dell'esposizione agli spazi di "architettura intensa" e agli stimoli artistico-culturali sul benessere dei pazienti e dei curanti e sulla loro alleanza di lavoro. Tuttavia, sono pur sempre metodologie qualitative, basate sulla percezione soggettiva e in grado di cogliere solo una parte dei fenomeni in gioco; occorre quindi tenerle ben distinte da quelle di tipo più quantitativo, "misurativo" e obiettivo (come questionari e interviste) con le quali dovranno confrontarsi ed integrarsi – così come con le indagini e le narrazioni di tipo antropologico – per arrivare a conclusioni coerenti e affidabili sugli esiti del Progetto. Si tratta dopo tutto di attivare una "visione binoculare" per cogliere i processi più in profondità e in tutte le loro dimensioni.

Come ci ha raccontato un'osservatrice, questa esperienza le ha ricordato una poesia armena che dice: "Guardo con un solo occhio. Il secondo è di vetro: e con questo solo occhio vedo molto, però con il secondo di più, perché con quello sano io vedo... ma con quello cieco... sogno".

04.

Racconto etnografico

A cura di
Consuelo Nocentini



1. Introduzione

Quanto è profondo l'impatto della cultura sul benessere della persona e della comunità?

A partire da questa domanda, il progetto Cultura di Base partecipa alla grande sfida che riguarda l'umanizzazione della cura e dei suoi spazi, promuovendo una sperimentazione che porta i medici di medicina generale e i loro ambulatori, soggetti e contesti chiave in tema di accesso e diritto alla salute, nei musei e negli spazi di promozione culturale della città di Torino.

Attraverso lo stimolo di contesti ad architettura intensa e ad alto impatto artistico-culturale, Cultura di Base propone di esplorare la relazione e l'alleanza tra medico e paziente, conferendo centralità alla cura e all'attenzione per i contesti dove si realizza questo incontro fondamentale per tutti/e i/le cittadini/e.

Attraverso una vasta compartecipazione di partner di progetto¹ e un focus incisivo e originale, Cultura di Base si presenta come un intervento realmente unico nel panorama italiano dell'innovazione sociale, un esempio di buona pratica nascente che, come tale, deve essere raccontata e valorizzata.

Questo racconto etnografico intende ripercorrere le varie fasi che hanno portato il progetto alla sua sperimentazione. A partire dalla chiamata di Fondazione Compagnia di San Paolo alla Fondazione per l'architettura di Torino, risalente alla fine dell'anno 2020, il progetto Cultura di Base ha visto un intenso lavoro di co-progettazione a cui si sono avvicinati, progressivamente, tutti i vari partner di progetto. Al soggetto capofila si sono aggiunte le realtà afferenti al settore della cultura, il Circolo del Design e Arteco, a cui dobbiamo un lavoro di ricerca capillare delle realtà museali e di produzione culturale presenti sul territorio torinese; e il comparto medico con il coinvolgimento prima di ASL Città di Torino e dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino (OMCeO) e, in seguito, dei sette medici che hanno risposto alla chiamata e deciso di affrontare questa prima sperimentazione. Il gruppo di lavoro ha visto aumentare le sue fila anche grazie all'apporto dell'agenzia TODO, professionisti nell'elaborazione e del design dell'esperienza e dell'architetto Gianluca Macchi, identificato tramite apposito bando per l'incarico dell'allestimento dei vari studi medici. Infine, in merito alla dimensione valutativa della fase di sperimentazione di Cultura di Base, il progetto ha visto la partecipazione dell'associazione ASVAPP, impegnata nella formulazione e nell'analisi di questionari valutativi somministrati a utenza e medici coinvolti nella sperimentazione; de Il Nodo Group, associazione dedicata all'osservazione istituzionale dei luoghi di cultura e dell'interazione tra questi e l'utenza in attesa della visita medica e, per concludere, di un punto di vista più etnografico che osservasse in maniera complementare la sperimentazione in atto e potesse raccontarne la sua dimensione più processuale.

Infatti, seguendo la stessa cronologia del percorso progettuale, questo testo si divide in due fasi complementari e altrettanto fondamentali: da un lato intende esplorare le dinamiche processuali, troppo spesso invisibili, che stanno alla base della co-costruzione di progetti interdisciplinari come Cultura di Base e che si rivelano fondamento della buona riuscita del progetto stesso.

Dall'altro lato, in modo complementare alle osservazioni istituzionali e alla somministrazione dei questionari valutativi previsti per i/le partecipanti alla sperimentazione, il presente racconto intende dare voce ad alcuni/e protagonisti/e di questa esperienza innovativa, includendo non solo le riflessioni di medici e pazienti, ma anche i differenti punti di vista degli/delle operatori/ici dei luoghi di cultura selezionati e dei/delle volontari/ie che hanno contribuito attivamente alla sua realizzazione.

Il presente contributo non può e non vuole avere un valore esaustivo rispetto al racconto di un progetto che ha coinvolto, a più livelli, così tanti attori ma, piuttosto, rappresenta un'occasione esplorativa: una raccolta di testimonianze significative che non solo possono aggiungere sapere, competenze ed esperienze al racconto del progetto ma che, soprattutto, possono orientare una sua possibile ricalibratura, ancora più incisiva, per fare di questo progetto un modello virtuoso di buona pratica, replicabile non solo nel contesto torinese ma con un più ampio respiro.

Questo racconto etnografico si presenta come una restituzione polifonica e corale di un lavoro interdisciplinare e collettivo e dell'impegno che ciascun partner vi ha apportato, invitando chi legge a dare valore, anche in ottica di monitoraggio e valutazione, al carattere processuale e dinamico di un intervento come quello proposto da Cultura di Base.

¹ A partire dal soggetto capofila Fondazione per l'architettura di Torino, i partner coinvolti sono stati: Circolo del Design, Arteco, Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino (OMCeO), ASL Città di Torino; con la partecipazione di ASVAPP, TODO, il Nodo Group e NI.DO Studio di Architettura Torino.

2. Note metodologiche

Questo resoconto si è avvalso principalmente di metodi etnografici e qualitativi propri della disciplina antropologica. Il termine etnografico descrive un approccio immersivo, su piccola scala, orientato alla comprensione dei micro-contesti e ai processi relazionali che caratterizzano l'esperienza delle persone che li vivono, da un remoto villaggio in un'isola del pacifico fino allo sportello dell'anagrafe che possiamo trovare dietro casa.

Da questa particolare attenzione, il metodo etnografico mira a produrre una conoscenza condivisa tra il/la ricercatore/ice e i suoi interlocutori/ici, privilegiando forme dialogiche e polifoniche sia a livello di indagine e raccolta dati, sia per la loro restituzione.

Per quanto riguarda la prima fase di questo racconto etnografico, riguardante la dimensione processuale e le dinamiche di integrazione e co-costruzione interprofessionale del progetto, sono stati realizzati momenti di osservazione partecipante alle riunioni in plenaria del gruppo di progettazione e una serie di interviste dedicate a ciascun partner di progetto.

In merito alla fase di racconto e valutazione della sperimentazione, sono state realizzate osservazioni dei percorsi di formazione a medici, operatori/ici della cultura e volontari/ie, prima della loro presa in carico del servizio; la partecipazione alle cicliche supervisioni dell'associazione il Nodo, gruppo multiprofessionale dedicato all'osservazione istituzionale dei luoghi di cultura/cura; interviste di tipo qualitativo con medici, pazienti, operatori/ici della cultura e responsabili del segmento del volontariato.

Tutte le interviste qualitative sono state svolte in un momento cronologicamente successivo, sia rispetto alla fase progettuale, sia a quella sperimentale, per favorire la capacità riflessiva dell'interlocutore/ice nel raccontare un'esperienza che potesse già essere stata in parte incorporata, sedimentata e pensata in forma situata e contestuale.

Seppur in forma abbozzata, molte interviste hanno rivelato un carattere fortemente immaginativo, tanto che un ultimo capitolo della narrazione sarà dedicato a valorizzare le possibili nuove piste progettuali che i/le partecipanti hanno intravisto tra le trame di questi primi mesi di sperimentazione.

La partecipazione alle interviste è stata di carattere volontario e ha rappresentato un'occasione per portare il proprio punto di vista, per prendere parola e raccontare la propria esperienza soggettiva del progetto Cultura di Base, sia per chi ha preso parte alle fasi di ideazione e progettazione del percorso, sia per chi ha avuto l'opportunità di parteciparvi.

All'interno del resoconto saranno riportati alcuni estratti dalle conversazioni avute con gli/le intervistati/e volti a valorizzare le parole stesse con cui hanno scelto di parlare della propria esperienza; questi estratti saranno affiancati da alcune riflessioni etnografiche, più analitiche e decentrate, che intendono contribuire ad una produzione di conoscenza sul progetto e ad una sua valutazione che tragga origine dall'expertise e dal valore generativo di ciascun punto di vista raccolto.

In ultima battuta, è bene sottolineare che si è cercato il più possibile di mantenere l'anonimato delle testimonianze riportate, privilegiando, qualora utile al discorso, l'esplicitazione del ruolo professionale del parlante.

3. Cultura di progetto

La prima parte di questo resoconto è dedicata alla fase di ideazione e co-progettazione dell'intervento progettuale. L'obiettivo principale è quello di mettere in luce e valorizzare le dinamiche processuali che sottintendono la realizzazione di un progetto corale come Cultura di Base. Un'esigenza che si radica nell'idea che percorsi di questo tipo, lungi dal costituirsi solo in termini di risultati ottenuti, rappresentino l'occasione per condividere saperi, esperienze e visioni eterogenee su uno stesso oggetto di lavoro e, proprio in virtù di questa commistione, contribuire alla diffusione di una cultura di progetto sempre più interdisciplinare e fondata sul valore relazionale e generativo del "fare insieme".

In questa fase, il resoconto affronterà alcuni temi che hanno caratterizzato il progetto sin dai primi momenti di costruzione della proposta di intervento e del gruppo di lavoro, compreso il fondamentale coinvolgimento dei partner sanitari.

Attraverso la lente dell'antropologia, esploreremo alcune questioni chiave proprie del lavoro interdisciplinare e della commistione tra culture e profili professionali così diversi tra loro.

Cultura di Base ha infatti visto partecipare alla sua ideazione, progettazione e realizzazione ben cinque partner ufficiali e altrettanti fornitori, in un gioco di sguardi e azioni complementari che ha certamente rappresentato una

sfida in termini di progettazione.

Data la complessità del tema e l'impegno che ciascuno/a ha apportato al percorso, questa prima parte intende restituire una retrospettiva riflessiva su cosa significhi lavorare insieme, attraverso l'analisi di alcuni elementi emersi come significativi per il progetto e per le persone che vi hanno partecipato, sia in termini di opportunità che di criticità.

I primi passi di un lavoro corale

3.1. Ideazione: da un interesse comune ad un obiettivo innovativo

Cultura di Base nasce da una chiamata "in corsa" da parte di Fondazione Compagnia di San Paolo alla Fondazione per l'architettura di Torino, poiché selezionato come quarto e ultimo tra i progetti pilota del percorso sperimentale *Well Impact: Cultural Wellbeing Lab*, promosso dalla fondazione bancaria e volto a promuovere interventi di umanizzazione della cura e dei suoi luoghi e a generare un impatto innovativo, anche dal punto di vista culturale, nella relazione tra salute e cultura.

Una chiamata inaspettata per il gruppo di professioniste della Fondazione per l'architettura di Torino che hanno però trovato la proposta *"stimolante, interessante e nelle nostre corde...qua non tutte siamo architetti, c'è chi ha fatto economia, chi psicologia, scienze della comunicazione... siamo abituate a lavorare in maniera trasversale e multidisciplinare e a costruire processi e percorsi"*

Ho scelto di riportare queste parole perché racchiudono le fondamenta di Cultura di Base e le tematiche chiave che questo resoconto intende valorizzare: questo, infatti, vuole essere il racconto di un processo trasversale, che abbraccia la salute e la cultura osservandole sotto un unico sguardo olistico, e che si caratterizza, fin dal momento della sua immaginazione, per un lavoro corale e interdisciplinare.

"Avevamo già sviluppato progetti sul tema dell'umanizzazione degli spazi di cura, in due reparti ospedalieri. Questi due progetti ci hanno collocato in una nicchia scoperta: si parla tanto di luoghi di cura e umanizzazione di cura, ma non attraverso il luogo di cura. Anche nelle linee guida dell'OMS sul benessere, tra cultura e arte, manca all'appello l'architettura."

"Non ho un background professionale di arte o usi medici dell'arte ma quello che mi ha interessato di più, dal mio punto di vista personale, è che allargare gli interessi per i medici verso ambiti a cui professionalmente non pensano è interessante per loro, per i pazienti e per l'immagine del medico. e anche per i cittadini per un'immagine diversa dell'idea che si ha della medicina"

Le testimonianze qui riportate, oltre a riflettere una parte di multidisciplinarietà del progetto (provengono rispettivamente da interviste realizzate a partner con background di studi di tipo economico e medico) sono esemplificative di un interesse comune che tutte/i le/i partner di progetto hanno espresso nei confronti della capacità generative dell'incontro cultura e salute.

Questa comunione di intenti e orientamenti ha costituito però solamente la base da cui partire: la progettazione è andata incontro alla stesura di varie bozze, alla condivisione di vari ripensamenti, alla delicatezza di numerosi momenti di negoziazione tra le varie parti per arrivare alla stesura del progetto e all'identificazione del suo obiettivo primario. Inoltre, non sono mancati ostacoli logistico-organizzativi, dalla messa a punto di ambulatori medici in spazi come i luoghi della cultura, pensati per tutt'altre funzioni, alle restrizioni e normative dovute alla ben più generale pandemia di Covid 19.

Nelle prossime pagine affronteremo alcuni dei nodi di questo articolato percorso; tuttavia, le due testimonianze sopra riportate hanno un ulteriore valore esemplificativo poiché rappresentano, in un certo senso, l'esito di questo percorso, ovvero i due poli, innovativi e sfidanti, che fanno del progetto *"un'idea dritta, complessa sì, ma anche asciutta"*: da un lato il discorso sui luoghi della cura, dall'altro il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

"Cultura di Base, secondo me, funziona perché ha una linea dritta: i medici di medicina generale nei luoghi della cultura. Altre ipotesi erano nella loro essenza troppo complicate. Questo era un tema di super frontiera, c'era bisogno di un'idea essenziale, semplice nel suo essere avamposto, poi la complessità organizzativa non è molto semplice"

Da un lato, dunque, i luoghi della cultura: l'interesse per gli spazi, per i contesti di cura e di cultura come spazi di relazione, per la loro architettura e per la cura e l'attenzione che meritano. D'altro canto, invece, l'importanza del

coinvolgimento di figure delle cure primarie a progetti innovativi e interdisciplinari come questi, sia perché permettono una visione più ampia del concetto di salute, sia perché tali professionisti rappresentano figure “di soglia” tra il mondo della sanità e quello dei membri della comunità.

L'entrata dei medici nell'arena progettuale, come vedremo in un capitolo dedicato, rappresenta infatti un valore aggiunto al progetto stesso, una di quelle caratteristiche davvero innovative e, proprio per questo, capace di ricadute che potrebbero diventare capillari sul territorio:

“Con i medici di medicina generale mi sono accesa: di pancia ti dico che l'intuizione era ottima perché loro sono 'Entry Point' tra società e sanità; hanno una rete enorme sul territorio, forniscono un presidio capillare. Lo abbiamo visto anche con il Covid, l'importanza della loro vicinanza anche umana con la popolazione ma anche le loro fragilità.”

3.2. La creazione del gruppo di lavoro

Il passo successivo alla chiamata da parte di Fondazione Compagnia di San Paolo è stato senza dubbio la costruzione del gruppo di lavoro. Cultura di Base rappresenta un percorso corale e profondamente interdisciplinare. Come abbiamo visto, tra partner e fornitori “attivi” nella progettazione, le riunioni plenarie di progettazione hanno visto una partecipazione molto alta di persone afferenti a più di otto diversi enti e associazioni.

Come ribadito più volte, conciliare tante posizioni e voci differenti non è stato un percorso semplice e ha rappresentato una grande sfida: tuttavia, nella sua fase più embrionale, è emerso un elemento che vale la pena segnalare e che situa questo percorso, fin dagli inizi, in un incubatoio di buone pratiche, prima tra tutte la centralità della dimensione collettiva e relazionale che è stata privilegiata durante la scelta dei partner.

Nel cercare le competenze richieste dal progetto, riassumibili in termini di “*medicina di base, design, architettura e arte*”, Fondazione per l'architettura in primo luogo, e a caduta tutte le altre collaborazioni inserite nel corso della progettazione, hanno privilegiato un approccio più “collettivo”, rivolto dunque al coinvolgimento di istituzioni o gruppi piuttosto che singole personalità:

“Complice il nostro carattere di 'Ordine', abbiamo sentito più nelle nostre corde l'esigenza di collaborare non tanto con un singolo artista quanto con un gruppo che facesse curatela (Arteco), così come per la parte di design (Circolo del Design) e anche per la parte medica: sapevamo che non volevamo collaborare, per esempio, con una singola RSA ma con l'Ordine dei Medici e loro, a loro volta, hanno coinvolto la ASL”

Al carattere collettivo della scelta dei partner, si è affiancata fortemente la componente relazionale e di conoscenza e stima reciproca affinata in molti anni di collaborazioni, questo è il caso, per esempio, della collaborazione di Arteco e del Circolo del Design (e a ricaduta dell'agenzia TODO (nuovamente un gruppo e non una singola professionalità, segnalato dal Circolo del design per esperienze pregresse).

“Sapevamo che avere tanti partner era l'idea giusta ma avevamo avuto esperienza di poca trasparenza o poca affidabilità e questo ci aveva molto affaticato, ci siamo resi conto che questa cosa sarebbe stata onerosa allora abbiamo cercato dei partner con cui avere una relazione semplice, lineare”

“Volevo persone che rappresentassero sì le istituzioni, ma che avessero anche caratteristiche caratteriali: volevamo persone positive, aperte, curiose e che non cercassero continuamente scontri. Arrivavamo da un periodo di continui conflitti e siccome il progetto era così bello, e parlava proprio di cultura del progetto era fondamentale che ci fosse cultura e rispetto tra di noi [...] Anche nella scelta dell'architetto, anche se avvenuta tramite bando, a parità di competenze abbiamo privilegiato la dimensione caratteriale e relazionale, non volevamo 'l'archistar' dall'ego smisurato che voleva solo mettere la sua firma al progetto... ci voleva qualcuno serio e preciso ma più umile, che lavorasse per il bene del progetto e non per il proprio ego...”

Le priorità finora illustrate ben esprimono il riconoscimento del valore reale delle competenze relazionali, di quel “saper fare” che troppo spesso riceve scarso riconoscimento e/o viene nascosto da dinamiche fin troppo clientelari nella costruzione della rosa dei partner di progetto.

Il lavoro di gruppo, soprattutto quando rappresenta un tentativo di lettura condivisa e interdisciplinare di un tema complesso come il binomio cultura e salute, può rappresentare un importante potenziatore analitico, in grado di garantire interventi più efficaci e di beneficio per tutti gli attori coinvolti. Tuttavia, la suddetta relazione non appartiene al mondo dei rapporti causa-effetto quanto piuttosto all'allenamento quotidiano all'integrazione multiprofessionale, ad una condivisione e valorizzazione delle competenze di ciascuna parte del gruppo di lavoro in termini cooperativi, piuttosto che di competitività.

Questo “saper fare”, che non si impara sui libri ma nel “fare insieme” quotidiano rappresenta una delle maggiori sfide a percorsi che intendono fondarsi su metodi partecipativi e di co-progettazione. È a questo proposito che il presente resoconto ripercorre alcuni nodi, critici e non, di questo percorso corale, affinché questo continuo allenamento, così fondamentale per la buona riuscita del progetto, non scompaia dietro i risultati finali della sperimentazione ma possa fornire se non proprio linee guida quanto alcuni suggerimenti per chiunque si affacci alle porte di questa sfida di integrazione.

3.3. L'ingresso dei medici

Per convenienza, possiamo dividere il gruppo di co-progettazione di Cultura di Base in due macro segmenti: da un lato un fronte “culturale”, rappresentato da quei partner che per formazione e modus operandi si interfacciano con il mondo delle attività e della progettazione di interventi socioculturali; dall'altro un fronte “sanitario”, composto principalmente da professionisti/e sanitarie.

Prima di affrontare le tematiche che hanno fatto da sfondo all'integrazione professionale di questi due macrosettori, è importante fare un affondo sull'ingresso e sul ruolo attivo dei medici nella progettazione, presenza che, come abbiamo visto, si configura come tra le più innovative e sfidanti del progetto.

Nonostante il coinvolgimento del settore medico fosse dato “*da progetto*”, in quanto cardine del binomio salute e cultura e focus generale del percorso *Well Impac. Cultural Wellbeing Lab*, l'idea di coinvolgere i medici di medicina generale e i loro spazi di cura e, spostando ancor di più l'asticella del rischio, trasportare i loro ambulatori nei luoghi della cultura, ha rappresentato un cluster di elementi davvero innovativi, non solo per quanto riguarda gli obiettivi del progetto, quanto, soprattutto, per “*l'entrata metodologica dei medici nella costruzione del progetto*”.

Il “fronte medico” infatti, sebbene non sia il vero e proprio ideatore del progetto, ha fortemente collaborato e partecipato, fin dai primi giorni, alla sua affinazione e, in un secondo momento, alla sua co-costruzione e valutazione, “*non solo come una componente di consulenza ma con un vero e proprio coinvolgimento nel progetto*”.

“I medici di medicina generale sono una categoria difficile da coinvolgere, anche per questo la nostra idea ha suscitato interesse in Compagnia di San Paolo. I medici di medicina generale sono, per la loro natura autonoma, difficili da classificare e recuperare per progetti sperimentali come questo, la ricerca innovativa di solito viene fatta in ospedale... questa cosa è risultata interessante”

“I medici hanno portato ricchezza culturale, con una visione culturale della propria professione. Persone molto aperte a mondi altri e molto competenti nel loro: tre cose che creano il miglior terreno su cui progettare insieme”

Gli/le intervistati/e hanno segnalato che l'apporto dei medici è stato fondamentale fin dalle prime discussioni e negoziazioni con la committenza, sia contribuendo alla centratura dell'obiettivo progettuale (il miglioramento del rapporto medico-paziente e della loro alleanza), sia nella concreta realizzazione della sua sperimentazione, portando in particolare modo il loro punto di vista sull'utenza e sulla messa in condizione dei luoghi di cultura di ospitare un ambulatorio medico.

“Per esempio, c'erano molte variabili di pazienti da inserire nella progettazione: ne abbiamo parlato molto perché questa è una parte della professione che gli altri non possono conoscere, per questo non arrivano alle necessità concretissime che hanno le persone...”

Inoltre, il segmento “sanitario” del gruppo di progettazione ha dato un notevole contributo alla dimensione più valutativa del progetto: oltre all'intuizione rispetto agli elementi da valutare come obiettivi primari del progetto, riassumibili nei termini di miglioramento dell'alleanza medico paziente, la costruzione stessa dei questionari quantitativi valutativi e la selezione delle domande più efficaci da rivolgere a medici e pazienti è nata da “*un esempio reale di collaborazione fattiva con ASVAPP, in cui noi medici abbiamo molto aiutato nella traduzione e nel rendere parole del questionario empatiche e comprensibili per la più vasta platea di utenza*”.

Questa ulteriore collaborazione ha rappresentato, agli occhi dei/delle diretti/e interessati, un importante passo avanti nell'annosa questione del riconoscimento professionale poiché “*ciascuno ha una competenza specifica, noi abbiamo trovato il tipo di questionario, abbiamo fatto quello che sappiamo fare, c'è stato questo riconoscimento!*”

Come visto in precedenza, Cultura di Base ha anche dovuto fare i conti con le limitazioni imposte a livello nazionale dalla pandemia di Covid 19 e dalle prescrizioni che gravavano sia sul comparto sanitario ma anche su quello culturale del progetto. La presenza dei medici e, soprattutto, la loro visione “dall'interno” della diffusione del virus pandemico ha rappresentato un importante, seppur faticoso da trasmettere, fattore di consapevolezza del gruppo di lavoro, in particolare nell'affrontare le frustrazioni che derivano dai continui rimbalzi nella partenza della sperimentazione. Come ricorda un medico:

“Io vivo le ondate da prima, a voi arriva il picco ma io lo vedo tutti i giorni. C'è proprio una visione sfalsata... rispetto a questo mi ha aiutato però immaginare e dirmi: - quando esci da questo studio ci sono persone che non hanno la più pallida idea di cosa stia succedendo! - . Al contempo ho capito la difficoltà di far passare il messaggio... Già a metà dicembre avevo capito che la sperimentazione che doveva iniziare a fine gennaio sarebbe stata rimandata. Io l'avevo capito ma altri no perché non vivono questa cosa in prima persona”.

La presenza e la partecipazione dei medici di medicina generale alla co-progettazione dell'intervento apre la riflessione su un ulteriore elemento che riguarda la professione medica e la possibilità di ampliamento di ricadute e disseminazione insite nel progetto Cultura di Base.

Il primo impatto con la presenza dei professionisti dell'Ordine dei Medici, così come dell'azienda ASL Città di Torino, ha generato un generale e positivo stupore rispetto al *“vederli fuori dai loro contesti professionali”*, considerando anche lo stress e la saturazione di responsabilità a cui la categoria è andata incontro nel periodo pandemico.

A tal proposito è interessante la testimonianza di una professionista in ambito di design e progettazione per cui la partecipazione a percorsi così sperimentali è fortemente radicata nella stessa deontologia professionale (*“noi esistiamo per progetti sperimentali...”*)

“loro sicuro sono entrati in una zona di non comfort, portandosi dietro anche tutte le loro normative, sovrastrutture. Il loro atteggiamento era di grande apertura. Ho provato stupore non tanto per la categoria professionale quanto per la loro indole, la loro capacità di stare lontani dalla loro zona di comfort”.

Affrontando questo discorso e queste reazioni di stupore con alcuni/e professionisti/e sanitari/ie coinvolti nel progetto sono emerse delle testimonianze interessanti in merito alla formazione e alla professione stessa del medico di famiglia:

“Questo è un problema generale perché i medici oggi hanno un'ottima preparazione tecnica, ma una scarsa esperienza pratica e capacità, per esempio, di visitare. Soprattutto hanno scarsa propensione alla relazione e alla comunicazione. All'università non c'è nessuna formazione di questo tipo... è come se uscissi dall'università senza che nessuno mi abbia insegnato a leggere una radiografia, non sarebbe pensabile. Questa minima competenza dovrebbe esserci anche sulla comunicazione ma si dà per scontato che si sappia comunicare con il paziente. Credo che questa esperienza caratterizzata sulla comunicazione, sulla relazione e sull'alleanza possa motivarli a sentire di più questa esigenza e questo aspetto nella professione. È una grande opportunità.”

E anche:

“Forse non ci pensiamo neanche ad uscire dall'ordinario. Io sono una persona molto interessata all'arte dal mio punto di vista personale ma nella professione questo non sono riuscita a portarlo. Non avevo molta autonomia per poterlo fare, almeno fino a che non ho aperto il mio studio! I medici di medicina generale hanno molti ostacoli e forse è anche per questo che hanno una visione così rigida del mondo: prima devi passare il test, devi essere determinato, lo devi volere e poi entri e la tua vita è finita perché devi studiare tantissimo.”

Queste testimonianze offrono una fotografia molto critica della situazione dei medici di medicina generale e devono rappresentare uno spunto di riflessione per favorire un ulteriore coinvolgimento della categoria in progetti di questo tipo che *“portano creatività e leggerezza in accezione positiva in una professione che è molto rigida ma al contempo molto umana, non è solo matematica: devi avere il rigore scientifico ma una capacità di ascolto e di sapere sentire l'altro che non trovi nelle scienze dure... Fa bene a livello professionale costruire questo progetto”.*

Tutti/e i/le partner coinvolti nella realizzazione di queste interviste concordano con il ritenere questo incontro progettuale tra cultura, intesa sia come arte, che come design e cultura di progetto, e la cura, intesa sia come medicina ma anche come attenzione e presa in carico, come uno dei principali punti di forza dell'esperienza di progettazione di Cultura di Base. Tuttavia, questo confronto presuppone una portata ancora più ampia: configurandosi come un momento unico di incontro e riconoscimento tra professionisti/e che si occupano generalmente di temi all'apparenza molto distanti, rivela la sua capacità di ribaltare orizzonti e automatismi progettuali, come ci ricordano le parole di un'intervistata:

“Avevo pensato che i principali beneficiari del progetto fossero i pazienti ma dal dialogo con i medici è emerso che fossero allo stesso livello. È stato uno scatto di progetto interessante, che ha cambiato gli orizzonti”.

Progettare insieme

3.4. Negoziare un linguaggio condiviso: come parliamo delle cose

“L’elemento più interessante è stato il momento di fusione con l’ambito scientifico, nel senso che inizialmente la discussione è avvenuta in un ambito strettamente culturale, in un dialogo con il Circolo, Artec e Fondazione. In qualche modo parlavamo lo stesso linguaggio, magari avevamo idee leggermente diverse però avevamo una modalità abbastanza strutturata e un linguaggio comune. Ci siamo resi conto, cercando di costruire il progetto e in dialogo con i nostri interlocutori, con la committenza, che era un po’ un parlarsi tra persone che hanno davvero dei punti di vista affini e che c’era bisogno invece di integrare la visione di chi conosce gli stessi temi da un’altra prospettiva. Poi sono arrivati i medici in massa e se all’inizio c’è stato disallineamento a livello di linguaggio, complessivamente è stato un rapporto molto costruttivo. Eravamo pronti alla differenza, loro sono abituati a fare progetti in un altro modo ma vuoi anche l’autoselezione delle persone coinvolte, l’obiettivo comune lo abbiamo rapidamente identificato nella sua essenza. Le difficoltà erano come arrivarci e come descrivere gli obiettivi. Però forse il condividere davvero il tema del benessere come obiettivo finale da raggiungere ci ha permesso di lavorare insieme e costruire un dialogo non dico semplice ma in cui ho percepito un continuo miglioramento.”

La testimonianza qui riportata riassume in poche parole la complessità progettuale e organizzativa e la ricchezza di un progetto fondato sull’interdisciplinarietà, in particolare perché affronta, da un punto di vista esperienziale, la sfida di costruire un linguaggio più ricco in termini di competenze professionali e visioni sull’oggetto di lavoro; un linguaggio condiviso seppur a partire da visioni, orientamenti e vocabolari spesso differenti, se non addirittura contrapposti. Secondo le riflessioni della disciplina antropologica, infatti, costruire in maniera interdisciplinare uno stesso oggetto di lavoro comporta interfacciarsi e conciliare molti fattori che possiamo definire intersezionali: diversi approcci disciplinari, differenti modelli operativi, missioni professionali eterogenee sono solo alcune delle caratteristiche che fanno della co-progettazione un percorso emblema della complessità del mondo che ci circonda.

In particolare, riflettere sul linguaggio che usiamo quotidianamente per descrivere le nostre esperienze, le nostre professioni e competenze significa anche pensarlo non solo come forma di espressione quanto come esemplificazione del repertorio di valori, idee, rappresentazioni che conferiscono senso e orientano le nostre azioni, dal nostro mondo più intimo e privato a quello pubblico, professionale.

“Per noi cultura è cultura di progetto, per Compagnia era anche altro, era arte, musica, teatro...”

“Provando a spiegarti, a volte capisci che stai parlando della stessa cosa, stai solo usando nomi diversi oppure con la stessa parola stai intendendo cose differenti...”

“Ci interessava avere anche un partner che parlasse come noi, senza bisogno di stare a spiegare”

“Confrontandoti con altre realtà impari un linguaggio nuovo, o quanto meno lo ascolti. Però mi sono resa conto che ci sono setting specifici, tipologie di frasi che sottintendono ovviamente concetti ma a cui non avrei mai pensato”

Le cinque testimonianze qui sopra riportate provengono da interviste a persone diverse o da momenti diversi di una stessa intervista e segnalano come quello del linguaggio e della sua traduzione sia stato un esercizio costante, complesso e alle volte anche strategico e rafforzativo da parte del gruppo di progettazione.

Inoltre ben dimostra come rappresenti una necessità per ogni livello di partecipazione al progetto: nella prima osservazione possiamo rintracciare, per esempio, le differenze rispetto al significato del termine “cultura”, emerse fin dalle prime negoziazioni con il soggetto committente; oppure, contestualizzando la seconda osservazione, possiamo vedere come l’esito di tante negoziazioni, alle volte anche frustranti, porti spesso a riconoscere che le intenzioni sono spesso molto più vicine che le parole che usiamo per esprimerle.

Proseguendo con le conversazioni qui sopra riportate, possiamo vederne l’utilizzo strategico ovvero come in progetti che coinvolgono una così vasta eterogeneità di partner, parlare uno stesso linguaggio possa avere un ruolo rafforzativo nella valorizzazione del proprio pensiero e nell’esercizio di tradurlo agli altri soggetti interessati.

Infine, segnalano anche come l’apporto di un linguaggio e di prospettive differenti possa essere auspicato da un gruppo di lavoro che riconosce il valore generativo della “biodiversità”, anche dal punto di vista linguistico e di rappresentazione dell’oggetto di lavoro, soprattutto quando si tratta di creare le condizioni perché un progetto possa essere un’esperienza generalizzabile e capace di comprendere beneficiari anche molto differenti.

3.5. Habitus e confini professionali

Dalle interviste realizzate al gruppo di progettazione è emersa una generale propensione, da parte di tutti e tutte, ad una divisione del lavoro che tenesse conto delle specifiche professionalità. Alcune testimonianze riportano per esempio, che *“il gruppo si è guidato da sé con tanto senso di responsabilità, qualcosa di molto raro, nessuno ha spinto per maggiore visibilità o maggiore responsabilità e questo è stato meraviglioso”*.

Questa sensazione positiva è stata supportata anche dalla dimensione ciclica del progetto che ha visto, di volta in volta a seconda della fase di co-progettazione, un impegno variabile di ciascun partner:

“Ciclicamente è cambiato l’impegno dei partner. Il nostro, essendo capofila, è costante, e anche molto impegnativo ma, per esempio, adesso il Circolo del Design sta lavorando meno, mentre sta lavorando molto Arteco che segue tutti i luoghi, poi la sperimentazione sarà sul campo e toccherà a medici, operatori culturali e volontari e noi ci rilasseremo e inizieremo ad essere anche un po’ osservatori...”

Per quanto la costruzione del gruppo di lavoro sia stata basata sulla stima reciproca e il rispetto di ciascuno, fin dalle variabili più relazionali che abbiamo visto introdurre nella stessa selezione dei partner di progetti, sono emersi degli elementi che permettono di fare una breve riflessione sui confini professionali e su ciò che antropologia chiama *habitus*.

Con questo termine facciamo riferimento alla capacità umana di incorporare modelli culturali (modi di fare, di pensare, di comportarsi che caratterizzano ciascun gruppo sociale, ma anche ciascuna categoria professionale) che appartengono sia alla dimensione esplicita di comportamento (per esempio, le procedure burocratiche o i mansionari tipici di certe professioni, soprattutto quelle sanitarie, oppure le norme che regolano l’esercizio di una professione), sia a quella più implicita, quella cioè che si apprende in maniera contestuale e situazionale, per consuetudine o per imitazione.

Le parole di un’intervistata, afferente all’ambito medico, possono aiutare a semplificare questo costrutto teorico, calandolo in un aneddoto per quanto leggero e divertente, altrettanto significativo:

“Per esempio, quando abbiamo redatto il calendario delle azioni da eseguire, ovviamente è stato fatto benissimo dagli architetti in un modo che io non avrei mai fatto! L’ho apprezzato molto, è stata una ventata di freschezza: era colorato, sembra banale ma non lo era... io lo avrei impostato in maniera diversa. Mi aveva colpito: noi medici avevamo pensato - ah bene, adesso lo stampiamo! - Ma ci hanno risposto in coro - Questo programma non si stampa, è solo concettuale! - Ma come? Due mondi che lavorano sulla stessa cosa hanno approcci diversissimi. Probabilmente il loro è migliore nella progettazione, penso che mi abbiano arricchito. E comunque noi, alla fine, lo abbiamo stampato!”

Riflettere sull’idea di *habitus* in relazione alle culture professionali ci consente di leggere in maniera più complessa ed efficace anche i momenti che si sono contraddistinti come più critici o conflittuali, soprattutto laddove questi modelli di comportamento appaiono più sfumati perché intrinsecamente culturali, dunque riprodotti dai soggetti ma anche modificati, trasformati ogni volta in un continuo gioco di riproduzione e variazione.

L’incertezza, la mancata conoscenza di una professione o di un campo di azione può infatti portare a numerosi fraintendimenti, colpevoli di rallentare il percorso di co-progettazione e/o rendere più farraginosi i rapporti tra partner.

Come ricorda una partner durante un’intervista: *“su questo ci sarebbe ancora da lavorare, anche internamente sul fronte cultura: siccome sono professionalità sfumate e non così note è difficile tra interlocutori capire dov’è il confine delle proposte”*

Questo accade soprattutto quando entrano in campo aspettative reciproche rispetto al comportamento e al ruolo che ciascun/a partner deve prendere, proprio perché questa incertezza gioca un ruolo importante nella diffusione di preconcetti e aspettative rispetto al proprio ruolo e a quello degli/delle altri/e partner.

“Qualcuno è entrato pensando di sapere cosa doveva fare, un po’ rigido... è perché ragionano per obiettivi e se metti in discussione qualcosa vanno in crisi, ma questa è una cosa sperimentale e non sappiamo dove andremo a parare...”

È vero, infatti, che l’allenamento a ragionare “per obiettivi” che qualcuno ha apportato al gruppo non è sempre stato visto di buon grado da altri/e, soprattutto in relazione ai numerosi slittamenti e inversioni di marcia che il progetto ha dovuto subire a causa della pandemia di Covid 19 e al continuo cambio di normative e prescrizioni.

Allo stesso tempo però, lavorare a stretto contatto con altre metodologie e altre *formae mentis* ha generato anche esiti inaspettati di riflessione sulla propria professionalità e sul proprio modo di lavorare. Interessante a tal proposito il pensiero di una delle figure sanitarie:

“Sin da subito ho avvertito che le cose cambiano: il modo di relazionarsi, di pensare... Ho percepito molto l'aspetto creativo che è una cosa a cui non sono abituata. Io ragiono per schemi ed è anche quello che mi tutela, seguo le indicazioni, linee guida ricerche scientifiche... invece questo è un approccio creativo...mi è sembrato di avere la mente più aperta.”

Un ultimo elemento da segnalare rispetto a questo grande tema riprende l'importanza di quei fattori che abbiamo definito intersezionali (linguaggio, visioni, mandati professionali, principi deontologici): tra questi fattori è doveroso aggiungere una variabile che possiamo definire gerarchica. Ogni gruppo di lavoro viene definito sia da differenti ruoli e funzionali a livello formale, sia per variabili più informali come il genere, l'età (anagrafica ma anche professionale), la provenienza, la formazione ricevuta. Sebbene un dialogo flessibile e rispettoso abbia fatto da sfondo a tutte le fasi di co-progettazione di Cultura di Base, non sono mancate osservazioni capaci di tenere conto di questi ulteriori elementi di complessità, in particolare modo l'indefinitezza di certe professioni e i rapporti di potere che entrano in gioco nelle relazioni del gruppo di lavoro.

L'apporto e l'assertività della parte medica nei confronti della metodologia di comunicazione ai pazienti, per esempio, si è rivelata da un lato un elemento centrale e vincente perché ha permesso ai medici di portare le proprie competenze ma soprattutto la propria esperienza quotidiana di relazione con l'utenza nel vivo del discorso. D'altro canto, però ha in parte offuscato le competenze di altre professionalità, apprese in ambito museale e non medico ma comunque orientate alla capacità di relazionarsi con pubblici differenti.

“Parte del nostro expertise è legato al rapporto con pubblici diversi, abbraccia la mediazione e la ricerca, ma è un ambito professionale ancora poco conosciuto. Quando pensiamo alla cultura, al museo, pensiamo alle collezioni e non alle attività educative che si svolgono e alle professionalità che le realizzano. Mancando questa base la difficoltà era riuscire a far capire che alcune frasi non derivavo da scelta personale, ma da un indirizzo professionale, abbiamo dovuto sforzarci per far capire quale fosse il nostro ambito di competenza”

Le parole qui riportate segnalano una tendenza generale nella nostra società attuale che vede nel riconoscimento sociale di una professione (di cui quella medica gode ancora, seppur in maniera diversa, di grande considerazione) uno dei principali responsabili di una percezione gerarchica dei ruoli professionali, e della percezione di credibilità e legittimità delle posizioni e delle idee di ciascun professionista.

Questo aspetto si caratterizza per la sua conflittualità generativa: lungi dal cancellare ostacoli e fraintendimenti, questo racconto mira a mettere in luce come tutte queste peculiarità che caratterizzano il lavoro nella complessità, siano parte integrante e motore di avvio della maggior parte dei percorsi di co-progettazione interdisciplinari:

“Questo è un aspetto dal quale abbiamo sviluppato un dialogo costruttivo: sembrava esserci un disequilibrio delle parti ma alla fine abbiamo calibrato i pesi e ci siamo sentiti una forma di comunità, un team che combatteva insieme, anche nei momenti di difficoltà che hanno unito molto. Ce la faremo, troveremo una soluzione insieme”.

3.6. Ruoli di mediazione e relazione con la committenza

Fino a questo momento abbiamo visto alcuni ostacoli e alcune opportunità che caratterizzano un percorso di co-progettazione così interdisciplinare e complesso.

Proprio per la varietà di livelli, enti, professionisti che hanno contribuito alla realizzazione di Cultura di Base è necessario affrontare, almeno brevemente, il tema della mediazione, pratica che abbiamo visto sottesa ad ogni testimonianza finora riportata e vera e propria responsabile delle valutazioni sommariamente positive che i/le partecipanti hanno dato rispetto alla co-progettazione e ai momenti di lavoro condiviso.

Proprio perché questo percorso *“non è stato sempre facile perché ognuno guarda il mondo dal suo punto di vista, con i propri bisogni e aspettative”*, ogni partner ha fortemente messo in campo competenze di mediazione per collaborare efficacemente con gli/le altri/e. Tuttavia, ci sono state alcune figure che all'interno della rosa dei partner coinvolti, hanno fatto veramente proprio questo ruolo, in particolare per gestire la relazione e il confronto con l'ente committente e il comitato scientifico valutatore dei progetti.

Come abbiamo visto in apertura del racconto di queste prime tappe, Fondazione Compagnia di San Paolo ha raggiunto la Fondazione per l'architettura di Torino con un mandato di tipo immaginativo, ma non per questo totalmente indipendente:

“Ci hanno chiamate per un progetto pilota con l'intenzione però di partecipare attivamente a tutti e quattro i percorsi del laboratorio CWLab, avrebbero potuto fare un bando ma volevano seguire bene il riverbero dei progetti proprio perché rappresentano la loro prima grande azione su questo tema. ”

Le prime fasi del progetto sono state caratterizzate da questa particolare compartecipazione, che ha preso forma soprattutto nella mediazione tra il gruppo di lavoro e il comitato scientifico eletto da Fondazione Compagnia di San Paolo a tutoraggio e supporto delle sperimentazioni pilota e a *“tutela dei beneficiari: Siamo parlando di persone, di salute, e contesti delicati, non si gioca con questo tema. Dobbiamo capire se i soggetti sono in grado e vedere le criticità per generare interventi sistemici e non cadere nel “va tutto bene”.*

“Il ruolo di San Paolo è istituzionale, è quello di creare politiche. A livello operativo invece emergono una serie aspetti realizzativi controversi che spesso non appartengono a livelli macro e per questo sono a volte di difficile comprensione”

Le parole qui sopra riportate sono significative perché appartengono a una figura di mediazione “eccezionale” rispetto al percorso del gruppo di lavoro che abbiamo seguito nelle pagine precedenti: il percorso *Wellbeing: CWLab* nasce infatti dalle idee di Beatrice Sarosiek, progettista culturale che da anni lavora sul territorio e che ha avuto l'importante ruolo di rintracciare, all'interno della più ampia cornice del discorso sull'umanizzazione delle cure, alcuni ambiti privilegiati di intervento che garantissero una certa eterogeneità nelle proposte ma, allo stesso tempo, quella continuità di fondo necessaria ad un intervento orientato al cambiamento sistemico.

La centralità dei luoghi conferita dal progetto Cultura di Base ha rappresentato la sfida più complessa, non solo perché ultimo progetto in ordine di avvio ma, soprattutto perché pensa i luoghi da una prospettiva originale e soggettiva:

“Ho studiato teatro, ogni luogo è un teatro, ci sono storie e narrazione e come è posizionato il singolo oggetto influisce sulla scena. L'importanza del dettaglio che influisce sulla qualità dell'esperienza. La sensazione che abbiamo delle cose da insegnarci.”

L'introduzione di questa figura di mediazione all'interno di questo racconto diventa molto importante per parlare delle relazioni che il gruppo di lavoro ha intrattenuto con il comitato scientifico sostenuto da Fondazione Compagnia di San Paolo per il tutoraggio dei quattro progetti pilota in cantiere.

Il rapporto con questo comitato ha fortemente contrassegnato le prime fasi, ancora di ideazione, del progetto stesso; a tal proposito, Fondazione per l'architettura ha assunto un vero e proprio ruolo di cerniera, supportato dalla suddetta figura di mediazione, riuscendo a tenere insieme la visione più operativa e quella più teorica in merito a Cultura di Base.

I/le partecipanti hanno segnalato come i rapporti con il comitato scientifico siano stati soggetti a continui riaggiustamenti, proprio per alcune controversie che possiamo leggere, supportati dalle parole di una partecipante alla progettazione,

“Loro sono pensatori, l'incontro è stato molto proficuo: un modello teorico e operativo che si coniugano”

“C'è una grande differenza di percezione tra l'esperto e il partner, tra chi offre punti di vista esterni e chi invece è impegnato quotidianamente nella sua riuscita”.

Senza alcuna pretesa di giudizio su queste differenti percezioni della fattibilità e della sostenibilità del progetto, queste offrono l'opportunità di riflettere sul valore del gruppo in termini di alleanza, anche nei confronti di un attore terzo più estraneo alle implicazioni progettuali.

È stato infatti durante alcuni colloqui con il comitato scientifico ed alcune osservazioni quasi “infantilizzanti” rispetto alle concrete possibilità di realizzazione del progetto, che molti/e hanno segnalato di avere iniziato a sentire davvero questo progetto come il proprio e, pertanto, l'esigenza “di difenderlo”:

“C'è stato un momento complicato, abbiamo coinvolto l'Ordine dei Medici che ha risposto in maniera ferma alle osservazioni del comitato, quasi seccato e questo è stato molto utile. Anche per quanto riguarda la comprensione di cosa sia l'experience design, il Circolo del Design è stato molto diplomatico ed è riuscito a comunicarne la portata... per quello parlo di valore delle persone, sono state scelte bene, fanno squadra, intervengono nel momento giusto ognuno con le proprie caratteristiche.”

3.7. Experience Design

Un ultimo elemento significativo per il racconto dell'esperienza di co-progettazione di Cultura di Base riguarda il coinvolgimento di TODO, agenzia attiva sul territorio in ambito di *experience design*, un apporto al progetto, fortemente voluto e sostenuto da Il Circolo del Design, e che si configura anch'esso come profondamente innovativo

perché fondato sull'applicazione di queste tipologie di ricerca alle fasi creative e progettuali del percorso e non solo, come siamo più abituati a vedere, in termini di valutazione ex post dell'esperienza.

“Ci rendevamo conto dell'importanza di ingaggiare un professionista che riuscisse tenere insieme tutti gli elementi di complessità ed elaborare un modello di come si sviluppa questa esperienza, stavamo immaginando un servizio innovativo. Serve una figura che lavori con i metodi del progetto ma che sappia progettare un servizio: punti chiave, comunicazione, user journey articolata [...] In più sapevamo che era un progetto acerbo e prematuro e che poteva esplodere in ogni momento in termini anche di tempo, fatica ...non volevamo un partner fiscale con budget e tempistiche ma piuttosto qualcuno di più flessibile, capace di cogliere la complessità del tema”

Una scelta dunque fondamentale per la riuscita del progetto e in continuità con la centralità dei rapporti di stima e fiducia che aveva guidato il gruppo, fin da subito, nella selezione di partner e fornitori.

In un gioco di confini professionali che, come abbiamo visto, sono spesso sfumati e indefiniti, i/le designer di TODO sono state delegate dal gruppo a realizzare la progettazione dell'esperienza dell'utente nel percorso sperimentale. Il percorso di ricerca e i workshop realizzati con questa finalità hanno avuto risultati importanti in termini di progettazione:

“Dal mio punto di vista ha chiarito una serie di passaggi che in alcuni casi avevamo dato per scontato o non avevamo ancora approfondito. Per esempio, sapevamo che avremmo dovuto lavorare sulla esperienza del paziente nello spazio ma sentirne le voci, fare un workshop con un campione di pazienti, è stato molto utile.”

Uno degli obiettivi di questo resoconto etnografico è certamente quello di sottolineare l'importanza di una ricerca preliminare che contribuisca a contestualizzare e a dare concretezza all'ipotesi progettuale e acquista un valore ancora più fondamentale se ci spingiamo ad osservare i contrasti e i dibattiti che ha generato, frutto, se vogliamo, della difficoltà di mettere realmente a sistema l'esigenza di dati qualitativi e di contesto a supporto della progettazione socioculturale. Il rapporto del gruppo di progettazione con la ricerca di *experience design* diventa allora più che significativo: non solo perché mette in luce tutti gli aspetti esplorati fino a questo momento che caratterizzano la complessità del lavoro di co-progettazione ma anche perché evidenzia come la possibilità di realizzare questo tipo ricerche sia troppo spesso “ricavata”, soprattutto in termini di tempistiche e di budget, piuttosto che “dedicata”.

La percezione di mancanza di riconoscimento e valorizzazione di questo pezzo di percorso da parte di chi lo ha realizzato è infatti da leggere in termini complementari, piuttosto che giustapposti, nei confronti del vissuto di estraneità e neutralità che hanno riportato altri/altra partecipanti al gruppo di lavoro.

Da un lato, infatti, come scelta metodologica “che non sporcasse i risultati” e alla stregua d'un habitus, quello del ricercatore, che parimenti ad altre professioni si compone di quegli automatismi e rigidità che abbiamo osservato nei paragrafi precedenti, la ricerca e i workshop preliminari non hanno coinvolto attivamente i partner di progetto. Questa parziale assenza ha dato luogo a vissuti contrastanti, come emerge dalle parole di una progettista:

“Questa ricerca non è stata persa però è vero che probabilmente non è stata introiettata abbastanza. Noi non siamo rientrati come partner questa cosa qua forse è stata la chiave per cui non abbiamo tanto trattenuto questa esperienza perché non l'abbiamo vissuta. Ci sono stati semplicemente dati degli esiti, delle linee... è stata un po' una bolla chiusa.”

“Avremmo voluto poter tornare e ripetere a mano a mano, ma quei risultati sembravano scritti sulla pietra. È stato un peccato non aver affrontato questa cosa di persona, ad un tavolo fisico poteva essere migliorativo. Invece tra l'online le plenarie, il fatto di vedere il documento con gli esiti in solitaria ... se fossimo stati tutti insieme le cose sarebbero andate diversamente.”

Quest'ultima testimonianza chiama in causa un momento molto delicato per qualsiasi tipo di ricerca su commitment, ovvero i termini della sua restituzione. Come abbiamo già visto nella stessa introduzione di questo racconto etnografico, restituire i risultati di un processo, che sia di una ricerca tout court, di una ricerca finalizzata alla progettazione e di una stessa esperienza di co-progettazione, non rappresenta solo l'analisi del raggiungimento di determinati obiettivi ma è responsabile di attivare un senso di partecipazione e coinvolgimento al percorso tutto.

Sollecitati/e a riflettere sulle questioni emerse dal rapporto con l'experience design del progetto, i/le partecipanti alle interviste hanno sottolineato la corresponsabilità di molti elementi strutturali ed organizzativi, piuttosto che personali o professionali. Sono stati ricordati gli sfasamenti di tempo che un progetto così complesso e corale portano inevitabilmente con sé:

“I tempi organizzativi non coincidevano, e questo può aver creato frustrazione, alcuni erano concentrati nella prefigurazione concreta del percorso mentre gli altri stavano ancora risolvendo macro cose”

“C’era molta fretta: tutto doveva andare in parallelo, anche se ancora non usciva la call per coinvolgere medici, anche se ancora non avevamo i luoghi. Non è strano, in ogni progetto si fa così altrimenti se aspetti la congiunzione astrale...”

“Questa ricerca ha anticipato dei temi che magari sul momento non sono stati colti perché le priorità di ciascun segmento, in un progetto complesso come questo, erano concentrate su altre cose”

“Forse sono mancati momenti di riflessione in merito ai risultati ottenuti. La parte di riflessione c’è stata tanto all’inizio ma poi, in un secondo momento, è stata data un po’ per scontata; le riunioni plenarie erano più che altro operative, dato anche il numero di partecipanti... Forse avremmo dovuto prenderci il tempo di essere più riflessivi.”

“Un altro tema è che non avevamo numeri davvero significativi. Si poteva con più tempo costruire meglio workshop... è stato pressante da costruire perché non avevamo ancora rinegoziato i tempi con Compagnia²”

“Dal mio punto di vista è stato un po’ stretto con i tempi, non avevamo tutti i partecipanti seduti al tavolo. Ci sono state delle difficoltà, per esempio avevamo coinvolto tutti i musei ma i luoghi di promozione culturale ancora no”

Le testimonianze qui riportate non vogliono assolutamente essere lette come una critica ad una parte di percorso che, per la stessa formazione di chi scrive, deve essere valorizzata come parte fondamentale della costruzione di progettazioni sperimentali realmente innovative.

Con queste parole il racconto intende, al contrario, sollecitare chi legge a riconoscere il valore di questo tipo di raccolta dati, non solo in termini teorici ma, soprattutto, per la capacità di favorire ricadute concrete e trasformative in ottica di radicamento e partecipazione dei soggetti coinvolti, a condizione che siano adeguatamente promosse in termini di tempistiche e finanziamenti.

I luoghi della cultura e l’attenzione per il contesto

“Lo spazio è la chiave della nostra mission”

Per concludere questa prima parte di racconto etnografico, focalizzata sulla costruzione di una cultura di progetto condivisa tra tanta eterogeneità professionale è necessario prendere in considerazione, seppur non in maniera esaustiva, lo spazio, inteso come vero e proprio protagonista del progetto Cultura di Base.

A partire dalla mission stessa di Fondazione per l’architettura e del loro interesse per i luoghi ad architettura intensa, *“ben progettati, ben allestiti, ben curati”*, il progetto Cultura di Base nasce con l’intenzione di favorire uno scambio reale, non solo strumentale, tra la medicina e gli spazi culturali del territorio torinese.

In continuità con le tematiche emerse fino a questo momento, anche il processo di selezione dei luoghi di cultura dove realizzare la sperimentazione, rappresenta l’occasione per osservare alcune dinamiche di più ampio respiro, a partire dalla scelta tra spazi più prettamente museali e spazi attivamente impegnati nell’ambito della promozione culturale.

“Siamo partiti dai musei poi Compagnia ha chiesto di integrare anche gli spazi di promozione culturale. Questo, secondo me, aiuta perché rende la ricaduta ancora più capillare e il progetto ancora più replicabile. D’altra parte, molti luoghi di produzione culturale ospitano già cose di questo genere. Invece sfondare la porta del Museo Egizio sembrava più interessante. Abbiamo aperto il campo ragionando anche su alcune priorità e questioni logistiche, sia da parte medica sia da parte nostra”

Una volta aperto il campo della progettualità alla possibilità di coinvolgere, come comune denominatore, luoghi in cui *“la fruizione culturale fosse attiva”*, il lavoro di mappatura di questi spazi, nucleo del lavoro del partner Arteco, ha messo in luce alcune criticità che caratterizzano l’esperienza culturale del territorio.

Partite inizialmente *“con un rigore scientifico dal punto di vista geografico”* che richiedeva l’individuazione di almeno uno spazio rappresentativo di ogni circoscrizione della città di Torino, le professioniste di Arteco hanno dovuto

2 A causa dei continui rallentamenti dovuti alla pandemia di Covid 19, il gruppo di lavoro ha rinegoziato con successo le tempistiche di realizzazione del progetto con Fondazione Compagnia di San Paolo. Tuttavia, la ricerca in questione è stata svolta prima che si fosse presentata la possibilità.

fare i conti con diversi vincoli strutturali a cui proveremo a dare breve spazio in questa trattazione e che hanno portato alla riformulazione degli obiettivi della mappatura.

Sebbene la ricezione del progetto e della sua innovazione sia stata riconosciuta dalla maggior parte del personale dei luoghi contattati (la possibilità di partecipare alla sperimentazione è stata inviata a più di cinquanta realtà culturali), al momento della sperimentazione hanno formalmente preso parte solamente cinque luoghi: alcune istituzioni museali, come il Museo Egizio, il Museo dell'Automobile (MAUTO) e il Parco Arte Vivente (PAV) (rispettivamente per la circoscrizione 1, 9 e 8 della città) e alcuni luoghi di natura più ibrida come il Polo del '900 e la Biblioteca Primo Levi (afferenti alle circoscrizioni 5 e 6).

“L'idea della rappresentazione di tutte le circoscrizioni ci ha in realtà buttato fuori strada e ha rallentato molto i tempi del lavoro.”

Questa affermazione sottende una questione molto importante per le ricadute e gli sviluppi di un progetto come Cultura di Base che mira a trasformare capillarmente la relazione tra cultura e salute poiché costringe a prendere in considerazione le differenze in termini di fruizione e promozione culturale che caratterizzano geograficamente il territorio torinese.

“Il risultato finale non è omogeneo perché materialmente i centri culturali si diradano verso le periferie. Abbiamo deciso di inserire le biblioteche perché tra gli unici presidi sul territorio ancora funzionanti con disposizione periferica”.

Segnalare la mancanza di luoghi museali e/o di produzione culturale nelle aree periferiche della città mette in luce come queste siano segnate da profonde disuguaglianze sul piano sociale e culturale: senza sminuire la portata della sperimentazione di Cultura di Base; tuttavia, pone al centro della questione una criticità che può essere risolta solo lavorando alla sua riduzione su più livelli, dal coinvolgimento sul piano “micro” di contesti virtuosi ma anche su un piano più “macro”, per attivare politiche e interventi che si facciano portatori di spinte di redistribuzione e di equità sociale. Per seguire le parole di una intervistata:

“Secondo me il progetto si collocherebbe bene se potesse essere proposto in territori dove non c'è offerta di servizi culturali. Allora avere un laboratorio medico in uno spazio culturale in periferia potrebbe essere effettivamente un valore aggiunto per Torino. Si parla molto di città multicentrica ma la cultura non è presente in tutti questi centri, magari ci sono l'anagrafe, la polizia, i medici di medicina generale ma non collegati a qualche rete culturale. Ci vorrebbe una rete virtuosa.”

Se questo tema è risultato centrale per la realizzazione della mappatura degli spazi da coinvolgere, è altrettanto vero che la comprensione della proposta di Cultura di Base da parte dei luoghi della cultura è stata caratterizzata da molte variabili.

In primo luogo, in continuità con l'approccio generale del progetto, è da segnalare come la conoscenza e la stima reciproca tra i soggetti coinvolti abbia contribuito alla realizzazione di scambi e sopralluoghi che *“hanno funzionato in maniera organica. Il PAV, per esempio, con cui avevamo già collaborato, ha compreso la proposta in tutte le sue sfaccettature e propositive nonostante gli ostacoli strutturali presenti”.*

Questi “ostacoli strutturali” che non hanno spaventato il PAV o il Museo Egizio o le altre tre realtà coinvolte sono stati i principali responsabili per cui molti altri luoghi, nonostante l'interesse, hanno dovuto declinare l'invito a partecipare a Cultura di Base.

Uno dei problemi fondamentali in termini di partecipazione al progetto è stato sicuramente in termini di aderenza alle caratteristiche tecniche richieste dai medici, ai fini di allestire un ambulatorio efficace e adeguato, priorità e requisiti che si sono andati concretizzando e trasformando nel corso del tempo, sia per un affinamento, tutto processuale, di pensiero sugli spazi, sia in funzione dei cambiamenti nazionali a livello di normative per il contenimento della pandemia.

“La realtà è che molti enti non avevano uno spazio con le caratteristiche che cercavamo oppure ce l'hanno ma è il loro spazio più prezioso che in un momento Covid come questo non potevano assolutamente cedere. Molti spazi avevano capacità dimezzata dalle normative anti-Covid, oppure per garantire la sostenibilità del luogo culturale non potevano cederle. Questo ha generato un allungamento del processo: per ogni potenziale ente culturale abbiamo avuto prima un avvicinamento, poi svolto indagini preliminari e sopralluoghi con gli stakeholder e i medici soprattutto. Spesso si trovavano soluzioni ma poi cadevano per difficoltà interne.”

Il carattere spaziale di questi ostacoli, unito alle stringenti normative dovute alla pandemia, ha reso il percorso di ricerca e mappatura prima e, in un secondo momento, di allestimento dei luoghi selezionati da parte dell'architetto appositamente coinvolto, un percorso piuttosto sfidante ma altrettanto accidentato.

Una delle preoccupazioni più grandi, per esempio, è stata quella del budget destinato al coinvolgimento e all'allestimento degli ambulatori nelle loro nuove ed originali sedi, elemento che mette in evidenza la carenza endemica di budget destinati sia a progetti di questo tipo ma, soprattutto, alla sostenibilità dei piccoli centri di produzione culturale:

“Ahimè in alcune zone non c'erano o non avevano disponibilità. Questi erano tendenzialmente i nuovi centri culturali che vivono di associazionismo e piccoli introiti spesso legati proprio all'affitto dei loro spazi...l'avessimo pagato sì ma noi non avevamo il budget”.

4. La Sperimentazione

La seconda parte di questo resoconto è dedicata ai racconti e alle esperienze di chi ha partecipato alla sperimentazione del progetto Cultura di Base.

Questa fase più realizzativa del progetto non ha avuto un facile inizio: soggetta a ripetuti rimandi a causa delle normative per il contenimento della pandemia di Covid 19, ha visto entrare i medici nel loro nuovo studio solamente nel maggio 2022, a distanza di più di un anno dalle ipotesi iniziali che ne hanno consentito la progettazione, e si è conclusa tra ottobre e novembre dello stesso anno.

Le interviste che animano queste pagine, condotte con alcuni medici, operatori/ici della cultura, volontari/ie e pazienti, intendono mettere in luce le motivazioni che hanno spinto a prendere parte alla sperimentazione, le esperienze vissute e anche gli esercizi di immaginazione che la partecipazione a Cultura di Base ha stimolato in loro.

Attraverso un approccio autoriflessivo, i/le partecipanti hanno ripensato la loro esperienza e raccontato quali sono stati i punti di forza e di debolezza del percorso, elementi centrali per valorizzare e migliorare la sperimentazione e soprattutto per fare di un'esperienza ancora unica nel panorama italiano, un modello da replicare.

A partire dall'obiettivo valutativo principale del progetto, ovvero il miglioramento dell'alleanza tra medico e paziente attraverso lo stimolo architettonico e culturale, questa seconda parte di resoconto intende mettere in luce altri esiti originali ed inediti che non solo concorrono alla realizzazione dell'obiettivo principale ma collocano il progetto Cultura di Base su un panorama più ampio, come una “buona pratica” capace di influire su più livelli nella ricerca di un reale cambio di paradigma dell'incontro tra cura e cultura.

4.1. Perché partecipare a Cultura di Base?

Comprendere e sottolineare le motivazioni che hanno spinto una persona a partecipare a un progetto innovativo e sfidante come Cultura di Base rappresenta uno dei primi esercizi fondamentali per individuare quei fattori chiave, sia in termini di risorsa che di criticità, che stanno alla base del progetto e, soprattutto, della sua possibile replicabilità. Le testimonianze che vedremo, infatti, rivelano in controtuce aspetti più generali della persona a cui appartengono, a partire dai valori che la guidano, alle sue aspirazioni e ai desideri di cambiamento.

Il punto di vista dei medici

Come visto nella prima parte del resoconto etnografico, i medici di medicina generale hanno avuto un ruolo fondamentale sin dalle prime fasi di ideazione e co-costruzione del progetto, sia per quanto riguarda quella che abbiamo chiamato “*la loro entrata metodologica nel progetto*”, sia rispetto alla centralità conferita alla loro figura in fase di sperimentazione. È, infatti, attraverso il miglioramento dell'alleanza tra queste importanti figure e i/le loro pazienti che si è scelto di valutare l'efficacia di questo percorso sperimentale, facendo del medico uno dei principali protagonisti e beneficiari dell'intervento.

A questo proposito, indagare sulle motivazioni che hanno spinto i medici a partecipare, offre una finestra importante sulle condizioni di vita e lavoro di tali professionisti. Tra le principali risposte alla domanda relativa ai motivi che hanno spinto a partecipare al progetto troviamo sicuramente il riconoscimento della sua originalità e una conseguente e genuina curiosità per la sua realizzazione, così come l'attitudine già consolidata di alcuni di questi professionisti a lavorare attraverso gli stimoli che l'arte può offrire.

Tuttavia, molte interviste hanno messo in luce motivazioni ben più profonde e radicate nel momento storico attuale:

“È un momento pesantissimo della nostra storia professionale, eravamo stanchi e stressati e questo progetto mi sembrava un buon modo per andare avanti.”

“I vantaggi di partecipare a questo progetto? Sicuramente per il medico! È un vantaggio che non viene mai valorizzato. Se leggi sui giornali la maggior parte dei medici sta dando le dimissioni e nessuno si chiede perché: c'è una componente psicologica del lavoro medico a cui non si dà attenzione.”

“Partecipare era un modo per vivere l'ordinario in modo diverso. Un ordinario che era stressante e pesante ma comunque bisognava continuare a lavorare. Una modalità diversa poteva darti una spinta in più.”

“Il progetto mi è piaciuto perché rappresentava lo stacco dalla quotidianità che aveva caratterizzato gli ultimi due anni e mezzo. Non l'ho vissuta come un carico in più ma come una situazione positiva. È stato un piacevole diversivo, mi ha dato una sferzata di energia”

Le testimonianze dei medici sopra riportate, oltre ad offrire uno sguardo privilegiato su una generale condizione di sofferenza sociale della categoria professionale, situano il progetto Cultura di Base nell'ambito dell'extra-ordinarietà, di qualcosa, cioè, che rompe con gli schemi e i modelli che orientano l'ordinario e il quotidiano e offre, in virtù di questa sua liminalità, l'occasione per ripensare il proprio lavoro in maniera sistemica, fin dalle sue “procedure” più ordinarie come l'incontro tra un/una paziente e il suo medico di base.

Durante le interviste è stato più volte segnalato che la decisione di aderire al progetto ha comportato molte critiche, se non addirittura derisioni, da parte di altri colleghi e colleghe del settore medico. L'affermazione dell'ultima testimonianza, relativa al non aver vissuto il progetto “come un carico in più”, richiama alla mente le riflessioni dei medici partner di progetto che abbiamo indagato nella prima fase di questo resoconto, laddove sottolineavano, da un lato, la difficoltà della categoria a pensarsi in progetti interdisciplinari, e, dall'altro, le carenze dal punto di vista comunicativo e relazionale tipiche di una formazione fin troppo tecnica.

“Il mio capo équipe mi ha chiesto poi dopo come era andata, io ero felice... credo lui non avesse aderito per pigrizia o per il timore di un aggravio di lavoro che però, per me, non c'è stato.”

“Ci ho lasciato anche un pezzo del mio cuore, lo rifarei. Ma i miei colleghi più giovani mi dicono - ma perché? Chi te lo fa fare?! -”

Nonostante queste osservazioni iniziali, i medici intervistati, a distanza di qualche tempo dalla fine della sperimentazione, si rivelano concordi nel ritenere l'esperienza stimolante per quanto riguarda il miglioramento dell'alleanza tra medico e paziente e, soprattutto, gratificante per il proprio ruolo professionale.

“Fai il tuo lavoro ma lo fai in altra maniera: nel mio studio sono solo invece lì trovavo il personale del museo che è stato magnifico, è stato gratificante far parte di una struttura, mescolarsi con altri... il nostro è un lavoro solitario ed è difficile pensare anche al benessere del medico. Il mio studio 'tradizionale' è comunque molto bello ma camminare in quel portico, vedere quei busti. Andare a lavoro così era davvero stimolante.”

Inoltre, come è stato sottolineato da tanti/e, il fatto che questa iniziativa coinvolgesse così tante istituzioni storiche della città di Torino, museali e non, e che, ancor prima di partire con la sua fase sperimentale, avesse già una così interessante risonanza mediatica, hanno spinto i/le partecipanti a vederne un'occasione di riconoscimento per la propria figura professionale, soprattutto in questo periodo storico, segnato da un'esperienza pandemica che ha acuito la distanza e le incomprensioni tra la cittadinanza e il comparto medico.

Il punto di vista dei pazienti

Durante i mesi di sperimentazione del progetto Cultura di Base, i medici coinvolti hanno avuto la possibilità di spostare il loro ambulatorio nel luogo di cultura designato per alcuni specifici giorni e orari. Questo ha creato la possibilità per i pazienti di essere visitati sia nello studio “tradizionale”, sia in quello “culturale”.

Anche tra i/le pazienti intervistati/e, il tema della curiosità è stato centrale nello spingere ad accettare un appuntamento nel luogo della cultura, un interesse tutt'altro che ingenuo che offre un tentativo di lettura più complesso dell'esperienza di cura:

“La cosa che più mi ha incuriosita era l'idea di unire la salute e la scienza del medico con un aspetto così diverso come l'arte. Per il mio modo di vedere le cose, olistico, legare arte e salute significa unire temi che fanno parte dello stesso ambito: alla fine uno coltiva la propria dieta di salute con la medicina del medico ma anche concedendosi una visita ad un museo, queste sinergie creano salute”

Altri pazienti hanno paragonato questo tipo di sperimentazione ad alcune pratiche ormai consolidate di gestione di reparti ospedalieri infantili:

“Io prendo le cose con entusiasmo, anche con la leggerezza “infantile” della novità: alla fine non cambia molto dai camici colorati nei reparti per bambini, anche gli adulti hanno bisogno di leggerezza e di stare in spazi piacevoli. È bello aprire uno spazio che non sappia solo di medicina e malati. Lo studio asettico a me mette molto a disagio.”

Ad uno sguardo approfondito sulle motivazioni che hanno spinto i/le pazienti a partecipare e ad accettare la visita nei luoghi di cultura è possibile scorgere un ulteriore dato, sicuramente importante nella valutazione del consolidamento della relazione e dell'alleanza tra medico e paziente. In molti casi le parole dei/delle pazienti riflettevano infatti un senso di stima e rispetto nei confronti del proprio medico e, in particolare, della scelta di partecipare a Cultura di base, una decisione letta in termini di *“lungimiranza”* e *“di apertura mentale e disponibilità a questo tipo di lavoro”*:

“Mi piaceva l'idea e soprattutto l'idea che la mia dottoressa avesse aderito a un progetto del genere”.

4.2. Uscire dall'ordinario

La caratteristica innovativa di Cultura di Base ci consente di esplorare ulteriormente questa idea di *“straordinarietà”* e soprattutto, di sviscerarne le potenzialità poiché, come abbiamo visto, è alla base delle motivazioni che hanno portato i medici ad aderire e a dare vita alla sperimentazione di Cultura di Base.

Nelle prossime pagine affronteremo questo particolare vissuto dal punto di vista del primo ingresso nel luogo della cultura, sia da parte dei medici che dei pazienti coinvolti, sia da un punto di vista più ampio che mette in discussione un'idea di stretta corrispondenza tra il/la paziente e la sua malattia, in favore di una visione più integrata e complessa di persona, in linea con il processo di umanizzazione delle cure di cui Cultura di Base si fa portavoce.

“Mi è sembrato di finire su Marte”

Il primo ingresso nel luogo della cultura, sia per i medici durante alcuni sopralluoghi preliminari, sia per i pazienti in attesa della visita, è stato caratterizzato da un generale senso di *“spiazzamento”*:

“All'inizio è chiaro che qualche titubanza era presente, anche perché dopo venti anni che lavoro nel mio studio, spostarmi anche solo due giorni a settimana ..sai, a volte anche 800 metri di distanza possono rappresentare una criticità. C'era questo dosso da superare: le persone inizialmente erano spiazzate, in una seconda fase poi erano queste stesse persone a chiedermi di prendere appuntamento al museo! Il dosso di titubanza è durato ben poco. Alla fine, lo chiedevano tutti. Comunque, un po' di titubanza l'ho avuta anche io, soprattutto perché andavo in un posto nuovo, ma dal momento del sopralluogo mi sono innamorato e non ho avuto più dubbi”

“Quando il dottore mi ha invitato al nuovo studio sono arrivato molto “neutro” e quando sono andato, beh, mi è sembrato di finire su Marte. Siamo abituati a una sanità pubblica non sempre scintillante, fatta di fogli scritti a mano, disordini, situazioni anche molto dure. Invece mi è sembrato di essere finito su Marte: venivo accolto all'ingresso, venivo accompagnato. questo non fa parte di una sanità gratuita o, meglio, figlia di un servizio nazionale pagato della collettività, per lo meno in Italia. Mi è sembrato di finire su Marte, ero stupito di un'organizzazione del genere, sia entrando nel museo che entrando nello studio del dottore, arredato con mobili anni '60, una sorta di razionalismo svedese, con un grande tavolo, una finestra straordinaria che dà sul Po e sulla collina torinese. Questo fa stare bene, crea una condizione di relax e facilità di rapporto perché con tutto il rispetto che si deve avere verso chi lavora in condizioni difficili, in ambulatorio ma anche in ospedale... è chiaro che questo progetto ha un approccio completamente diverso”

Le parole qui riportate, che appartengono rispettivamente ad un medico che ha partecipato alla sperimentazione e ad un paziente che ha avuto la possibilità di essere assistito in uno dei cinque luoghi di cultura, introducono un tema centrale per l'antropologia e per il metodo etnografico. Il sapere che le ricerche antropologiche hanno maturato intorno all' *“alterità”* culturale, così come l'addestramento dell'antropologo/a a cercare di vedere il mondo attraverso gli occhi degli altri, suggeriscono l'importanza e la generatività di una postura di *“straniamento”* rispetto a ciò che ci appare scontato.

È attraverso questo *“strabismo metodologico”* infatti, che l'antropologia compie il suo *“giro lungo”*, approssimandosi a ciò che è più estraneo, per vedere sotto un'altra luce ciò a cui siamo abituati e comprenderne meglio le potenzialità trasformative.

Lo spiazzamento vissuto da pazienti e medici, oltre a rivelarsi un allenamento importante in termini di cambiamento culturale, ci invita a riflettere anche sul tema dell'abitudine, una questione centrale soprattutto se pensiamo alla temporalità di questa sperimentazione.

Nonostante la fase realizzativa del progetto Cultura di Base si sia svolta in sei mesi, un lasso di tempo relativamente breve se pensiamo alla portata della proposta e al suo lavoro di co-progettazione, tutti/e gli/le intervistati concordano nel ritenere di avere già notato alcuni risultati positivi, soprattutto in termini di abitudine al cambiamento.

“Oggi ancora mi dicono - ma allora vengo al museo?? - oppure mi rimproverano - Sono venuto al museo ma lei non c’era! - . Era già entrato nelle abitudini dei miei pazienti, dal punto di vista della loro adesione ha funzionato.”

“Nell’ultimo periodo lo abbiamo proprio notato, i pazienti si stavano abituando. Una settimana fa ho incontrato un ragazzo che conoscevo e mi dice - ho appuntamento con la dottoressa! - lo ho iniziato a pensare a chi potesse cercare, al personale di quale ente facesse riferimento... gli ho chiesto - ma con quale ente scusa? - E lui ha risposto - Con il medico!! -. Mi ha fatto sorridere, la sperimentazione era già conclusa da almeno un mese...”

“Secondo me queste esperienze sono legate sempre a progetti limitati nel tempo, che siano 3, 6, mesi o un anno cambia poco, io mi abituo facilmente ma queste sono cose che hanno bisogno di essere strutturate e continuate nel tempo!”

Le tre testimonianze sopra riportate provengono rispettivamente da un’intervista a un medico, a un operatore della cultura e a un paziente e risultano molto significative per comprendere la pervasività del progetto e l’importanza di continuare a seguire il percorso appena tracciato.

Verso un’altra idea di paziente

“Sentirsi su Marte” dunque, oltre ad offrire una critica puntuale nei confronti di un approccio al paziente e alla cura imbrigliati in logiche di burocratizzazione e standardizzazione dell’esperienza, che caratterizzano il funzionamento dell’attuale sistema sanitario nazionale, introduce un’ulteriore riflessione sulla straordinarietà di Cultura di Base.

Nelle parole del paziente possiamo infatti cogliere un senso di riconoscimento e attenzione che sente non appartenere alla sua esperienza quotidiana della sanità pubblica: la fuoriuscita dall’ordinario, dunque, non riguarda solo la scelta del luogo di cura ma anche le sue pratiche e ricadute, tanto potenti quanto inaspettate.

A questo proposito è utile riportare per intero alcuni stralci di intervista realizzata con il medico designato al museo dell’Automobile di Torino (MAUTO), forse il contesto in cui gli esiti della commistione tra cultura e cura sono stati più riconoscibili:

“Torino è la città dell’auto: se pensiamo all’utenza anziana che fino a vent’anni fa lavorava per Fiat o per il suo indotto, così come il 90 % delle persone di Torino. Queste persone erano le prime ad avere il piacere di girare per il Museo dell’Automobile. Mi raccontavano - Questa è una Lamborghini, l’ho fatta io questa! - . Oppure - Questa è la Ferrari, io lavoravo alla Fiat, ho fatto il concorso per il meccanico alla Ferrari ma non mi hanno preso... però mi hanno invitato a vedere il gran premio...! - . I pazienti hanno rivissuto tutti ricordi legati alla macchina, anche perché stiamo parlando di una città che è legata da sempre all’automobile”

“Io ho molta utenza straniera ed è stato bello, soprattutto con i giovani. Se arriva un marocchino, piuttosto che un indiano o un sudamericano, per lui questo è un mondo da scoprire ed è un mondo di meraviglie. Quando venivano da me a fare la visita, il più delle volte dovevo rincorrerli nel museo quando era il loro turno perché si perdevano tra i vari piani a guardare le macchine...Venivano con un atteggiamento, un modo di essere, molto diverso dall’ambiente medicalizzato per cui il rapporto di fiducia fa fatica a costruirsi. Lì è stato diverso”

“Ho la fortuna di avere in cura due bambini, due fratelli che purtroppo soffrono di autismo. Quando vengono in ambulatorio è sempre una mezz’ora/ora molto pesante per me e per loro. Quando vengono nel mio ambulatorio tradizionale, una volta rompono una pianta, la seconda le sedie, la terza li devo acchiappare che sono saliti sulle finestre. e visitarli diventa impossibile! Un giorno, quando mi ha telefonato la loro mamma, ho subito approfittato per dire: proviamo vedere se un ambiente diverso dall’ambulatorio può aiutare... Devo dire la verità, sono venuti e ho provato a mettermi nei loro panni: non c’era più la sala d’attesa con gli altri pazienti, non c’era più l’infermiera cattiva, non c’era più la segretaria che dava i numerini, la fila, la confusione ... sono venuti a giocare con le macchinine. Ne ho visitato uno mentre l’altro era con l’altro genitore a visitare il museo e poi si sono dati il cambio. Addirittura, uno dei bambini così disteso e felice di non andare dal medico tradizionale ma nella “sala giochi”, che per la prima volta nella sua vita si è fatto visitare. La mamma riferiva sintomi da qualche giorno che non mangiava o beveva. Ho voluto fare la prova: li ho portati giù alla macchinetta a gettoni, e ha preso il succo di frutta. La mamma non sapeva più come ringraziarmi! Già solo il fatto di sentirsi più a suo agio lo ha sbloccato. È stata una cosa piccola ma ne potrei raccontare decine...”

Le parole del medico sono molto forti e significative perché introducono nel processo di cura e nell’alleanza tra

medico e paziente *“qualcosa che prima non c’era, i ricordi, i sogni di un ragazzino. In un “ambulatorio-museo”, non si parla solo di salute e malattia, ma di persone”*.

Che si tratti dell’utenza più anziana, legata alla storia del tessuto produttivo della città, o dell’utenza straniera, spesso molto giovane e con cui spesso è ancora difficile trovare un terreno e un linguaggio condiviso, oppure di pazienti con patologie specifiche, l’esperimento di Cultura di Base sembra aver portato quell’ “in più” relazionale che spesso manca nel rapporto tra cittadinanza e medicina.

Sono ancora altre due testimonianze (rispettivamente di un altro medico e di un operatore della cultura) a venirci incontro nel sostenere come Cultura di Base abbia contribuito ad un riconoscimento maggiore del paziente, ben oltre la sua malattia, come persona integrata e portatore/ice di storia, memoria ed esperienze.

“Questo progetto ha stimolato le persone a tenere vive le proprie passioni, quelle che magari avevano da piccoli ma che poi la vita ha portato ad abbandonare... Al Museo Egizio, per esempio, tutti i bambini sono andati almeno una volta in gita con la scuola... tornarci vent’anni, trent’anni dopo è comunque un’emozione”

“Qualche paziente ha sbirciato nelle sale lettura e negli uffici che abbiamo al piano di sopra. Questi sono sedi di associazioni ed enti che fanno parte della storia della città. Le persone, per esempio, non sapevano che il Polo del ‘900 ospitasse l’Istituto Gramsci... Hanno potuto scoprire queste cose... conoscere gli archivi e la nostra storia, è cura anche questa”

4.3. Tra inclusione ed esclusione

Una delle variabili più significative per quanto riguarda la riuscita del progetto Cultura di Base è l’eterogeneità dell’utenza che frequenta lo studio del medico di base.

Come segnalato da un medico intervistato, *“Non proporrei una cosa del genere in una terapia intensiva ma l’idea di partire dagli studi di medici di famiglia, dall’attività ambulatoriale di primo livello, è molto buona perché l’utenza non è selezionata e abbiamo range d’età ampia e livelli culturali e sociali con percentuali diverse a seconda della zona”*.

L’intuizione del medico, che troverà sicuramente seguito negli esiti del questionario quantitativo, ha avuto, nel concreto, un’applicazione e dei risvolti altrettanto eterogenei. Un elemento da tenere in considerazione, infatti, è quello del criterio di selezione utilizzato dai medici nella scelta di quale tipologia di utenza indirizzare verso il nuovo studio. In molte situazioni l’età anagrafica e la presenza di ostacoli strutturali (distanza, presenza/manca di parcheggi e/o mezzi pubblici, ecc.) hanno contribuito alla selezione dei/delle pazienti che hanno fatto esperienza della sperimentazione di Cultura di Base. Inoltre, si sono presentati anche ostacoli che potremmo definire “simbolici”; come ricorda una dottoressa in merito alla frequentazione del Parco Arte Vivente (PAV):

“Il museo è oltre il cavalcavia che per molti miei pazienti è un muro psicologico. La gente mi chiamava persa perché all’inizio non trovava il luogo, non si spingevano quasi mai al di là del cavalcavia e questa cosa si è sentita.”

Se qualche medico ha preferito lasciare al paziente la decisione di quale ambulatorio frequentare (con una conseguente autoselezione dell’utenza stessa); altri medici hanno ovviato alle possibili criticità operando una preselezione sulla base della loro approfondita conoscenza di ciascun paziente:

“Anche io stesso con le mie collaboratrici, nel momento di prendere un appuntamento, le indirizzavo, tenendo presente le esigenze di ciascun paziente. La mia è stata una selezione basata essenzialmente sulla mobilità: è venuto l’anziano di 94 anni ma non il diciottenne ingessato, stranamente non era una selezione legata all’età quanto alla mobilità.”

La variabilità di approcci è da ricercare non solo nelle differenti attitudini dei medici coinvolti ma anche nelle specificità dei luoghi della cultura.

A seconda del contesto, infatti, si sono verificati opportunità o incidenti di percorso che hanno reso l’esperienza del progetto ogni volta diversa: il malfunzionamento dell’aria condizionata può aver indotto il medico a non invitare un’anziana signora perché percepito come un ostacolo, mentre un altro medico ha approfittato del cambio ambulatorio per incoraggiare alcuni anziani a raggiungerlo a piedi e a fare movimento, data la maggior vicinanza rispetto all’ambulatorio tradizionale.

Senza mettere in alcun dubbio le competenze dei medici e dei/delle loro collaboratori/ici nell’indirizzare l’utenza, è interessante l’osservazione di un paziente intervistato che invita il progetto a riflettere sulla sua inclusività:

“Si rischia di creare il paradosso per cui chi ha più bisogno di andare in un bel posto non ci va e ci va chi ne ha

meno bisogno... si rischia di creare una selezione sulla base di condizioni e graduatorie che non dovrebbero esistere perché questo progetto deve essere universale”.

Ed è ancora un'altra paziente a far emergere un ulteriore nodo critico:

“Penso che si debba fare attenzione al livello sociale e culturale dei pazienti... è vero che se abito in Barriera di Milano posso scegliere anche il medico che lavora in centro ma è più scomodo. E così però finisce che i pazienti che vivono in centro hanno già visitato il museo e quasi non gli interessa più, mentre chi abita in una zona periferica, che avrebbe magari più bisogno di un incentivo ad andare al museo, continua a non andarci...”

I commenti sopra riportati non intendono sminuire la portata del progetto anche perché provengono da persone che hanno colto e apprezzato il senso di una sperimentazione come quella di Cultura di Base. Tuttavia, offrono degli sguardi interessanti in tema di disuguaglianze e accesso ai servizi sanitari e culturali, che, come abbiamo potuto osservare nel capitolo dedicato alla scelta dei luoghi di cultura, rappresentano un argomento caldo nel contesto torinese.

Tuttavia, in risposta alle criticità sollevate dai pazienti, è importante mettere l'accento sul carattere complementare che ha contrassegnato l'apertura degli ambulatori nei luoghi di cultura. Ciascun medico, infatti, ha approfittato di questi nuovi spazi per uno/due turni settimanali, garantendo la continuità dell'accesso allo studio tradizionale nei restanti giorni.

Questa doppia possibilità, favorita senz'altro dalla possibilità del medico di avere personale in grado di gestire l'ambulatorio tradizionale nei momenti di sua assenza, è stata vista dai pazienti come un'opportunità significativa per l'esperienza vissuta e per la sua eventuale replicabilità.

“La segretaria mi diceva che quando spiegava la cosa gli anziani si domandavano - ma come ci arrivo? - Poteva essere un problema all'inizio ma la dottoressa era lì solo un giorno a settimana quindi non era limitante”

“È importante che ci sia sempre qualcuno a disposizione anche nell'ambulatorio 'tradizionale' così anche chi è meno avvezzo ai cambiamenti può continuare ad avere lo stesso servizio”

“Purtroppo (o per fortuna) andrò in pensione ma se continuassi a lavorare lo rifarei. Però è necessario garantire i due studi in contemporanea, per me la segretaria è stata indispensabile per la continuità”

4.4. Accoglienza e Volontariato

Le interviste ai/alle pazienti hanno sottolineato la centralità del momento dell'ingresso nel luogo della cultura e dell'accoglienza ricevuta. In linea con le peculiarità più innovative del progetto, gli/le intervistati/e hanno riflettuto sulla cura in termini di processo, evidenziando come la continuità dell'intero percorso fino allo studio del medico abbia parimenti importanza nel creare le condizioni di distensione e fiducia che stanno alla base di una buona alleanza terapeutica.

“Per me la cura è un processo e anche l'accoglienza ne fa parte, dà quell'in più che personalizza, anziché un numero in un elenco tu sei una persona...”

“Io credo che queste sperimentazioni che legano cultura e salute abbiano come tema generale la parte umana, a 360 gradi, della cura. La prima cosa che ci fa sentire bene è quando siamo accolti: che si tratti di un negozio, di un ristorante, di un medico di base o anche a scuola, è importante avere qualcuno che ti dica buongiorno e qualcuno con cui non ti senti in imbarazzo a fare una domanda, che non senti di distrarlo dal lavoro [...] c'è un senso di disorientamento quando si viene tolti dalle proprie abitudini, che può essere colmato da una persona che ti accoglie. Penso che sia fondamentale questo tassello. La relazione non basta che sia tra medico-paziente-struttura... c'è una parte non sacrificabile di chi ti guida e accompagna nel percorso di cura.”

“Per me è una figura fondamentale in generale perché quando si va in uno spazio pubblico che sia un ospedale ma anche un ufficio, il fatto di avere una persona che ti accoglie, con il sorriso, che ti dà quelle informazioni che a volte possono sembrare ovvie perché magari hai altre cose in testa, non sei lucido (cose per cui se vai dal medico magari possono essere anche gravi), Una persona che ti accompagni è fondamentale, credo che il rapporto umano sia imprescindibile in ogni attività.”

“Laddove ti accolgono con il sorriso i risultati sono migliori: la gente ha bisogno di affetto, nel senso di accoglienza e disponibilità”

“L'accoglienza è un aspetto importante dell'esperienza, anche andando normalmente dal medico a volte ci accorgiamo che la segretaria, che prende appuntamenti, che ti richiama...fa un enorme differenza”

Le voci dei/delle pazienti ci traghettano verso una riflessione sui/sulle volontari/ie dell'associazione culturale Volo2006, figure che, in questa prima fase sperimentale, si sono rivelate indispensabili perché quelle che più hanno contribuito ad accogliere e orientare l'utenza nel cambiamento.

Il mandato iniziale del volontariato riguardava principalmente il supporto all'utenza nella compilazione del questionario valutativo e l'accompagnamento di questa allo studio medico, in un percorso che, nonostante il lavoro di indicazioni e cartellonistica confezionato su misura per ogni singolo luogo della cultura, era emerso già in fase di progettazione come un possibile nodo critico dell'esperienza.

“I volontari sono stati utilissimi, non se ne sarebbe potuto fare a meno specie in una prima fase”

“Senza i volontari sarebbe stato un problema perché accoglievano il paziente, lo portavano in studio... il problema degli spazi grossi e il senso di disorientamento è stato superato egregiamente dall' aiuto dei volontari, sono stati un elemento fondamentale”

“I volontari sono stati un ottimo tramite, erano persone molto formate. Secondo me è fondamentale: non so dove fosse ubicato lo studio in altri musei, ma nel nostro caso erano necessari. La segnaletica era ben studiata e molto chiara ma la presenza di una persona era fondamentale perché era molto facile perdersi”

“Calcoliamo che negli studi medici ci sono molto anziani e che se hanno appuntamento a quell'ora e si perdono cominciano ad agitarsi ..Uno, dal medico deve arrivare tranquillo, non dobbiamo creare ulteriore stress.”

Le dichiarazioni riportate evidenziano il ruolo del volontariato come una risorsa fondamentale alla riuscita del progetto. Tuttavia, per fare di questa sperimentazione un modello di buona pratica, vale la pena affrontare le criticità emerse intorno a questo ruolo.

Dal punto di vista di alcune rappresentanti dell'associazione di volontariato coinvolta, nonostante un importante entusiasmo iniziale per il progetto e per i suoi temi, la collaborazione a Cultura di Base è risultata faticosa e non sempre gratificante.

“C'era un grande entusiasmo iniziale ma poi è stato molto faticoso. A maggio-giugno c'era molta disponibilità ma a fine state abbiamo avuto molta difficoltà per mancanza di volontari”

“Non c'è stato molto coinvolgimento del volontariato, alcuni si sono tirati indietro, soprattutto chi veniva da fuori città, perché sono mancate alcune garanzie, come per esempio i biglietti del tram per raggiungere i luoghi di cultura, non abbiamo avuto molta assistenza...”

Lo slittamento temporale della sperimentazione, dovuto principalmente a normative Covid, ha influito in maniera pesante nel monte ore di disponibilità di volontari e volontarie che si sono ritrovati/e problemi di gestione del personale in un periodo come quello estivo dove la loro richiesta è sempre più alta in sempre più progetti sociali e culturali.

Oltre a suggerire come il volontariato sia a tutti gli effetti una delle colonne portanti di iniziative e progetti di questo tipo, le parole dell'intervista introducono un tema, quello del riconoscimento professionale che, come abbiamo visto, ha attraversato tutte le fasi di questo resoconto etnografico e, pertanto, del progetto innovativo che si propone di raccontare.

Se per quanto riguarda la co-progettazione, questo tema è alla base della costruzione di quel linguaggio e quella visione condivisa che hanno permesso la realizzazione di un lavoro così corale, nella sua fase più realizzativa questo è risultato più carente.

“È mancato un po' il riconoscimento del nostro ruolo, è stato acquisito senza pensare al sacrificio delle persone. Per esempio, ho gestito i turni estivi mentre ero in vacanza. È stata una sensazione... Il periodo di sperimentazione era lungo e non doveva appoggiarsi solo su questo. Poi i volontari sono persone, hanno altri impegni...”

Le valutazioni fino a qui espresse ci invitano a ripensare e a riconoscere l'importanza del volontariato e, soprattutto, la necessità di una valorizzazione di sistema di figure professionali che siano capaci di gestire il percorso di accesso

agli studi medici come parte integrante del processo di cura. Riportiamo alcune dichiarazioni, rispettivamente di un paziente, un medico e un'operatrice culturale, riguardo all'argomento:

“Non voglio svilire il ruolo dei volontari ma le cose belle costano. I volontari hanno una funzione importantissima ma se dai un servizio è importante che questo sia assicurato, e questo è davvero un servizio di prima necessità”

“Avrei potuto portare la mia segretaria ma avrei lasciato sguernito il mio studio, era necessaria una figura di soglia anche nel nuovo studio...”

“Credo che il ruolo dell'accoglienza sia centrale e per questo non è una funzione che può essere demandata ai volontari. È un lavoro a tutti gli effetti ed è importante e come lavoro deve essere trattato. Noi abbiamo fatto anche un lavoro di briefing con il personale del museo perché il visitatore, anche come paziente, andava accolto e non era pensabile lasciare una delega su una funzione così importante...”

4.5. Spazi “dedicati” e spazi “ricavati”

Una lettura attenta delle testimonianze sopra riportate ci aiuta a spostare il focus e ad andare oltre una descrizione “idilliaca” del progetto. Come ricorda un paziente:

“Un conto è parlare della condizione idilliaca ma se il progetto deve andare avanti tutti i giorni con 1800 mutua- ti a medico (perché questi sono i numeri) bisogna ripensarci. Se la sperimentazione voleva dimostrare che la visita nella bellezza favorisce il rapporto con il medico non ho niente da obiettare ma perché sia replicabile è necessario calarsi ancora di più nelle necessità vere di uno studio medico come lo spazio per una segretaria, una sala d'attesa, un percorso di accesso facilitato ecc.”

È utile usare questo spazio per mettere in luce alcune criticità salienti che ad un primo assaggio di esperienza non hanno rappresentato alcun ostacolo insormontabile ma che, in ottica di fattibilità e replicabilità del progetto, acquistano un valore rilevante. Il primo fattore a cui vale la pena dedicare maggior attenzione è la sala d'attesa.

Il principale vissuto dei/delle pazienti rispetto a questo spazio riguarda il suo carattere “ricavato”, piuttosto che “dedicato”. Come abbiamo visto in precedenza, il nucleo del progetto Cultura di Base ha riguardato fondamentalmente il ricollocamento dello studio medico all'interno di spazi di luoghi museali e/o di produzione culturale. Se per quanto riguarda gli ambulatori tutti i medici si sono detti ampiamente soddisfatti, descrivendoli spesso in termini più che positivi per l'ampiezza degli spazi e l'attenzione per l'ordine e i dettagli che hanno caratterizzato il lavoro di allestimento, lo stesso discorso non può essere fatto per le sale d'attesa.

Percepiti a seconda del luogo della cultura, come ricavati, “claustrofobici” e, alle volte, anche come “corridoi bui e un po' tristi”, questi spazi sono stato spesso vissuti dall'utenza come un elemento di stonatura del percorso. Alla luce della testimonianza sopra riportata, la principale preoccupazione risulta essere proiettata in un futuro momento di ripresa “a regime” degli studi medici:

“Se questa cosa dovesse diventare di sistema la sala d'attesa è una criticità. Sto pensando a una sperimentazione non in un periodo di bassa affluenza ma nel delirio di adesso, oggi c'è di nuovo 'l'assalto alla diligenza', soprattutto se non sono pazienti educati dal proprio medico al prendere appuntamenti.”

“Mentre ero in attesa di entrare dalla dottoressa mi ero allontanata perché l'acustica faceva sentire tutto da dentro lo studio. Non dicevano nulla di che ma mi sentivo in imbarazzo nel sentire cose private tra le due... Ho sentito che la privacy era poco tutelata”

Il tema della privacy ha attraversato alcune delle conversazioni avute con i/le pazienti anche se ha acquisito una valenza propriamente critica soltanto per il caso del PAV. Questo, infatti, si è delineato come il contesto più critico dal punto di vista logistico e architettonico, anche perché ha visto introdurre una sperimentazione ancora più “sfidante” grazie alla costruzione di un cubo vetrato dove installare l'ambulatorio del medico di base.

A causa del caldo torrido estivo e il malfunzionamento degli impianti di raffreddamento/ riscaldamento, il medico di base afferente al PAV ha dovuto spesso ovviare al problema tenendo aperta la porta dell'ambulatorio, al fine di favorire una corretta circolazione dell'aria. Tuttavia, è la stessa paziente a segnalare come questi “incidenti di percorso”, si siano trasformati in occasione di rafforzamento dell'alleanza tra medico e paziente:

“Io e la dottoressa abbiamo parlato di quel che non funzionava e ci siamo fatte due risate. Sicuramente mi ha

permesso di cogliere aspetti meno professionali ma più personali della dottoressa. Il nostro rapporto non si esauriva sul piano professionale, mi sono resa conto che avevamo un rapporto che andava oltre..., mi ha raccontato del progetto e le difficoltà organizzative del posto, erano sciocchezze che però sono servite a costruire il rapporto”

A livello generale, dunque, è possibile segnalare l'assenza di forti critiche da parte dell'utenza in merito a possibili barriere architettoniche e organizzative, riflesso di quell'attenzione verso lo spazio di cura e verso l'utenza che li frequenta che abbiamo visto aver caratterizzato il dialogo tra comparto medico e culturale della fase di co-progettazione. Sempre in riferimento al PAV, la stessa paziente ha sottolineato come il contesto culturale e, in questo caso, anche naturale, abbia rappresentato un elemento molto positivo rispetto alla sua esperienza di utente:

“Ho notato un'aria migliore: di solito l'ambulatorio è piccolo ed è pieno di gente che reclama il suo turno. Aspettare facendo una passeggiata nel parco se c'è il sole o comunque seduta con un orizzonte visivo più ampio della solita sala d'attesa in cui suona il campanello, poi squilla il telefono e spero che non risponda per non rallentare le visite...sei lì che aspetti e tutto queste cose ti aumentano lo stress... chiaramente un ambiente più ampio, con lo spazio di vista più ampio...”

4.6. La partecipazione dei luoghi di cultura

Questo capitolo è dedicato ai contesti museali e di produzione culturale che sono stati abitati dalla sperimentazione di Cultura di Base. Nonostante l'eterogeneità degli esiti, riflesso di luoghi con variabili tanto diverse da risultare di difficile comparazione, è importante segnalare che durante le interviste, gli/le operatori/ici culturali hanno raccontato vissuti positivi e stimolanti rispetto alla sperimentazione e una percezione di “non invasività” da parte del progetto, soprattutto laddove il flusso di pazienti e quello di visitatori/ici seguiva gli stessi percorsi.

Quest'ultimo attributo appare come significativo, in particolar modo perché situa Cultura di Base nell'ottica di una convivenza possibile e complementare. A tal riguardo è importante non trascurare il tema della partecipazione e del coinvolgimento del personale dei luoghi di cultura, principale nota di biasimo che hanno riportato alcuni medici e pazienti:

“Gli addetti al parco “stonavano” rispetto al lavoro dei volontari, stavano a pochi metri guardando con atteggiamento da: ma questi cosa vogliono? Dovremmo fare così anche noi?”

“Mi sentivo un po' catapultata lì, il personale non mi sembrava coinvolto dal progetto, anzi a volte mi sembrava lo ostacolassero”

“I dipendenti, da un certo punto in avanti, hanno cominciato a parlare con gli utenti, offrire biglietti, far fare visite al parco oltre ai volontari. Nell'ultimo periodo hanno partecipato di più, per loro è stato un cambiamento”

L'ultima testimonianza appartiene ad un medico e racconta in maniera esemplare l'andamento della relazione tra il progetto Cultura di Base il personale delle strutture che lo hanno ospitato: molto spesso si è partiti da una percezione di mancanza di coinvolgimento e interesse che è andata cambiando solo nel tempo, con il consolidarsi della sperimentazione.

Da un altro punto di vista, anche il personale dei musei e dei luoghi di produzione della cultura ha manifestato, durante le interviste, la necessità di un maggior coinvolgimento nel progetto. A questo proposito, è significativa la testimonianza di due operatrici del Museo Egizio, contesto nel quale sono state segnalate meno critiche in merito al coinvolgimento del personale:

“I workshop sono stati fondamentali perché non avevo mai guardato al medico di base da un'altra ottica. Quando come noi hai un pubblico molto eterogeneo ti fai tante domande in modo che l'offerta venga incontro a molte esigenze. Di solito però per noi l'utenza è interessata al museo ma in questo caso andava nel museo per vedere il proprio medico di base, per scopi quindi molto diversi. Soltanto facendo il percorso dei workshop ed entrando in contatto con i medici che raccontavano la loro realtà abbiamo potuto realmente mettere in rete i nostri punti di vista e mettere insieme questi elementi era fondamentale”

Queste riflessioni ribadiscono l'importanza che hanno avuto le ricerche e i workshop preliminari realizzati dall'agenzia TODO e suggeriscono di promuovere un maggior coinvolgimento dei luoghi della cultura, sin dalle fasi di progettazione.

Cultura di Base appare dunque con ancora più forza come un progetto corale e interdisciplinare, che può fare tesoro delle competenze apprese e tentare, in futuro di aggiungere ancora più sedie al tavolo di lavoro.

È sempre da quelle operatrici che si sono maggiormente sentite coinvolte nel e dal progetto che emerge una possibilità che merita di essere riportata e condivisa per intero:

“Mi è mancato il rapporto con le altre istituzioni culturali, anche se ognuno ha le sue specificità. Mi è successo in merito a un altro progetto di trovarmi allo stesso tavolo vari enti culturali della città. Ciascuno produceva un’offerta culturale decisamente diversa non solo per contenuti e per portabilità ma è stato interessante confrontarci tra di noi. Se resti chiuso nell’ambito del tuo museo pensi che ciò che porterai è la cosa più importante. Se invece ti confronti con realtà che producono cultura in modo diverso alla fine ti trovi con una via di mezzo e la possibilità di produrre un calendario e un programma che sia uniforme e parimenti convincente (non dico attrattivo perché quello spetta all’utenza valutarlo). Sarebbe stato interessante trovarci intorno a un tavolo e capire chi avrebbe fatto che cosa. Questo pezzo qua non mi era chiaro all’inizio ma ex post mi viene da dire: in una nuova esperienza dobbiamo tutti metterci intorno al tavolo, magari anche con qualche fruitore che possa farsi portavoce dell’utenza. Mi è mancato sapere quali sono i punti di forza e debolezza degli altri luoghi di cultura ma sarebbe stato importante: perché questo progetto sia davvero efficace e produca una contaminazione deve essere un messaggio condiviso, deve rispondere al bisogno di fare rete dei musei e dei luoghi di produzione culturale”

5. Conclusioni ed aperture

Questo resoconto si conclude con il tema forse più significativo dell’intero progetto Cultura di Base, dal primo momento in cui è stato pensato fino alla chiusura della porta dell’ultimo ambulatorio che ha concluso la sperimentazione: la possibilità di generare ricadute innovative e trasformative, anche inaspettate, non solo in chi ha beneficiato del percorso ma nel tessuto sociale tutto.

“Questo è un vorrei che fa parte di tutti, il valore fondante del progetto: concepire una ricaduta sociale del proprio mestiere che va oltre il proprio mestiere, è una cosa che accomuna tutti quelli che hanno preso parte al progetto, medici e luoghi della cultura compresi.”

“Mi sembra quanto di più contemporaneo possiamo dare come risposta a quel che ci sta capitando nel mondo in generale. Esiste un far bene il mio mestiere ma è solo un pezzo e non può prescindere dal pensare la ricaduta del proprio mestiere in un raggio più ampio. Questo è un non detto del progetto, un sotteso che però è centrale”

Con queste parole, le rappresentanti della Fondazione per l’architettura rispondevano alla domanda, forse fin troppo retorica, su cosa si aspettassero da questo progetto.

Tuttavia, gli esiti sono stati tutt’altro che retorici: esercizi di immaginazione realistica che aprono a possibilità di miglioramento e trasformazione dell’esperienza e che rappresentano, di per sé, una prima ricaduta inaspettata del progetto Cultura di Base.

Prima di vederne alcune è importante segnalare la natura stessa di questo progetto, ovvero il suo carattere di sperimentazione:

“È importante da sottolineare quanto i mesi di sperimentazione sono “sperimentazione”, si tende a dimenticare questa cosa quando si arriva all’ output finale. Mesi per riprogettare in base alle evidenze emerse dal campo, per creare un nuovo modello. Qui siamo nel primo momento di sperimentazione, tra sperimentazione e disseminazione ci vuole un tempo per arrivare ad incamerare cosa ricostruisce l’osservazione prendendo il tema e anche il lusso di dirsi che è normale che in una sperimentazione non tutto fili liscio. Queste cose andranno riassorbite e riformulate. Su questo insisto, anche come etica professionale.”

Con questa riflessione si riassume il contributo che questo resoconto intende offrire: un modo per guardare al progetto e guardarsi in maniera riflessiva e decentrata, uno strumento per leggere la complessità che soggiace ad un progetto come questo e che spesso tende a farsi invisibile.

Le criticità messe in luce fino a questo punto offrono la possibilità di esercitare quella “capacità negativa” che consente di rielaborare l’esistente in termini di risorsa e trasformarlo in un miglioramento, non astratto ma fondato da reali condizioni di fattibilità.

Inoltre, questo resoconto intende fare da cassa di risonanza per raccontare i vissuti, le esperienze e, soprattutto, le idee di chi ha partecipato al progetto, un primo passo verso il dibattito che si auspica questo percorso possa ge-

nerare. Come sottolineato da un partner di progetto ancora prima che iniziasse la sperimentazione vera e propria:

“Mi aspetto un dibattito non solo in termini teorici, vorrei che questo progetto potesse diventare spunto per affrontare il tema a livelli diversi. Ritengo che una parte di obiettivo sia già stata raggiunta: la situazione sanitaria è drammatica e questo è un modo, seppur strano, di portare attenzione su un tema che adesso sembra fatto solo di aspetti emergenziali ma mi auguro che questo approccio umano possa essere una delle micce per portare attenzione su questi temi più strutturali e di sistema”

Per tornare agli esiti e alle ricadute di Cultura di Base ripartiamo dall'idea di processo, concetto che ci accompagna fin dalle note introduttive del resoconto, il cui obiettivo si configura propria nella valorizzazione della dimensione processuale del progetto e dei suoi risultati.

Già in fase di co-progettazione, infatti, possiamo notare alcune prime ricadute che andavano ben oltre la sola alleanza medico-paziente:

“L'ideazione la partecipazione al progetto sta aiutando a generare entusiasmo nel nostro staff: con il covid l'entusiasmo era molto calato, qualcuno è andato via e il gruppo si è ridotto. Eravamo molto affaticate dalla routine e questo progetto ci ha ridato un po' di entusiasmo”

“Secondo me già il coinvolgimento dei medici di medicina generale è un risultato, per il valore dell'esperienza che si portano a casa. Se non dovessimo poter proseguire oltre la sperimentazione avrebbe comunque molto valore aver partecipato, averlo vissuto...”

Le parole sopra riportate appartengono a varie esponenti del gruppo di progettazione e suggeriscono come la sinergia tra cura e cultura possa generare dei benefici già a partire dal dialogo e dal riconoscimento di altre figure e culture professionali.

Come è emerso nel resoconto e dalle interviste, i tentativi di mediazione, l'ascolto dell'altro, la creazione di un vocabolario condiviso hanno rappresentato momenti di:

“formazione e autoformazione: sto imparando da tutti, da alcuni impari nozioni, da altri impari modi di comportarti. Mi piace tantissimo.”

Un' ultima nota riguarda una prima ricaduta, ancora in tempi lontani dalla sperimentazione, che mi è stata raccontata durante una riunione presso la Fondazione per l'architettura: la settimana precedente si era svolto un laboratorio, parte del percorso Wellimpact CWLab promosso da Fondazione Compagnia di San Paolo, che era stata l'occasione per una prima presentazione pubblica del progetto Cultura di Base. Tra i partecipanti al laboratorio, il direttore della Fondazione Musei della città di Brescia, era rimasto particolarmente colpito dal progetto e aveva raccontato un suo sogno nel cassetto. Si augurava di poter replicare il progetto e di poter riaprire il consultorio e lo spazio giovani della sua città, chiuso da tempo, all'interno del luogo della cultura.

Questo racconto si è rivelato pioniere di molte altre intuizioni e proposte che hanno condiviso pazienti, medici e operatori/ici della cultura durante le interviste realizzate per la stesura di questo resoconto. Come vedremo, ognuna di queste proposte è saldamente ancorata al suo contesto di provenienza: le specificità di ciascun luogo della cultura, lungi da rappresentare un ostacolo, hanno in realtà stimolato idee e aperture molto diverse e in grado di cogliere le risorse di questa diversità.

In continuità con l'aneddoto sopra citato, anche da parte del personale del Polo del '900 è stata manifestata la possibilità di coniugare la sua tipologia di utenza, principalmente di giovani studenti/esse, con l'allestimento di un consultorio:

“Il nostro è un luogo molto frequentato dai giovani. Ci siamo immaginati e immedesimati nella vita di questi studenti e abbiamo pensato alle loro necessità. Potrebbe essere interessante se al posto del medico di base potessimo ospitare, per esempio, un consultorio: magari fare il passo, prendere il pullman per andare al consultorio non è sempre semplice, invece pensare che nella pausa caffè o in pausa sigaretta vai al quarto piano e trovi questo tipo di servizio ..ci piacerebbe moltissimo che prendesse questa piega.”

Rispetto al PAV, invece, è una paziente a proporre la possibilità di trasformare una sala in un ambulatorio pediatrico:

“Mi sono immaginata le mamme con i passeggini in giro per il parco... se si trovasse una stanza con un medico fisso ci guadagnerebbe il museo... è lì sarebbe davvero bellissimo avere un pediatra.”

Un ultimo pensiero si spinge ancor più in là nell'immaginazione e sposa la possibilità che Cultura di Base intersechi il bisogno, emerso in maniera dirompente con la pandemia di Covid 19, di reinvestire e rivalutare la medicina territoriale. Come spiega una dottoressa:

“Non credo che il futuro della medicina di base sia nello studio singolo del medico ma neanche nello studio di gruppo. Dobbiamo ritornare nel territorio, con le case della salute... ma perché non mettere una casa della salute in un contesto museale o culturale? Io, per esempio, seguo molto i diabetici, potremmo pensare a un servizio per le cronicità, con l'infermiera sempre presente...”.

La partecipazione alla sperimentazione di Cultura di Base da parte dei musei e dei luoghi di produzione culturale ha spinto molti/e operatori/ici a riflettere sull'apporto che può offrire la cultura al processo di umanizzazione delle cure e a sostegno di una situazione sanitaria nazionale sempre più drammatica in ogni suo aspetto:

“Mi aveva colpito la denuncia di burnout del personale medico da parte del presidente dell'Ordine dei Medici durante la conferenza stampa di lancio del progetto. In quel momento ci si è posti in ascolto di un'esigenza per cui anche i medici possono essere pazienti e sarebbe bello se i musei potessero contribuire ad alleviare i loro malesseri. L'atteggiamento che ci contraddistingue è l'ascolto, magari potremmo creare un tavolo con i rappresentanti dell'Ordine dei Medici e pensare a realizzare qualcosa con la rete dei musei coinvolti. Comunque, anche noi musei dobbiamo iniziare a pensare ad un'offerta che sia il più possibile inclusiva di aspetti fisici, psicologici ed emotivi. Immagina se il medico, alla fine di una visita, potesse prescrivere proprio una visita al museo e che questo fosse pronto per una visita taylor made.”

I suggerimenti emersi durante le interviste non riguardano soltanto la tipologia di utenza e servizi da offrire, né le competenze e iniziative che possono rappresentare un valore aggiunto al progetto stesso. Alcuni di questi, infatti, collocano la possibilità di replicare la sperimentazione di Cultura di Base a diversi livelli, anche geografici: un paziente sogna che possa essere replicato nelle province italiane, lontane dai centri produttivi, oppure in natura, in virtù della sinergia tra la medicina e il patrimonio naturale.

Cenni bibliografici

Bourdieu P., Cose dette. Verso una sociologia riflessiva, Orthotes Editrice, Napoli-Salerno, 2013.

Czarniawska B., Narra l'organizzazione, Edizioni di Comunità, Torino, 200.

Eriksen T.H., Fuori controllo. Un'antropologia del cambiamento accelerato, Einaudi, 2017.

Lanzara G.F., Capacità negativa, Il Mulino, Bologna, 1993.

Morgan G., Images. Le metafore dell'organizzazione, F. Angeli, Milano, 2015.

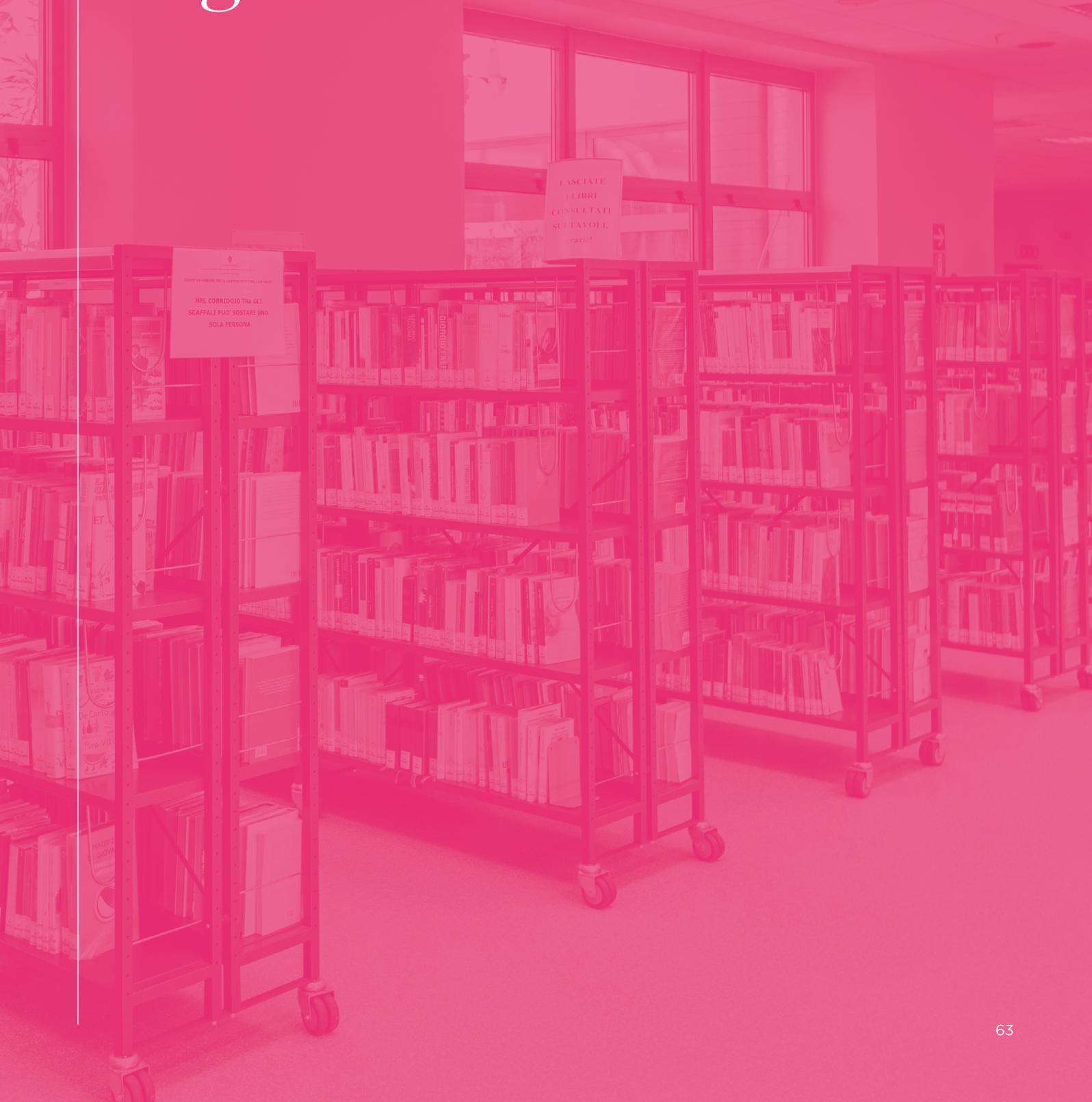
Piccardo C., Benozzo A., Etnografia organizzativa. Una proposta di metodo per l'analisi delle organizzazioni come culture, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996.

Sennet R., Insieme, Feltrinelli, 2014.

Scavi M., Ad una spanna da terra, Feltrinelli, Milano, 1989

05.

Questionario di valutazione degli effetti



Parte precompilata (a cura del rilevatore)						
Nome medico				Ora:	mattina	pomeriggio
Data				Madrelingua	SI	NO
Luogo	SMAI	SMO				
(specificare indirizzo -via o piazza- nel caso il medico operi in più studi)						

Gentile paziente, vorremmo alcune Sue opinioni sulla sua esperienza durante la visita.

Per favore risponda a tutte le domande, in modo libero e sincero.

La informiamo che il questionario è anonimo.

D01	Sesso	F	M				
D02	Età	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71 o più
D03	Nazionalità	Italia	EU	Extra EU			
D04	Stato civile	Celibe/nubile	Sposato/convivente	Vedovo	Altro		
D05	Titolo di studio	Obbligo o inferiore		Diploma scuola superiore		Laurea	
D06	Lavora?	Si	No	Pensionato			

D07. Con quale intenzione è venuto oggi dal medico?

- Per azioni/prestazioni legate al Covid19
- Per avere una ricetta
- Per essere visitato
- Per avere consigli/informazioni
- Per far valutare esami o altre indagini
- Altro

D08. Quanto spesso viene per una visita dal suo medico (escluso il ritiro di ricette)?

- Ogni settimana
- Ogni mese
- Ogni due mesi
- Occasionalmente

D09. Perché ha scelto questo medico di famiglia?

- Vicinanza/comodità
- Consiglio di familiari/amici/conoscenti
- Amicizia, Fiducia
- Altro

D10. Il suo medico ha due studi. Perché è venuto a fare la visita qui?

- Perché il mio appuntamento era oggi e lo studio aperto era questo
- Perché questo è in una posizione più comoda
- Perché ero curioso di vedere questo studio
- Altro

D11. Quanto tempo ha trascorso in sala d'attesa?

- Meno di 10 minuti
- Meno di mezz'ora
- Almeno mezz'ora

Dopo aver letto attentamente tutte le possibili risposte, scelga per ciascuna domanda la risposta che Le sembra descrivere meglio la Sua situazione.

D12. Nelle ultime 4 settimane, è stato infastidito da stati di tensione o perché aveva i nervi a fior di pelle?

- Enormemente, tanto da non riuscire a lavorare o ad occuparmi delle cose che dovevo fare*
- Moltissimo*
- Parecchio*
- Abbastanza, tanto da esserne infastidito*
- Un po'*
- Per nulla*

D13. Nelle ultime 4 settimane, quanta energia o vitalità ha avuto o ha sentito di avere?

- Decisamente pieno di energia - molto vivace*
- Abbastanza pieno di energia per la maggior parte del tempo*
- Ho avuto notevoli alti e bassi di vitalità ed energia*
- Il mio livello di energia o vitalità è stato generalmente basso*
- Il mio livello di energia o vitalità è stato quasi sempre molto basso*
- Mi sono sentito senza forze, svuotato, privo di energia o vitalità*

D14. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito scoraggiato e triste

- Mai*
- Quasi mai*
- Una parte del tempo*
- Molto tempo*
- Quasi sempre*
- Sempre*

D15. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito emotivamente stabile e sicuro di me stesso

- Mai*
- Quasi mai*
- Una parte del tempo*
- Molto tempo*
- Quasi sempre*
- Sempre*

D16. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito allegro e sereno

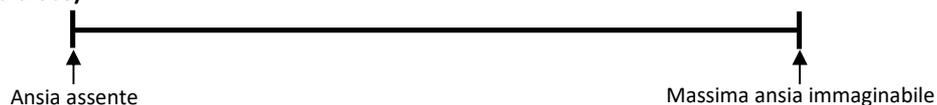
- Mai*
- Quasi mai*
- Una parte del tempo*
- Molto tempo*
- Quasi sempre*
- Sempre*

D17. Nelle ultime 4 settimane, mi sono sentito stanco, esaurito, logorato o sfinito

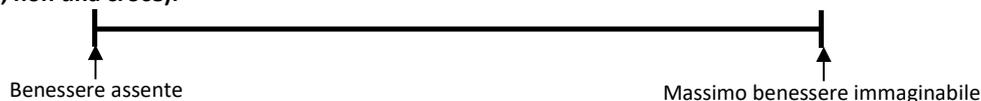
- Mai*
- Quasi mai*
- Una parte del tempo*
- Molto tempo*
- Quasi sempre*
- Sempre*

D18	Oggi durante l'attesa per la visita è riuscito a distrarsi?	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>
D19	Le è sembrato che in sala d'attesa il tempo non passasse mai?	<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Abbastanza</i>	<i>Molto</i>

D20. Indichi sulla linea la posizione tra i due estremi che equivale all'ansia che ha provato durante l'attesa (usi un segno verticale, non una croce).



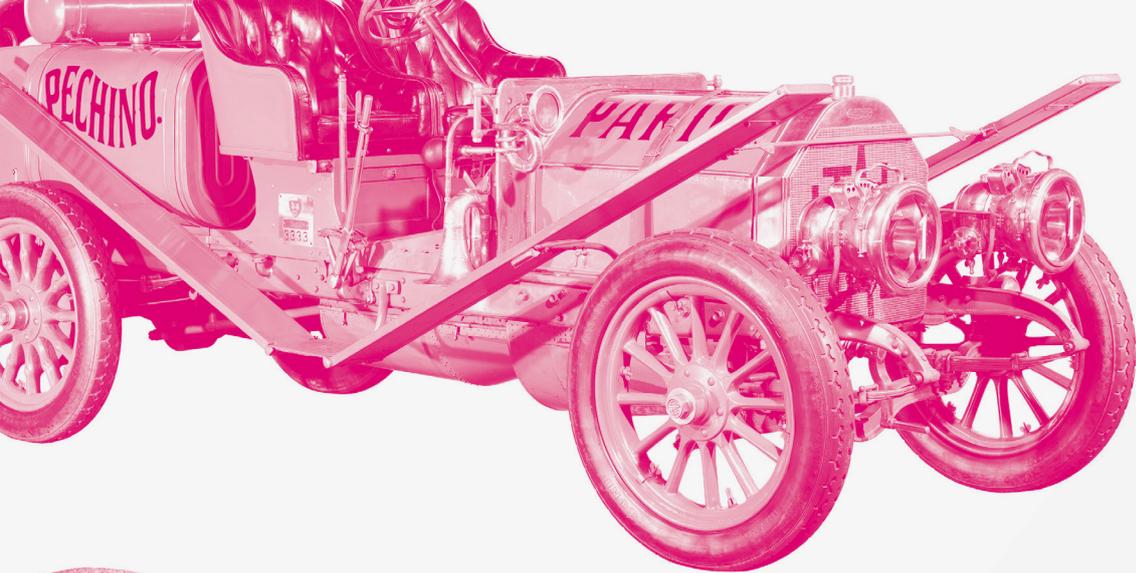
D21. Indichi sulla linea la posizione tra i due estremi che equivale al suo stato di benessere in questo momento (usi un segno verticale, non una croce).



Indichi per favore quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni:

D22	Grazie alle visite dal mio medico mi sento più sicuro su come posso prendermi cura della mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D23	Andare dal medico mi dà nuove idee su come valutare la mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D24	Credo che il mio medico si preoccupi per me	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D25	Io e il mio medico troviamo insieme gli obiettivi da raggiungere per migliorare la mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D26	Il mio medico ed io ci rispettiamo reciprocamente	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D27	Io e il mio medico lavoriamo insieme per migliorare la mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D28	Sento che il mio medico mi comprende	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D29	Io e il mio medico siamo d'accordo sulle cose importanti da fare per migliorare la mia salute	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D30	Anche se non seguo i suoi consigli, so che il medico si prende lo stesso cura di me	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D31	Sento che ciò che faccio con il mio medico mi aiuterà a stare meglio	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D32	Il mio medico ed io siamo d'accordo su cosa devo fare per la mia salute e il mio benessere	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
D33	Penso che stiamo agendo bene per migliorare la mia salute e il mio benessere	Raramente	Qualche volta	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre

D34	Oggi è la prima volta che viene in questo nuovo studio?	No		Sì	
D35	Quanto è stato comodo trovare e raggiungere questo studio?	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
D36	Recarsi presso il proprio medico in un luogo del genere è stato per Lei un'esperienza piacevole?	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
D37	Conosceva già questo posto?	No		Sì	
D38	Ha approfittato o approfitterà di questa occasione per fare una visita culturale?	No, non mi interessa		No, non ho tempo	Sì
D39	Avere fatto la visita in questo luogo le sembra abbia reso più cordiale il rapporto con il medico?	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto



Planetary Classics

周期律
— 元素追想 —
フリーモレーヴ
● 竹山博美 一 氏

Biblioteche civiche Tonno
LEVI

**853
9
LEV**

TV-325640

