

I quaderni
n.1/2021

Incrociare le visioni

Un dialogo aperto con Sanità, Cultura,
Sociale e Università

Incrociare le visioni.

Un dialogo aperto con Sanità, Cultura, Sociale e Università

In questo documento sono presentati i contributi raccolti in occasione della campagna di ascolto realizzata nell'ambito dell'indagine "Cultura e Salute. Verso un nuovo Welfare Culturale", la prima azione di ricerca in Piemonte, Valle D'Aosta e Liguria volta alla conoscenza dei soggetti e progetti attivi e/o sensibili alla relazione virtuosa tra Cultura e Salute.

La ricerca - affidata alla Fondazione Medicina a Misura di Donna che l'ha sviluppata in collaborazione con la piattaforma Cultural Welfare Center, DoRS Regione Piemonte e Italia no profit - è stata voluta e sostenuta da Fondazione Compagnia di San Paolo all'interno del programma strategico pluriennale "Cultura e Salute. Verso un nuovo Welfare Culturale" varato nel 2020 in rapporto all'Obiettivo di Salute Sostenibile 3 (SDGs3), "Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età".

Grazie per le preziose visioni a:

Oscar Bertetto; Serena Bertolucci; Raffaella Bortino; Valentina Borsella; Antonio Camurri; Giovanna Chiorino; Alessandro Coppo; Alda Cosola; Giuseppe Costa; Mauro Croce; Norma De Piccoli; Nerina Dirindin; Valerio Dimonte; Enrico Dolza; Giulio Fornero; Elena Franco; Giorgio Gallino; Marco Giusta; Antonio Martinotti; Roberto Mastroianni; Paolo Naldini; Alessandro Pontremoli, Chiara Saraceno; Fabrizio Serra; Gabriele Vacis; Fabio Viola.

Per la realizzazione della campagna d'ascolto a:

Alessandra Rossi Ghiglione; Catterina Seia; Claudio Tortone (DoRS Regione Piemonte) con Maria Elena Santagati; Carla Di Grazia; Sendy Ghirardi, Vittoria Azzarita
CCW-Cultural Welfare Center

Per le trascrizioni a:

Federico Miniotti, Elena Cangemi, Alfonso Totaro

Per il progetto grafico: Lucia Zanetta

www.culturalwelfare.center

26 testimonianze, ascolti in profondità, che continuano.

L'indagine "Cultura e Salute, verso un nuovo *welfare*" è stata integrata da interviste semistrutturate a protagonisti del mondo della Sanità, della Ricerca, della Cultura e del Sociale, sulla risorsa dei *cross over* culturali per le sfide sociali connesse alla salute delle persone e delle comunità. La crisi pandemica non ha consentito a molti degli attori individuati, prevalentemente ai *policy maker* pubblici della macro-regione, di liberare l'agenda per gli approfondimenti richiesti.

10 degli intervistati hanno successivamente anche compilato la *survey online*.

7 nel mondo della Sanità

Oscar Bertetto
Alessandro Coppo
Alda Cosola
Mauro Croce
Giulio Fornero
Giorgio Gallino
Antonio Martinotti

6 nel mondo della Cultura

Serena Bertolucci
Elena Franco
Roberto Mastroianni
Paolo Naldini
Gabriele Vacis
Fabio Viola

5 nel mondo del Sociale

Raffaella Bortino
Valentina Borsella
Giovanna Chiorino
Enrico Dolza
Fabrizio Serra

Testimonianze

1 policy maker pubblico

Marco Giusta

7 nel mondo dell'Università

Antonio Camurri
Giuseppe Costa
Norma De Piccoli
Valerio Dimonte
Nerina Dirindin
Alessandro Pontremoli
Chiara Saraceno

La parola alla Sanità

7 testimonianze

1. **Oscar Bertetto**

Medico, direttore della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

2. **Alessandro Coppo**

Psicologo e psicoterapeuta presso ASL Vercelli (interventi di prevenzione e di clinica degli adolescenti e degli adulti)

3. **Alda Cosola**

Psicologa e psicoterapeuta, referente per la promozione alla salute dell'ASL Torino3 responsabile del Servizio di Promozione della Salute

4. **Mauro Croce**

Psicologo, psicoterapeuta, criminologo presso ASL Verbania-Cusio-Ossola

5. **Giulio Fornero**

Medico, già (fino a settembre 2020) direzione sanitaria AOU Città della Salute Torino, coordinatore regionale della Rete HPH&HS, Rete degli ospedali e dei servizi sanitari che promuovono la salute

6. **Giorgio Gallino**

Psichiatra, direttore del CSM-Centro di Salute Mentale Sud Est e Sud (ROT - Rete Ospedale Territorio) dell'ASL Città di Torino

7. **Antonio Martinotti**

Psicologo e psicoterapeuta, responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale Prevenzione Selettiva, Precoce e Ambientale delle Dipendenze Patologiche del Dipartimento Interaziendale Patologia delle Dipendenze AA.SS.LL. BI, NO, VC, VCO

1. Oscar Bertetto

Settembre 2020. Conversazione tra Catterina Seia e **Oscar Bertetto**, medico, direttore della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

La rete oncologica contribuisce a definire i percorsi di cura dei pazienti che siano affetti da ogni tipologia di patologia tumorale. Organizzativamente è un dipartimento interaziendale, che comprende tutte le aziende del Piemonte e della Valle d'Aosta, ed è collocata fisicamente presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino. La dirigo coordinando sul territorio i diversi percorsi di cura.

La rete organizzativamente ha tre pilastri: prevenzione, ospedaliera nelle prime fasi di malattia o nelle fasi più avanzate di malattia, *follow up* territoriali e domiciliari.

Nell'ambito della **prevenzione primaria** abbiamo interventi direttamente eseguiti dalla rete e altri fatti in collaborazione con il *Centro di Prevenzione Oncologica CPO* della Regione, che gestisce gli *screening* mammella, collo dell'utero e colon. Insieme stiamo sperimentando gli *screening* dei tumori del polmone nei forti fumatori. **I nostri maggiori interventi nell'ambito della prevenzione primaria, cambiamenti e stili di vita** fanno parte del **progetto Prevenill**: in una scatola che rappresenta simbolicamente il farmaco *Prevenill*, in luogo di 12 pillole si trovano le **12 regole europee contro il cancro**, con un bugiardinio molto simpatico; un anti-bugiardinio raccomanda "tenere alla portata dei bambini", "assumere prima di vedere un medico", con indicazione "più ne prendi e più ti fa bene" e così via. *Prevenill* viene distribuito dalle numerosissime associazioni di volontariato, che collaborano con la rete, una ventina le associazioni sparse per tutto il Piemonte, dalla Mimosa di Borgomanero, agli Amici dell'oncologia di Verbania, al S.A.M.C.O. di Chivasso, per citarne alcune che collaborano su questo progetto con la rete.

L'importanza della rete è intercettare l'inizio del percorso di cura, essere il più tempestivi possibili. Abbiamo una serie di servizi periferizzati, i "**Centri Accoglienza e Servizi**" nei quali il cittadino trova medici, infermieri e personale amministrativo che cura tutte le prime fasi di accertamento e, se effettivamente si è di fronte ad una diagnosi di tumore, di stadiazione della malattia. Ogni azienda ha uno o più Centri Accoglienza e Servizi, in relazione alla sua organizzazione sul territorio, per esempio l'azienda di Alessandria ne ha a Casale, Novi Ligure, Tortona, Acqui Terme, Ovada.

La rete oncologica ha capillarità territoriale.

Presso i CAS si individua l'inizio del percorso. L'altro punto fermo della Rete è l'invio dei diversi cittadini, in relazione alla specifica patologia ai Centri Accoglienza e Servizi dedicati. I centri di riferimento per patologia sono gli ospedali dove dovrebbe avvenire il trattamento della neoplasia epidemiologicamente più importanti, come il tumore della mammella o del colon-retto. I centri per il trattamento della mammella in Piemonte sono 17. Viceversa, per alcune patologie, come i sarcomi delle ossa, il centro di riferimento è soltanto il CTO o come i tumori toraco-polmonari che hanno come centri di riferimento soltanto 6 strutture in tutta la regione. Quindi, abbiamo la periferizzazione del momento di ingresso, con un assistente sociale e uno psico-oncologo che entrano in attività però soltanto se dopo uno *screening* infermieristico viene evidenziata una fragilità sociale o psicologica, con associazioni di volontariato che stanno vicino all'ammalato e alla sua famiglia, nel momento delicato della comunicazione della diagnosi.

La Cultura è una risorsa in questi vostri percorsi?

La Rete, con *focus group* con tutti gli operatori delle varie discipline quindi, medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, logopedisti, fisioterapisti ha creato la **Bussola dei Valori**, per guidare la Rete oncologica. Al nord di questa bussola c'è, naturalmente, la qualità delle prestazioni, per garantire la sicurezza e la qualità degli interventi, l'introduzione delle innovazioni, il controllo dell'efficacia degli interventi. Negli altri punti della Bussola dei Valori compaiono valori come la comunicazione, l'informazione, l'importanza di seguire il percorso di cura in modo condiviso con il paziente e i suoi familiari, l'intervento che può essere portato dal volontariato. Grazie a finanziamenti della Fondazione

Compagnia San Paolo, abbiamo fatto operazioni di aiuto internazionale a paesi come la Bosnia, ricostruendo l'ospedale di Zenica, distrutto dalla guerra. Per la formazione abbiamo una partnership con la Fondazione Gigi Ghirotti di Genova -rapporto curato dalla dott.ssa Masseria- con la quale abbiamo lavorato per la prevenzione primaria nelle superiori di Torino città e anche di alcuni Comuni della provincia, in particolare ASL TO5, con un processo partecipato sulla Bussola dei Valori. Abbiamo lavorato con **gli ordini: dei giornalisti del Piemonte, dei medici, degli psicologi, degli infermieri, degli assistenti sociali. A fine 2019, a Palazzo Madama abbiamo firmato una Carta sulla comunicazione** per un impegno nei confronti dei pazienti: i giornalisti rinunciano a titoli miracolistici o a titoli scandalistici e i medici e gli altri operatori a ragionare su una più corretta comunicazione e anche a rinunciare anch'essi a toni miracolistici con cui a volte presentano nuove terapie o terapie innovative che spesso poi si dimostrano più complesse nella loro introduzione nella quotidianità dei trattamenti rispetto ai pronunciamenti. Molto spesso le professioni sono autoreferenziali. Ogni professionista ha il proprio codice deontologico al quale fa riferimento. Abbiamo molto dibattuto sui *social media* perché, il lavoro dei giornalisti in campo sanitario ha perso un po' la funzione di mediatore tra il professionista della Salute e i pubblici. **Ragionare sulla comunicazione è centrale, quanto sulla prevenzione primaria.**

Con l'ordine dei medici di Torino stiamo lavorando su un tema sul quale discutiamo da anni: come comunicare le cattive notizie. **Purtroppo molti medici non lo sanno fare. Ma neppure comunicare le buone. Gli oncologi spesso non sanno comunicare le buone notizie: alcuni trattamenti oncologici oggi sono risolutivi della malattia eppure quando si usa la parola cancro, viene vissuta come una sconfitta. Spesso l'oncologo non riesce a trasmettere con sufficiente capacità la possibilità di guarigione. Questi temi, questo cambiamento culturale, potrebbero essere sviluppati attraverso la cultura.**

L'alta formazione in Italia ha attenzione alle *medical humanities*? Alle *soft skills*, al di là della competenza scientifica-biologica, all'approccio bio-psicosociale, al lavoro interdisciplinare ed *équipe* che necessariamente queste sfide complesse richiedono. Quanto l'alta formazione ripara le "crepe emotive" dei professionisti, così esposti a paura, morte e fallimento, a usura?

Purtroppo l'alta formazione è insufficiente nei confronti di questi temi. Per molti anni la facoltà di medicina non prevedeva nessun intervento in questa direzione, né nella comunicazione medico/paziente, né nell'affrontare temi etici che percorrono tutta la tematica dalla comunicazione della diagnosi di malattie degenerative a esito infausto. L'oncologia è un esempio, ma pensiamo a quelle neurodegenerative. Negli ultimi anni, con fatica, si è riusciti ad introdurre pochissime ore (quattro) nel percorso di formazione dei medici, di più nella formazione degli infermieri.

Sulla comunicazione è stata aperta la porta alla psichiatria e alla psicologia clinica con la possibilità di intervenire, qualche ora, nel corso di laurea di medicina. Se però vogliamo tradurre in una percentuale fatta 100 ciò che un futuro medico apprende in comunicazione e sui temi etici in università è inferiore a 1.

L'Università Piemonte Orientale si sta aprendo alle *medical humanities*.

Ci sono delle aperture, ma è un processo lento. Ho scritto al direttore della Scuola di Medicina dell'Università di Torino sottolineando che l'epidemia Covid ha portato finalmente anche in Italia a riconoscere la specialità in cure palliative e l'ho invitato a una collaborazione stretta per rapidamente introdurla a Torino. Un recente decreto prevede che venga affrontato nel corso di laurea anche l'argomento delle cure palliative, menzionando anche quelle pediatriche, tema sul quale c'è ancora molto da approfondire dal punto di vista culturale e scientifico. Tutto ciò non riguarda solo l'oncologia, ma soprattutto tutte le malattie genetiche e neurodegenerative dell'infanzia su cui il tema della comunicazione e del rapporto con i genitori delle fasi avanzate di malattia sono molto importanti. La Rete lavora moltissimo su questi temi, con azioni dedicate ai *team* e non alla singola professione o disciplina ma ai corsi su 100 iscritti, 90 sono infermieri e solo 10 i medici. Ecco, questo per dire anche che la sensibilità su queste tematiche purtroppo è ancora abbastanza contenuta. Molto valida è la medicina narrativa, alla quale sono dedicate molte tesi in ambito della laurea infermieristica, ma in medicina continua ad essere una Cenerentola. Contro il *burn out* dei curanti la Rete ha agito con due

grandi progetti, inizialmente irrisolti dagli universitari che non conoscevano le evidenze sulle quali si basano. Con lo "Yoga della Risata" la multinazionale Coca-Cola ha ridotto significativamente l'assenteismo tra i propri dipendenti. Nasce da una scoperta di un medico indiano: imitando la risata, se impariamo a muovere il diaframma come quando ridiamo, i muscoli del viso, il movimento del corpo, c'è una risposta organica in quanto il nostro cervello libera serotonina che va in aiuto alla depressione. Gli infermieri hanno risposto massicciamente, alcuni medici hanno vinto la ritrosia, e l'impatto è stato alto. Nell'alessandrino lo abbiamo abbinato anche alle camminate di *fit walking*, delle belle camminate culturali e nella natura sulle colline. Sono azioni che limitano il *burn out*, diffuse anche negli *hospice* per aiutare oltre agli operatori i pazienti e i loro famigliari. In collaborazione con uno psichiatra dell'Università di Torino, che si è dedicato molto a questi aspetti, il **Prof. Luca Ostacoli** facciamo interventi di *mindfulness* con corsi dedicati agli operatori. Ha sviluppato la sua esperienza presso AO ospedale San Luigi di Orbassano e ora lavora presso la Città della Salute, prevalentemente al Sant'Anna e stiamo valutando tecniche di *mindfulness* come anti-*burn out* per gli operatori. Le iniziative per la prevenzione del *burn out* sono previste nella Bussola dei Valori; abbiamo richiesto alle aziende sanitarie di elaborare progetti e le facilitiamo nello sviluppo. Un grande aiuto è la vicinanza e io faccio molti chilometri sul territorio e molte telefonate.

Negli ambienti del Coes delle Molinette, ante Covid trovavamo musica dal vivo e opere d'arte alle pareti. Sono elementi che si integrano alle cure?

Il Coes collabora con associazioni di volontariato e i suoi corridoi sono animati da mostre temporanee e musica. Molte sono le opere donate da artisti, pazienti oncologici, come ringraziamento. Tutto ciò rende più attraente l'ambiente ed è un approccio che appartiene ad altri ospedali della Rete, come agente facilitante le associazioni affinché possano esprimersi attraverso i loro interventi, molto diversificati. Ma non c'è una regia. L'obiettivo è quello di cambiare i paesaggi mentali delle persone in attesa.

Al Mauriziano, al Regina Margherita con l'oncologia pediatrica seguita dalla Prof.ssa Fagioli, al S. Anna c'è arte con un disegno più organico.

La Rete cerca di essere un'enzima che fa incontrare i soggetti che poi possono dare luogo a relazioni e azioni. Scherzosamente dico che è un ruolo che mi si addice perché gli enzimi non si consumano, invece i reagenti sì. La Rete mette in moto le persone.

La grande potenzialità della Rete è dare spazio alla società civile, variamente organizzata, al fine di diffondere messaggi di prevenzione, dare un coraggio determinante per la malattia oncologica e che abbiamo visto determinante durante l'emergenza Covid. Nella malattia, anche nelle fasi terminali, occorre scoprire uno spazio in cui si è ancora vivi.

Nell'ambito degli interventi di **prevenzione terziaria, es. una donna che ha già avuto un tumore della mammella, stimoliamo sani stili di vita**, perché correggendo il quadro metabolico si abbatte il rischio della ricaduta di malattia. Abbiamo cercato di cambiare lo spirito delle visite di *follow up* che non sono più soltanto la ricerca dell'eventuale ricaduta della malattia, ma una volontà di aiutare il reinserimento sociale. **Molte iniziative culturali che vanno in quella direzione:** corsi di cucina, passeggiate ricreative/culturali, *nordic walking* con infermieri e pazienti. Penso all'esperienza dell'ospedale di Ivrea con gruppi che partono dall'ospedale di Ivrea e vanno a fare un giro al lago Sirio e ritornano all'ospedale.

Progetti pilota che poi hanno spazio per essere inseriti come processi nel percorso di cura?

Sì. Le modalità di finanziamento della Rete ha sempre questa condizione. Finanziamo progetti, solo a condizione che siano trasferibili a tutte le altre aziende sanitarie della Rete.

Accade? Le *best practice* con impatto su personale o sul paziente diventano prassi?

Tentiamo. La segnaliamo a tutte le aziende sanitarie, agli uffici competenti, alle direzioni generali e invitiamo ad adottarla ed eventualmente diamo un contributo perché questo possa decollare. Il progetto **Protezione Famiglie Fragili**, che abbiamo segnalato nella *survey*, accompagna famiglie che oltre ad avere un ammalato di tumore abbiano al loro interno un'altra fragilità. È un progetto nato da

esperienze drammatiche della mia vita professionale. Oggi la risposta si è estesa, lentamente, a quasi tutto il Piemonte con la stessa metodologia della stessa *best practice* che era stata messa a punto in tre fondamentali realtà da cui si era partiti: le Molinette di Torino, l'Istituto di Candiolo e il Gradenigo, ai quali erano seguiti il S. Giovanni Bosco, Mauriziano, Lanzo, Chivasso, Ivrea, Asti e tra poco Cuneo e Alessandria. Abbiamo cercato un simbolo della cultura piemontese per questo progetto: il grissino torinese da vendere sulle piazze per finanziarlo. Avevamo scoperto che era stato messo a punto da un medico di Lanzo per curare una gastropatia del Duca dei Savoia che non si alimentava più. Ci è parso che l'idea di un medico, la fragilità vincente del grissino potessero camminare. Su questo messaggio culturale ha lavorato l'ufficio comunicazione della Tavola Valdese che collabora con il progetto *Protezione Famiglie Fragili*, da quando lo abbiamo avviato a Pinerolo.

Cosa impedisce il salto di scala di questo approccio? Quali sono i nodi irrisolti?

Ci sono alcuni nodi culturali di fondo che dovrebbero essere, secondo me, affrontati. La formazione medica purtroppo dopo il '600, ha reso il medico un attento misuratore, con Cartesio e Galileo Galilei, l'uno separando mente da corpo e l'altro dicendo che non c'è scienza senza misurazione. Oggi siamo in grado di misurare la pressione arteriosa, la temperatura, la glicemia, il valore di un marcatore, le dimensioni di una lesione neoplastica, ma ci siamo allontanati dall'ascolto e dalla comprensione, in senso etimologico. La stragrande maggioranza dei sintomi che accompagnano la malattia oncologica possono essere trattati solo attraverso l'ascolto del paziente, partendo dal sintomo principe, il dolore. Non abbiamo un misuratore del dolore. Il dolore si misura solo ascoltando il paziente che ci dice quanto intenso, dove insorge, come insorge, come si diffonde, cosa lo fa andare via, quante ore dopo l'assunzione di un determinato farmaco.

Ho citato il dolore ma potrei citarne decine di altri come ad esempio la nausea, l'astenia, l'anoressia.

Il tema culturale è riportare al centro dell'attenzione che la misurazione è una condizione indispensabile per l'avanzamento della medicina, ma è una condizione, per rifarci alla filosofia, necessaria ma non sufficiente.

Oltre alla misurazione occorre la relazione. Questo vale per l'utilizzo delle tecnologie. Possiamo avere la migliore PET, la migliore risonanza magnetica nucleare, la migliore TAC ma se non c'è relazione con il paziente, se non spieghiamo le ragioni dell'esame, il referto, abbiamo un intervento insufficiente soprattutto quando la malattia è accompagnata dal dubbio, dall'ansia, dalla sofferenza.

Pensiamo all'ansia di un controllo di *follow up*. L'aspetto essenziale della medicina è curare, prendersi cura e non possiamo curare una persona senza relazionarci con questa persona. **Credo che sia una battaglia culturale di fondo: non si tratta soltanto di riportare mente e corpo all'unitarietà superando il dualismo cartesiano, ma anche capire che non parliamo alla corteccia cerebrale dell'altro, ma che ogni messaggio passa attraverso una componente emotiva. Ci sono oggi chiari evidenze in neurobiologia e neuropsichiatria. Il medico non informa con dati la corteccia cerebrale.** Covid ci ha dimostrato l'importanza della comunicazione e come la sua mancanza abbia creato ulteriori guai, oltre a quelli causati dal virus. Credo debba essere un avvertimento anche nei confronti del futuro. Utilizzo una metafora che ha fatto indispettire alcuni direttori generali: *"nei confronti del Covid noi ci siamo comportati un po' come se nei confronti di un incendio anziché mandare i pompieri costruissimo il centro per i grandi ustionati"*. Questo errore non possiamo più consentirlo. Quando scoppia un incendio noi dobbiamo avere sia un centro per i grandi ustionati che funzioni bene, ma anche pompieri che vanno a spegnerlo. E tra le attività dei pompieri ci sono le opere di carattere preventivo, di educazione. Una metafora che aiuta a leggere le politiche per la Salute.

2. Alessandro Coppo

30 Luglio 2020. Conversazione tra Sindy Ghirardi, Carla Di Grazia e **Alessandro Coppo**, psicologo e psicoterapeuta presso ASL Vercelli (interventi di prevenzione e di clinica degli adolescenti e degli adulti).

Nel corso degli anni, in collaborazione con l'**Università Piemonte Orientale** e con **DoRS**, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte, ho sviluppato il filone della **Promozione della Salute**, intesa come interventi da mettere in campo a livello locale, di comunità e territorio, per promuovere stili di vita salutari. Iniziai anni fa con un tema che allora andava molto di moda, la prevenzione dal fumo di tabacco, che poi si è allargato ad altri stili di vita quali alimentazione sana, attività fisica, per poi arrivare più recentemente al quadro più generale del benessere, tema centrale di cui mi occupo, che ha come fattori determinanti moltissimi aspetti interdipendenti, tra i quali la relazione con il luogo in cui si vive. La metodologia di lavoro si basa sulla ricerca e poi la messa in pratica di interventi sul territorio.

Quali sono le progettualità che avete attivato che si basano sulla relazione tra la Cultura e la Salute?

Come **ASL di Vercelli**, da tre anni sviluppiamo il **progetto Dedalo**, volto a migliorare gli stili di vita della popolazione, che trae origine dal percorso di ricerca compiuto dall'Università del Piemonte Orientale per promuovere stili di vita salutari. Siamo partiti dai primi studi di valutazione dell'intervento di **counselling dell'operatore sanitario**, intervento che può essere realizzato in varie occasioni dell'attività clinica per modificare gli stili di vita dei pazienti (quali la qualità dell'alimentazione e il livello di attività fisica) e per incidere indirettamente sulla loro salute. Abbiamo riscontrato che, **seppur efficace, questo approccio deve essere integrato con interventi realizzati sul territorio**. Se si intende consigliare a una persona di alimentarsi meglio è necessario darle indicazioni pratiche su dove effettuare gli acquisti o invitarla a frequentare un corso di cucina. **Il principale limite dei nostri primi interventi era la "sanitarizzazione" di un aspetto della vita che viene normalmente esercitato all'esterno dall'ambiente sanitario, quindi fuori dall'idea di malattia**. Con il progetto **Dedalo-Volare sugli anni**, l'ultimo di una serie sviluppata in questa direzione, abbiamo deciso di andare oltre a un approccio essenzialmente sanitario e realizzare **una campagna di comunicazione che mette in luce i rapporti tra salute e alcuni comportamenti**, in alleanza con diversi soggetti del territorio. L' **ASL di Vercelli** coordina e dà anche un sostegno a tutta la campagna di comunicazione, ma i **Comuni**, in primis quello di Vercelli, hanno un ruolo centrale per realizzare i dovuti legami con il territorio, mentre l'**Università del Piemonte Orientale** svolge un'attività di consulenza e di ricerca e valuta l'impatto dell'intervento. Oltre a questi tre grandi partner, sono coinvolti **30 soggetti: associazioni, organizzazioni del territorio, che a vario titolo sostengono stili di vita salutari**.

Con il coordinamento dell'ASL la collaborazione è stabile da tre anni?

Abbiamo scelto di creare una forte organizzazione di supporto, ma il ruolo di protagonista è assegnato a ogni singola organizzazione coinvolta. Ogni elemento, lo stesso nome del progetto, i filoni di intervento, sono emersi dai partner, con **un approccio partecipativo**. In questo modo risulta chiaro che non è solo appannaggio della Sanità fare promozione della Salute, bensì della comunità nel suo complesso.

Quali sono le modalità con cui avviene la valutazione degli impatti?

Il progetto è rivolto a **tutta la popolazione adulta**, in particolare ai meno giovani, perché l'obiettivo principale, mai esplicitato per non escludere nessuno, è quello di **ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e invecchiare in salute**. I filoni di intervento attualmente attivi sono: l'alimentazione sana, la corretta attività fisica, la scoperta del territorio, e **le attività artistiche che promuovono il benessere mentale**. Stiamo valutando questo progetto con **uno studio longitudinale che si basa su interviste periodiche** delle persone che hanno aderito al progetto di cui teniamo traccia, previo il loro consenso, attraverso il loro indirizzo email e alcuni indicatori socio-anagrafici. Ad oggi abbiamo realizzato due interviste, la prima all'inizio del progetto e la successiva a distanza di un anno. **Abbiamo poi**

confrontato questo gruppo con un campione rappresentativo della popolazione vercellese di pari età (abbiamo utilizzato come *range* di età 40-75 anni). Al *baseline* abbiamo evidenziato forti differenze tra i due gruppi: aderiscono a questo tipo di iniziative persone più istruite, che hanno più strumenti di tipo culturale ed economico, già interessate e coinvolte ai temi di salute. *Dedalo* intercetta di primo acchito le persone che forse ne avrebbero anche meno bisogno, ma non raggiunge le persone che sono totalmente estranee da queste tematiche. Con il tempo e con l'allargamento delle proposte, ma soprattutto con una serie di interventi che cercano di andare a focalizzarsi sui **gruppi svantaggiati**, attraverso campagne di comunicazione mirate, siamo orientati a coinvolgere coloro che non accedono normalmente alle iniziative proposte.

Può fare un esempio di qualche intervento specifico all'interno del progetto?

Per quanto riguarda l'alimentazione, abbiamo realizzato corsi di cucina, raccolte di ricette salutari dagli stessi partecipanti al progetto. Per l'attività fisica sono stati coinvolti gruppi di cammino, attività molto popolare in questo periodo, palestre, associazioni che propongono escursioni. **Sono stati promossi dei percorsi museali specifici legati al recupero della memoria storica recente**, per promuovere anche i ricordi nelle persone più anziane. Sono state realizzate anche delle **attività ibride tra filoni**, come ad esempio l'attività che prevede la visita al museo di quadri che ritraggono paesaggi naturali seguita dalla camminata alla scoperta degli alberi della città, esperienza che unisce l'attività fisica con la scoperta del territorio e il recupero della memoria storica. Le iniziative proposte da *Dedalo* sono essenzialmente attività già in essere nelle varie organizzazioni che entrano in dialogo con soggetti che hanno obiettivi comuni, che non si sono mai incontrati. Si tratta quindi di attività ripensate per questo progetto, con l'esito di **uno scambio di pubblici**. In questo modo è stato possibile riscontrare come la **capacità di offerta sul territorio si sia moltiplicata e si siano conseguentemente registrati i primi riscontri rispetto agli effetti sulla salute**. Le persone si muovono di più e fruiscono maggiormente delle attività culturali. Ma non possiamo fermarci qui. La collaborazione con l'Università è fondamentale per sviluppare ricerche, in collaborazione con tesisti e giovani ricercatori che vogliono sviluppare questa tematica, che confermino questa tendenza e propongano nuove linee di sviluppo.

In tutte queste progettualità quali sono gli ostacoli che riscontrate maggiormente? Quali problematiche emergono?

La gestione di tavoli di lavoro in cui ogni componente si senta valorizzato risulta essere **fondamentale in questo genere di progetti**. È naturale che emergano difficoltà tra le organizzazioni che fino a questo momento erano magari in competizione per risorse su attività analoghe. **Il lavoro di coordinamento deve dar voce anche a chi ha meno forza nel farsi sentire, deve stimolare la partecipazione per non perdere nessuno per strada**. Le reti necessitano di un grande lavoro di manutenzione. **Le istituzioni temono le azioni trasversali, come invasione di territori e competenze**. Per esempio, una collaborazione tra l'ASL e il Comune non viene immediatamente colta come sinergica, ma se l'esperienza funziona in un determinato territorio il rapporto non solo si stabilizza, ma l'approccio è più facilmente trasferibile anche in altre realtà. Per cui è stato agevole trasferire il progetto *Dedalo* a Santhià, Comune più piccolo ma dove vigevano gli stessi problemi del Capoluogo quali una certa conflittualità tra l'amministrazione comunale e l'ASL per aspetti di tipo organizzativo legati al tema della Salute. Ora stiamo estendendo la progettualità sul territorio di Borgosesia, una realtà con caratteristiche molto differenti dal punto di vista della popolazione. **Se la regia è forte, tiene conto delle esperienze passate e degli errori, le difficoltà si riescono a superare più facilmente**. Il grande tema è la **valutazione dell'impatto di interventi condizionati da una pluralità di variabili**. Abbiamo delineato uno studio quantitativo per riuscire ad avere dati confrontabili. Non è semplice. I cambiamenti degli stili di vita, così come gli impatti sulla salute in termini di malattie croniche, si possono osservare in **periodi molto lunghi**. **Occorrono organizzazioni sanitarie e amministrazioni comunali disposte a investire in un orizzonte di tempo ampio, andando oltre a progetti spot annuali o biennali**.

Quali azioni a suo avviso potrebbero essere utili affinché questi sistemi, servizi sanitari, culturali e sociali instaurino una relazione più sistematica, di lungo termine?

Sicuramente condividere una sfida, un terreno di lavoro comune, che tenga conto delle diverse sensibilità delle organizzazioni. Diverso è il mandato di un'azienda sanitaria rispetto a quello di un teatro. Occorre flessibilità. Un esempio. Per creare un menù di attività, di interventi offerti alla popolazione, sono stati necessari 6 mesi di riunioni, incontri fondamentali di conoscenza e condivisione. **Occorre investire tempo.** Su un tema che potrebbe essere facilmente identificabile come la "corretta attività fisica" occorre intendersi su cosa significhi esattamente questo termine e identificare elementi concreti e quindi rilevabili. Possiamo riferirci a studi, a linee guida, ma non basta: **è fondamentale costruire un linguaggio comune tra i partecipanti.** Ancora più difficile è il tema del benessere legato alle buone relazioni tra le persone o al fatto che un museo può generare benessere. **Il settore sanitario generalmente non ritiene che quest'area lo riguardi, perciò bisogna comprendere pienamente le connessioni tra settori generalmente così distanti.** Occorre dunque studiare, comprendere e diffondere gli esiti delle nuove indagini che evidenziano gli effetti della fruizione delle attività culturali o anche del verde urbano sulla salute. Oggi la Sanità è più interessata alla Prevenzione primaria rispetto al passato, anche perché è chiaro che il carico di malattie è destinato ad aumentare e non può essere contrastato solo con attività di cura. Occorre instaurare meccanismi di prevenzione, agire in modo integrato creando alleanze. **Dal mio osservatorio ho notato chiaramente l'evoluzione delle organizzazioni culturali che stanno comprendendo il valore di un lavoro congiunto per intercettare un pubblico più ampio, difficile da raggiungere.** La nostra metodologia, con un **lungo lavoro preparatorio di co-costruzione**, ha il valore di creare un percorso nuovo, un cambiamento culturale, non automatico e né facilmente comprensibile. La valutazione messa in atto ci sta dimostrando che questo approccio sta funzionando.

Ha parlato dell'importanza delle relazioni, potrebbe darci una definizione della medicina traslazionale?

La medicina traslazionale di cui mi occupo **cerca di mettere in pratica la ricerca teorica, quindi le applicazioni pratiche della ricerca di base.** In questo ambito la cura delle relazioni costituisce una grande risorsa nel trasferimento delle conoscenze e nella promozione di comportamenti salutari. Se si creano gruppi e dai gruppi crescono comunità che scambiano pratiche di salute, crescono relazioni di collaborazione, di amicizia, di compagnia che non rientrano tra gli obiettivi iniziali del progetto, ma hanno a che fare con la salute. **Andare a visitare un museo in gruppo non significa solo crescere culturalmente; farlo con altri crea nuove relazioni, genera recupero della memoria, si coltiva meraviglia, competenze di tipo cognitivo, si scoprono emozioni che generano benessere interiore.** Dovremmo leggere le potenzialità delle azioni con un obiettivo molto specifico, in termini più ampi, con tutti i benefici che possono produrre.

In che modo il Covid ha inciso o inciderà sulle le vostre linee di intervento?

L'ufficio comunicazione della nostra ASL, su cui la nostra organizzazione ha investito -elemento non comune con altre aziende sanitarie- ha giocato un ruolo molto importante nel potenziamento del progetto- trasferendo molti contenuti sui canali virtuali. **L'epidemia ha azzerato le proposte basate sulla attività in presenza, sull'incontro. In pratica tutte. Ma i partner hanno dimostrato resilienza, capacità di far fronte alla situazione potenziando l'impianto di realtà virtuale del progetto Dedalo,** attivo attraverso i *social network*, il sito *web* e la *newsletter* per tenere calda la relazione e organizzare attività in modalità alternative, rispetto a quelle realizzate in presenza. In questo modo è stata promossa l'attività fisica svolta in casa con supporti video, sono state diffuse ricette, visite virtuali ai musei per raggiungere la popolazione. Ovviamente **chi non aveva familiarità con le tecnologie è rimasto tagliato fuori, rendendo palesi le disuguaglianze.** Non sappiamo quanti. **Questo è un punto su cui dobbiamo investire.**

3. Alda Cosola

Settembre 2020. Conversazione tra Claudio Tortone e **Alda Cosola**, psicologa e psicoterapeuta, referente per la promozione alla salute dell'ASL Torino3 responsabile del Servizio di Promozione della Salute.

La struttura che coordino, in staff alla Direzione Generale, opera trasversalmente a tutta l'ASL TO3. Mi occupo di progettazione, organizzazione e di realizzazione di iniziative a supporto dei servizi sanitari e in collaborazione con i territori sui 5 distretti nella zona Nord-Ovest della provincia di Torino, altamente popolata che si estende dalla zona metropolitana ovest alle valli (Susa, Sangone, Chisone, Germanasca e Pellice). Il nostro è un intenso lavoro con le comunità locali e gli amministratori, le scuole, le associazioni, il terzo settore, aziende pubbliche e private, quali ambienti di lavoro.

Questi sono impegni a livello aziendale, poi riveste dei ruoli a livello regionale...

In Regione mi sono occupata per 10 anni dello sviluppo del sistema di formazione continua per gli operatori sanitari. Abbiamo messo in piedi, da zero, in AReSS Piemonte, il progetto *Formazione ECM (Educazione Continua in Medicina)* per gli operatori sanitari, che ho coordinato dal 2008 al 2018. Ora partecipo alla commissione regionale che si riunisce mensilmente con una funzione sovraordinata rispetto alle singole attività del sistema ECM. Inoltre, collaboro con la Direzione Prevenzione dell'Assessorato della Salute che si occupa invece del Piano Regionale della Prevenzione, costituito di 10 programmi e in particolare del Programma 2, il programma di comunità che mi vede tra i coordinatori.

Quindi uno sguardo che va dal livello locale ed aziendale del grande territorio del Nord-Ovest della provincia torinese a uno sguardo più regionale con collegamenti anche al livello nazionale. Il tema della relazione tra Cultura e Salute, di cui ci stiamo occupando, sia a livello locale che nazionale, ha già trovato spazio nell'ambito dei programmi della sua ASL? Su quali ambiti e quali sfide?

Da tempo si riflette su "Cultura e Salute" attraverso diversi progetti, suggerimenti e opportunità arrivati direttamente dal territorio. Per i programmi che seguo, il più evidente e significativo, è quello della scuola, dove l'arte, con i suoi diversi linguaggi e processi, in particolare performativi, sono entrati già da tempo in un legame molto stretto tra i progetti di promozione della Salute, quindi legati al benessere.

Nella formazione degli operatori abbiamo più volte utilizzato pratiche teatrali, in una modalità sia di gruppo che individuale, per esempio lavorando sulle équipes, nei dipartimenti aziendali piuttosto che nelle singole strutture. In alcuni casi abbiamo utilizzato il *Playback Theatre*, con un cambio deciso rispetto alla formazione tradizionale frontale, non solo perché attiva, ma perché utilizza metodologie e strumenti inusuali. Un'esperienza molto significativa è stata quella della formazione sul Teatro dell'Oppresso, che abbiamo progettato per un gruppo di insegnanti, operatori dei servizi sociali e operatori sanitari, facendo conoscere loro modalità espressive utilizzabili in diversi progetti.

In tutti i nostri programmi, soprattutto nel Programma 2 che lavora con la comunità nelle diverse fasce di età, il teatro è strumento affascinante e di facile *appeal* per il coinvolgimento dei cittadini, quindi poliedrico ed efficace.

Quali sono gli ambiti dei bisogni di salute su cui avete trovato maggiore adesione, riscontro e collaborazione, ma anche buoni risultati di salute e di benessere? Insomma, per cui vale la pena investire in questa direzione...

Forse l'esempio più noto di relazione stretta tra Cultura e Salute, il più famoso e con più storia perché ne parliamo oramai dal 2006, è quello che riguarda tutta la prima infanzia. Cito "*Nati per Leggere*", un lungo percorso con la pediatria ospedaliera, con i pediatri di libera scelta e con le biblioteche, che ha permesso nel tempo di far nascere, attraverso percorsi di formazione condivisa, riflessioni importanti sulla cultura connessa alla salute. "*Nati per Leggere*" è l'unico programma 'non sanitario', ma culturale, ricompreso nel programma di "*Genitori+*" del Piano della Prevenzione Regionale (Il Progetto nasceva con "*6+1*" e successivamente diventava '*Genitori Più*', con 8 azioni fondamentali di prevenzione e

promozione del benessere del bambino), riconosciuto con una validità e un'efficacia misurata e indiscussa, molto apprezzata dalle famiglie. Le biblioteche sono entrate nei nostri servizi a raccontare dell'importanza della lettura in prima infanzia, lo hanno documentato scientificamente ed è diventato una conoscenza collaudata, con un grande supporto della Regione Piemonte e di Compagnia di San Paolo, con la consegna del libro alla nascita, da portare nelle visite di Bilancio della Salute. Continuiamo tutt'oggi a difendere e diffondere questo progetto, che si sta sviluppando in un modo un po' più diffuso e soft. Con l'iniziativa dei profili dei "1000 giorni", una delle azioni del Programma 2 del Piano della Prevenzione, lo abbiamo rafforzato, conducendo una indagine territoriale per comprendere come oggi è attivo il progetto. In analogia, ma in modo meno capillare e strutturato, va considerato "*Nati per la Musica*", che non ha alle spalle una rete strutturata come le biblioteche.

Anche "*Nati con la Cultura*", sviluppatosi più recentemente con il coinvolgimento dei musei, ha delle potenzialità di sviluppo dalla fase sperimentale. Progetti che vanno inseriti in una offerta integrata di supporto genitoriale.

Facendo un salto dal punto di vista delle età pensiamo alla popolazione anziana e ai "Gruppi di Cammino", numerosi, diffusi su tutto il territorio, con precise modalità di effettuazione. A fianco dei gruppi che hanno come obiettivo la promozione dell'attività motoria, nascono anche gruppi che effettuano camminate, che si trasformano in un giro di conoscenza artistico, storica e ambientale del territorio, del paese, del quartiere. Alcuni gruppi hanno strutturato delle vere e proprie gite culturali con camminate lente, efficaci dal punto di vista della socializzazione, con effetti sul benessere mentale e psicologico. I "Gruppi di cammino" sono numerosi, si realizzano all'aperto, soprattutto sui sentieri e talvolta nei boschi delle nostre montagne. Voglio menzionare un Gruppo di Cammino che intreccia percorsi scolastici, con incontri intergenerazionali: nel bosco si incontrano anziani del gruppo di cammino e bambini delle scuole, per la trasmissione di conoscenza sugli alberi, sui funghi, su come superare le asperità di un terreno, esperienza molto importante dal punto di vista psicomotorio per un bambino. È stata realizzata a Caprie e Condove.

Vuole segnalarci esperienze interessanti, innovative, buone pratiche a livello italiano ed europeo che l'hanno colpita in questa direzione?

Ci sono molte esperienze interessanti di prossimità sui territori. Il teatro sociale e di comunità è una delle eccellenze del Piemonte e ha attivato territori per creare esperienze di riflessione per sviluppare il senso di comunità. Purtroppo, dalla mia lettura, si tratta di esperienze potenti per la popolazione, ma isolate. In Europa, ho visto e letto di esperienze sistematizzate, diventate nel tempo una realtà consolidata.

Il Castello di Miradolo, vicino a Pinerolo, ha condotto, per esempio, esperienze molto interessanti, sia per persone con patologie croniche (es. gruppo di persone con la SLA), *carer* familiari e professionali, con l'obiettivo sia di far fruire delle mostre che il Castello ha organizzato, sia per vivere il bosco, godere della bellezza della natura e talvolta godere anche di esperienze sensoriali uniche, animate da musica, in cui si respira grande senso di cura e bellezza. Il centro propone esperienze anche a nonni e bambini, cacce al tesoro notturne ricche di sollecitazioni. L'arte si compenetra con natura e benessere.

In Inghilterra, come in Canada è realtà la "ricetta culturale", la cultura "*on prescription*", prescritta dagli stessi medici di famiglia come prevenzione o accompagnamento di percorsi di cura, strumento valido anche per agire sulle diseguaglianze. Penso che questa sia una possibilità praticabile anche in Italia, previa formazione dei professionisti della Salute. Consigliare l'esperienza di bellezza, la partecipazione culturale per il benessere è una modalità per avvicinare persone che non sono state educate al bello e non sono consapevoli del valore per la salute di un ambiente gradevole. Ma anche utile ad accogliere la sofferenza dei colleghi ospedalieri e dei servizi territoriali nel loro incontro con la morte durante questo periodo epidemico e fornire loro delle opportunità di rigenerazione di benessere non solo mentale. In questa direzione abbiamo ri-orientato il progetto aziendale *Benvivere*, un progetto della rete *Workplace Health Promotion* previsto dal Piano Regionale della Prevenzione, che ha utilizzato i canali *social* per raggiungere non solo i dipendenti, ma anche le loro famiglie e la popolazione più in generale. Ci sono le premesse, non solo in questa ASL, per un progetto sulla "ricetta culturale": lo consiglierò in Regione.

Siamo sollecitati anche dall'Agenda 2030 a impostare la programmazione integrando le leve di programmazione su obiettivi di sviluppo sostenibile. Quali sono, secondo lei, i piani della sanità che potrebbero offrire più opportunità?

Stiamo lavorando su due piani tra loro connessi: Piano della Prevenzione e Piano della Cronicità, che si prestano a intersezioni con la Cultura. Pensate che rivoluzione è già stata l'inserimento di attività che parevano lontanissime dalla Sanità come i "Gruppi di Cammino", dei quali si è scoperta la potenzialità, la semplicità, la gradevolezza e l'accettazione. Ha attivato i Comuni, promosso una forte collaborazione fra i diversi settori. Possiamo farlo anche sulla Cultura. Se nel Piano della Prevenzione e nel Piano della Cronicità riuscissimo a inserire il Passaporto culturale ad esempio nelle azioni rivolte ai primi 1000 giorni di vita, oppure nelle azioni verso gli anziani, con programmi culturali diffusi o con la "ricetta culturale", potrebbero diventare azioni di programmazione molto forte e molto efficace.

La Carta d'Oro e la Carta d'Argento delle persone ultrasessantacinquenni. C'è quindi uno spazio di sviluppo della relazione tra Cultura e Salute in termini di *welfare* culturale. Rispetto al momento che stiamo vivendo, dell'emergenza Covid e della pandemia questa risorsa ha offerto opportunità per accogliere la sofferenza, per sostenere le persone. Cosa ne pensa?

In questo pesante periodo, come Promozione della Salute abbiamo avvertito l'urgenza di attivare le potenzialità, le risorse positive degli operatori, dei pazienti e delle famiglie, ma anche della comunità stessa, per evitare un annientamento della promozione della Salute, schiacciati da questa pandemia. Abbiamo bisogno di ragionare in modo più 'salutogenico'.

Nei reparti Covid, dove le persone, operatori e cittadini, hanno vissuto esperienze inattese, traumatiche e dolorose, i pazienti si sono trovati a vivere la malattia senza il conforto e il supporto delle famiglie, ebbene proprio nei reparti Covid, abbiamo inserito, per esempio, la musica. Un inserimento inizialmente delicato, vissuto con qualche resistenza. I colleghi stessi indicavano altre urgenze e consideravano inopportuna la musica in quel momento, ma suffragati da ricerche scientifiche che attestano gli effetti positivi e dalla lungimiranza di alcuni colleghi, abbiamo sostenuto l'idea, soprattutto nei reparti più delicati come la terapia intensiva e i reparti Covid. Abbiamo avuto un grande supporto dal terzo settore che ha consentito la fattibilità di inserimento della musica a 432 hertz, indicata proprio nelle situazioni di malattia. L'operazione prima ritenuta fuori luogo è stata molto apprezzata dagli stessi operatori, come sollievo momentaneo e anche dai pazienti, come nota di "normalità" e umanità, in un periodo senza contatti, a causa del distanziamento fisico. Abbiamo creato attraverso la pagina Facebook del progetto *Benvivere*, di cui ho accennato in precedenza, delle occasioni musicali anche per i familiari, che tuttora stiamo alimentando.

Covid ha fermato progetti come il "Verde Urbano" per la riqualificazione delle aree limitrofe agli ospedali che coinvolgeva scuole, architetti e associazioni per la realizzazione. Ma ora c'è una grande voglia di ripartire, anche da parte degli operatori sanitari e di territorio, come una boccata di ossigeno, di vita, speranza, possibilità.

In tempo di Covid, i *wall painting* realizzati dagli studenti dei licei artistici nei reparti di oncologia, sono stati importantissimi, come gocce d'acqua su un terreno inaridito. In passato abbiamo fatto esperienza di un ingresso garbato della cultura, di piccole azioni diffuse, dislocate, dosate, riconosciute durante l'epidemia come un potente antidoto alla sofferenza, all'angoscia, alla solitudine e a tutte quelle emozioni negative che alimentano ansia.

Sul territorio abbiamo avviato esperienze, ripensate e adattate al tempo del Covid. Con il parco della Mandria, vicino a Venaria, avevamo una collaborazione per la Settimana di sostegno all'allattamento, che prevedeva di diffondere inviti, alle mamme e ai genitori, a recarsi in un luogo potente dal punto di vista della natura e dell'ambiente, come il parco della Mandria con la proposta di vivere esperienze sensoriali ed emotive.

Per l'istituzione culturale è stata una grande rivoluzione, che ha cambiato la relazione con il cliente/ospite/turista orientandola in termini di salute e di benessere. Alle Lavanderie a Vapore a Collegno, luogo legato alla danza contemporanea, con Piemonte dal Vivo abbiamo organizzato, all'inizio di settembre scorso, un seminario *Educare alla Bellezza* per le scuole secondarie di secondo grado, per riflettere attraverso la cultura sull'esperienza della pandemia, sulla distanza obbligata,

esplorando altre modalità di riavvicinamento, per colmare una distanza sociale, mantenendo una distanza fisica.

Questi sono temi molto interessanti e affascinanti che hanno bisogno di metodo e di evidenze. C'è una grande ricchezza di esperienze, ma come possiamo radicarle ed estenderle? Affinché siano leve, che possono facilitare integrazione, trasformare un potenziale diffuso, in modo più sistematico, che riduca le disuguaglianze?

Non va tutto bene così. Sono operazioni deboli, anche dal punto di vista della sostenibilità economica, con un *fundraising* faticoso di comunità. Sono deboli anche i centri culturali e gli enti del terzo settore. Spesso sono progetti legati a un bando che finanzia il progetto per un determinato tempo. Pensiamo per esempio al Verde Urbano che ha bisogno di un investimento iniziale, ma anche di manutenzione nel tempo. Sono fondamentali gli accordi istituzionali, tra realtà culturali e aziende sanitarie, come presupposto per l'applicazione dei bandi stessi e la ricerca di sostenitori. Non è solo importante partire, ma garantire il futuro.

Accordi che spesso sono a zero investimenti, con competenze che convergono su una strada comune. Ci sono altre leve per "dare gambe ai progetti"? Cos'è che può fare la differenza?

Sicuramente una formazione che permetta il confronto fra i diversi settori e soprattutto la costruzione di fiducia tra settori che partono da culture e linguaggi diversi. Un reciproco lavoro sui concetti come le rappresentazioni sociali, per arrivare a definire i punti di convergenza. Una formazione sul campo, ecco cosa servirebbe per una crescita di tutte le parti coinvolte.

Dobbiamo lavorare sul benessere delle istituzioni per promuovere benessere nella popolazione.

Dobbiamo creare Capitale Sociale, che resti come substrato nel territorio. Aspetti che dovrebbero essere maggiormente in evidenza nei bandi.

Un'attenzione al metodo di lavoro, come i percorsi di ricerca-azione, di co-progettazione, co-realizzazione, co-valutazione. Co-valutazione anche con i destinatari. Sempre di più stiamo utilizzando modelli partecipati, ad esempio con i genitori. È un aspetto metodologico fondamentale per la progettazione condivisa.

La Cultura declina la propria valutazione in un modo differente dalla Salute. Occorre una crescita reciproca. La Cultura sta scoprendo ora quanto impatta sulla Salute e la Salute guarda sempre più a un approccio salutogenico, bio-psico-sociale. Lavorare sulla Salute non significa occuparsi di rimedi, ma contribuire a creare un ambiente di vita, un territorio, una comunità salutare.

4. Mauro Croce

Agosto 2020. Conversazione tra Claudio Tortone e **Mauro Croce**, psicologo, psicoterapeuta, criminologo presso ASL Verbania-Cusio-Ossola.

Dopo avere discusso una tesi di psicologia della musica, ho iniziato a lavorare alla fine degli anni '70, nel settore della psichiatria. Era il periodo delle comunità, della critica alle istituzioni psichiatriche manicomiali e della ricerca di altre forme di accoglienza e di risposta a problemi di emarginazione, disagio, sofferenza, devianza. L'epoca della de-istituzionalizzazione, della riforma Basaglia, della 833, della legge di riforma penitenziaria e di tante leggi sociali innovative. A Genova ho lavorato in una comunità per psicotici dove si cercava di dimostrare che fosse possibile costruire e gestire luoghi di ascolto, aiuto, condivisione. Successivamente - questa è parte più ampia della mia prima parte di vita professionale - ho lavorato nella creazione dei servizi per le tossicodipendenze e questo negli anni molto drammatici e pesanti dell'invasione dell'eroina. In aspettativa dal servizio pubblico, ho poi collaborato col Gruppo Abele in una ricchissima e faticosa esperienza dal punto di vista umano, ma molto importante nella mia evoluzione umana e professionale. Intorno agli anni '90 ho quindi iniziato ad interessarmi di dipendenze non da sostanze presso l'ASL di Verbania. Dipendenze non più e non solo legate ad una sostanza ma a comportamenti, spesso legali e socialmente incentivati, che tuttavia possono produrre conseguenze drammatiche per i soggetti, con costi individuali e sociali molto pesanti. Intorno agli anni '80 mi sono poi confrontato con la questione dell'AIDS che ha cambiato completamente le aspettative di molti di noi che lavoravano con i tossicodipendenti: dal cercare di liberare le persone da una dipendenza drammatica con una sostanza ad aiutarle a morire. Creare solidarietà, accompagnamento, gruppi di auto-aiuto, creare luoghi (ospedali, carcere, case) che fossero umani ed accoglienti. Un lavoro con la morte, con lo stigma, con la sofferenza, la paura. Ma come prevenire la diffusione di un virus legato anche allo stigma sociale? Come incontrare i ragazzi e parlare loro di questioni come morte, contagio, paura, virus? Temi tremendi che terrorizzano chiunque. Questa domanda e questa preoccupazione ci portò a sviluppare un modello di intervento che chiamammo *peer education*. Cercammo semplicemente di modificare il paradigma dove i destinatari (gli oggetti) dell'intervento diventassero i protagonisti, i soggetti. Un modello che successivamente abbiamo sviluppato adattandolo anche ai nuovi media e che abbiamo denominato come *peer&media education*. Ho cercato sempre di coniugare l'approccio clinico (l'ascolto, l'incontro, l'aiuto alle situazioni di sofferenza) con la prevenzione e con la ricerca ed anche la formazione e l'insegnamento. Ho collaborato infatti e collaboro con alcune università e, in un momento di crisi della mia vita professionale, ho cercato di aprirmi a "nuovi mondi". Sono quindi andato in Argentina dove ho insegnato in una università e dove ho "scoperto" la psicologia della liberazione che ho cercato di portare anche in Italia.

Una panoramica che rende la densità e la ricchezza dell'incontro. Nella sua esperienza, quale spazio ha avuto la Cultura? Quale spazio possono avere oggi le dimensioni artistiche e creative nei programmi di prevenzione legati a comportamenti che sono cosiddetti devianti?

Rilevante. Nel mio piccolo mi sento un artista, un musicista certamente da strapazzo che molti anni fa ha anche superato con fatica l'esame di compositore della SIAE. Terminata psicologia all'Università mi sono iscritto al DAMS perché volevo fare una professione nel campo della musica, ma il mio lavoro da psicologo mi ha appassionato e assorbito totalmente ed ho dovuto abbandonare questa ambizione. Sono quindi assolutamente convinto che le modalità di espressione, comunicazione, rappresentazione, simbolizzazione che ci offre l'arte, in senso molto lato, siano fondamentali nella prevenzione e nella cura. Ma non solo. Nella nostra vita di individui e di comunità. Voglio citare Winston Churchill che, mi

pare nel 1941, quando Londra veniva bombardata ogni notte dall'aviazione nazista a coloro che richiedevano che venissero destinati i fondi della Cultura per la difesa, per gli armamenti, pur non essendo affatto un pacifista, ebbe a dire “Se non investiamo in cultura cosa varrebbero il nostro sangue e il nostro sudore e lacrime?”. Amo molto questa citazione. È centrale per il benessere il patrimonio culturale condiviso e co-costruito.

Nella sua storia professionale come ha valorizzato la leva artistica?

Personalmente non molto. O quantomeno non come mi sarebbe piaciuto. Ora quasi pensionato e da perfetto principiante sto prendendo lezioni di pianoforte. Per quanto riguarda il mio lavoro ho trovato invece spesso molte affinità ed interesse con artisti e creativi. Persone e gruppi estranei alla organizzazione sanitaria ma che hanno compreso, condiviso e collaborato a molti nostri progetti. Tornando alla *peer education*, faccio un esempio. La casa editrice Smemoranda, che conoscevamo per il diario, ha accolto per prima il progetto. Con i suoi artisti, creativi e *designer* abbiamo lavorato per aiutare i ragazzi a costruire i loro materiali informativi. Molto precocemente abbiamo realizzato video di prevenzione che ora sono patrimonio di tutti su *Youtube*. E questo grazie al contributo di registi, *videomaker*, grafici. Grazie a un progetto internazionale, *Interreg e Alcotra* con Svizzera e Francia, abbiamo realizzato laboratori creativi con ragazzi svizzeri, francesi e italiani i quali hanno costruito strumenti di prevenzione. Ma l'arte, la creatività non sono un fenomeno spontaneo, episodico. E questo ha un grande valore pedagogico. È importante comprendere che, per creare un prodotto di valore (sia individualmente, che come gruppo), è necessario avere disciplina, metodo. È necessario anche soffrire, affrontare frustrazioni, provare e riprovare, cercare strade alternative e comprendere ed impadronirsi di una tecnica. Esempio banale: per suonare la chitarra occorre farsi i calli. Lavorare con soggetti che vengono da un mondo diverso dal nostro, della Salute e della Sanità, aiuta a scoprire e sperimentare nuove forme espressive, e costruire un nuovo senso collettivo. È un mondo straordinario da scoprire e condividere.

Metterci mano con competenze e canoni estetici che permettano alle persone di tirare fuori risorse sconosciute. Realizzare un prodotto eccellente come Smemoranda è un tangibile messaggio del valore simbolico dell'arte che si trasforma in prodotto che può lasciare un segno.

I grandi artisti hanno spesso anticipato le sofferenze, le angosce e anche le speranze del nostro tempo. Il veicolo espressivo dell'arte è fondamentale nel rivelare le potenzialità, pensiamo solo alla forza del teatro. Roger Caillois, grande sociologo, negli anni '50 ha scritto “*Les jeux et les hommes*”, sottolineando l'esigenza degli esseri umani di costruire delle dimensioni e rappresentazioni – come nel teatro, il carnevale, lo psicodramma e altre tecniche gruppali, che prevedono l'espressività artistica – e questo per far emergere, condividere parti di noi stessi che probabilmente non accettiamo, non conosciamo, delle quali abbiamo paura ma che, nella cornice del gioco (che in altre lingue significa anche “recitare”, “suonare”: *play*) ci permettono di condividere parti di noi e di altri senza compromettere la propria identità. Attraverso la forma artistica, posso condividere sofferenza ed entrare in risonanza con altri, senza temere il loro giudizio. L'espressione artistica è assolutamente fondamentale alla crescita umana, sia individuale che collettiva: ammesso sia possibile una crescita individuale che non sia anche collettiva e viceversa.

Rimanendo sui giovani, come costruire connessioni tra il mondo della Cultura, quello del Sociale e della Salute, per creare opportunità, *welfare* culturale, comunitario che li veda protagonisti. Vuole condividere qualche intuizione?

Vorrei citare la famosissima esperienza di Claudio Abbado per il rilancio del metodo Abreu, valoroso musicista venezuelano, per i bambini di strada, che avevano come unico destino quello di sniffare etilene e diventare manovalanza dei narcos. Apprendere a suonare, fare musica insieme è una delle più

grandi esperienze di prevenzione. Apprendere uno strumento, la disciplina di un'orchestra, condividere il prodotto finale. Credo questa sia una delle più grandi esperienze di prevenzione.

Un esempio molto solido di come la cultura possa essere trasformativa nelle vite delle persone. Pensando al contesto del Nord-Ovest, oppure italiano, quali possibilità ci sono? Penso a tutto il fenomeno dei NEET, giovani che non terminano la scuola, non lavorano ed entrano in un limbo di incertezza, di precariato, e quindi sono più facilmente forse toccati da forme di dipendenza, con termini compensativi. Ci sono spazi?

Quando le persone non trovano più un senso nella propria esistenza, un riconoscimento delle proprie capacità, dei propri desideri da parte degli altri, è chiaro che la salute viene meno, si aprono molte strade e sono tutte tristi. Credo che la prevenzione sia fatta di tanti aspetti. Un primo piano strutturale prevede investimenti, scelte, destinazioni di fondi sulle politiche per i giovani, politiche per la scuola, politiche nella cultura. La scuola è un luogo fondamentale e noi dobbiamo davvero creare connessioni, progetti insieme alla scuola. La scuola ha davvero bisogno di aprirsi.

Cito John Kennedy che nel suo famoso discorso affermò "Non dovete più chiedere cosa può fare l'America per voi, ma cosa potete fare voi per l'America". Noi non possiamo più chiederci cosa può fare la scuola per noi. Come comunità dobbiamo dire cosa possiamo fare noi per la scuola, spesso attaccata da tutti e da tutti i punti di vista. Spesso svalutata. Dobbiamo invece trovare e pretendere investimenti strategici per piani culturali, educativi, formativi. Abbiamo citato la musica. Ma quale educazione musicale abbiamo in Italia rispetto alla MittelEuropa? In qualsiasi paesino di Austria o Germania troviamo un'orchestrina di ragazzi che suonano, studiano, eccetera. Riccardo Muti lo sottolinea. In Italia siamo analfabeti musicali. Inoltre tendiamo a vedere i giovani come una minaccia, come "luogo di problemi e di preoccupazioni", ma cosa conosciamo dei loro mondi di creatività, delle band e degli incontri che organizzano? Si tratta di sostenere queste attività, promuoverle e fare in modo che non siano d'élite, ma condivise il più possibile, facciano parte dell'educazione pubblica.

Politiche che sostengano ciò che avviene già naturalmente nelle comunità, ma con una più puntuale e costante regia di un sistema attento, sensibile e non plagiante, che valorizzino il pluralismo, la vivacità culturale. Rispetto alla sua storia di professionista che si è interessato a storie di dipendenze e prevenzione, quali potrebbero essere, oltre alle politiche, i meccanismi che potrebbero aiutare questo percorso tra le istituzioni?

Dobbiamo far sì che i diversi soggetti, i diversi luoghi non siano separati tra di loro, ma abbiano un filo rosso, un disegno comune. Perché chi fa prevenzione e chi fa il teatro non possono lavorare insieme? Faccio parte del comitato etico della Fondazione per l'empatia di Milano FEM che lavora prevalentemente sul modello della *Human Library* - la libreria umana - esperienza che proviene dai paesi nordici, che si basa su incontri in cui il soggetto diventa un libro vivente. Incontri tematici, come sul bullismo, sull'immigrazione, sulla follia con soggetti che possono essere pazienti o familiari, vicini di casa, che diventano a loro volta dei libri viventi, dei libri parlanti. Il metodo richiede un percorso di formazione per costruire una loro storia, che va a comporre un catalogo di libri presentato il giorno della *Human Library*. Un lavoro che si fonda sull'empatia, sulla storia dell'altro. Nel Museo del '900 a Milano -quindi non nel solito centro psichiatrico o SERT o luoghi dell'emarginazione, della sofferenza, ma in luoghi belli della comunità con incontri che abbattano barriere, muri ideologici- è stato realizzato uno di questi incontri, che ha unito chi fa cultura a chi fa prevenzione. Ed all'interno di un museo bellissimo è stato possibile incontrare esperienze umane, confrontarsi su temi della sofferenza, della diversità, cogliere ed accogliere altri punti di vista, altri sguardi, altre soggettività senza stereotipi, difese. Un'altra esperienza della *Human Library* è "A mile in my shoes". In un box, itinerante, ci sono scarpe di soggetti diversi come una prostituta, un travestito, un paziente psichiatrico, un insegnante,

che possono essere indossate. Camminare con queste scarpe per un chilometro ascoltando nel contempo, attraverso un auricolare, la storia di questa persona che mi racconta la sua vita è una forte esperienza che si basa su un proverbio indiano "Prova a lavorare e camminare con le mie scarpe e capirai cos'è la mia vita". Progetti che intendono combattere gli stereotipi e piaghe come il razzismo e i bullismi. Dobbiamo costruire spazi comuni, ponti di barche. Ma dobbiamo conquistare lo spazio del web come spazio dell'incontro; non può essere lasciato alla spontaneità e ai messaggi commerciali.

Molti gli spunti. Salute delle persone e delle comunità. Partire dalle politiche e dagli investimenti, quindi dalle volontà dall'alto, ma con una grande connessione ai territori. Con istituzioni, pubbliche e private che lavorano insieme sulle grandi sfide, sui progetti di territorio. Il mondo della Cultura ha una grande opportunità in questo momento storico di aprirsi, sollecitare il Sociale, la Sanità, il territorio. Ponti di barche sul fiume, che sono una certezza di transito, anche un'incertezza perché sono da costruire un po' insieme... Alleanze che abbattano muri di indifferenza o per il fatto di non essersi mai incontrati.

Occorre trovare un linguaggio in comune. Questi mondi hanno linguaggi, parole d'ordine, riferimenti culturali e professionali molto diversi tra loro. È un lavoro importante. Costruire insieme un esperanto. Altrimenti c'è la prevalenza di un linguaggio su un altro e quindi non è un'operazione di costruzione collettiva, ma di colonizzazione.

Mettersi a fianco evitando posizioni asimmetriche, di dominio, per far incontrare mondi diversi. Ci sono elementi che varrebbe la pena sottolineare per facilitare un percorso euristico di conoscenza, di scoperta del nuovo?

Cito John Keats che parlava della capacità negativa. Siamo tuttavia presi dalla necessità di risultati certi: dobbiamo avere certezze, risultati, dati, riferimenti. Elementi ovviamente eticamente fondamentali se si ha la responsabilità di lavorare con fondi pubblici, con bandi. Nel fare innovazione costruendo nuove strade e sperimentando, sappiamo però che si può sbagliare, che ci possono essere errori, imprevisti. Ma da questi si impara. È necessario mettere da parte molte nostre certezze, molti nostri riferimenti solidi per lasciare spazio all'imponderabile, all'inatteso. Può apparire inattuale o anacronistico dedicare attenzione a questa qualità in un ambiente (come quello sanitario) che premia giustamente la prestazione specialistica, l'orientamento al risultato, la conformità a norme e a modelli canonici di comportamento, e l'acquisizione di certezze: atteggiamenti questi che tuttavia rischiano di rinforzare quel particolare tipo di incompetenza che si accompagna alla eccessiva competenza e che si chiama l'Incapacità Positiva. Non si tratta ovviamente di contrapporre un pericoloso spontaneismo a modelli rigorosi e validati. Si tratta invece di accompagnare la ricerca giovanile di significato, attraverso forme diverse di progettazione e realizzazione di interventi non precostituiti nel loro evolversi e nei loro risultati. E sia ben chiaro: questo richiede metodo, non spontaneità. Richiede rigore e la necessità di costruire nuovi modelli, di trovare modelli anche provvisori. Di costruire teorie che derivino dalla prassi quotidiana non da mondi lontani ed astratti. Richiede la fatica ed il rischio di sbarazzarci di armamentari desueti. La crisi potrebbe così diventare un'opportunità di "balzo in avanti" tramite la combinazione e l'adattamento di misure trasformative.

Da professionista, nel compilare bandi per presentare progetti, mi trovo spesso a passare nella strettoia del quadro logico. Sta al professionista superarle senza snaturare questa idea di ricerca euristica. Entrambe sono necessarie. Il corpo umano ha bisogno di uno scheletro per essere sostenuto, ma ha bisogno anche di un sistema che permette il dialogo e il movimento dello scheletro dentro lo spazio, quindi entrambe le parti sono necessarie. Non devono essere negate o mortificate. Mancano pochi giorni all'apertura della scuola, in un quadro di alta complessità. Come può aiutarci la cultura nella scuola, come luogo che ne sia un suo regno?

In questo momento drammatico e difficile nessuno ha ricette chiare. Penso che attraverso l'arte, bambini e ragazzi possano superare le paure, le ansie causate dal virus costruendo rappresentazioni, disegni, animazioni, musica. Una comunicazione astratta, iconica e ironica, ineludibile. Si tratta di pensarci e di trovarci distanti fisicamente, ma vicini emotivamente. Gli insegnanti potrebbero fare molto con gli animatori socio-culturali, le persone del mondo del teatro, della musica, delle arti visive, degli esperti delle nuove tecnologie digitali. Perché non pensare a laboratori insieme ai ragazzi per combattere il fenomeno delle *fake news*, ad esempio? Il riferimento fatto allo scheletro mi sembra molto suggestivo. In un certo senso può essere una metafora di quello che io definivo "approccio strutturale". E quindi non possiamo camminare e stare in piedi se non abbiamo uno scheletro (un approccio strutturale, un sostegno "fisico") il problema è che rischiamo di non sapere dove andare se non abbiamo il resto: la mente, le emozioni, le relazioni, la cultura. Si tratta di combinare tra loro questi elementi: non possono fare a meno l'uno dell'altro.

Accompagnare una riflessione e un ripensamento dell'azione sulla scuola, proprio in questa situazione di emergenza può essere un'occasione di apprendimento sociale rispetto a dei comportamenti sociali, di riflessione sulle materie dalle quali possiamo attingere in abbondanza. La cultura, la letteratura italiana ed europea sono ricche di spunti di apprendimento. Lo dobbiamo fare come promotori della Salute che lavorano su processi abilitanti, nella costruzione di percorsi di senso e speranza, rispetto alla scuola e al nostro futuro, come nazione, come popolo e come genitori.

Credo che sia importante che la scuola in questo momento non si senta isolata dal mondo e che la Sanità Pubblica debba entrare maggiormente in connessione col mondo della scuola.

5. Giulio Fornero

Agosto 2020. Conversazione tra Claudio Tortone e **Giulio Fornero**, medico, direzione sanitaria AOU Città della Salute Torino, coordinatore regionale della Rete HPH&HS (Rete degli ospedali e dei servizi sanitari che promuovono la salute). Attualmente direttore sanitario di Camminare Insieme.

In 40 anni di lavoro mi sono occupato di direzione sanitaria e di direzione generale (ASL) di ospedali e di servizi sanitari territoriali. Negli ultimi dieci anni di qualità e sicurezza delle cure e di promozione della Salute come coordinatore della rete regionale HPH&HS, rete che per quattro anni ho coordinato a livello nazionale. Dal primo settembre finirò l'attività come dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e andrò a occuparmi di assistenza sanitaria gratuita e qualificata per coloro che non possono usufruire del Servizio Sanitario Nazionale, per i poveri e gli emarginati, nell'associazione Camminare Insieme, nel Distretto Sociale Barolo, la città della solidarietà che dal 1823 dà servizi ai più vulnerabili.

Come e quanto la relazione tra Cultura e Salute ha fatto parte della sua esperienza professionale?

A inizio 2000 ho iniziato intensamente a lavorare sul tema al San Giovanni Bosco. Sul territorio le pratiche sono molte.

A gennaio 2020, immediatamente prima del Covid, come rete HPH&HS Piemonte abbiamo organizzato un convegno sulla **"Lettura che cura"** per condividere le esperienze di lettura ad alta voce, di prestito libri **in ospedale**, con la partecipazione di volontari, progetti a cui lavorano biblioteche, ospedali, servizi sanitari territoriali. I servizi sanitari vedono impegnati in Piemonte nella lettura più di 100 persone da vent'anni.

A novembre '19, in occasione della Conferenza Nazionale HPH&HS a Torino, abbiamo messo a confronto varie esperienze italiane di partenariato con persone assistite e famiglie, per migliorare la qualità delle cure negli ospedali e nei servizi sanitari e alcune di queste esperienze erano fondate sul binomio Cultura-Salute.

A gennaio 2019 con DoRS, con l'Ufficio Scolastico Regionale, sindaci, con l'università, la rete HPH&HS e CIPES -un'associazione che si occupa di promozione della Salute- abbiamo chiuso il ciclo delle iniziative per i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale con un appuntamento sulla salute dei giovani e sul nostro futuro, focalizzata su interventi la cui parte rilevante si fonda sulla relazione tra Cultura e Salute per i giovani e il loro futuro.

A marzo-aprile 2019 abbiamo organizzato come Città della Salute e Accademia di Medicina, al Campus Einaudi, un confronto su contesti culturali differenti e il diritto alla Salute. Come Città della Salute abbiamo apportato l'esperienza delle diverse associazioni che si occupano di inclusione sociale, di cure dello spirito, delle esperienze multireligiose nei nostri ospedali, di mediazione culturale, competenza diffusa in tantissimi ospedali, non solo per il consenso alle cure, ma anche per la vera e propria condivisione delle cure.

Anche le esperienze di estetica in oncologia rientrano a mio avviso in questo percorso culturale di umanizzazione delle cure.

Al San Giovanni Bosco mi ero occupato del restauro e del recupero di un mosaico di Paolucci che era all'esterno dell'ospedale che rischiava di deperirsi. Lo abbiamo collocato all'interno e restaurato e contemporaneamente abbiamo attivato l'iniziativa dei muri che parlano, ovvero valori ed esperienze raccontate dai medici e altri professionisti. Quasi una autodichiarazione di intenti dei professionisti sanitari nei confronti delle persone assistite e dei loro *caregiver*. La musica sia a casa che in ospedale è risorsa. In particolare, alle Molinette abbiamo dedicato attenzione alla musica per l'ospedalizzazione a domicilio. Ritengo sia un'esperienza importante da valorizzare nel post Covid.

Una grande ricchezza di esperienze locali sul binomio Cultura-Salute. Un substrato su cui lavorare per il futuro del Welfare culturale che vede la cultura, nelle sue varie declinazioni, coniugarsi con le cure, la salute, le necessità e bisogni del sociale. Abbiamo davanti una prospettiva: sempre di più le politiche comunitarie guardano gli obiettivi di sviluppo sostenibile che si fondano su relazioni

sistemiche per affrontare le grandi sfide. Su quali caposaldi, come potremmo sviluppare questa prospettiva?

Tra i capisaldi vi è la presentazione di Sir John Muir Gray della *National Library for Health* nel 1999, sull'importanza di fornire le necessarie informazioni ai pazienti per dar loro la possibilità di discutere con i clinici: i pazienti informati saranno la più importante forza guida per il cambiamento nel XXI secolo. Un altro importante punto di riferimento è il rapporto OCSE del 2017, uno studio di vent'anni sui più importanti determinanti di salute rispetto all'aspettativa di vita, tra cui il primo è un sistema sanitario ben organizzato, non la sanità "fai da te". Il secondo determinante per importanza è l'istruzione, cultura e solo successivamente il reddito.

Il principio base di un buon sistema sanitario è l'appropriatezza organizzativa con l'appropriatezza delle cure: se un caso va trattato con la sanità ospedaliera in day hospital va fatto, se occorre trattarlo con le cure domiciliari va fatto.

Documenti internazionali, documenti di programmazione nazionali, applicazioni regionali e locali. Quali piani possono aiutare a sviluppare la relazione tra Cultura e Salute a favore del ridisegno di un welfare di prossimità, che tenga conto della voce dei cittadini e dei pazienti?

Ritengo che i documenti fondamentali siano il piano di cronicità di grande qualità e il piano della prevenzione. Area di miglioramento è la misurabilità, perché uno dei rischi delle prime fasi di applicazione è stata la difficoltà di mettere a fattor comune esperienze di valore. Occorre costruire anche un buon sistema di indicatori sulla loro realizzazione, dare più spazio alla promozione della Salute, a partire dagli ospedali e dai servizi sanitari territoriali, renderla più integrata nei diversi servizi, quali salute mentale, tossicodipendenze, servizi per pazienti cronici anziani o per disabili. Va considerato che la sensibilità delle persone verso la Salute è decisamente più elevata durante gli episodi di diagnosi e cura e occorre coglierla a favore della promozione della Salute.

La programmazione ha tempi ampi di sviluppo e ha mostrato le corde durante l'emergenza Covid che ci ha insegnato che riorientare le strategie in base alle necessità, con un approccio integrato tra servizi ospedalieri e territoriali, è fattore determinante e che fa la differenza sia in condizioni di emergenza che normali. Cosa abbiamo appreso? Come possiamo riorganizzare i servizi perché siano più pronti sia per le emergenze che con risposte verso le nuove disuguaglianze? Quanto il rapporto tra Cultura e Salute può essere contributivo?

Credo che il messaggio fondamentale che dobbiamo cogliere in modo favorevole dall'esperienza pesante che abbiamo vissuto in tanti a causa dell'epidemia Covid sia lo sviluppo delle cure di prossimità e in particolare delle cure domiciliari. Tutte le persone che possono essere curate a domicilio devono essere curate a domicilio: come la porta del Pronto Soccorso è sempre aperta, così la porta delle cure domiciliari deve essere sempre aperta. È necessario un cambiamento della logica organizzativa per arrivare a un modello di cure domiciliari integrate che comprenda ADI, ospedalizzazione a domicilio, cure domiciliari socio-sanitarie.

Oggi i servizi si parlano poco tra di loro e hanno bisogno di flessibilità e di integrazione. Quanto la cultura può essere una leva per facilitare questo processo di integrazione, nelle due direzioni: da una parte come un'opportunità per arricchire il percorso per i pazienti assistiti a casa e dall'altra per gli operatori e i decisori della Sanità che possono rimodellare la Cultura in funzione della Salute e del benessere. L'arte può essere uno strumento per pensare un po' fuori dagli schemi?

Se il domicilio diventa il luogo principale delle cure, arte e cultura devono andare a domicilio. Se il digitale diventa un importante strumento di comunicazione fra i professionisti sanitari, le persone assistite e i loro caregiver a domicilio, arte e cultura devono andare in rete. Sono un grande strumento di facilitazione del cambiamento organizzativo che ha resistenze. Le Istituzioni spesso mettono in campo la consuetudine, l'interpretazione rigorosa delle norme che impediscono di pensare come un insieme integrato e flessibile. La cultura può aiutarci.

Al tempo della sua direzione dell'ASL Torino 4 quindi del Giovanni Bosco ricordo un'esperienza di teatro sociale e di comunità nel reparto di rianimazione diretto dal dr. Sergio Livigni, con una

formazione degli operatori che ha rotto gli schemi. Andare incontro a un bisogno di vicinanza del familiare rispetto ai pazienti ospedalizzati ospitati nel reparto di terapia intensiva, una rivoluzione per gli operatori. Quali sono stati gli ostacoli che avete incontrato e quali sono state le ricadute? Penso sia un caso da raccontare.

Il gruppo di medici e infermieri diretti da Sergio Livigni ha cambiato un paradigma. Vigeva la logica secondo la quale l'entrata dei parenti e dei *caregiver* in rianimazione fosse un pericolo dal punto di vista dell'igiene ospedaliera. Le esperienze più avanzate dimostravano il contrario, ma era un tabù complesso da superare. Siamo riusciti ad aprire alla presenza costante di un parente o *caregiver* per ogni ricoverato, che ha dato risultati straordinari dal punto di vista della cura. Di sicuro dal punto di vista relazionale perché c'è stato un crollo degli esposti, delle segnalazioni all'ufficio relazioni col pubblico.

Questa esperienza diventa oggi importante perché con il Covid abbiamo una regressione dell'umanizzazione della cura: nelle RSA o nelle strutture ospedaliere non possono entrare i parenti *caregiver*. Bisogna trovare la soluzione, tecnica e di processo. In Rianimazione abbiamo compreso che l'elemento più importante per contrastare la trasmissione del microbo è il lavaggio delle mani. Ci sono state campagne dell'OMS sulle mani pulite che sono servite anche come elemento per condurre favorevolmente in porto quell'esperienza. **Oggi abbiamo un'infezione a trasmissione aerea e la questione è più complessa, ma è una sfida che dobbiamo superare. Se le persone *caregiver* non possono entrare in RSA, questi da luoghi di cura divengono luoghi di custodia cautelare. E vale anche per l'ospedale.**

La parola tabù ha un significato denso perché è radicata nelle persone, sia individualmente ma anche nella rappresentazione collettiva. Le arti, il teatro, la musica e altre forme espressive quando coinvolgono gli operatori sanitari, i pazienti e i familiari in un percorso possono contribuire a trovare nuove soluzioni. La Cultura come leva del cambiamento nel mondo della Sanità. Quali soggetti possono essere coinvolti? Quali strumenti ha la Sanità per costruire collaborazioni stabili?

Il progetto che stiamo portando avanti insieme a CittadinanzAttiva per la partecipazione civica nel governo delle politiche della Salute dopo il Covid, presentato nei giorni scorsi all'Assessorato alla Salute e alla Task Force sulla Sanità territoriale, che verrà discusso nel mese di settembre, penso possa essere un ottimo contenitore anche per affrontare il ruolo della Cultura come risorsa.

Parola d'ordine, continuità. L'Assessorato potrebbe raccogliere questa opportunità data dalla relazione Cultura e Salute non come un ulteriore elemento aggiuntivo tra i tanti, ma un fattore che facilita il sistema a ripensarsi e a mettere a sistema delle esperienze, in termini di appropriatezza dei servizi?

Sono certo che l'Assessorato alla Salute sia un punto di snodo indispensabile, però è molto importante che i centri di ricerca e documentazione, come DoRS, e le associazioni che rispondono a questo indirizzo della centralità delle persone assistite (ci lavorerò come CIPES, come rete HPH&HS, come Camminare Insieme, CittadinanzAttiva) lavorino insieme per il cambiamento indispensabile.

6. Giorgio Gallino

Agosto 2020. Conversazione tra Catterina Seia e **Giorgio Gallino**, medico psichiatra, direttore del CSM-Centro di Salute Mentale Sud Est e Sud (ROT - Rete Ospedale Territorio) dell'ASL Città di Torino.

Ci aiuta a comprendere il quadro dei bisogni del disagio mentale nella città di Torino? Quali sono le politiche di Salute mentale e le risposte?

Torino ha circa 11mila schede aperte di soggetti seguiti dai servizi pubblici. Tutti i servizi, sia nel periodo Covid che ora sono molto impegnati per mantenere i rapporti con i pazienti che hanno necessità di una continuità assistenziale, bisogni complessi, un disagio problematico e vanno seguiti con azioni multidisciplinari. Ci siamo concentrati su queste situazioni per "non perdere le persone". Abbiamo già recuperato tutti i pazienti che avevano portato una prima richiesta di visita al CSM durante il Covid e che in parte erano stati lasciati in *stand-by*, come da indicazioni regionali.

Come funziona la presa in carico e l'accompagnamento di un paziente severo?

Il CSM prende in carico una quota di pazienti con disabilità importanti con un progetto multidisciplinare interno, in quanto la struttura ha diversi profili di competenza di vario tipo: medici, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali. A volte può essere necessario attivare altre agenzie, come le agenzie per la casa, per il lavoro e per il sociale che collaborano all'inclusione sociale dei pazienti che accompagniamo. L'approccio è biopsicosociale e punta all'inclusione della persona e alla sua autonomia al di là della patologia.

L'attenzione all'aspetto sociale dei problemi di salute mentale è oscillata nel corso degli anni e in questo momento non siamo all'apice di un'onda positiva, ma in una situazione in cui a mio avviso si può anche correre il rischio che prevalga un'attenzione maggiore agli aspetti biologici e non necessariamente alla complessità della persona. Guardare prevalentemente alle patologie delle persone non funziona in nessun ambito della medicina, figuriamoci per la psichiatria.

Questa situazione si è determinata dalle continue riorganizzazioni e dalle riduzioni delle risorse economiche e di capitale sociale?

Una somma di criticità. **A partire dall'inizio. La formazione universitaria a mio avviso ha delle possibilità di miglioramento da questo punto di vista. I giovani colleghi hanno una preparazione biomedica fantastica, più approfondita rispetto a quella dei colleghi meno giovani, ma la conoscenza del lavoro che si fa sul territorio, l'esigenza della sintesi di competenze, la consapevolezza che i problemi hanno un'apertura a 360 gradi, debbono acquisirle con l'esperienza.** Ancora oggi in troppi luoghi gli specializzandi vivono quattro anni all'interno delle scuole di specialità, all'interno degli ospedali e sanno veramente poco della psichiatria territoriale. **La psichiatria è in primo luogo una disciplina di territorio che trova nel momento ospedaliero un aspetto fondamentale, ma la vita dei nostri utenti e quindi il luogo dove vengono seguiti è la comunità.** Sicuramente la questione delle risorse si pone, ma oltre a sottolineare la carenza di risorse è importante usare bene le risorse che si hanno, concentrandosi sui pazienti come persone.

Non bastano più risorse, ma occorre una gestione chiamiamola sistemica, sistematica, politica, delle risorse.

È una questione di organizzazione dei servizi territoriali, che hanno una struttura analoga a quella risalente alla chiusura dei manicomi, di quaranta anni fa, con una popolazione che affluisce ai servizi molto cambiata, molto più eterogenea. Questa modifica dell'utenza, da un lato, è un aspetto positivo, significa che una parte dello stigma nei confronti dei servizi di salute mentale si è allentato, ma è necessaria un'organizzazione più articolata, che permetta di indirizzare ogni utente su un percorso personalizzato, riservando però la progettualità più complessa per i pazienti che hanno maggior bisogno di aiuto, maggiori disabilità, maggior bisogno di assistenza.

Ci sono moltissime realtà, di comunità e di servizi territoriali che contribuiscono alla gestione delle persone fragili; da un lato è una bellissima opportunità. Presuppone una forza di regia.

Il tema è molto complesso. Ci sono molti servizi che collaborano. **Il lavoro con gli utenti che presentano situazioni necessitanti una presa in carico multidisciplinare è costruito con micro-equipe che seguono costantemente il paziente nei suoi vari bisogni.** È uno dei modi per affrontare la complessità. **Sicuramente ci vuole un grande lavoro di governo inter-istituzionale** perché le agenzie che sono chiamate in causa sono in primo luogo dell'ASL (che non è un corpo unico, ma è composto da tanti soggetti diversi coi quali ci interfacciamo, per esempio i servizi per le dipendenze, la neuropsichiatria infantile, i servizi per le disabilità, con i servizi per gli anziani, l'ufficio tutele e altri) e, al di fuori dell'ASL i servizi sociali, il Comune, l'ATC per i pazienti che hanno diritto ad un alloggio di edilizia popolare, il sistema giudiziario perché abbiamo la gestione dei pazienti autori di reato.

Un servizio che implica un dialogo inter-istituzionale. Pena l'inefficacia.

Bisogna essere in grado di capire in primo luogo che i soggetti cui si fa riferimento sono diversi. Se ci interfacciamo con un magistrato con schemi di altri settori, senza tener conto che abbiamo aspetti di organizzazione, di priorità e linguaggi diversi, il dialogo è tra sordi. **Va trovato un linguaggio comune, con rispetto per l'altro, capacità di costruire, tempo a disposizione. Capacità di riconoscere ed imparare dagli errori.**

Umiltà e competenze. La big picture con la quale ha aperto questa conversazione evidenzia la molteplicità dei target che implicano risposte articolate e di prossimità, nella vita quotidiana. Pare di comprendere che lavorare sulle potenzialità delle persone, sulla loro autonomia, sull'inclusione nelle reti sociali, oltre alle terapie farmacologiche sia la strategia più efficace. E in questi processi, la Cultura, intimamente connessa con lo sviluppo umano, può essere una risorsa.

Questo territorio ha una radice profonda nel lavoro sulla salute mentale attraverso le arti, una eccellenza che risale al periodo post-basagliano, che va valorizzato. È un tratto fondamentale. Fin da quando ho iniziato a lavorare negli anni '90, ho sempre cercato di implementare interventi che coinvolgessero gli utenti in attività culturali, avendo fin dall'inizio grande cura nel **costruire progetti rivolti alla popolazione in generale.** Fin dagli esordi l'attenzione era proiettata ad evitare di creare circuiti per soli utenti per non creare dei meccanismi di isolamento. **Accompagnare il paziente al cinema, al museo è una esperienza passiva, un po' riduttiva, da settimana enigmistica della cultura, che perpetua un meccanismo di esclusione.** Ho sempre creduto in **progetti organizzati da utenti e operatori, ma rivolti a tutta la popolazione.**

Ne posso citare qualcuno. A metà degli anni '90 organizzammo una scuola di fotografia, che coinvolse cittadini del quartiere e utenti del servizio. Tra i docenti avevamo un esperto di fotografia, un paziente e un operatore. La comunità fotografò le importanti trasformazioni sociali che stava vivendo Mirafiori Sud che furono presentate in una grande mostra alla biblioteca Pavese. Non era la mostra dei pazienti del servizio di salute mentale, ma di cittadini interessati a documentare e discutere le trasformazioni urbanistiche e sociali del luogo in cui vivevano.

Ho sempre trovato tristi le attività fatte realizzare agli utenti, ma prive di valore intrinseco e qualità. Sempre negli anni '90 avevamo all'interno dei CSM i Punti Verdi estivi. Sulla terrazza di Mirafiori Sud, a quel tempo un quartiere isolato, gli utenti del servizio offrivano gli spettacoli, ma non spettacoli "di pazienti". Qualità fa rima con Dignità. Artisti "sequestrarono" il CSM ai medici per fare *atelier* di scultura e di pittura.

Sono risorse per la Salute le attività culturali inclusive, non ghezzanti.

L'unica strada per me è che gli utenti dei Servizi di salute mentale si presentino ai cittadini come pari a cui gli altri cittadini hanno cose da chiedere perché li riconoscono come portatori di esperienze, conoscenze, competenze, possibilità e tempo da offrire alla comunità e cose da dare. Tutti abbiamo bisogno degli altri. In questa direzione, tra le collaborazioni più strutturate posso citare un programma con l'Università di Torino di *Citizen Science*, legato alla ripopolazione del territorio torinese con le farfalle, progetto scientifico con la Facoltà di Biologia e di Scienze della terra di Torino, che abbiamo proposto come CSM. L'assenza delle farfalle come problema dell'ecosistema, affrontato con un

progetto realizzato da persone con disabilità, supportate da operatori, docenti universitari e studenti. Ha generato grande partecipazione. In uno dei cortili del CSM abbiamo creato un orto, saggiamente diviso in orto per gli umani e orto per le farfalle.

Progetto scientifico, poetica e immaginifica metafora di autolettura.

La trasformazione e la rinascita del bruco che diventa farfalla è una delle metafore più potenti. Da quel progetto ha preso avvio una campagna di informazione nelle scuole elementari per spiegare l'importanza della presenza della farfalla e della biodiversità per l'ecosistema, il suo ciclo. Gli esperti erano gli utenti dei nostri servizi, con tanto di borsa lavoro. Il progetto è cresciuto, è diventato di dimensioni europee, finanziato dalla Comunità Europea, presentato con la facoltà di biologia e di Scienze della Terra in convegni internazionali, non di psichiatria, ma sulla sostenibilità ambientale. Questo a mio avviso è un percorso culturale che porta ad una vera inclusione sociale.

Progettualità longitudinali, inter-istituzionali, di ricerca-azione, un forte impatto sui processi di accompagnamento al benessere e all'inclusione delle persone più vulnerabili, replicabili. Vuole citare altri progetti diventati prassi, modalità di agire nella relazione con gli utenti, motori di trasformazione individuale e sociale?

Spesso ho visto delle ricadute positive in termini di benessere, in termini di acquisizione di competenze, in termini di inclusione sociale. Cambia la vita di un paziente entrare in una scuola come esperto del ciclo di vita della farfalla e vedersi rispettato e riconosciuto come per le sue competenze durante una passeggiata in quartiere. È una condizione che permette di riconoscersi con un ruolo completamente nuovo.

La ricerca OMS sulla relazione tra Cultura e Salute mi ha confortato perché conferma intuizioni e lavoro quotidiano in questa direzione, con un linguaggio scientifico, rigoroso e comprensibile. Farsi comprendere parlando di medicina basata su evidenze, di risultati provati dal punto di vista scientifico, applicato alle arti, è fondamentale per costruire un ponte tra saperi ancora lontani. È nota **la distanza tra cultura umanistica e cultura scientifica.**

Lo iato cartesiano non è stato ancora recuperato. Al di là della visione e della proattività di Giorgio Gallino, come si accendono e si sviluppano queste progettualità nelle strutture CSM? Cosa serve oltre alla formazione per dar vita alla transizione?

Può non essere per niente facile, ma ci sono strade da seguire. Non mi occupo più del progetto di *Citizen Science* che è diventato patrimonio di tantissime altre persone e sono aggiornato da una newsletter. Io non sono il padre, semmai sono diventato il nonno del progetto farfalle. Il proselitismo è fondamentale per diffondere il messaggio di fare cultura, evitare i personalismi, lasciare che le progettualità camminino con le loro gambe. **Se il progetto diventa collettivo è molto più facile che si radichi.**

Centrale è il coinvolgimento delle istituzioni per progetti non solo fatti da singole persone, ma che divengano rete. Per le farfalle abbiamo concepito una convenzione con la facoltà di Scienze della terra, che si è evoluta a livello di ASL e Università.

Sarebbe anche importante che ci fosse **un quadro normativo alle spalle, regionale e nazionale**, per accordi di collaborazione. Un esempio: se l'amministratore di una ASL ha bisogno di fare una convenzione con l'Università preferisce avere un appoggio normativo su cui basarsi, come una **Delibera regionale quadro che consenta e indichi quali sono i termini, i limiti, i modi, in cui quella convenzione di matrice culturale deve essere definita.**

Va tenuto presente inoltre che **questo tipo di progetto è considerato solitamente "innovativo", parola double-face: può essere interpretata come "molto interessante" o "folle" e in questo caso sviluppare anticorpi con il richiamo a fare azioni basic, stare ai fondamentali, abbandonare voli pindarici. Bisogna passare dai progetti innovativi ai progetti di sistema che entrino nella quotidiana. Il passo successivo è la diffusione delle esperienze al di fuori del contesto in cui sono nate, ciò implica essere in grado di documentarne l'efficacia, nei processi e avere possibilità per comunicarle.**

Le risulta che a livello piemontese siano stati creati in passato su questi temi dei tavoli di coordinamento?

Non mi risulta e può essere necessaria una piattaforma di coordinamento, supportata da strumenti di comunicazione contemporanei, come blog. La possibilità di pubblicare i risultati delle sperimentazioni che possono essere riprese da altri in contesti diversi, anche lontani geograficamente.

Altra possibilità è quella di partire direttamente con lavori che abbiano una portata alta fin dall'inizio.

Una esperienza di trasmissione, apprendimento intergenerazionale della cultura che ritengo molto interessante è **TOY-Together Old and Young**. Con il progetto si favorisce l'incontro tra i grandi adulti (ndr i nonni) e i giovani. Il progetto è nato grande, coinvolge 5 paesi europei, moltissime realtà. In Italia è stato portato da una azienda pubblica, la **Rete e Salute**, un'agenzia nella provincia di Lecco alla quale diversi Comuni hanno delegato servizi sociali.

La sfida dell'invecchiamento attivo si colloca tra i primi posti per ogni paese, unitamente alla prevenzione della demenza. Ho letto recentemente che le persone ammalate di Alzheimer sono più di 50 milioni nel mondo, un mondo impreparato a ospitarle. Nei prossimi giorni, a Cesenatico (11-13 settembre) si terrà la quinta edizione dell'**Alzheimer Fest** con l'Associazione italiana di Psicogeriatrics che si avvale delle arti come un gran strumento di narrazione della patologia, per rompere stereotipi: cartoon, racconti, teatro.

Milano è un centro di competenza sulla ricerca-azione attraverso le arti, per pazienti e i loro **caregivers**. Anche il progetto **Musei Alzheimer per la Toscana** va in questa direzione, ispirato dal MoMA, diventato di scala nazionale ed europea. **Dobbiamo smettere di pensare piccolo con l'alibi della carenza di risorse**. È arrivato il momento di pensare in grande fin dall'inizio, perché grandi sono le sfide.

A Torino un esempio di rete è il **Polo PARI** (ndr. Polo delle Arti irregolari e relazionali) -a **Palazzo Barolo con l'Assessorato alle Politiche Sociali della Città**, una rete enorme di soggetti che lavora sui confini delle discipline a favore dell'inclusione sociale. Per dare futuro alle progettualità vanno preparate nuove leadership, anche in questo caso, oltre alla straordinaria curatrice Tea Taramino che da anni svolge un ruolo fondamentale di tessitura.

Altro rapporto consolidato tra il CSM nell'ambito di una collaborazione pluriennale sancita da convezione è con il **Parco dell'Arte Vivente (PAV)**, dalla quale sono nati **percorsi di arte comunitaria** che sono stati molto interessanti negli esiti. Ci siamo posti **l'obiettivo di non mandare qualche paziente al museo per laboratori di "terapia occupazionale", ma coinvolgerli in progetti che avessero la valenza trasformativa nella comunità nella quale vivono**.

Entrambe le realtà da lei citate hanno radici nella rivoluzione basagliana. Gli artisti Tea Taramino e Piero Gilardi, rispettivamente ideatori del Polo PARI e del PAV sono stati protagonisti di quel periodo e hanno militato al "manicomio" di Collegno nel periodo della grande transizione. Abbiamo la responsabilità di capitalizzare questa eredità. Un patrimonio materiale di opere *outsider* oggi presenti a Collegno, al Museo di Antropologia e in corso di censimento attraverso il progetto Mai visti e altre storie, ma soprattutto un patrimonio valoriale, di competenze, di processualità, di collaborazioni. Senza tessere elogi al disastro internazionale nel quale siamo coinvolti, questo periodo ci offre opportunità uniche per alzare l'asticella.

Nel corso della conversazione abbiamo parlato di accompagnamento -può durare anche tutta la vita- verso l'inclusione per persone in situazioni di disagio, che spesso nascono da situazioni di disuguaglianza e deprivazione. In merito alla prevenzione, alla promozione della salute vuole fare considerazioni?

Per quanto riguarda la salute mentale tocchiamo un tasto molto delicato. I CSM dovrebbero occuparsi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi di salute mentale. Effettivamente ritengo siano abbastanza adeguati sui due ultimi aspetti, ma la prevenzione primaria viene fatta pochissimo. Va evidenziato che è ancora aperta la discussione sull'attribuzione di competenza, che riguarda anche i

servizi di salute mentale, ma attraversa in modo trasversale una serie di agenzie. Va considerato poi che **il benessere non è responsabilità esclusiva della Sanità.**

Lavorando come dicevamo all'inizio, **non solo con i pazienti, ma coinvolgendo il territorio, tutti i cittadini, si sta facendo un lavoro di prevenzione. La relazione, la comunità sono risorse. Salute e le Arti sono un catalizzatore.**

Il lavoro di prevenzione ha la caratteristica di vedersi poco: tutto quello che si previene non capita e quello che non accade non fa rumore. È la famosa metafora della foresta che cresce silenziosa, mentre fa rumore l'albero che cade. È un ambito da esplorare con nuovi strumenti, da rafforzare.

È importante che questi discorsi vengano portati avanti da agenzie e istituzioni con competenza piuttosto che da singoli soggetti, solo così si possono superare le perplessità e le resistenze che le attività innovative creano. Se si vuole sostenere che la cultura crea benessere in modo specifico e non generico o retorico, **dobbiamo promuovere la ricerca e i contesti di condivisione. Devono muoversi le istituzioni.** Un leader capace di muovere il cambiamento, come Franco Basaglia, nasce una volta in un secolo. La generazione di psichiatri che ci ha preceduto è stata quella dei partigiani che hanno fatto la guerra al manicomio e l'hanno vinta. Fare la guerra è un atto eroico. Noi siamo una generazione di idraulici, di impiegati, di esattori delle tasse qualche volta e di netturbini, che dobbiamo far funzionare il sistema che c'è stato affidato. È un lavoro a volte frustrante e noioso, ma è un lavoro fondamentale. Se il mondo fosse fatto solo da partigiani non andrebbe avanti. La macchina deve funzionare.

Dopo le rivoluzioni ci vogliono le re-evoluzioni

B. Brecht affermava *“beato quel mondo che non ha bisogno di eroi”*.

Come possono rispondere le Arti al dolore e alle ferite dell'anima sociale? Eugenio Borgna e Covid

“La risposta della Sanità italiana a un evento così sconvolgente ha avuto un orientamento dominante incentrato sugli ospedali. La territorializzazione della medicina ha consentito in Francia e in Germania di agire con più immediatezza. La risposta migliore da noi è stata quella della psichiatria, grazie alla rivoluzione basagliana. Leggendo alcune riviste tedesche si capisce che le conseguenze in Germania sono state molto più gravi. Non oso immaginare se in Italia ci fossero ancora stati gli ospedali psichiatrici, come quelli di Milano e Roma, con migliaia di pazienti murati vivi”.

“C'è stato un cambiamento di sensibilità e di coscienza indotto dalle ombre della malattia oscura e della morte. Temo che questi cambiamenti, forse inattesi e in ogni caso straordinari, siano limitati (...). La fragilità è emersa nel suo significato profondo, cioè nel renderci consapevoli delle insicurezze e delle incertezze che fanno parte della vita e che solo la coscienza del nostro essere caduchi riesce a contenere. Il mio timore è che le nostre fragilità vengano immediatamente sommerse da comportamenti di vita slegati dal dubbio e sprofondata invece nelle certezze ideologiche. La fragilità è sembrata riemergere alleata alla speranza, sua sorella gemella. Forse la psichiatria ci rivela il valore nascosto di emozioni considerate come ferite e che sono invece le tracce verso il cammino di una interiorità, che è la premessa per essere d'aiuto agli altri”.

Quale immagine conserveremo nella memoria futura?

“Ciascuno di noi ha risonanze emozionali diverse dinanzi agli avvenimenti dolorosi e strazianti della vita: sulla scia delle nostre sensibilità e della nostra impressionabilità, delle nostre fragilità e delle nostre esperienze. La mia memoria sarà per sempre ferita dalle immagini che scorrevano fredde e impersonali sugli schermi, della morte lacerata nella sua dignità e nella sua riservatezza, come quelle della prima settimana della pandemia. La morte ci accompagna ogni giorno della nostra vita (...), ma la morte in quelle bare è stata slabbrata e reificata, perduta in un atroce isolamento. Il silenzio della morte, la solitudine, la sacralità, non c'era nulla di tutto questo nelle immagini che continuavano a scorrere in televisione. Non so se sia stato giusto rendere così evidente nella sua insostenibile incandescenza così che è avvenuto”. La Lettura- 6 settembre 2020

7. Antonio Martinotti

Conversazione tra Claudio Tortone e **Antonio Martinotti**, psicologo e psicoterapeuta, responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale Prevenzione Selettiva, Precoce e Ambientale delle Dipendenze Patologiche del Dipartimento Interaziendale Patologia delle Dipendenze AA.SS.LL. BI, NO, VC, VCO.

Ha iniziato il proprio percorso professionale nelle cooperative sociali, esperienza che ha avuto un peso nella sua storia dedicata alla prevenzione. Dopo molti anni di militanza nelle strutture sanitarie, attualmente è responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale Prevenzione Selettiva, Precoce e Ambientale delle Dipendenze Patologiche del Dipartimento Interaziendale Patologia delle Dipendenze AA.SS.LL. BI, NO, VC, VCO. Da alcuni mesi, su mandato dell'Assessorato alla Salute della Regione Piemonte, coordina il gruppo di operatori dei Servizi per le Dipendenze che si occupano di prevenzione, quindi un gruppo regionale per la prevenzione e la promozione della Salute in contrasto all'utilizzo di sostanze stupefacenti o di altri tipi di dipendenze. Da 24 anni, a Biella, ha varato e dirige inoltre uno spazio di ascolto per adolescenti, sia a livello individuale che di gruppo di tutto il territorio biellese, con molte attività preventive e di promozione della Salute soprattutto nelle scuole del territorio.

Nella sua storia professionale, nei programmi e nelle politiche di servizio rispetto alla prevenzione, quale spazio ha avuto il rapporto con la cultura? Quali sono a suo avviso le sfide nelle quali coniugare Cultura con il Sociale e con la Sanità, la Cultura e le arti possono essere una risorsa?

Nel mondo delle dipendenze **la relazione tra Cultura e Salute rientra da sempre nelle politiche e nei programmi, nella consapevolezza, anzi nella certezza**, che sia necessario utilizzare nell'azione di prevenzione, in particolare nell'azione di promozione della Salute, **strumenti di comunicazione che siano adeguati al mondo al quale ci rivolgiamo. Soprattutto con le fasce giovanili di popolazione siamo chiamati a un messaggio culturale: promuovere stili di vita alternativi al consumo, valorizzando le prospettive di vita migliore, i benefici derivati da scelte diverse.** Questo processo non si basa solo sull'informazione, che comunque deve essere attenta. In passato è accaduto, spesso, che venissero lanciati messaggi di terrore: *"cosa ti succede nel momento in cui..."*. Pensate alle campagne di tanti anni fa sull'AIDS, con contorni viola terrificanti che evocavano fantasmi capaci di infettare tutti, tema molto attuale in epoca Covid. Si tratta di lavorare per offrire alternative positive, consentire alle persone di scegliere che cosa fare, dare loro le possibilità e gli strumenti utili per fare scelte di salute e per garantirsi un futuro appetibile. Un grosso problema, molto attuale. **Quali sono le prospettive di futuro che oggi hanno i ragazzi? Ci dobbiamo occupare di questo problema, per far sì che possano individuare speranze di un futuro sul quale valga la pena di investire.**

Ci può portare qualche esempio di interventi che avete attuato attraverso la Cultura, nei diversi linguaggi - ...musica, lettura o teatro...- che hanno dato un valore aggiunto?

Moltissimi. Per quel che riguarda **la salute mentale delle persone** è stato molto importante il lavoro con il **cinema, fruendo materiale che può stimolare pensieri legati al benessere.** Molto efficace è il **coinvolgimento attivo nella realizzazione di video, per mettere in campo da protagonisti il proprio vissuto, il proprio disagio, la propria sofferenza, ma anche le proprie speranze, il proprio desiderio di vivere.** Questa metodologia è ricorrente nei nostri progetti, come i **laboratori di arteterapia.** Dallo scetticismo iniziale dell'efficacia del "farli disegnare" sono emersi in realtà **materiali molto incisivi per far rinascere un movimento emotivo all'interno di pazienti che erano depauperati, deprivati.** Abbiamo lavorato con **spettacoli teatrali sul gioco d'azzardo.** Penso a tutta l'attività che abbiamo fatto nel territorio piemontese sul tema dell'**alcol e guida, essendo presenti nei luoghi del consumo di alcol,** dai quali le persone prendono le auto e tornano a casa e confrontarsi con loro direttamente, partecipando anche al momento del divertimento, per capire attraverso l'osservazione cosa accadeva durante la serata. Riflessioni utili anche oggi, quando vediamo i ragazzi fuori dai locali che non indossano la mascherina anti-Covid. Perché? **Vogliamo capire come possiamo indirizzare i ragazzi a**

scelte maggiormente responsabili e solo frequentando i loro luoghi e partecipando alle attività culturali, avremo le risposte.

Tema di stretta attualità è la relazione dei giovani con i social media. A livello regionale abbiamo attivato il servizio *Steadycam* dell'ASL CN2, che ci aiuta tantissimo nelle attività di promozione della Salute e nella prevenzione. Utilizziamo gli strumenti che i ragazzi vivono, conoscono bene, amano e che ci permettono di veicolare dei messaggi che altrimenti non riusciremmo a fare. Fare l'incontro dell'esperto in classe non serve più a molto; è utile stimolare i ragazzi a essere parte attiva del movimento che pensa alla promozione e alla prevenzione.

Per quanto riguarda agli anziani dei nostri servizi, quelli meno performanti, abbiamo messo in campo dei gruppi di cammino, questa è cultura di riscoperta del territorio nella natura e nella cultura, del piacere di stare all'aria aperta, del sentire il proprio fisico che si modifica nel tempo, di conoscere luoghi con tradizioni, approdare a degli esempi positivi, persone che fan parte della loro rete sociale che diventano risorse. Gli anziani iniziano con noi i gruppi di cammino e poi con altri affrontano altre sfide, su per le montagne: significa riattivare socializzazione, pensiero, un uso diverso del corpo, rispetto al rimanere seduti al bar ...

Anche fuori dal Piemonte ci sono casi eccellenti. A Trieste il Servizio per le Dipendenze per aumentare la propria efficacia ha varato un servizio per adolescenti; non solo offrire cura e riabilitazione, ma durante tutta la giornata alternative a modelli di vita ormai consolidati. I laboratori con la possibilità di fare mille cose ed entrare in contatto con le persone che vivono il territorio, con gli artigiani sono stati un'alternativa fantastica che ha permesso di ricollocare i ragazzi all'interno del tessuto sociale dal quale si erano allontanati. La Spagna, con il progetto "Tope" (al top), non solo ha investito in percorsi di prevenzione e promozione contro le dipendenze, ma ha creato un disegno sistemico di offerta di alternative concordato con i politici, il territorio, le realtà sociali, il privato sociale che, durante tutte le estati, in assoluto il momento di "maggiore rischio" di caduta per i ragazzi spagnoli: dallo Zumba alle gite in barca, dalle escursioni ai corsi di teatro. Esperienze nuove o dimenticate, mai prese in considerazione che hanno dato valore al vissuto dei ragazzi aprendo nuove prospettive.

Ci sono moltissime buone pratiche anche a livello locale. Ad esempio, in alcuni servizi del territorio di Biella, i Ser.T. sono diventati delle piccole biblioteche, che raccolgono e prestano libri, propongono lettura, anche collettiva. Questo è sicuramente un binomio promozione e cultura fantastico, a costo zero.

Grande ricchezza e sensibilità degli operatori e dei territori che può aprire nuove opportunità anche imprevedibili. La Cultura è come una chiave di accesso. Dal punto di vista istituzionale, nell'ambito della programmazione in Sanità, come in quello della prevenzione delle dipendenze, pensa ci possa essere uno spazio più definito per il rapporto tra Cultura e Salute? Con ambiti specifici per esercitarsi e rendere più evidente questo binomio?

Dobbiamo tener conto e fidarci delle evidenze scientifiche che mostrano come il miglioramento della salute e del benessere passano in modo significativo attraverso la partecipazione culturale. Credo che il welfare culturale debba assumere un ruolo rilevante nelle agende istituzionali, perché favorisce l'intersectorialità, la transdisciplinarietà, ci permette di uscire dai "piccoli mondi". Di Salute non deve occuparsi solo la Sanità (ndr OMS-Salute in tutte le Politiche). Occorre un coinvolgimento delle parti sociali a tutti i livelli. Credo non si possa evitare di inserire queste linee guida nei documenti programmatici, quali i piani di prevenzione e i piani locali delle dipendenze, prevedendo finanziamenti. Senza polemica, occorre sostenere progettualità di valore, secondo le evidenze scientifiche e l'opinione di chi viene coinvolto. Sono da evitare progetti che hanno vita breve, non hanno prospettive di futuro. Meno progetti, ma scegliere quelli con garanzie di continuità che possono essere incisivi, avere un impatto. Non possiamo più permetterci attività spot che sono solo perdite di tempo.

Quali potrebbero essere le leve per un salto di scala? Lei accenna a progetti "start up", che diano un innesco, che dimostrino efficacia. Con la nuova giunta regionale, il settore Sociale è stato nuovamente ricondotto alla Sanità e, teoricamente potrebbe favorire un dialogo forte tra il Sociale e la Sanità. Sogno accordi formali con l'Assessorato alla Cultura, formazione congiunta per gli operatori

della Cultura, del Sociale e della Sanità che cerchino di comprendere come poter sviluppare progetti che abbiano un'efficacia. Tavoli di coordinamento. Ci può suggerire dispositivi che possono facilitare la traduzione dei principi e delle risorse e vadano oltre all'estemporaneità dei progetti?

L'Assessorato e l'Ufficio per le Dipendenze hanno deciso di avviare un gruppo di coordinamento delle attività preventive e di promozione della Salute regionali. Questa è la grande novità del nostro settore. Non c'è mai stato prima nulla di questo genere, formalizzato. Gli operatori si incontravano, ma senza un quadro formalizzato. Gli operatori hanno finalmente la possibilità di esprimere pensieri e progettualità, nell'ambito di direttive su tutto il territorio regionale, che teoricamente possono permettere di lavorare in un modo più coerente. Una grande opportunità di confronto con mondi anche diversi, per comprendere fenomeni complessi. Penso ci siano le condizioni per un cambiamento positivo. La politica dovrà tener conto di quanto emerge dalla lunga riflessione ed esperienza che faremo e dovrebbe conseguentemente definire degli accordi, anche tra assessorati. Sarebbe fantastico tra Assessorato Cultura e Assessorato Sanità che ci permetterebbe di lavorare in modo molto incisivo. Anche con altri Assessorati.

Rendere più evidente nell'agenda politica e nelle politiche questo rapporto virtuoso che porta dei risultati. E a livello di operatori, come potremo facilitare questo processo?

L'ultimo piano per la prevenzione riserva al suo interno un importante capitolo che riguarda le dipendenze che ha avuto come immediato effetto generare incontri tra la rete degli operatori che a livello regionale si occupa di prevenzione e promozione della Salute e quella delle dipendenze, per gestire a quattro mani l'impegno che il piano propone e che va realizzato da parte di tutti, in sinergia. Questa è un'azione non gigantesca, ma innovativa rispetto al passato. Erano mondi che viaggiavano su binari paralleli, si conoscevano poco, si scrutavano, ma non avevano il mandato specifico di poter lavorare insieme. È un primo passo che aiuterà a pensarne di successivi e anche con altri attori, partendo da quelli culturali.

Puntare anche sulla formazione congiunta degli operatori può contribuire a sviluppare innovazione? E sulla valutazione?

Sono un sostenitore accanito della formazione, soprattutto se orientata a sostenere risultati operativi concreti, ovvero è connessa alla possibilità di applicare fattivamente quanto appreso nella loro attività professionale quotidiana. Formazione spendibile, con *follow-up* per comprendere la traduzione operativa. Nel nostro mondo, ma penso ovunque, si fa molta formazione che non crea competenze da portare nell'operatività. Occorre garantire questo passaggio applicativo. Penso inoltre che sia importante che gli operatori lascino traccia di ciò che fanno, raccontino, scrivano report... affinché i decisori possano avere elementi utili per valutare ciò che funziona e come continuare a farlo. Non avviene spesso. Sapere come spendiamo è fondamentale in un regime di scarsità di risorse. Cosa valutare? Valutare il processo è più semplice, occorre capire come abbiamo fatto le cose. Valutare il risultato è molto complicato nelle attività di prevenzione e promozione della Salute. Non sapremo fra quanto tempo avranno avuto effetto benefico o meno, ma senz'altro, se abbiamo lavorato sulla Cultura, le Emozioni, l'Affettività, la Relazione, la progettazione del proprio futuro, difficilmente avremo sbagliato, perché abbiamo agito per incrementare le *life skills* nei nostri interlocutori, aiutandoli nelle scelte di vita. Valutare non è semplice, ma si deve fare, non solo per partecipare a bandi.

Quali suggerimenti può dare per sostenere le azioni progettuali?

Sarebbe utile indirizzare i bandi non solo agli operatori, ma a reti territoriali per mettere a sistema le risorse che il territorio può offrire. Quindi progetti che prevedano interrelazioni, collaborazioni, co-progettazione. Un salto di scala che include anche il mondo della Cultura.

Ovviamente è fondamentale capire in profondità il territorio. Il Piemonte è eterogeneo nei bisogni e nelle risorse attivabili. Torino città è completamente diversa dal Verbano-Cusio-Ossola, da Novara, dalla montagna. Gli operatori che pensano e scrivono i progetti conoscono bene il mondo in cui vivono.

Ci sono altri progetti generalizzabili. Penso al “**patentino dello smartphone**” ideato dallo psicologo Mauro Croce dell’ASL di Verbania. Non è solo uno strumento per far capire ai ragazzi che devono ridurre la velocità in motorino, che non debbono bere birra prima di guidare, ma è molto di più. È basato su un pensiero sulla Salute, sul benessere, sul non correre rischi inutili e comunque considerare che il rischio fa parte dell’adolescenza, ma può essere gestito. Questo progetto vede una partecipazione incredibile di risorse della rete sociale: perché il mondo della scuola, i politici, l’associazionismo privato, la compagnia dei trasporti locali, i comuni, i sindaci sono tutti coinvolti. E nel contempo è **assolutamente trasferibile** anche a Timbuctu.

OMS suggerisce che almeno 10% del budget di un progetto venga orientato alla valutazione di impatto. Ma mancano le competenze. L’accompagnamento alla valutazione potrebbe essere contemplato nei bandi?

Condivido. Ogni progetto deve essere valutato seriamente. Ma **non tutto può essere oggetto di valutazione. L’innovazione nasce dalla libertà progettuale e deve contemplare la possibilità di errore.** Lo abbiamo visto in molti casi, ma quello che abbiamo appreso è stato fondamentale. Ci sono elementi che non possono essere definiti a priori. **Occorre dare spazio a progetti che non danno questa garanzia. Occorre investire nella fiducia degli operatori.**

Un esempio. Oggi **dobbiamo lavorare per comprendere ciò che accade nel mondo giovanile, cosa sta accadendo nel post-Covid o di intra-Covid.** Come potremmo definire ora ciò che sta accadendo nella socializzazione? Che cosa hanno in testa in questo momento di rientro scolastico in cui banalmente non avranno l’intervallo? Non è una stupidaggine, ma una questione potente che riguarda l’interlocuzione, l’incontro con compagni di altre classi, la conoscenza di nuove persone, fumare una sigaretta... Come è possibile valutare gli esiti di un intervento nel breve con questa molteplicità di variabili? Ma è fondamentale lavorare proprio nelle complessità, nel divenire sociale.

Parlando di valutazione dobbiamo intenderci su quali sono i paradigmi: più logico-razionali, altri che possono essere delineati solo attraverso un percorso di ascolto e confronto in itinere con i destinatari; penso all’*empowerment evaluation*, alla ricerca-azione partecipata, che contemplano la capacità di analisi, l’esperienza e la professionalità degli operatori, le evidenze precedenti e che sono co-costruzione di quanto non possiamo predeterminare, ma solo immaginare, prefigurare. Esistono modelli di valutazione che tengono conto di questi aspetti.

Tra i miei desiderata è **pensare alla partecipazione dei destinatari, come soggetti attivi sia in fase progettuale che in fase valutativa e che i progetti futuri abbiano un livello di partecipazione, di condivisione progettuale molto più alto rispetto al passato. Lavorare con, non a favore di.** Questo secondo me è un asse fondante per la promozione della salute soprattutto nelle dipendenze.

La Carta di Ottawa contemplava già questi aspetti. Quattro pagine fondamentali che continuo a rileggere. Per concludere, proprio il tema del rapporto tra cultura e salute, la cultura come un *driver* di benessere, salute, qualità della vita, deve tenere conto delle risorse creative e culturali dei destinatari.

La parola al Sociale

5 testimonianze

1. Valentina Borsella

Fondazione Molo. Torino

2. Raffaella Bortino

Psicoterapeuta - fondatrice della comunità di cura doppia diagnosi, Fragole Celesti. Oglianico Canavese, Aosta

3. Giovanna Chiorino

Fondazione Edo Tempia. Biella

4. Enrico Dolza

Istituto dei sordi. Pianezza

5. Fabrizio Serra

Direttore della Fondazione Paideia. Torino

1. Valentina Borsella

Ottobre 2020. Conversazione tra Catterina Seia e **Valentina Borsella**, Fondazione Molo, Torino, ente focalizzato sul supporto alle persone afasiche, alle loro famiglie e ai *carer*

Afasia: di quale disturbo stiamo parlando?

L'afasia è un disturbo del linguaggio che si manifesta a seguito di lesioni cerebrali, ictus, aneurismi ed è causata da molte patologie degenerative, come demenza, Alzheimer, tumori cerebrali. Secondo gli studi dell'*Aphasia Institute* di Toronto, tra il 25 e il 40% dei soggetti che hanno subito un ictus manifesta afasia con diversi livelli di gravità.

I dati epidemiologici piemontesi pongono l'ictus come prima causa di morte della popolazione: si tratta di circa 100.000 casi all'anno per gli uomini e 80.000 per le donne, di cui l'80% sono casi nuovi e il 20% recidive. Circa il 30% dei pazienti colpiti resta afasico (Rapporto 2018 sull'ictus in Italia).

Si tratta di una disabilità permanente che modifica il potenziale comunicativo del soggetto e causa difficoltà nell'emissione della comunicazione, sia in forma scritta che parlata. La capacità di comprensione è spesso pressoché intatta e spesso la persona afasica, pur essendo consapevole di quello che vorrebbe comunicare, non riesce a esprimersi né a farsi capire; questa situazione ingenera alti livelli di frustrazione e induce sofferenza per il deterioramento dello stato sociale, del proprio ruolo nel mondo. Questo incide sulla qualità della vita. Come sottolineato da Kulik et al (2003) e come testimoniato nelle ricerche da Murray (2004), Townend et al (2007) e Berg et al (2009), l'afasia rappresenta inevitabilmente un **cambiamento sconvolgente della vita** di tutti coloro che hanno subito questa drammatica condizione. Tale cambiamento sembra avvenire gradualmente, con modalità diverse da persona a persona; comune a tutti gli intervistati è una fase iniziale in cui **la visione della propria esistenza appare come "sospesa" tra l'incertezza e la realtà**, dove emergono **sentimenti come angoscia, paura, tristezza e sofferenza**. Per molti questa fase è relativamente breve, per altri molto lunga, ma per tutti poi comincia a farsi strada la consapevolezza che qualcosa in sé è cambiato, che non sarà più possibile tornare come prima.

Per cercare di arginare questa situazione è importante **creare situazioni di inclusione sociale** in cui le persone possano condividere dei momenti di svago non solo tra loro, ma anche **con i propri caregiver o amici**, in cui il punto focale non sia la salute o la cura della persona, ma si possa attuare in uno spazio in cui mettere in campo e valorizzare le proprie capacità residue.

Quale contributo dalle azioni culturali per il potenziamento della Salute?

Da quasi due decenni un numero sempre maggiore di istituzioni culturali mette in atto progettualità a favore di persone con problemi di salute e dei loro *caregiver*. Nel 2006 il MoMA avviò un progetto di arte accessibile, dedicato alle persone con Alzheimer e ai loro *carer*, che divenne ben presto ispirazione e riferimento teorico, metodologico e pratico per iniziative simili in tutto il mondo. La patologia degenerativa dell'Alzheimer è una tra le cause di afasia, quindi molti partecipanti al progetto del MoMA erano afasici, anche se questa non è stata una variabile analizzata separatamente dal contesto. Nel 2011, una indagine promossa dal MoMA documentava l'esistenza di programmi di sostegno all'accessibilità per le persone con demenze e loro familiari in altri 33 musei degli USA. *Museums Art & Alzheimer's (MA&A)* è un progetto che si è svolto tra 2015 e 2017, sostenuto dal programma Erasmus+. Confrontando esperienze europee ed extra-europee, si è proposto di facilitare l'accesso all'arte e ai musei da parte di persone con demenza, dei loro familiari e dei loro assistenti professionali. Gli obiettivi principali del progetto MA&A sono stati quelli di sviluppare strumenti e attività educative finalizzate a promuovere il benessere delle persone che vivono con la demenza e di chi se ne prende cura, attraverso l'arte e le attività museali.

Anche se questi progetti ispiratori avevano come oggetto principale persone con Alzheimer o altri tipi di demenza, l'idea fondante che sottende alle esperienze è che **l'arte sia intesa come esperienza culturale e relazionale complessa, che il museo venga concepito come spazio inclusivo per l'apprendimento informale** e che insieme possano essere d'aiuto per sviluppare nuove strategie e modalità di comunicazione e relazione.

Torino, con la Fondazione Molo è considerata una *best practice* nella tessitura di reti per l'inclusione sociale, in percorsi che ibridano settori. Ci può far comprendere il vostro percorso?

Da vent'anni la **Fondazione Carlo Molo di Torino si occupa di persone afasiche**. Per più di dieci anni la Fondazione ha finanziato la ricerca in due laboratori sperimentali che attuavano coi pazienti afasici percorsi mirati a **stimolare la comunicazione aumentativa e il potenziamento delle capacità residue**. L'offerta era di percorsi di riabilitazione di durata biennale che comprendevano, oltre ai laboratori sul potenziamento della comunicazione, anche musicoterapia, arte terapia, movimento terapia, logopedia ed esperienze di teatro sociale. Venivano trattati circa 45/50 persone all'anno.

La Fondazione Carlo Molo ha osservato che le persone afasiche, terminato il percorso riabilitativo, se non venivano opportunamente stimolate tendevano a richiudersi in casa e a restare più facilmente isolate, rischiando di disperdere in pochi mesi i miglioramenti guadagnati in precedenza. A partire dal 2007 La Fondazione ha quindi iniziato a creare dei percorsi di inclusione sociale che potessero essere fonte di intrattenimento intelligente e di stimolo delle capacità residue, ispirandosi alle esperienze americane che avevano visto coinvolgere i malati di Alzheimer spesso afasici in percorsi culturali. Negli anni successivi i laboratori finanziati dalla Fondazione hanno sviluppato una loro autonomia professionale, mentre cuore dell'attività della Fondazione sono diventati i progetti culturali. Sono stati coinvolti in questi anni più di 250 pazienti in pratiche culturali che sono diventate un terreno fertile, luogo creativo ed esperienziale in cui tornare ad essere persona e non sentirsi paziente.

Nella prima fase iniziale di sensibilizzazione rispetto a questa disabilità, ancora poco conosciuta, la Fondazione aveva svolto dei **percorsi formativi con il personale dei Servizi educativi dei musei**, per predisporli all'accoglienza e alla relazione con questi adulti disabili, spesso anziani, incapaci di comunicare ma capaci di comprendere. L'interesse riscontrato nel personale museale e la disponibilità a formarsi per lavorare al meglio con questa "nuova" disabilità ha consentito alla Fondazione Carlo Molo di intessere sul territorio una rete che non solo accogliesse ma che fosse anche disponibile a co-progettare percorsi e progetti accessibili da ogni punto di vista e di costruire laboratori mirati alla fruizione da parte di un pubblico di disabili adulti e anziani, aiutandoli ad esprimere e valorizzare le loro capacità residue. In tredici anni sono state proposte e realizzate più di 140 visite e laboratori a musei e mostre temporanee.

Avete valutato l'impatto?

Ogni volta al termine delle visite sono stati sottoposti dei questionari di autovalutazione e soddisfazione: il 54% dei partecipanti si è detto perfettamente soddisfatto dell'esperienza, il 63% al termine di ogni visita si è detto favorevole a partecipare a un nuovo incontro, l'82% ha affermato che svolgere le visite culturali piace perché "fa stare bene", il 27% si ripromette di portare con sé un amico o un parente alla visita successiva, il 46% è contento di partecipare perché così "ha qualcosa di cui parlare".

I risultati raccolti mostrano che incoraggiare lo sviluppo di attività culturali e artistiche rivolte ai disabili e agli anziani, che sono la categoria di cittadini con i livelli di partecipazione e pratica più bassi, significa sostenere politiche di invecchiamento attivo e di contrasto all'isolamento, alla chiusura, alla depressione, che spesso rappresentano l'anticamera del deficit cognitivo. Negli ultimi cinque anni la Fondazione ha iniziato ad inserire all'interno dei suoi progetti dei fruitori che non fossero afasici: talvolta sono i *caregiver*, altre volte amici o conoscenti coinvolti dagli afasici, in altri casi sono anziani che hanno dato la loro disponibilità e interesse a partecipare, coinvolti sul territorio tramite le circoscrizioni o il passaparola con altre associazioni. La creazione di gruppi "misti" appartenenti al territorio è un inizio inclusivo che aumenta il potenziale di coinvolgimento e raggiunge uno scenario più ampio e coinvolgente, aiutando la persona afasica a riappropriarsi di un senso di comunità.

Attivare delle buone pratiche come la visita culturale con cadenza mensile crea delle aspettative e mette in atto nel soggetto fruitore dei meccanismi di curiosità e di creatività che attivano recettori del benessere (si suppone un maggiore rilascio di dopamina) e migliorano sensibilmente la qualità della vita e dello stato vitale dell'individuo coinvolto.

Anche se **le evidenze di efficacia a livello scientifico sono ancora parziali, a causa del limitato numero di studi con disegno adeguato e della disomogeneità di pazienti ed interventi utilizzati**, se si riflette su gruppi omogenei, come i pazienti afasici analizzati durante e dopo le visite culturali, **i risultati sono**

evidenti, confermati anche dalla loro presenza costante e dall'incremento di partecipazione. Un tassello che può essere migliorato in questo percorso sta nel coinvolgimento dei sanitari, spesso troppo presi dalle azioni di cura. Alcuni pazienti hanno partecipato alle attività con il consiglio e spesso con l'accompagnamento degli assistenti sociali, mentre la consapevolezza che stimoli culturali possano essere di aiuto per l'individuo nel suo complesso non è così diffusa in ambito clinico e sanitario e il percorso di accompagnamento e di segnalazione potrebbe essere migliorato. Le attività di sensibilizzazione che la Fondazione ha svolto in tal senso non hanno ottenuto un incremento della comunicazione adeguato e anche le segnalazioni che le ASL fanno rispetto alle attività della Fondazione si basano spesso su una conoscenza personale.

Quali istituzioni culturali hanno risposto con progetti longitudinali?

I percorsi avviati con il **Museo del Cinema**, la **Fondazione Sandretto**, la **GAM**, il **MAO**, il **Castello di Rivoli**, il **PAV- Parco dell'Arte Vivente**, **Palazzo Madama**, sono stati generativi e hanno creato progetti artistici e culturali che hanno visto protagoniste le persone afasiche, pronte a mostrare a sé stesse prima di tutto la forza e l'*empowerment* che derivano dal confronto e dal contatto con l'arte e con il superamento del limite che essa sempre rappresenta. **Queste esperienze hanno aperto strade di mediazione culturale finora non battute**, modalità nuove ed efficaci di contatto tra chi entra in un museo e i contenuti fisici e culturali delle collezioni, di interazione con quei contenuti, di comprensione, di ricordo, di creazione di significati e, quindi, di creazione di nuove modalità di comunicazione. Contatto, interazione, comprensione, ricordo, creazione e comunicazione sono le azioni efficaci presenti in tutti progetti creati.

Avete lavorato con più discipline artistiche.

Sono state realizzate **guide museali, costruite e raccontate da autori Afasici**, che rimandano a un'idea e a un percorso emotivo del museo, proponendo dei percorsi in Palazzo Madama, nel Museo Nazionale del Cinema, alla Rocca del Borgo Medievale e al Castello di Rivoli. Sono stati realizzati cortometraggi in cui le persone afasiche hanno lavorato insieme agli sceneggiatori per rendere il racconto efficace e realistico, sono stati creati **cartoni animati elaborando disegni realizzati per creare e diffondere sensibilizzazione sull'afasia**. **Un progetto pluriennale di persone afasiche e anziane insieme con l'Università di Torino e Cinedumedia ha realizzato un documentario sulla città** e il gruppo ha curato ogni fase, dai testi alle riprese, agli speakeraggi. L'arte accoglie, comunica, riceve e genera e per le persone affette da disabilità sensoriale questo è un incontro che arricchisce, completa, rinnova. **L'esperienza del teatro sociale, nata come attività laboratoriale, è cresciuta negli anni trasformandosi in una compagnia teatrale mista, Teatro Babel, in cui attori senior - afasici formati all'azione teatrale - e junior - studenti di facoltà infermieristiche, lopopediche ma anche di altre facoltà - realizzano spettacoli in luoghi di cura e in festival e in teatri**; ne sono già stati messi in scena tre e un quarto è in preparazione.

Stare in mezzo al bello fa stare bene: i musei e i luoghi d'arte possono trasformarsi in spazi accoglienti, possono imparare i linguaggi di tanti tipi di pubblico e insegnare loro il proprio; il focus non è l'incremento di competenze, ma **il miglioramento della qualità della vita unito al potenziamento delle capacità residue e a un incremento dell'autostima**.

In questi anni sono stati messi in atto e realizzati **diciotto progetti artistici pluriennali che hanno visto protagoniste le persone afasiche messe in relazione con l'arte, grazie a una rete territoriale** che ha costantemente aumentato la sua ricettività, la sua sensibilità e creatività verso le persone con bisogni speciali. Il 100% delle persone che hanno partecipato a un progetto ha chiesto di essere coinvolta anche per altri percorsi e il 92% dei partecipanti a progetti ha chiesto che gli stessi venissero prolungati e reiterati, per poterli approfondire. Il 96% dei partecipanti ritiene che avere un obiettivo da raggiungere lo faccia sentire utile.

Quali le sfide future?

Molto si può implementare e approfondire, molte idee possono essere condivise, realizzate e messe in relazione per migliorare non solo gli strumenti di valutazione ma per ampliare i fruitori di questi scenari per raggiungere un futuro ideale ma possibile in cui la prevenzione passi anche dalle azioni culturali. **La**

sfida è riuscire a rendere sistemiche queste azioni, ampliando il *commitment* e coinvolgendo le politiche sanitarie e culturali territoriali, spingendole ad un lavoro sinergico che parta dalla fase di progettazione dei prodotti culturali rendendoli completamente inclusivi, favorendo anche un'ottimizzazione anche dei costi.

2. Raffaella Bortino

Agosto 2020. Conversazione tra Catterina Seia e **Raffaella Bortino**, psicoterapeuta, fondatrice della comunità di cura doppia diagnosi, Fragole Celesti, Oglianico Canavese

*L'individuo che non può creare, vuole distruggere...
l'unica possibilità di allontanare la distruttività
è sviluppare nella persona la sua potenzialità creatrice.*
Erich Fromm

Il Piemonte ha un patrimonio di competenze ed esperienze tra Cultura e Salute che hanno radici nella rivoluzione basagliana e nell'Arte Povera.

Dagli inizi del mio lavoro, nel '68 all'ospedale psichiatrico a Collegno, l'Arte è stata per me una risorsa, l'unica luce che esisteva in quel contesto terribile. L'atelier era stato voluto dal professor Gustavo Gamna che allora dirigeva l'ospedale psichiatrico e si avvaleva di Gigliola Carretti, una grande artista torinese.

I pazienti, logorati dal soggiorno, l'aspettavano al cancello pregando, come se fosse stata una Santa alla quale offrire la preghiera per **la grazia, quella di poter dipingere per un pomeriggio** sui muri che Gustavo aveva coperto con pannelli di panforte. Grazie a questo **momento di magia potevano affrontare la settimana con meno difficoltà**. Da questa lezione ho imparato moltissimo. Avevo vent'anni e assistevo Gigliola, l'ascoltavo dialogare con Gustavo che **già allora faceva parte della Società di Psicopatologia dell'Espressione che aveva sede a Parigi all' Hôpital Saint Anne**. Il presidente era il professor Wolmat che aveva scritto un testo fondamentale, introvabile, di psicopatologia dell'espressione che aveva stimolato i primi esperimenti in cui i pazienti passavano il loro tempo nel disegnare spontaneamente. Conosciamo le opere straordinarie di quel periodo. Per questa ragione ho scelto Parigi per la mia formazione e dopo l'organizzazione in Italia di convegni con **Vittorino Andreoli**, mi sono fermata nel nostro Paese. Nel contempo, dopo un'esperienza con Anne Denner, un'arteterapeuta francese che lavorava sia con i bambini che con gli schizofrenici, ho messo in piedi con il **Collettivo di Attività Espressive un progetto di arteterapia e rilassamento, condiviso con l'artista Piero Gilardi, interessato alla ricerca tra arte e corpo, tra muscolarità, distensione durante il disegno come espressione della creatività più profonda**.

In quella stagione pionieristica, coeva alla rivoluzione basagliana, abbiamo lavorato moltissimo come psicologhe nelle scuole, cambiando il **paradigma di relazione con i bambini in difficoltà**. Fare un colloquio non aveva senso per me. La mia auto era colma di materassini e colori. Nella frazione di Mocchie, sopra Sant'Antonino di Susa, in una scuola con 5 bambini abbiamo compiuto un percorso straordinario. Dipingevano in libertà come Pollock, decondizionati rispetto alla realtà e rilassati. E mi sono divertita. **Credo che alla base del nostro lavoro difficile, complicato, debba esserci una grandissima esperienza legata al piacere**. Se non c'è passione, desiderio, cambiamo mestiere perché non siamo utili ai nostri pazienti, non serviamo, proiettiamo soltanto le nostre frustrazioni. Ne hanno già tante loro!

Ho scritto un libro su questa esperienza dell'arte terapia del rilassamento per il quale sono stata invitata alla **New York University**, dove ho insegnato per un anno come *international visitor professor* nell'Unità di Arteterapia, con molti gruppi e risultati molto interessanti.

Quando sono tornata a Torino ho fondato **la scuola di Arteterapia Il Porto Adeg in collaborazione con la New York University**. Tra l'88 e il '97 **gli insegnanti arrivavano da tutte le parti del mondo, è stata un'esperienza molto stimolante**. Ho lasciato poi la scuola di Arteterapia che ora è a Milano ed è diventata: **Lyceum Arteterapia**.

Ho fondato delle comunità: nel 1983 Il Porto per psichiatria e tossicodipendenza e poi nel 1998 Fermata d'autobus, per persone in doppia diagnosi (una specificità così chiamata perché associa il disturbo psichiatrico con le dipendenze). In queste strutture **le persone ci vengono inviate dalle diverse ASL di tutte le regioni d'Italia**. Per un periodo, **in collaborazione con un supervisore molto reputato oltralpe, lo "psichiatra delle tossicodipendenze" Claude Olievenstein, che aveva fondato l'Hopital Marmottan di Parigi** abbiamo ricevuto molti ospiti francesi. Affermava che il nostro modello

di psicoterapia integrata era uno strumento innovativo nei confronti delle comunità lavorative, con interventi psicodinamici e artistici nel percorso di cura e recupero delle persone. Abbiamo creato un grande ponte tra Torino e Parigi, collaborando con il museo di Art Brut dell'hôpital Sainte Anne diretto dalla dottoressa Anne Marie Dubois, con la quale abbiamo organizzato diversi convegni e seminari internazionali sulle **attività espressive nelle comunità terapeutiche.**

Stamani conversavo con un ragazzo molto triste, appena arrivato da noi dopo essere stato in diverse altre comunità. Ha frequentato il liceo classico, lavorato in passato con la creta e disegnato, ma nessuno ha mai preso in considerazione questo suo desiderio e talento. Oggi andremo ad acquistare la creta e lo seguirà un altro nostro ospite, l'artista Cosimo Cavallo che potrà fargli da maestro.

Le persone stanno molti mesi in comunità. La regola oggi, per problemi economici pubblici, è una permanenza che non superi i 18 mesi, ma **nella comunità abbiamo pazienti con noi da oltre 16 anni.**

Ho sempre collaborato molto con gli artisti. Con gli esponenti dell'Arte Povera che erano con me nel '68 a Collegno. Piero Gilardi era una presenza fissa. Gilberto Zorio veniva a fare performance. Anche Alighiero Boetti, Mario Merz.

Alla New York University, grazie al mio grande amico e mentore che mi ha sempre seguita, l'editore d'arte **George Fall** (ndr l'importante rivista *Opus International*), **ho avuto contatti con tanti artisti, come Louise Nevelson,** poi ho conosciuto Alice Bebar, Dorothea Tanning e tanti altri. Alcuni di loro frequentavano le comunità nelle quali operavo, li coinvolgevo per pomeriggi d'arte.

Oggi coinvolgo artisti torinesi come Paolo Grassino e Mimmo Borrelli, Nicus Lucà, Francesco Sena, la generazione emersa negli anni '90. E poi Paola Risoli e Sara Conforti. C'è sempre un'affluenza di gente, un movimento che porta luce, una vivacità importante non solo nelle arti visive ma anche nella musica. Facciamo musicoterapia. Una volta all'anno andiamo nella scuola di Mogol in Umbria, a fare uno stage che dura una settimana. Siamo accolti benissimo. Incontriamo personaggi che arrivano per noi a tenere lezioni di pianoforte, di registrazione, di canto. I nostri ragazzi ne sono molto felici e produciamo qualità. Abbiamo prodotto canzoni, musiche, un disco.

Come entrano le Arti nel percorso di riabilitazione, intesa come presa di consapevolezza di sé, nella ricerca di un nuovo centro? Qual è il ruolo delle Arti?

Io credo che il ruolo delle Arti per i nostri pazienti sia fondamentale. Permette loro di spaziare nella più completa creatività e profondità di pensieri, di sentimenti, di immagini, di tormenti, di tutto quello che li avvolge nel quotidiano. Anche coltivare l'orto ha una specificità creativa, se organizzato nella ricerca dell'armonia e della bellezza. Unire salvia con la lavanda, piuttosto che mettere in dialogo gli ortaggi è creatività cura, estetica. **L'etica va con l'estetica.**

Se faccio lavorare un ospite e non mobilito bellezza e talento, difficilmente riesco ad ottenere progressi, ma se faccio emergere le sue passioni posso aiutarlo a trovare dignità. Per me questo è il discorso primario. Dare dignità, significa ridare a una persona il desiderio di vivere pur nei momenti più tragici, ricordargli che ha una possibilità dentro di sé, che il suo talento può essere nella scrittura, nella pittura, nella musica, nel tagliare bene un pomodoro, nel fare una torta, nel fare un vasetto di ceramica, nell'andare a fare una passeggiata con il cane. In questo modo, nella loro dinamica, così come con la tela o la nota musicale, avviene l'integrazione con la vita.

Se funziona per loro, può funzionare per tutti. Perché secondo Lei questa visione non è sistemica, cioè non entra in modo integrato e compiuto nelle politiche culturali, sanitarie e socioassistenziali educative e non entra nell'alta formazione? Ancora oggi la formazione scientifica medica è biomedica, non ancora biopsicosociale.

Penso che la psichiatria, come dice il buon **Eugenio Borgna**, sia la sorella sfortunata della poesia e di conseguenza non sia molto presa in considerazione, e non ci sia investimento. Noi facciamo una fatica pazzesca per mantenere queste attività, che richiedono anche investimenti economici che non sono richieste dagli standard, dai protocolli. Gli standard richiedono alla settimana 5 ore di psicoterapia, non un laboratorio. Le nostre attività attraverso le arti sono sostenute da donazioni ed è un **equilibrio cercare la sostenibilità di processi irrinunciabili. Abbiamo vinto bandi comunitari europei e facciamo rete con altre comunità in Italia, Spagna e Portogallo e questo ci serve per fare ricerca-azione.**

Cosa è accaduto con il Covid?

In questo momento il Covid ci ha messi ulteriormente in difficoltà. Non ho sentito parlare dello stato di salute dei pazienti psichiatrici; per loro la chiusura è stata terribile, tamponi, isolamenti e quarantena. Ci sono pazienti che non possono stare chiusi in una stanza. L'interesse dell'investimento istituzionale verso le malattie che hanno a che vedere con la mente, viste come cause perse, è nullo. C'è sordità totale.

L'Arteterapia è accolta favorevolmente nei percorsi di cura istituzionali?

Penso di sì. Le ASL inviano da noi persone perché sanno che noi abbiamo questa peculiarità. Chi ci conosce bene apprezza.

I percorsi di valutazione dell'efficacia dell'arte all'interno della vostra metodologia sono riconosciuti dalla comunità scientifica?

No assolutamente. Sappiamo se con un ospite abbiamo fatto un ottimo lavoro e quanto l'azione creativa ha consentito di far emergere- problemi che poi sono stati elaborati nella psicoterapia col medico, talenti: purtroppo queste sono valutazioni che facciamo noi internamente durante e alla fine del percorso, ma non abbiamo delle metodologie scientifiche a cui far riferimento.

Ma la creatività è una risorsa umana difficilmente "inalienabile" anche nei casi più estremi. Come scrive Winnicott essa coincide "con l'essere vivi" e si alimenta dell'incontro con la realtà.

3. Giovanna Chiorino

22 luglio 2020. Una conversazione a cura Sendy Ghirardi e Carla Di Grazia con **Giovanna Chiorino**, responsabile del laboratorio di Genomica della Fondazione Edo ed Elvo Tempia-Biella

Biella è uno dei territori più vitali nella relazione tra Cultura e Salute, anche come reti territoriali. Ma partiamo da lei, che è biellese. Può raccontarci il suo profilo professionale? Come si diventa Giovanna Chiorino?

Ho studiato **matematica** all'Università di Torino e in seguito ho rivolto lo sguardo al mondo della **biologia** e ho conseguito un dottorato in Francia, collaborando con realtà italiane, in particolar modo con il dipartimento di Oncologia dell'Istituto Mario Negri di Milano. Attraverso il contatto con il mondo della ricerca **in ambito oncologico** ho compreso la **rilevanza della cooperazione tra figure professionali interdisciplinari, soprattutto grazie all'innovazione tecnologica**, che consente di analizzare in un singolo esperimento l'attività di migliaia di geni in contemporanea. La Fondazione Tempia ha deciso di investire nella ricerca proprio nella mia città di origine, Biella.

Ci parla della Fondazione?

Questa realtà è nata come associazione di volontariato nel 1981 per volere di Edo Tempia, un ragazzo mancato per melanoma all'età di 35 anni che ha espresso al padre l'esigenza e la volontà di varare un progetto per **l'accesso alle cure per i malati oncologici a Biella, per le loro famiglie e per la popolazione, lavorando sulla prevenzione**. Da una situazione tragica, il padre Elvo Tempia ha saputo trarre forza e creare una realtà cresciuta tantissimo negli anni. Inizialmente ha investito molto sulla **formazione dei medici**, sull'acquisizione di strumenti per l'ospedale di Biella e sulla **prevenzione con interventi nelle imprese, nelle scuole per informare su sani stili di vita, utili in particolare contro il tumore**.

Sono stati attivati diversi **corsi per il benessere psicofisico, dallo Yoga al Tai Chi, al Nordic walking** e una serie di attività **verso una popolazione sana, per aiutarla a mantenere corretti stili di vita**. Poi sono nati **tanti studi medici pilota a livello locale**, prototipo per gli *screening*, come la mammografia, il pap-test anche con unità mobili nei paesi per fare esami di prevenzione. Questi progetti pilota sono **diventati programmi regionali gestiti dalla Fondazione**. Sono state **attivate anche unità di cure palliative per seguire i pazienti oncologici nella fase terminale della malattia; delle equipe di psicologia che aiutano sia i pazienti che i familiari ad affrontare la malattia. Un mondo di volontari collabora in tutte le attività della Fondazione sia nel fundraising che nel supportare i pazienti a recarsi in ospedale per seguire le terapie**.

Nel 2001 Elvo Tempia ha deciso di investire nella ricerca, una nuova avventura non immediatamente compresa, con risultati che non si vedono nel breve termine, con esperimenti molto delicati con costi importanti. Non ci si può basare solo sulle donazioni, sulla generosità dei cittadini. Partecipiamo quindi a vari **bandi, in ambito sia nazionale sia internazionale per la sostenibilità dei nostri progetti**.

Ci sono progetti della Fondazione in cui il tema Cultura e Salute prende forma?

Sì, moltissimi. Alcuni realizzati in passato e terminati. Altri continuano ad essere svolti ogni anno. Sono diverse iniziative autofinanziate o sostenute da donazioni, ma ciò che manca è un programma strutturato.

Ad esempio, **in collaborazione con le scuole**, abbiamo varato il programma **"Ciak si gira la salute"**, con filmati su argomenti legati agli **stili di vita salutari**. Con il progetto europeo **"Unplugged"**, rivolto agli studenti per la **prevenzione di comportamenti a rischio come l'assunzione di alcool, sostanze psicoattive e fumo, formiamo anche insegnanti**. I nostri volontari seguono un **cinforum sulla malattia oncologica**. Con la **Fondazione Cittadellarte** abbiamo svolto progetti con **pazienti oncologiche in terapia attiva per il tumore al seno che perdevano i capelli**: in **"Cosa nasconde sotto capelli"** le pazienti hanno lavorato con un'artista, un'antropologa e un'arte terapeuta, hanno realizzato **foulard** variopinti con i messaggi dati dalle signore in terapia, **risorse a cui attingere in un momento così delicato della loro vita**.

Attraverso il progetto pluriennale **“Gim, paladino di un sogno”** (che porta lo pseudonimo da partigiano di Elvo Tempia), **si descrive la malattia oncologica attraverso i linguaggi della musica, della pittura, della narrazione.**

Un progetto a cui teniamo molto noi ricercatrici è **“GenomicArt”**, in cui **il laboratorio di Genomica collabora con quello di Arteterapia.** È nato per caso. Nel tempo libero abbiamo realizzato su tele raffigurazioni di elementi invisibili ad occhio nudo, di cellule o di vari elementi molecolari visti al microscopio. Abbiamo portato questo progetto nella scuola media del territorio. Con le scuole, gli studenti, in collaborazione con le insegnanti di arte e scienze hanno realizzato altri quadri, è stato un nuovo modo per avviare un dialogo. Da questo inizio **sono proliferate azioni, generando un progetto di comunità.** I quadri sono stati fotografati, con le immagini digitali abbiamo realizzato piccoli *gadget* e alcuni imprenditori del territorio biellese hanno dato vita ad edizioni limitate di prodotti come sciarpe, cappelli, papillon, zaini, *T-shirt* e *sneaker* che raffigurano particolari dei quadri. La loro vendita può finanziare progetti di ricerca.

Abbiamo un **Master biennale in Musicoterapia dedicata a figure che operano con i malati oncologici, giunto alla quarta edizione**, con uno staff di insegnanti che arriva da tutta Europa, musicoterapeuti, psicologi, medici, oncologi. A lezioni teoriche segue un tirocinio negli ospedali e in *hospice*.

Quali ostacoli incontrate maggiormente nell'attuazione di queste progettualità sul tema della Cultura della Salute?

Tutti questi progetti vengono percepiti benissimo dal pubblico e dalle istituzioni. L'ostacolo più grande è avere risorse economiche per poter dare continuità ai progetti, superare le azioni spot.

Pensate che la vostra progettualità possa essere scalabile e replicabile in altri territori, in altri contesti?

Sicuramente, come abbiamo fatto per i progetti di *screening* per la prevenzione oncologica, anche quelli culturali potrebbero essere replicati. La nostra Fondazione è conosciuta e autorevole e quindi in genere c'è una risposta molto positiva. Nella ricerca in biologia è **fondamentale collaborare con realtà anche più grandi, diverse, per un approccio interdisciplinare.** Anche per la relazione tra Cultura e Salute potremo fare rete con altre realtà del territorio o a livello nazionale.

Come valutate o monitorate l'impatto di questi progetti? Con quali parametri?

Tutte le **attività di terapia complementare, svolte in parallelo alla terapia oncologica, hanno un impatto sul benessere del paziente, sulla sua risposta alla terapia, che ha un effetto più a lungo termine, ed è quindi più efficace.** Inoltre, molte persone che sono state coinvolte in un particolare progetto si interessano alle attività della Fondazione e diventano volontari in Oncologia, frequentano corsi, consigliano ad altri l'Ente, fanno passaparola sui percorsi di prevenzione che proponiamo verso tutta la loro famiglia.

Nella Fondazione qualcuno si occupa di monitorare gli impatti di questi progetti?

Non esplicitamente, ma un gruppo di psicologhe segue tutte le varie attività.

Come ha inciso l'emergenza Covid sulle vostre linee di intervento sul tema Cultura e Salute?

Con il progetto **“Uniti in rete”**, in corso, finanziato dalla Compagnia di San Paolo, abbiamo lavorato a partire dal periodo del *lockdown*, in cui tutte le attività in presenza sono state sospese. Abbiamo cercato di entrare comunque in contatto con tutte le famiglie del territorio, non solo quelle con pazienti oncologici, attraverso la creazione di video con diverse linee di azione: cucito, bricolage, ginnastica, yoga. Abbiamo cercato di non sospendere le attività, proponendole in remoto.

Alcune delle nostre attività del laboratorio sono proseguite in *smart working*, ma a turno siamo venuti in sede. Per i pazienti, Covid ha creato molte situazioni non facilmente gestibili, con persone isolate. La relazione, la socialità sono determinanti per superare le difficoltà. Va inoltre considerato che la maggior parte delle attività è finanziata da donazioni che ora sono state massicciamente orientate sull'emergenza e presumibilmente in futuro sarà difficile ritornare alla situazione pre-Covid. Dovremo trovare alternative per portare avanti tutti i progetti in corso, a pieno ritmo.

4. Enrico Dolza

Ottobre 2020. Conversazione tra Catterina Seia e **Enrico Dolza**, PhD, Direttore Istituto dei Sordi di Torino, Professore a contratto di Pedagogia Speciale-Università degli Studi di Torino

Se la Cultura è oggi riconosciuta come risorsa Salute e le istituzioni culturali stanno cambiando, molto si deve al lungo percorso verso l'accessibilità culturale universale.

Il percorso verso l'accessibilità universale è radicato nella **Convenzione Onu sui Diritti delle persone con disabilità**, un documento straordinario e visionario delle Nazioni Unite, che l'Italia ha ratificato nel 2009 e che stravolge la modalità di concepire la disabilità che era stata propria del '900. Se il secolo passato aveva infatti visto il prevalere di un modello di tipo medico e riparatore della disabilità, che veniva descritta prevalentemente o esclusivamente in termini di *impairment* e di svantaggi (gli *handicap*) da questo derivanti, il nuovo millennio sposta l'attenzione sui contesti, dichiarando che la **disabilità è anche socialmente costruita dall'ambiente**. In questo modo emerge chiaramente il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa.

Il nostro millennio usa parole vecchie con nuove accezioni e anche parole totalmente nuove.

Il linguaggio configura il mondo. Vediamo insieme alcune parole chiave del cambio di paradigma.

Una nuova definizione di disabilità e il focus sull'ambiente. Le persone con disabilità includono quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine, che in interazione con varie barriere, possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri. **La disabilità è pertanto il risultato dell'interazione tra persone e ambiente.**

Discriminazione: indica che sulla base della disabilità qualsiasi distinzione, esclusione o restrizione che sulla base della disabilità abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di eguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, **culturale**, civile o in qualsiasi altro campo;

Accomodamento ragionevole: indica le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo per assicurare alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di eguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e libertà fondamentali. **Rifiutare di progettare e realizzare un accomodamento, è discriminazione sulla base della disabilità.**

Barriere e facilitatori: il concetto di barriera è assolutamente centrale ed è uno dei fondamenti su cui si basa l'idea stessa di inclusione, anche in rapporto e parziale contrapposizione con l'idea di integrazione.

Nell'integrazione delle persone con disabilità, tipica del '900, infatti, il focus è centrato sulla fornitura di servizi di supporto: la persona con disabilità incontra un ambiente e per entrarvi utilizza varie forme di sostegno. L'ambiente che accoglie, progettato per persone ipoteticamente senza disabilità, non si modifica e non si mette in discussione, ed è reso accessibile, spesso con dei limiti, dal supporto speciale. Nell'inclusione l'ambiente è invece ristrutturato a priori, è già progettato accessibile. La progettazione accessibile richiede l'individuazione delle barriere. Le barriere possono essere fisiche (una scala, una porta troppo stretta) o sensoriali e percettive (la lingua orale; il contrasto cromatico; il *font*), ma anche cognitive e di comunicazione (complessità dei concetti e della forma con cui sono espressi) e culturali (ad esempio la percezione della disabilità, gli atteggiamenti negativi delle persone verso la disabilità, e anche servizi, sistemi e politiche inesistenti o che ostacolano il coinvolgimento delle persone).

La barriera è pertanto un fattore dell'ambiente di una persona che limita il funzionamento della stessa e pertanto crea la disabilità. In questa visione **la disabilità è pertanto esito di un ambiente inaccessibile**, piuttosto che di una menomazione anatomica e pertanto è socialmente costruita.

L'ambiente è inclusivo quando non vi sono più barriere, ma non sempre questo è possibile, per errori o dimenticanze nella progettazione o perché l'ambiente è stato progettato prima dell'inclusione. In questo, si oppongono alle barriere i facilitatori, che sono dei fattori che possono migliorare il funzionamento della persona nell'ambiente e ne riducono la disabilità.

I facilitatori possono evitare che una menomazione divenga una restrizione alla partecipazione, dato che migliorano le performance della persona con disabilità e in altre parole "aggirano" la barriera. Senza barriere l'ambiente è inclusivo, ma qual è l'obiettivo finale? La parola chiave è proprio partecipazione: **l'assenza di barriere consente alla persona con disabilità di partecipare su base di uguaglianza**. La presenza di barriera si configura invece come discriminazione sulla base della disabilità.

Torino, anche con il Politecnico, lavora sull'*Universal Design e Design for all*, nell'ambito nel *social design* Portare l'accessibilità concretamente nelle città, nella vita quotidiana, progettando.

Questo è lo strumento principe dell'inclusione e indica la progettazione (e realizzazione) di prodotti, ambienti, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti successivi o di progettazioni specializzate. **Abbatte le disuguaglianze vuol dire anche questo: spostare la nostra attenzione e il nostro agito dal corpo della persona con disabilità e dalle sue eventuali menomazioni, all'ambiente in cui la persona vive**, che deve essere progettato per tutti, secondo il principio del *design for all*. Ricordandoci che il *design for all* è in realtà un *design for us*, perché ciascuno di noi è portatore di diritti di accessibilità, indipendentemente da eventuali condizioni di disabilità certificate o meno. La progettazione universale non esclude dispositivi di ausilio per particolari gruppi di persone con disabilità ove siano necessari, quali la Lingua dei Segni o il Braille.

Osservatori autorevoli hanno affermato che il Nord-Ovest è un *benchmark* nell'accessibilità culturale. Al Nord-ovest è riconosciuto il ruolo di pioniere nel settore dell'accessibilità culturale. È nel nord-ovest che si sono sperimentate le prime progettualità per l'inclusione delle persone con disabilità, a partire da primarie istituzioni museali e culturali, in una stretta sinergia con enti del terzo settore che da sempre si sono occupati di fragilità. Tuttavia, questa visione pionieristica non ha saputo arrivare a tutti e nelle reti creatasi si notano con imbarazzo assenze eccellenti, mentre altre regioni d'Italia, affascinate e spronate da quanto fatto in Piemonte, replicano i progetti con uguale e talvolta maggior successo e sistematicità.

Cosa occorre per fare un salto di scala alle progettualità?

Le istituzioni culturali sono un *asset* strategico e l'accessibilità dei loro prodotti intellettuali sta gradualmente entrando tra le priorità del futuro. Molti musei si sono sperimentati in modo indipendente, alcuni addirittura in tempi pre-convenzione Onu, come **il Castello di Rivoli che si lanciò in un'avventura pionieristica già nel 2007**, varando anche un tavolo e un Manifesto che però non è cresciuto. Insieme abbiamo realizzato un unicum, non come prodotto, ma come processo: il Dizionario all'arte contemporanea nella lingua dei segni. Educatori del Castello si sono immersi nel mondo della sordità, lavorando con semiologi ed educatori sordi, sono stati creati segni in osmosi di competenze e soprattutto esperienze estetiche inclusive. Un metodo che ha fatto il giro del mondo e ha cambiato i paradigmi, negli interessi e nella fruizione culturale delle persone sorte.

Tuttavia, se credo possiamo affermare che sia ormai assodato come il coinvolgimento delle persone sorde nella fruizione dei musei sia un'operazione necessaria di democrazia culturale e di apertura delle istituzioni a nuovi pubblici indispensabile per la sopravvivenza delle stesse, **dobbiamo sottolineare come manchi una visione sistemica: ad oggi sono proliferate tante lodevoli iniziative, senza collegamento tra di loro, non governate né coordinate e nate spesso da intuizioni locali o di singoli curatori illuminati**. Peraltro, andrebbe sottolineato una volta di più come un piano strategico che tenga conto delle diverse tipologie di barriere- fisiche, sensoriali, cognitive, culturali ed economiche-, porterebbe alla realizzazione di misure che, in sostanza, sono ugualmente efficaci per i tutti i visitatori.

Quindi a mio parere un salto di scala richiederebbe proprio questo: **una *governance* chiara e capace di portare avanti una visione unitaria di quello che va fatto a livello di macroregione, riducendo la frammentazione attuale e facendo emergere e valorizzando le *case histories* di maggior successo.**

Cosa ci sta insegnando Covid?

Il Covid ha dimostrato che l'accessibilità va governata e che è necessario averla in mente in ogni momento affinché si realizzi, non si manifesta da sola. La didattica a distanza ne è un ottimo esempio. Siamo abituati a percepire le tecnologie come quasi "naturalmente" inclusive, le vediamo come abbattitrici di barriere fisiche e sensoriali e in effetti molto spesso ne sfruttiamo le potenzialità in questo senso. Ma durante i terribili mesi di chiusura delle scuole e delle università le tecnologie sono invece spesso divenute una temibile barriera. Non governate e non utilizzate consapevolmente in senso inclusivo, queste si sono rivelate fonte e creazione di nuove disabilità e hanno indotto alcuni a dover richiedere supporti dedicati che non avevano mai chiesto in passato. Di nuovo, torna l'ambiente creatore di disabilità. Cambiato l'ambiente di apprendimento, nuove barriere sono emerse, pur nel paradosso della più accessibile delle modalità, quella digitale. L'impatto sulla Salute correlata all'inclusione sociale è chiaro.

5. Fabrizio Serra

Agosto 2020. Cultura4All. Conversazione tra Catterina Seia, Maria Elena Santagati e **Fabrizio Serra**, Direttore della Fondazione Paideia, realtà torinese dedicata allo sviluppo dei bambini con disabilità e alle loro famiglie

Il neologismo *welfare* culturale, che anche Lei ha contribuito a diffondere, è diventato *glam*: si parla sempre più frequentemente del valore della Cultura per il benessere delle persone e delle comunità. Il mondo culturale ha fatto *stretching* negli ultimi dieci anni, anticipando attraverso la porta dell'accessibilità universale quella che oggi è una sensibilità diffusa sul proprio impatto sociale. Una porta che voi avete contribuito a spalancare attraverso l'attività di *capacity building* degli operatori culturali per costruire una cultura del coinvolgimento delle persone con disabilità, volta alla loro autonomia. Un percorso che consente alle organizzazioni culturali di fare un *assessment* nella relazione su tutti i pubblici, per tutta la filiera, dai vertici al primo contatto, costruire offerte dedicate. Percorsi che hanno preparato una nuova stagione di consapevolezza verso interculturalità, una nuova consapevolezza dal punto di vista della prevenzione, sull'opportunità di rafforzare le reti di socialità in alleanza nei percorsi di cura. Ci può dare un quadro della vostra esperienza di relazione con i bambini con disabilità e le loro famiglie attraverso la cultura e quali possono essere le prospettive?

Il nostro modello si basa da vent'anni su un intervento di tipo sistemico che fa riferimento a un approccio nato negli anni '70 nel contesto culturale canadese. Si tratta di un approccio centrato sulla famiglia che non considera solo aspetti specifici collegati alla disabilità e ai limiti che essa produce, ma si basa sulle potenzialità, sulle risorse disponibili o possibili all'interno del sistema familiare.

Perché ispirarsi alla scuola di pensiero canadese?

In Canada è stato elaborato un pensiero di intervento centrato sulla famiglia che poi si è diffuso. Grazie alla Fondazione Compagnia di San Paolo ho visitato recentemente la loro esperienza. Il loro centro di ricerca si chiama "**CanChild**" ("Canada" e "bambini") e il loro modello di intervento è interessante dal punto di vista dell'approccio teorico e operativo, ma è sicuramente ancora diverso dal nostro nella pratica. È un riferimento di carattere scientifico su cui costruire, considerando le reciproche differenze culturali. Oggi possiamo dire di aver sviluppato un nostro percorso, un nostro approccio, valutabile con una casistica di riferimento, diverso rispetto a quello a cui ci siamo ispirati in origine. Ci occupiamo di famiglie che hanno bambini con disabilità, ma il nostro intervento non riguarda la disabilità in senso stretto: guardiamo a come la disabilità condiziona l'esperienza di vita quotidiana di una famiglia. Questo è un tema culturale: quanto la disabilità nella storia ha stigmatizzato l'immagine della persona con disabilità e di tutta la sua famiglia? È molto diversa rispetto all'esperienza della malattia che per sua natura offre la speranza della guarigione. La disabilità condiziona la quotidianità di tutto il sistema familiare coinvolto, tanto che, spesso, le famiglie che vivono l'esperienza della disabilità si autodefiniscono *famiglie disabili*. La famiglia è determinante in tutte quelle che saranno anche le tappe evolutive dei bambini. Per questo motivo il nostro lavoro fa riferimento al sistema familiare e alle complesse relazioni ad esso connesse.

Quanto e come vi ha condizionati l'emergenza Covid?

Durante il periodo di Covid abbiamo fatto tutti l'esperienza dei limiti, abbiamo constatato che siamo tutti a rischio, soggetti vulnerabili, delicati sia dal punto di vista sanitario sia sociale. Abbiamo sperimentato nuove paure e ansie e siamo tutti molto più fragili dal punto di vista delle relazioni e degli affetti. Partendo da questa esperienza del limite, da cui tutti abbiamo tratto una lezione, possiamo immaginare di vivere una nuova esperienza di vicinanza, intesa come empatia nei confronti delle difficoltà delle persone di cui cerchiamo di occuparci, che accogliamo nei nostri percorsi, che ci aiutano anche a ripensare le nostre azioni. Le nostre autonomie sono condizionate e condizionano le libertà collettive comunitarie, la loro messa in discussione ci ha forse resi più vicini a coloro che nella loro esperienza di vita quotidiana vivono limiti, che condizionano le loro scelte di vita. Le persone con disabilità, talvolta, non possano godere di una totale capacità di scelta, spesso

qualcun altro sceglie per loro, magari perché impossibilitate ad esprimere un desiderio, la nostra società frenetica non accetta questo limite e quindi sceglie per la persona con disabilità.

In questo *lockdown* abbiamo sperimentato tutti che cosa significa non poter uscire, incontrare persone, abbiamo sperimentato ancora di più l'importanza delle relazioni, dato un senso al termine **resilienza. Un passo avanti.** Pensiamo che solo qualche anno fa quando parlavamo di resilienza nei convegni eravamo guardati con diffidenza: *"sono i soliti tecnici del sociale che utilizzano dei termini incomprensibili per dare più valore al loro lavoro"*. **Oggi il concetto è sdoganato come quello del *welfare culturale*.**

Non sempre valorizziamo le esperienze che ci rendono più resilienti. Sono faticose e per questo le allontaniamo. **Auspicio che il Covid ci aiuti se non altro ad avere maggiore fiducia non soltanto in noi stessi, ma anche negli altri e nelle loro potenzialità per affrontare nuove sfide, non soltanto sanitarie, ma anche sociali e culturali.**

Che ruolo ha la Cultura nei vostri percorsi?

Noi tutti generiamo Cultura, coltiviamo la nostra conoscenza ed è imprescindibile che dobbiamo curarci del contesto in cui viviamo, perché ci permette di crescere nella nostra esperienza di vita. La Cultura dà "aroma" alla nostra quotidianità, fantasia, creatività, è elemento di benessere e quindi dobbiamo permettere alle persone, tutte, di promuovere, vivere e condividere esperienze culturali. Questo fa parte del nostro impegno.

La Cultura ci permette di andare oltre al nostro pianerottolo, uscire dal recinto che ci costruiamo, spesso per protezione o incapacità di dialogo. È importante investire nella Cultura per poter incidere sulla società, sulle politiche sociali, intese come luogo di sviluppo della comunità. L'obiettivo delle politiche sociali non è infatti dare sussidi, ma creare comunità più strutturate, forti, coese e capaci di reagire anche agli urti generati da situazioni come quella che abbiamo vissuto, capaci di andare a ricostruire i tessuti relazionali.

Negli anni, partendo dai primi incontri con le famiglie all'interno delle realtà museali, è stato fatto un grande passaggio di consapevolezza sull'importanza delle esperienze culturali.

Inizialmente si trattava di "intrattenimento culturale", poi didattica. Non c'era per fortuna scritto da nessuna parte "vietato l'accesso alle famiglie con bambini con disabilità", ma le barriere -non fisiche, perché normativamente quasi ovunque sono state superate- relazionali impedivano la fruizione completa dell'esperienza, la rendevano poco accogliente, poco accessibile l'esperienza museale. **L'esperienza museale ci offre l'opportunità di poter ammirare delle opere e provare piacere. Le persone e le famiglie con bambini con disabilità complessa, in modo prevalente con deficit cognitivo, in quella sfera qualificata come una disabilità inorganica, hanno bisogno di esperienze positive che vanno favorite. In questo contesto è iniziato il nostro impegno sulla formazione degli operatori museali, in collaborazione con la Fondazione CRT. Da allora circa un migliaio gli operatori sono stati formati, accompagnati nel percorso di riflessione sull'accoglienza e su come rendere inclusiva l'esperienza culturale.**

Quali trasformazioni ha letto nella relazione dei musei con gli educatori, con le famiglie e con i soggetti sociosanitari assistenziali con i quali poi si trovano a operare?

Il risultato è stato molto interessante e ha superato ampiamente l'obiettivo, al punto che gli operatori formati affermano che è cambiato l'approccio generale nella relazione con il pubblico, tutto il pubblico, il museo è diventato inclusivo per tutti.

Una maggior consapevolezza delle necessità di un'accoglienza più curata, su misura per chi vive una fragilità, o di gestione dello spazio, dell'incontro con altri. Pensiamo ai progressi fatti per le persone con deficit visivi e uditivi: con l'ausilio di tecnologie, processi, facilitazioni e accortezze si superano questi limiti. Prendiamo ad esempio la situazione di persone con autismo, spesso disturbate da situazioni confusive o rumorose. Riservare alcuni minuti del percorso di visita ad un pubblico che non ama i rumori, mantenere il silenzio in alcune stanze o abbassare le luci d'ambiente e focalizzarle sull'opera, possono rendere più piacevole l'esperienza di visita per tutto il pubblico, anche se partono dall'attenzione rispetto ad una disabilità specifica. Sappiamo che quando rendiamo accessibile una

qualunque esperienza alle persone con disabilità tendenzialmente la rendiamo più accessibile a tutti i possibili pubblici.

Come entra l'esperienza culturale nei vostri progetti di accompagnamento per il benessere della famiglia?

Sicuramente l'esperienza culturale rientra all'interno di **un percorso di costruzione di relazioni**. **Se si accede insieme ad altre persone è già una esperienza di condivisione**. Anche quando si accede singolarmente si tratta di vivere un'esperienza di pari opportunità, in cui il bello non è esclusivo e non è vissuto come un privilegio. Vale per gli spazi museali, i teatri, le biblioteche, le aule scolastiche.

Ci sono linguaggi o modalità che avete individuato come più efficaci?

L'esperienza museale per una persona con disabilità cognitiva può essere favorita attraverso la **proposta di storie sociali, preparate anticipando elementi di contesto che presumiamo potrebbero generare ansia, disturbo, o produrre fatica nel godere in modo pieno e completo dell'esperienza**. Prima di tutto dobbiamo ricostruire un nuovo paradigma di relazioni. Paradossalmente i musei chiusi in questo periodo sono diventati più accessibili: tutti potevano decidere di partecipare ad una lezione di arte, di storia o letteratura, andare virtualmente a teatro e godere dell'atmosfera di un'opera lirica. Queste esperienze sono diventate democratiche, potenzialmente accessibili a tutti.

Questo cambierà anche, a suo avviso, la modalità con la quale progettate i percorsi di accompagnamento attraverso anche le esperienze culturali?

Sicuramente sì. Senz'altro dal punto di vista della formazione. **Una buona parte della nostra attività è stata riportata su Zoom ed è aumentata la domanda di formazione a distanza**. Ed è cresciuto esponenzialmente l'interesse della cultura nei confronti del sociale. In passato si è lavorato utilizzando l'esperienza artistica con finalità "terapeutica": pensiamo alla musicoterapia, all'arteterapia. Oggi pensiamo che l'arte è sicuramente uno strumento che fa star meglio, ma non perché lavori dal punto di vista organico su elementi fisiologici della persona, ma perché la rende felice, più capace ad esempio di gestire l'ansia. Pensiamo al desiderio di qualcosa di piacevole, di bello, come una vacanza quando siamo stanchi. L'esperienza culturale è un'occasione per ricaricare le pile, per poter condividere e raccontare, perché ha prodotto del piacere. E ha un impatto nella produzione di serotonina.

Per gli operatori sociali-educativi e sanitari è cresciuto l'interesse verso la dimensione culturale? Vi interessa valutare l'impatto di queste esperienze all'interno del vostro processo di accompagnamento?

È cresciuto anche all'interno dei contesti più rigidamente strutturati, immaginiamo le realtà sanitarie dove tutto è misurato rispetto *evidence-based approach*, l'interesse su quanto una prestazione ha generato in termini di miglioramento clinico. Anche all'interno di strutture che partono da un approccio rigoroso, molto scientifico, oggi viene vissuta l'esperienza culturale come un elemento di arricchimento, anzi di rinforzo al percorso riabilitativo, di cura. È sempre più diffuso l'interesse, ma è complesso valutare gli impatti delle esperienze culturali sulle componenti psicologiche. Le persone non sono una somma di organi. Ci sono troppe variabili esogene ed endogene.

Più agevole la lettura dell'impatto sul modello organizzativo: valutiamo la capacità di erogare proposte formative, i percorsi di presa in carico, l'intervento di *counseling* di tipo sociale, l'accompagnamento, l'accoglienza, il supporto psicologico, l'accompagnamento educativo genitoriale, l'impatto sui fratelli- i *siblings* (ndr fratelli). Come Fondazione nel 2019 abbiamo seguito 590 famiglie, con 611 bambini con disabilità (21 famiglie hanno due bambini con disabilità nel nucleo familiare), con interventi che partono sempre da un *counseling* psicosociale per una visione complessiva del benessere della famiglia. Da lì si innestano poi le **esperienze socializzanti che vanno dal ricreativo in senso stretto ludico, alla costruzione di esperienze di normalità**. Nel lessico comune si dice che si tratta di "bambini eccezionali, speciali"; in realtà tutto quello che è speciale è per sua natura diverso,

esclusivo, perché si tratta di un'eccezione. Se vivi nell'eccezione e quindi vivi in una situazione di non normalità, quello che desideri è proprio la normalità.

Gli operatori sociali, educativi e sanitari hanno formazione adeguata sulle *medical humanities*? Nella alta formazione all'Università del Piemonte Orientale si è sviluppata una recente sensibilità in questa direzione.

Purtroppo in ambito Sanitario c'è una carenza di formazione nei percorsi di relazione tra curante e paziente, non solo basata su criteri di tipo strettamente clinico.

Ma anche in ambito culturale. L'esperienza di normalità può essere vissuta sperimentando delle iniziative culturali aperte a tutti e per poterlo fare occorrono persone formate. Certo che se durante un concerto il direttore d'orchestra si ferma perché sente un brusio in sala o c'è un bambino che a un certo punto comincia ad applaudire, forse perché la considera come lesa maestà nella sua espressione da parte di qualcuno che ha disturbato il suo gesto artistico, non solo non è un individuo sensibile, ma a parer mio non ha capito qual è la funzione della sua prestazione artistica, ovvero rendere l'arte vicina alle persone, inclusiva, capace di generare piacere ed entusiasmo nel pubblico. Abbiamo costruzioni sociali attorno al mondo dell'arte per le quali è più importante compiacere la bravura degli artisti che far godere il pubblico della loro arte.

Nella conversazione ha usato spesso le espressioni ricostruire, rigenerare, ricaricare pensando alle famiglie che vivono ogni giorno in contesti di eccezionalità. E gli operatori che affiancano ogni giorno con il sorriso, con un grande costo psicologico? Il loro rischio di *burn out*?

Come "curare i curanti"?

Prendersi cura di chi cura. Mi ha colpito che durante il periodo Covid molte famiglie abbiano chiamato per avere notizie sulla nostra salute. Esiste una dimensione relazionale tra chi ha bisogno di cura e chi cura, tra chi è in situazione di fragilità e chi ha la possibilità di offrire supporto che è molto direzionale, spesso unidirezionale. In questa circostanza è stato riconosciuto uno scambio. Sappiamo che, in un mare in burrasca, se qualcuno che ci offre di aggrapparci alla sua scialuppa questa non deve essere bucata, altrimenti affondiamo tutti.

Ci accennava che state modellando il vostro approccio.

La nostra forza è quella di pensare e di fare. Con un approccio molto pragmatico. Tipico del nostro paese, che lo ha dimostrato nel caso Covid, gestito più efficacemente rispetto ad altre esperienze internazionali. Noi intendiamo dare valore agli elementi positivi che abbiamo raccolto in questi anni e anche nel periodo di isolamento. Oggi riscontriamo un grande interesse nei confronti del nostro modello di intervento centrato sulla famiglia.

E da parte della politica? Sappiamo di aver bisogno delle istituzioni.

Dobbiamo accogliere anche in questo caso i limiti e la fragilità delle istituzioni e continuare ad insistere per partecipare alla costruzione di politiche sociali. Il *welfare* culturale è importante in quanto mette insieme l'anima del sociale o meglio della comunità con l'anima della cultura e quindi della creatività, della costruzione di relazioni, dei legami. Ci sono talmente tanti elementi comuni che sarebbe assurdo non farne un valore condiviso.

Come farlo? Come aggregare altri investitori sociali, soggetti della filantropia per lavorare insieme alla dimensione pubblica? Come accogliere l'apertura delle istituzioni culturali, che ora sono in ginocchio, che hanno "aperto i chakra" verso il loro impatto sociale? Dal basso si è generato negli ultimi dieci anni un attivismo straordinario da parte di realtà molto minacciate dalla crisi ma che tengono insieme il tessuto sociale, che operano nelle periferie e nei luoghi che non consideravano la Cultura una risorsa. È arrivato forse il momento di passare da pochi eroi illuminati sulla strada dell'utopia, per arrivare a una cultura più diffusa dell'impatto sociale. Ma perché questo cambiamento si radichi e divenga una forza, un nuovo modo di essere organizzazione sociale, un nuovo modo di essere organizzazione culturale, che si deve fare?

C'è un grande percorso ancora da compiere: è iniziata la navigazione. Credo che **la formazione sia il primo punto, seguito dallo scambio di esperienze che è sempre contagioso. Il Sociale è sempre stato molto più predisposto ad agire, al fare, che non al documentare la propria azione e purtroppo il sapere è stato talvolta poco contaminato dal saper fare. Si è condiviso poco rispetto a quello che si è raccolto, soprattutto in merito ai cambiamenti raggiunti con l'intervento.** Oggi dobbiamo diffondere e condividere la nostra esperienza. I nostri neuroni a specchio hanno la capacità di cogliere elementi e generalizzarli, trasformarli e magari ancora ritrasformarli creativamente in qualcosa nuovo.

Il rischio è sempre quella bolla? Che parliamo solo tra iniziati. È opportuno che questi temi vengano buttati tra i piedi anche di coloro che non li considerano parte del loro orizzonte visivo?

La Cultura deve rendersi più capace di condividere il proprio sapere e renderlo meno esclusivo, deve saper contaminare e farsi contaminare. Come nella scuola del Bauhaus, dove artisti e artigiani condividevano idee, creatività, abilità, sapere e creavano cultura. Ed è ancora oggi di esempio quello che hanno generato nel mondo dell'arte e del design, ma anche **nella quotidianità delle persone, passando dagli oggetti agli arredi.** Si è trattato di **un'esperienza nata da un desiderio di condivisione, da un esercizio di vita impostata sullo scambio di conoscenze, di creazione di significati condivisi.** Questi elementi hanno permesso l'amplificazione di una nuova ed accessibile cultura del bello, attraverso l'arte e l'artigianato; occorre forse riscoprire e riproporre questo tipo di esperienze, ibridando sempre di più mondo artistico e mondo sociale.

Un nuovo progetto per Fondazione Paideia. La biblioteca per l'inclusione che entra nel circuito delle biblioteche civiche torinesi.

Torino, 19 ottobre 2020. **La "Biblioteca per l'inclusione" del Centro Paideia ha aperto i suoi nuovi spazi per diventare ancora più accogliente per i bambini e le loro famiglie.** Locata all'interno del Centro Paideia in Via Moncalvo 1 a Torino, la biblioteca, resa ancora più a misura di bambino con il suo rinnovato spazio di lettura, nuovi arredi per tutti, librerie su ruote, scatole magiche piene di libri, morbide sedute, tappeti, pouf e cuscini colorati, è un **ambiente inclusivo in cui condividere testi e storie in modo consono all'identità di ognuno**, per poter sviluppare competenze comunicative e linguaggi innovativi e sperimentare nuove strategie di lettura favorendo la partecipazione di tutti.

A breve tutto il patrimonio documentario della "Biblioteca per l'inclusione" del Centro Paideia sarà trasferito nel sistema BCT e sarà disponibile online sul catalogo delle Biblioteche Civiche Torinesi e sul catalogo del Servizio Bibliotecario Nazionale (OPAC SBN).

Uno spazio pensato per tutta la famiglia con libri e attività per bambini e per adulti

Sono più di **trecentocinquanta i nuovi libri disponibili:** oltre ad albi illustrati pregevoli e alla narrativa per ragazzi, si potrà accedere a una vasta selezione di libri accessibili, tra cui i "Libri per tutti" (in simboli della Comunicazione Aumentativa Alternativa), i *silent book*, i libri con inserti tattili e sonori, gli audiolibri, i libri ad alta leggibilità, e ancora storie tradotte in LIS e molto altro. Inoltre, è stata aggiunta una selezione di libri multisensoriali a cura della cattedra di Pedagogia Speciale dell'Università degli Studi di Torino.

La "Biblioteca per l'inclusione" di Paideia è uno spazio pensato per tutta la famiglia: infatti, **anche gli adulti** potranno consultare volumi di saggistica e i principali periodici legati ai temi della genitorialità, della tutela e dell'inclusione. Una biblioteca sempre più orientata all'utilizzo di strumenti digitali: da un lato la presenza di **tablet per la lettura della collezione dei libri digitali I libri per tutti** che propone tante divertenti storie interattive in simboli della CAA; dall'altro la possibilità di accedere a una **postazione Symwriter**, disponibile su prenotazione, per produrre in autonomia testi e materiali in simboli della Comunicazione Aumentativa Alternativa, utilizzando programmi di scrittura specifici come *Symwriter* (Auxilia). Tra le attività proposte dalla Biblioteca Paideia continuano i **laboratori di lettura inclusivi** per il ciclo *Storie, che incanto!* dedicati ai bambini dai 2 agli 8 anni, dove si leggono le storie sperimentando linguaggi diversi, con ospiti speciali che accompagneranno i più piccoli durante ogni incontro. Dopo il grande successo dell'edizione passata, torna quest'anno anche *La magia della voce*, il **corso di lettura ad alta voce gratuito** in tre appuntamenti, tenuto da Silvana Alberti, formatrice di Nati per Leggere. Nel corso dei tre incontri si potrà scoprire perché leggere, come farlo e quali testi scegliere per vivere l'esperienza meravigliosa del dono della propria voce nella lettura condivisa.

La parola alla Cultura

6 testimonianze

1. Serena Bertolucci

Direttore Fondazione Palazzo Ducale. Genova

2. Elena Franco

Architetto, fotografa. Torino

3. Roberto Mastroianni

Presidente Museo diffuso della Resistenza, curatore artistico e ricercatore universitario

4. Paolo Naldini

Direttore della Fondazione Pistoletto - Cittadellarte di Biella

5. Gabriele Vacis

Regista teatrale, ideatore e direttore dell'Istituto di pratiche teatrali per la cura della persona. Settimo Torinese

6. Fabio Viola

Game designer

1. Serena Bertolucci

Settembre 2020. Conversazione tra Catterina Seia e **Serena Bertolucci**, direttore Fondazione Palazzo Ducale di Genova. *Progetto Cinque minuti con Monet, a tu per tu.*

Per me, da sempre, i musei, i luoghi della cultura sono delle *beauty farm* straordinarie. Dell'anima, del fisico. Sono luoghi strettamente legati al nostro benessere. Se ancora non vengono recepiti come tali, la responsabilità è nostra, di noi che li governiamo e presentiamo la conoscenza come un peso, inarrivabile, scollegata dalla piacevolezza, dal godimento estetico. Secondo me la Cultura non deve avere problemi di vertigini: non è né alta né bassa, è cultura e basta. L'ho sempre saputo, ma la crisi pandemica me lo ha confermato e ha dato nuovo coraggio a me e ai miei collaboratori. Abbiamo sbagliato ed è ora di rimediare.

La Cultura per la trasformazione sociale responsabile. Come realizzare questa visione?

Quest'estate abbiamo fatto una assoluta follia: ci siamo inventati **una mostra con un solo quadro** richiesto al Museo Marmottan di Parigi. Volevamo un impressionista, un'opera **alla quale le persone si avvicinasero con naturalezza e desiderio, riconoscendosi, senza aver paura**. Volevamo dare ad ognuno cinque minuti di tempo per vedere da solo un capolavoro, **subito dopo il lockdown. Cinque minuti con Monet, a tu per tu**. E per farlo insieme al presidente di Palazzo Ducale, Luca Bizzarri, abbiamo chiesto aiuto a diverse persone che hanno partecipato con entusiasmo, gratuitamente: Carlo Cracco mi ha proposto una ricetta, Sandro Veronesi mi ha suggerito come leggere Proust, Ivano Fossati ha scelto la colonna sonora. Abbiamo racchiuso tutto in una pubblicazione che abbiamo chiamato *Sinestisie*, perché le persone avessero anche qualcosa da portare via, per rivivere quella esperienza di bellezza anche a casa. Una sorta di emanazione dei cinque minuti, non un catalogo consueto. Sto scrivendo adesso un articolo per la rivista dell'Università di Genova perché i risultati di questo lavoro sulla spettatorialità sono davvero interessanti.

Ha collaborazioni strutturate con l'Università di Genova per la valutazione di impatto sociale dei programmi?

Ho il privilegio di aver avuto un incarico per l'insegnamento di allestimento museale, inteso proprio in questo nuovo senso, presso la scuola di specializzazione in Storia dell'Arte dell'Università di Genova. Ho anche collaborazioni interessanti e stimolanti come quella con il Politecnico di Milano con la prof.ssa **Michela Arnaboldi** ed il suo **Osservatorio Innovazione Digitale nei Beni e nelle Attività Culturali** e con **Casa Paganini, Università di Genova**, di cui è anima il prof. **Antonio Camurri, docente di Human digital interaction**, un pioniere nella relazione tra cultura e salute. Ricordo la ricerca sull' *"Atlante del gesto"* fatto a Palazzo Reale con **Virgilio Sieni** che ha proposto il museo come spazio di ricerca intorno al corpo e al suo inserimento nello spazio museale in pienezza e libertà, ma anche armonia. Non estranei, ma parte del luogo.

Abbiamo confinato la Cultura a intrattenimento. L'assenza durante il lockdown è diventata presenza.

Emily Dickinson in una poesia strepitosa scrive che *'l'unico modo per chiudere una falla è chiudere con ciò che l'ha creata, altrimenti diventerà più grande'*. **La Cultura deve esprimere pienamente il suo potere di riparazione e di energia**. Chiunque può capirlo guardando i bambini stesi per terra a osservare un quadro come fosse la televisione, acquisendo in soli cinque minuti di mediazione e contemplazione una nuova dimensione. Abbiamo fatto meditazione davanti a questo dipinto. Esperienze che hanno attraversato un pubblico trasversale. Le incredibili testimonianze scritte dei visitatori lo attestano. Personalmente ho ricevuto un messaggio da una signora che aveva perso il marito durante il Covid *«Ho deciso di uscire per la prima volta per accogliere la vostra proposta di cinque minuti con Monet e ho avuto un senso di riconciliazione con la vita.»* Questo è il potere dell'arte e il benessere che può dare l'arte.

La invito fin d'ora al *'festival del corpo'* che faremo a breve con il prof. **Simone Regazzoni, il filosofo che ha appena pubblicato "La palestra di Platone"**, recuperando una modalità antica di fare lezione di filosofia, strettamente legata al benessere fisico. Nel nuovo anno, faremo alcuni giorni in museo durante i quali si metterà in relazione l'esercizio fisico e la filosofia.

Quindi secondo lei oggi si apre un tempo nuovo.

Fortunatamente. Siamo costretti ad uscire dall'autoreferenzialità. Le grandi mostre già avevano poco senso prima, adesso ne hanno ancora meno.

Ciò che conta è la qualità dell'esperienza culturale, trasformativa.

Ora inauguriamo con ostinazione una mostra su Michelangelo e diciamo che non è una grande mostra, ma una mostra grande cioè che si dirama su un territorio, in tanti luoghi: sarà a Palazzo Ducale la parte centrale con i 100 disegni e sculture, però in tutta Genova e in altri luoghi della regione ci saranno posti per riflettere intorno a Michelangelo e michelangiolo.

Nelle grandi mostre, quando vediamo un grande capolavoro in mezzo a centinaia di persone, non riusciamo a percepire la portata dell'impatto dell'arte su ognuno di noi. Come dico ai miei studenti, l'esperienza in museo è diversa da altri spettacoli. Se andiamo a teatro o al cinema e ascoltiamo qualche cosa che non comprendiamo siamo protetti dall'oscurità e quindi in un certo senso soli e nascosti. Al museo qualche volta tocca fingere di comprendere, pensi a quel fantastico film di Alberto Sordi alla Biennale di Venezia.

Dopo i mesi passati chiusi in casa, senza un contatto diretto con la bellezza, essere da soli per cinque minuti davanti a un capolavoro è stata una rivelazione, meraviglia che dà senso alla vita. Un balsamo sulle ferite. Una rivoluzione di senso.

Lei si è data dei parametri di lettura, di valutazione dell'esperienza Monet?

Ho fatto una narrazione a seguito di un'osservazione partecipata, provando a trarre conclusioni dal paragone ante Covid. Perché è inevitabile, accettiamolo, che ci sia un prima e un dopo. Abbiamo ripensato completamente la stessa mostra di Michelangelo.

La dittatura dei numeri è stata anche un mantra di sostenibilità economica dei musei. Oggi, in un tempo nuovo, facciamo i conti con un bisogno di profondità. Nuove strategie che impattano anche nella sostenibilità di senso, come dicevamo, ma anche nella sostenibilità economica dopo la richiesta di essere autonomi.

Consideri che Palazzo Ducale nell'estate 2020 ha avuto risultati di pubblico inattesi. È chiaro che questa estate abbiamo cambiato gli orari e le modalità: aprivamo anche il lunedì mattina, talvolta fino alle 22.

È stato possibile perché il Ducale è una struttura flessibile, una fondazione *corporate*. Io stessa ho coperto la biglietteria. Abbiamo contratto i costi. Tutti i miei collaboratori ci hanno creduto molto e si sono prestati, hanno buttato il cuore oltre l'ostacolo.

I benefici della partecipazione culturale oggi sono tangibili, ma attraiamo coloro che ci considerano una risorsa. Come raggiungere, come colmare coinvolgere coloro che non ci percepiscono come tali? Le radici delle disuguaglianze, sappiamo, affondano nella povertà educativa ed esperienziale.

Il tema delle disuguaglianze è per noi una sfida. Palazzo Ducale è proprio al limite con la città vecchia, col centro storico, è una cerniera e un polmone. Sappiamo che al di là della strada c'è un *divide culturale* che è molto grande e abbiamo sentito questa come urgenza e abbiamo colto al volo un bando del Ministero della famiglia per le povertà educative. Ci siamo buttati anima e corpo e l'abbiamo vinto. E adesso abbiamo un bel budget inizieremo a breve ad offrire gratuitamente laboratori per ragazzi. Lo scorso anno ho scioccato alcune maestre molto imbarazzate perché in una mostra sugli anni Venti, alcuni bambini facevano un rumore terribile. Molto tranquillamente ho detto che «I quadri non si svegliano!». I bambini fanno rumore perché non comprendono, ma se sono coinvolti non accade.

Laboratori di benessere attraverso le istituzioni educative?

Per chiunque voglia partecipare: centri di aggregazione, case-famiglia, scuole, parrocchie, cioè tutti coloro che raccolgono persone che hanno delle difficoltà sanno che a Palazzo Ducale, grazie a un *budget consistente*, ci sono risposte. Abbiamo vinto il bando in collaborazione con delle istituzioni che già lavorano nel centro storico. Sarà crescita per tutti. Tenga anche conto che ho tentato con

successo un percorso con **la comunità cinese**. Giovani cinesi formati hanno condotto visite guidate in cinese a Palazzo Reale quando lo dirigevo. È una comunità difficile, resistente alle contaminazioni. Sono accorsi 200 cinesi, di cui 99 bambini della scuola cinese, della quale non conoscevo l'esistenza. Si può!

Allora, se queste esplorazioni epifaniche mostrano una strada, come Palazzo Ducale traguarderà la terra di mezzo per essere una istituzione nuova del futuro? Qual è la sua strategia?

Abbiamo un progetto in corso esemplificativo, **CCHub, Cultural City Hub, Palazzo Ducale come il luogo dei luoghi**, per il quale abbiamo vinto il bando di Compagnia di San Paolo, **Open2Change**. Possiamo essere un luogo che per risorse proprie, professionalità, esperienza, reti, conoscenza del territorio può diventare il cuore del sistema culturale: un nodo nel quale ci si può passare, incontrare, servirsi delle competenze, andare a lavorare insieme. Questo dovrebbe essere patrimonio genetico dei musei. Con il Covid abbiamo compreso che per sfide complesse occorrono risposte complesse. Non è più tempo per lavorare da soli. Dobbiamo moltiplicare risorse scarse per definizione. Dato che esiste un bene come Palazzo Ducale, frutto di una grande intuizione, con una fondazione unica in Italia per organizzazione e duttilità, **abbiamo la responsabilità di attivare una trasformazione sociale responsabile, per il benessere delle persone, mettendoci al servizio di tutte le istituzioni culturali territoriali. Continuando a cambiare.**

Perché non è ancora decollata, a suo avviso, la relazione tra Cultura e Salute? Proviamo ad immaginare quali sono gli elementi che la frenano, a partire dall'alta formazione?

C'è un problema concettuale serio, ovvero che **Cultura e Salute sono visti senza alcuna relazione. Eccetto che per le persone con bisogni speciali o patologie; cioè è stata confusa l'accessibilità e il benessere**. Abbiamo pochi illuminati come il prof. Antonio Camurri che non fa parte del mondo della medicina, ma che lavora moltissimo su questo fronte; pensiamo alla sua ricerca intorno alla musica legata alla riabilitazione dei bimbi, magica. Al mondo culturale posso dire che ad oggi non abbiamo compreso, al di là delle dichiarazioni ai convegni, le potenzialità dei luoghi di cui ci occupiamo: il museo non è solo un luogo di conservazione.

Il museo è il luogo della cura per eccellenza: prendersi cura delle opere, cura della storia, cura delle persone.

Cultura, *colere*. Io parto sempre da lì, dalla parola cultura, coltivare. Ai miei studenti dico che i musei sono luoghi di vita. A Palazzo Reale abbiamo fatto una festa per bambine 2-5 anni "*Principessa a Palazzo*": volevo che capissero che avevano anche nella loro città un palazzo reale come nelle loro favole, che esisteva davvero ed era il loro, della loro comunità. Un Palazzo nel quale venire a sognare, a danzare nei saloni.

Un luogo che ti appartiene, un luogo della fiducia. Un cuore pulsante.

Questa è la prima vera rivoluzione. Dobbiamo ricordarci ciò che abbiamo dimenticato. E quante volte abbiamo scritto testi e pannelli delle mostre, solo per noi stessi, per la nostra vanità, in nome della ricerca. Abbiamo fatto una mostra che parlava solo a noi. Ho fatto fare un'indagine sui pannelli delle mostre sulla base degli indicatori di Tullio De Mauro, dalla quale è emerso che i testi venivano compresi solo dai laureati con master... come possiamo pretendere di essere accessibili?

Dobbiamo fare una lunga strada per rendere i musei luoghi affettuosi, con una azione di sistema.

Partendo dalla formazione. È importante riconoscere che essere il direttore di museo è una professione. E anche un privilegio! Io desideravo fare questo mestiere già dai tempi della laurea. Occuparmi di interpretazione del patrimonio. Ma il direttore deve avere quella visione più ampia, deve considerare il museo come casa propria, non nel senso della proprietà, ma deve essere l'ospite perfetto per tutti. E questo oggi si impara sul campo. Se limitiamo la nostra formazione alla componente storico-artistica, siamo fuori strada. Su questo ICOM con Garlandini ai vertici è una guida competente e consapevole.

Come intende capitalizzare la spinta al digitale e le lezioni apprese?

Capendo che **il digitale non è un fine, ma un mezzo**. Abbiamo visto dai dati pubblicati dopo il *lockdown* che le visite virtuali dei musei non sono state un grande successo. **Il digitale ci aiuta a raggiungere il maggior numero possibile di persone e a portarle con noi in museo, in un viaggio di conoscenza**. Durante il *lockdown*, dato che non volevamo che il digitale bastasse, sostituisse l'esperienza fisica e soddisfacesse la fame di cultura. **A Palazzo Ducale ci siamo inventati con il digitale ciò che fisicamente non avremmo potuto realizzare: "La mostra che non c'è"**. Abbiamo selezionato nel mondo opere commentate dal direttore della *Frick Collection*, piuttosto che da un conservatore di un centro di eccellenza tedesco, piuttosto che da Marco Carminati, opere legate a Genova e che non sarebbero potute in alcun modo ritornare. Abbiamo lavorato su un patrimonio di memorie per **stimolare il desiderio di riprendere il mare**. Si dice che, appunto, per essere dei buoni comandanti non bisogna insegnare a costruire navi, ma bisogna mantenere viva la voglia di prendere il mare. Alcuni hanno anche contribuito pagando il biglietto, surreale vero? Su *Facebook* abbiamo avuto cento mila contatti.

Una mobilitazione, attraverso il digitale.

Con la mostra di Michelangelo **introdurremmo robot per accogliere i visitatori, soprattutto i più piccoli, spiegando le norme comportamentali**. È molto carino, si chiama *Pepper*, è anche in grado di rispondere a domande su Michelangelo. È un lavoro realizzato con la scuola di robotica di Genova con il *madlab* e con la Coop. Il museo come laboratorio territoriale con istituzioni che uniscono tecnologia e images per le sfide dell'inclusione, rinascita, formazione, crescita sociale. Un altro problema è che **diamo per scontato che molti abbiano una cultura di base**. Facciamo l'esempio del "David" di Michelangelo. A quanti è ignota la storia. Con l'ausilio del digitale, creando sintesi senza banalizzare, possiamo dare informazioni necessarie a far sentire le persone a proprio agio. Incontrare un'opera e capirla. È come lanciare un sasso che genera cerchi concentrici. **Il digitale consente un avvicinamento. L'Arte ha perso un grande ruolo, quello di essere intellegibile, la famosa «Bibbia dei poveri».** La tecnologia oggi ci apre mondi: pensiamo all'immersione nel "Giudizio Universale". **Abilita delle potenzialità e non sostituisce l'opera. Fa entrare nell'opera fino a dove sentiamo il bisogno di arrivare.**

Lei che arriva dal mondo delle istituzioni pubbliche, ha fatto un grande salto.

La responsabilità delle nostre istituzioni, Palazzo Ducale e Palazzo Reale, nei confronti del centro storico è enorme, se parliamo di giustizia sociale, di cultura accessibile. Dobbiamo svolgere appieno un ruolo di agenti di trasformazione sociale. Non possiamo attendere. I lacci vanno sciolti. Lo spazio d'azione è enorme. È mare aperto.

2. Elena Franco

Settembre 2020. Conversazione tra Catterina Seia ed **Elena Franco**, architetto, fotografa. Gli ospedali storici, patrimoni di valore nel cuore delle città e dei territori

Il progetto fotografico *Hospitalia* nasce nel 2012 sul *dossier* di **restauro del Grand Hôtel-Dieu di Lione**, circa un milione di metri quadri tra Rodano e Saona, in una posizione strategica all'interno della città, che ha mantenuto per secoli. 350 metri lineari di facciata disegnata nel '700 dall'architetto Soufflot per un ospedale di origine medievale. Una città nella città. Chiuso nel 2010 e oggetto, nei successivi 2 anni, di un ripensamento, tra pubblico e privato, per una rifunzionalizzazione totale del sito. Frédérique Malotaux, storica dell'arte vi ha lavorato con l'architetto Didier Repellin e con Albert Constantin (F. Malotaux, O. D'Aboville, *Le grand Hôtel-Dieu de Lyon: Carnet de l'avant*, Editions Libel 2017). Il luogo **oggi ha un mix di funzioni comunitarie, pubbliche** con gli ampi giardini aperti che collegano parti di città, il museo della medicina e la città della gastronomia legata a Paul Bocuse, negozi posizionati nelle botteghe che già erano dell'ospedale, uffici e centro congressi.

Dopo 7 anni di gestazione è stato aperto nel 2017

(<https://ilgiornaledellarchitettura.com/web/2017/05/31/lhotel-dieu-di-lione-cosi-si-trasforma-un-ospedale-storico/>). Ho avuto l'opportunità di fotografare gli spazi ante intervento e organizzare due viaggi studio per *l'equipe* dei progettisti, una quarantina di professionisti. Abbiamo visitato la Ca' Granda a Milano, per quello che rappresenta nella storia europea degli ospedali, il Museo di Scienze Regionali di Torino - ex ospedale Giovanni Vecchio, in quanto erano interessati ai modelli di trasformazione. La pianta a crociera del Filarete, che troviamo anche a Torino, si è riproposta, infatti, anche a Lione, come in molti altri siti ospedalieri europei. Abbiamo anche visitato la Mole di Torino per le assonanze con il cosiddetto Grand Dome, una enorme struttura a cupola che scandisce la galleria principale del Grand Hotel-Dieu di Lione. Il gruppo è stato colpito e ha riproposto nell'allestimento alcune soluzioni della Mole. È nato in me il desiderio di **mantenere la memoria di questi luoghi, anche dove la trasformazione era stratificata**. Milano, dopo 500 anni, ha perso la funzione ospedaliera, dopo i bombardamenti del secondo conflitto mondiale e restauro, l'ospedale maggiore di Torino è diventato Museo di Scienze naturali, etc.

Il tema della trasformazione degli edifici ospedalieri e del loro valore è poco trattato in Italia, e lo era poco soprattutto quando ho iniziato nel 2012. **In Piemonte** avevamo un **patrimonio architettonico e identitario in via di dismissione, in tutti i capoluoghi, Cuneo, Asti, Biella. Ad Alessandria è ancora in sito. Novara ha il progetto del nuovo ospedale. Torino è alla dismissione della "seconda generazione" di ospedali**, quelli dei primi del 900 (padiglioni e monoblocco e non crociera, per intenderci). Mi sono quindi interrogata sulla necessità di aprire questo dibattito anche in Italia, non solo con i miei strumenti di architetto, gli studi specialistici e i ricchi lavori universitari, che non mi parevano in grado di parlare un linguaggio comprensibile per l'opinione pubblica. Gli studi rimanevano in seno all'università, nelle biblioteche, ma non venivano trasferiti. Per questo ho usato lo strumento della fotografia, seppur in modo rigoroso.

Ho costruito **una rete internazionale** e ne è nata **una mostra** arricchita da molti siti. La mostra è stata ospitata **in molte città** nelle quali si è sviluppato un dibattito o un approfondimento con gli attori locali, anche in luoghi in cui i rapporti a livello locale erano difficili, tra enti, tra soggetti. **La fotografia è stata un dispositivo di dialogo. Un acceleratore di processo per la presa di coscienza sul valore comunitario degli ospedali storici.**

Ora è in corso il grande progetto di rifunzionalizzazione di quello di Parma: molto interessante è anche la mostra che è stata recentemente inaugurata, a cura di Studio Azzurro. È **elevata l'attenzione per le funzioni comunitarie. La struttura ospedaliera, infatti, è sempre stata espressione della società civile, che se ne è fatta carico e che ha trovato dei meccanismi di solidarietà per far sì che continuasse a essere mantenuta nei secoli e adattata ai contesti.**

L'aspetto più interessante nel rileggere la storia degli ospedali è che la cura non si ferma al luogo di assistenza degli acuti, ma si amplia sul territorio. Pensiamo all'inserimento della coltivazione del riso nel vercellese (ma anche nel novarese) condotta dal personale ospedaliero del Sant'Andrea di Vercelli

per far rendere meglio le terre che i benefattori avevano donato all'ospedale e garantire una sussistenza e una cura più efficaci. **Una politica sanitaria che ha modellato un paesaggio** (e probabilmente lo ha salvato mantenendone ancora oggi il possesso) e **un modello di inclusione: anche l'offerta di lavoro, infatti, nelle tenute ospedaliere era pensata per una fascia di popolazione che necessitava di un qualche accompagnamento all'interno delle comunità, quindi era pensata per l'inclusione, l'accoglienza del diverso. Abbiamo tanto da imparare dalla riflessione sulla storia della Sanità e tanto da contestualizzare. La parola esatta è ecosistema, ha funzionato per 500 anni e negli anni Sessanta del '900 è andato in crisi per la parcellizzazione della cura, che ha portato a dismissioni e a parcellizzazione del patrimonio. La parcellizzazione di un patrimonio che aveva un valore perché comune e che lo ha perso nel momento in cui questo valore è stato disperso senza una visione di insieme.**

Questa lezione va appresa anche nella progettazione di nuovi ospedali in connessione con la medicina di territorio: la salute e gli ospedali sono beni collettivi. Hanno una funzione comunitaria e non soltanto emergenziale del momento del bisogno. Lo abbiamo compreso durante la pandemia. L'ospedale ha fatto il proprio dovere, ma l'assistenza territoriale è centrale, come i servizi di welfare di prossimità. Come fare la spesa al vicino isolato. Sono parte della salute della comunità, non solo per intervenire in una situazione patologica. Sono centrali dal punto di vista della sostenibilità della cura, non solo dell'efficacia. Il meccanismo che sta alla base è che l'ospedale e tutto quello che è connesso, siano sostenibili. Se spezziamo questi legami e se non vengono riconosciuti abbiamo distorsioni. L'ospedale visto come un avversario, che deve giustificare il proprio operato, la cura come un diritto scontato.

Da questo lavoro artistico e fotografico ho appreso che **la cura non è scontata come non lo è la guarigione. Non si può garantire la guarigione, ma dobbiamo garantire la cura.**

Patch Adams a coloro che non volevano dargli la laurea per la sua controindipendenza, sottolineava che **"se curiamo la malattia possiamo fallire, se curiamo la persona non falliremo mai"**.

Penso anche che sia centrale **la formazione nei luoghi di cura.**

Formazione alle *medical humanities*? Intende alla comunicazione medico paziente, alla cura di sé? La sociologa Elena Pulcini afferma che se non ci si percepisce come bisognosi di cura, non si può curare. Le professioni mediche sono tra quelle più a rischio di *burn out*.

Esatto, ma anche verso la comunità che fruisce questi spazi e questi servizi, che non sono soltanto i pazienti in prima persona, ma sono anche le famiglie. **Quando una persona si ammala di una patologia grave e cronica, (o nasce con una patologia) si ammala anche la sua famiglia.** L'ospedale deve essere luogo di informazione e di accompagnamento. È una asserzione che verifico anche da esperienze personali. Recentemente ho frequentato **una residenza d'artista nel Roero, ospitata dalla Collina degli Elfi, realtà che si occupa di bambini ammalati di cancro.** Ho riflettuto con i fondatori sulle molte facce della patologia. **La famiglia ha necessità di essere accompagnata. Vanno coinvolte le reti, i compagni di scuola.** Vale anche per gli adulti con la rete di amici, la comunità tutta. Ritengo sia determinante che gli ospedali siano in città. Il posizionamento è importante, anche se ora si tende a costruire gli ospedali fuori dai centri urbani. I nuovi edifici non avranno vita lunga. Per l'evoluzione Sociale e della Sanità, della tecnologia, possiamo immaginare che gli ospedali abbiano una durata trentennale, a voler essere ottimisti. **Dobbiamo essere visionari nella progettazione architettonica e urbanistica della cura, pensando contemporaneamente alla nascita di nuovi siti ospedalieri e alla loro trasformazione, mettendo i legami con la comunità di riferimento al centro, non solo ponendo attenzione alla tecnologia legata alla cura. L'ospedale va pensato come uno dei poli di reti di cura, che pulsino insieme al tessuto urbano e territoriale.**

L'evoluzione della ricerca scientifica è esponenziale, come l'avvento della tecnologia, sempre più sofisticata. Cresce la rilevanza del lavoro in team. Avremo un nuovo concetto di cura. Forse tempi di recupero molto più veloci, minore degenza ospedaliera. I luoghi vanno ripensati e resi anche più flessibili.

Con la progettazione dei nuovi ospedali, dobbiamo ripensare contestualmente gli ospedali che verranno dismessi. Non accade mai. A Vercelli negli anni '60 hanno chiuso l'ospedale. Inseguito ne hanno demolito una parte per fare un parcheggio, con la sensibilità dell'epoca, distruggendo un patrimonio architettonico e identitario. Ora sono intervenuti, progettando funzioni pubbliche, investendo più di 20 milioni di euro di fondi europei. **Pagine faticose.** Allo stesso modo Biella. Asti, a quanto mi risulta, non ha progettazione di ripensamento dello spazio. Vengono create nuove strutture, le precedenti vengono chiuse. Dopo vent'anni andranno all'asta, magari per fare un hotel, come è accaduto recentemente a Marsiglia, ad esempio. Senza visione urbanistica. Perdendo valore patrimoniale. Perdendo valore comunitario.

In Piemonte ne abbiamo diversi ed è una grande responsabilità. Sono edifici costosi da ripensare in un'ottica sostenibile... Ogni giorno che passa dalla loro chiusura, con gli accessi murati, è un giorno in cui la comunità sostiene comunque un costo, ed è un giorno in cui l'edificio, inteso come bene patrimoniale, perde di valore, mantenendo forse solo quello della rendita fondiaria dovuta alla posizione. Il valore comunitario viene così annientato. I legami spezzati. La memoria cancellata.

È un patrimonio architettonico e artistico rilevante?

Eccezionale. **Potrebbe addirittura avere valore turistico. Molti sono gli esempi di ospedali diventati musei in Italia e nel mondo e, recentemente, in Italia è nata anche un'associazione che vuole valorizzare gli ospedali storici.** Si tratta di **ACOSI**. Per avere idea della consistenza di questo patrimonio in Piemonte abbiamo **due censimenti importanti. Uno fatto dalla Regione Piemonte negli anni '80, che dà conto non solo degli ospedali, ma di tutto il sistema dell'assistenza e uno dell'Accademia delle Scienze, che ha realizzato due volumi che recensiscono tutto il patrimonio storico, con schede esaustive su tutti gli ospedali, nel '95 e nel 2004, a cura di Marco Galloni e Fulvia Zina Vignotto.** Questo patrimonio comprende anche il **museo della Medicina dell'Università degli Studi di Torino** che ora è alla **ex Manifattura Tabacchi** e che molto gentilmente Marco Galloni mi ha fatto visitare: un patrimonio immenso di documentazione e strumenti scientifici.

Oltre a edifici interessantissimi, a collezioni di strumenti, a documenti e archivi ricchissimi, a biblioteche mediche e opere d'arte, abbiamo, dal mio punto di vista, anche un sito **"speciale" in Piemonte. Alessandria è un caso speciale nel patrimonio piemontese, in quanto il suo patrimonio sanitario composto dall'ospedale civile, dall'infantile, dal dispensario e dall'ex sanatorio Borsalino mostra, in uno stesso sito, la storia dell'architettura sanitaria nei secoli e tutto il patrimonio è ancora utilizzato a fini sanitari. È, poi, un esempio di architettura del Novecento di grande valore con gli edifici progettati da Arnaldo, ma soprattutto Ignazio Gardella, meta di visita di specialisti da tutto il mondo, che potrebbero essere integrati in itinerari gardelliani di valorizzazione del patrimonio cittadino non solo sanitario, per mostrare il forte legame tra la società civile e il suo ospedale di riferimento. In questo momento la chiesa di Gardella e il comprensorio del sanatorio Borsalino sono candidati a Luogo del cuore del FAI.**

Ogni sito ha, in ogni caso, **altri valori artistici. Pensiamo ai quadri dei benefattori.** Sto conducendo una **sistemizzazione delle ricognizioni fatte sulla collezione dell'ospedale di Alessandria: più di 200 tele, dal '500 al '900 inoltrato, che ritraggono i benefattori, dipinte dai principali ritrattisti delle diverse epoche.** Pensiamo che la Ca' Granda a Milano ne ha 920 e ora ne espone 20 in un piccolo museo, con nomi importanti che danno uno spaccato dell'evoluzione sociale e del costume, della società civile che li ha sostenuti. A seguito della tappa della mia mostra fotografica *Hospitalia* a Vercelli, **anche il comune di Vercelli ha iniziato un inventario dei ritratti dei benefattori del Sant'Andrea** (copie ottocentesche) che pensa di valorizzare con percorsi di mostra e conoscenza, a seguito dei necessari restauri.

Lavorando sulla valorizzazione dei quadri e delle statue dei benefattori, potrebbe essere fatto un lavoro di riflessione sulla cultura del dono e sulla responsabilità civile della cura, coinvolgendo anche il sistema scolastico.

Sempre ad Alessandria lavoro con il **centro studi per le medical humanities, fondato recentemente, emanazione dell'ospedale di Alessandria, che ha sede presso la biblioteca biomedica.** Vi opera, sotto la **direzione del prof. Antonio Maconi e il coordinamento di Mariateresa Dacquino,** un gruppo di lavoro ristretto, esteso all'Università: prof.ssa Roberta Lombardi dell'Università del Piemonte

Orientale, avv. Alessandro Provera dell'Università Cattolica, Patrizia Santinon che si occupa di psichiatria all'interno dell'ospedale, Mariasilvia Como del settore comunicazione dell'ospedale e Federica Viazzi della biblioteca biomedica dell'ospedale. **È un centro che vuole lavorare con progetti di *capacity building* nel personale e trasformare la cura mettendo il paziente al centro; fare riflessioni etiche e attivare collaborazioni con altri soggetti, come il Conservatorio, esperti in arte terapia da inserire nei protocolli medici e proporre una riflessione in seno all'opinione pubblica su tematiche proprie delle *medical humanities*.**

Proprio oggi ho chiuso un'*application* per il MIBACT per una borsa di ricerca sulle arti visive su questo tema con un partenariato internazionale con il Museo della Fotografia di Charleroi, il Centre de la Photo di Ginevra, il Museo di Santa Maria della Scala di Siena, il Museo di *Notre Dame à la Rose a Lessines* in Belgio che è il museo di un'ospedale, il Museo *des hospices de Beaune* in Francia, il museo dell'*Hotel Dieu di Porrentruy* in Svizzera. Si tratta di una borsa di studio di ricerca che, se andrà a buon fine, all'interno di questa rete mi consentirà di portare avanti questi temi in questa rete internazionale.

3. Roberto Mastroianni

Conversazione tra Catterina Seia e **Roberto Mastroianni**, filosofo, curatore, critico d'arte, Membro del Comitato di Direzione della *Unesco Chair* in Sostenibilità ambientale e *Territory Management* dell'Università di Torino e Presidente del Museo Diffuso della Resistenza, della Deportazione, della Guerra, dei Diritti e della Libertà di Torino. Verso un nuovo campo estetico. Arti del contemporaneo, arte irregolare, salute, benessere e *welfare* culturale.

"Il pensiero incomincerà solo quando si renderà conto che la ragione glorificata da secoli è la più accanita nemica del pensiero".
M. Heidegger, "Holzwege", 1950.

Ci aiuta a comprendere il rapporto tra arte e salute, in base alla sua esperienza e alle sue ricerche, in relazione a questa delicata fase storica? Esiste una specificità del territorio piemontese, in relazione a pratiche e teorie che fanno di questo rapporto un caso particolare? Se sì, quali sono le sue caratteristiche e che relazione hanno con un'idea di inclusione, partecipazione e *welfare*?

Viviamo tempi di trasformazione, in cui la realtà tutta sembra essere messa in discussione. La crisi e transizione ecologica che investe il Pianeta, di cui la pandemia in corso non è che un capitolo, pongono problemi solo apparentemente nuovi e fanno emergere **il senso di fragilità e finitudine** dell'essere umano. Per molti decenni le nostre società opulente hanno rimosso malattia e morte, relegandole ai margini della percezione collettiva, attraverso una narrazione di benessere diffuso rafforzato dal consumismo e da un generalizzato edonismo a bassa intensità. Poi la crisi ecologica, il *climate change*, le guerre e le povertà, che avevamo relegato ai margini delle nostre società e ai confini della nostra percezione geopolitica, hanno cominciato a bussare alle nostre porte, attraverso migrazioni, violenza e malattia e noi abbiamo dovuto prendere atto del fatto che siamo animali fragili. Il Covid, ultima ma più impattante di molte epidemie globali degli ultimi decenni, ci ha ricordato che gli esseri umani si ammalano e muoiono e che la nostra società estetizzata e medicalizzata non ha gli strumenti per controllare l'imponderabile. Questa situazione ha portato alla ribalta i temi legati alla salute pubblica e al benessere, per diverso tempo temi percepiti come scontati: per molti decenni infatti in Europa si è pensato che la salute di molti, se non di tutti, potesse essere garantita attraverso la medicina, pratiche assistenziali e percorsi di cura standardizzati e aseptici. Gli ultimi anni hanno dimostrato il contrario: non abbiamo il controllo su malattia e salute, le nostre società invecchiano e si dimostrano socialmente e fisicamente più fragili di come pensavamo e la marginalità aumenta. A ben vedere, questa retorica della cura e della salute era già stata messa in discussione negli ultimi decenni da singoli e organizzazioni, che denunciavano la pericolosità di questa visione ristretta del rapporto salute-malattia, in vista della ricerca di una più ampia visione del benessere intesa come capacità di adattamento e autogestione davanti a sfide sociali, fisiche ed emotive (OMS, 2011, *ndr*).

Il rapporto Salute, Welfare, Cultura diventa pertanto fondamentale e imprescindibile, sia nella percezione della cittadinanza, sia nelle politiche pubbliche e nelle progettualità che le devono innervare.

In questa prospettiva bisogna ammettere che **Torino e il Piemonte si sono dimostrati negli ultimi 30 anni terreno di sperimentazione e laboratorio di pratiche e teorie capaci di mettere in questione una visione ristretta della salute, attraverso azioni finalizzate a integrare cultura, medicina, assistenza in relazione al concetto di persona.** Io ho avuto la fortuna di incrociare, nel territorio piemontese, alcune di queste azioni e partecipare ad alcune di esse e devo ammettere che i presupposti e le pratiche messe in campo si sono dimostrate non solo giuste, ma corrispondenti a una visione che oggi pare essere l'unica possibile per fronteggiare i problemi della contemporaneità. Siamo in presenza infatti di una progettualità, che ha messo in campo una visione complessa e integrata di "*welfare culturale*", in cui la cultura diventa concetto operativo e organizzatore di interventi ampi e trasversali che si avvalgono delle arti del contemporaneo per delineare **esperienze trasformative, finalizzate a**

restituire dignità e bellezza alla vita quotidiana di soggetti marginali e in difficoltà, in cui il tema del benessere si fa esistenziale, medico, sociale e politico. Io più di dieci anni fa ho avuto la fortuna di incontrare queste esperienze e le persone che hanno dato vita nei decenni a questi percorsi, che hanno saputo mettere insieme enti pubblici e privati, istituzioni, associazioni, intellettuali e artisti, al fine di valorizzare attraverso l'*empowerment* le persone in difficoltà, di cui il PARI. Polo delle Arti Relazionali e Irregolari è l'esempio più alto e compiuto.

Una specificità del contesto torinese e piemontese, caratterizzata da un concentrarsi di sensibilità e visioni che attraverso la cultura e l'arte promuovono percorsi sociali, di inclusione e benessere.

La cifra specifica della sperimentazione torinese può essere individuata in un complesso sistema di interventi, **portati avanti in regime di sussidiarietà orizzontale da soggetti privati, istituzionali, no-profit e di natura volontarista, che hanno posto le arti del contemporaneo in relazione all'*outsider art* e all'arte irregolare per allargarsi successivamente alla riflessione sulla natura della psichiatria, dell'assistenza, del *welfare*, dell'antropologia, della filosofia, del benessere e della medicina fino a toccare l'ampio campo delle *Medical Humanities*.**

Ha parlato di una serie di pratiche che negli anni hanno, sul territorio torinese, messo in discussione "un'idea ristretta" di salute, attraverso teorie e pratiche che hanno portato ad una più ampia idea di benessere e *welfare* culturale, puoi fare alcuni esempi di questa ricerca e sperimentazione portata avanti sul territorio torinese e piemontese? Lei insiste molto sul rapporto tra le "arti del contemporaneo", la salute e l'inclusione del disagio e della marginalità psichica, sociale e fisica, può spiegarci meglio?

Questa sperimentazione è iniziata negli anni Novanta del secolo scorso, quando a Torino, attorno a ad un'artista relazionale torinese (Tea Taramino) cominciarono a coagularsi personalità artistiche e intellettuali, iniziative e riflessioni sul tema dell'"arte *outsider*" e "irregolare". Lo spirito del tempo spingeva molti artisti, a livello internazionale e nazionale, a prediligere un insieme di pratiche fondate dal punto di vista teorico e operativo sull'insieme delle relazioni umane e del loro contesto sociale, attribuendo all'artista il ruolo di centro dell'opera stessa ed elemento catalizzatore di pratiche simboliche e performative, capaci di includere nell'opera d'arte il contesto sociale, umano ed esperienziale del fruitore e del produttore. In questa prospettiva l'opera diventava un'azione collettiva, in cui l'artista rivestiva il ruolo di facilitatore più che di creatore, prediligendo la dimensione processuale e performativa capace di precipitare in manufatti multilinguistici, multimediali e multidisciplinari¹.

In quest'ottica va letta l'attività che nell'ultimo ventennio si è auto-organizzata a Torino attorno a figure di artisti, curatori, associazioni e istituzioni, al fine di delimitare un nuovo campo estetico, che individuando nella produzione *outsider* il centro della propria azione ha dato vita a una corale opera di curatela e produzione artistica, capace di far dialogare attori *mainstream* e irregolari, facendo sorgere nuove centralità estetiche nelle periferie del senso rappresentate dalle più disparate marginalità. L'inizio di questa esperienza è da individuarsi nel 1993, quando all'interno del laboratorio "La Galleria" (fondato nel 1982 e dal 1985 integrato nel Comune di Torino), si dette il via a "*L'ho dipinto con...*": una pratica di lavoro congiunto fra artisti professionisti e artisti con disabilità o disagio psichico promossa da Gian Franco Billotti e Giuseppe Campra dell'Unitre di Torino con Giovanni Callegari e Alma Sottile della Provincia di Torino, a cura dell'artista Giustino Caposciutti e Tea Taramino. Fra i primi artisti protagonisti: Enrico Tommaso De Paris, Victor Kastelic, Romano Campagnoli, Bartolomeo Migliore con interessanti autori dagli atelier dei centri diurni come Luca Romano, Primo Mazzon, Sergio Greco, ecc. Nel 1986 sempre Taramino e Caposciutti con il critico Angelo Mistrangelo, organizzarono "*Cercato & Trovato*", la prima mostra in cui artisti torinesi, di chiara fama, fra cui Ettore Fico, Romano Campagnoli, Francesco Casorati decisero di esporre insieme agli autori degli *atelier* senza distinzioni di sorta. Fu questa una grande mostra a Palazzo Vela, a cui ne seguirono altre in diversi luoghi con altri

¹ L'intervistato fa riferimento agli scritti di Bourriard sull'arte relazionale e partecipativa. Cfr. N. Bourriard, *Estetica relazionale*, Postmedia Books, 2010; Id., *Post-production. Come l'arte riprogramma il mondo*, Postmedia Books, 2005; Id., *Il radicante. Per un'estetica della globalizzazione*, Postmedia Books, 2014; Id., *L'exforma. Arte, ideologia, scarto*, Postmedia Books, 2016; Id., *Forme di vita. L'arte moderna e l'invenzione del sé*, Postmedia Books, 2016.

artisti noti e meno noti. Un'esperienza torinese che coinvolse, negli anni, e a vario titolo, numerosi artisti di diverse temperie, età e provenienza fra cui Giorgio Griffa, Michelangelo Pistoletto, Piero Gilardi, Cesare Pietroiusti, Mauro Biffaro, Cosimo Veneziano, Mario Petriccione, Chen li, Petra Probst, Hiroaki Asahara, Fulvio Colangelo, Tegi Canfari, Marienzo Ferrero, Daniele Gaglianone, Paolo Grassino, Paolo Leonardo, Nicus Lucà, Fukushi Ito, Turi Rapisarda, Maura Banfo, Giulia Caira, Luigi Mainolfi, Andrea Caretto, Raffaella Spagna, Maura Banfo, Paolo Leonardo, Simone Sandretti, Eleonora Seta, Luisa Camurati e Bartolomeo Migliore e tanti altri. Siamo di fronte a una pratica di arte relazionale che seppe diventare internazionale e che durò vent'anni con appuntamenti biennali o triennali. Nel 2004 prese il nome di *Arte Plurale* includendo collettivi, formazioni artistiche ibride e i diversi linguaggi della contemporaneità, in collaborazione con la scuola, l'università e i dipartimenti educazione dei musei di arte contemporanea.

Nel 1999 fu fondato il Progetto "*Forme in bilico*" in collaborazione con insegnanti del Primo Liceo Artistico e dell'Accademia di Belle Arti, arricchito negli anni dalla presenza dello psichiatra Giorgio Gallino della ASL Città di Torino, l'antropologo Gianluigi Mangiapane dell'Università degli Studi di Torino e Beatrice Zanelli storica dell'arte di Arteco, Roberto Mastroianni (me) in qualità di filosofo, curatore e critico d'arte. Nel 2015 si è formalizzato il Progetto ***Mai Visti e altre storie*** che collega e valorizza archivi irregolari, pubblici e privati, del Piemonte a cura dell'Ass. "Arteco" e, dal 2017, in collaborazione con le associazioni "Forme in bilico" e "Artenne". L'archivio edificato nel laboratorio *La Galleria*, ora, ha una sua nuova sede, come *Archivio Mai Visti* con pinacoteca permanente, nel ***Centro Arte Singolare e Plurale*** e nella ***InGenio. Arte Contemporanea della Città di Torino***. Questa relazione tra arte contemporanea e arte irregolare è stata così feconda da ricevere riconoscimenti di importanti realtà internazionali e nazionali, dando vita a **una vasta collezione di arte, di proprietà della Città di Torino e la cui conservazione e valorizzazione delle opere, ha attirato l'interesse di collezionisti nazionali e internazionali come Fabio Cei** che visita regolarmente le mostre organizzate al PARI e a Gliacrobati. Fabio Cei, insieme al fratello, fondatore di un tra le più importanti collezioni italiane di arte *outsider* e irregolare, ubicata tra le colline dell'Oltrepò Pavese, la *Collezione "Fabio & Leo Cei"*, che raccoglie opere di artisti di rilievo internazionale e di fondamentale importanza nella storia dell'*Art Brut* e dell'*Outsider Art*. Dal 2017, la Collezione si è arricchita di importanti artisti italiani grazie all'acquisizione del Fondo di Bianca Tosatti di *Art Brut* e *Arte Irregolare* e del Fondo Faustino Borgalli. Oggi la *Collezione Fabio & Leo Cei* conta più di 30.000 opere provenienti da tutto il mondo, rappresentando una straordinaria ricchezza e un punto di riferimento imprescindibile per lo studio e la divulgazione dell'*Art Brut* in Italia. Oggi, a distanza di trent'anni, gli stessi protagonisti di questa straordinaria avventura intellettuale e umana torinese si trovano a dare vita a un percorso che tesaurizzi, ampli e sviluppi le esperienze passate, incoraggiati da Lei (ndr Catterina Seia), *project manager* indipendente, insieme a vecchi e nuovi protagonisti fra cui me, Chiara Baldi, Gea Bianco, Roberta Billè, Enzo Bodinizzo, Tiziana Bonollo, Marzia Capannolo, Annamaria Cilento, Stefania Fiore, Roberto Giachino, Salvatore Giò Gagliano, Massimo Greco, Sabina Lessman, Carola Lorio, Luigi Mazzardo, Elena Menin, Maya Quattropani, Lisa Parola, Irene Pittatore, Francesco Poli, Giuliana Ravaschietto, Carlo Rubilotto, Saverio Todaro, Patrizia Ventresca, Silvio Zamorani, Carla Crosio ...

In questa prospettiva fruitori, curatori e artisti si sono posti su un piano di orizzontalità, rompendo le retoriche dell'inclusione e dell'esclusione, del mercato e dello spazio pubblico, della Sanità e della malattia aprendo un dialogo capace di individuare valore estetico, quindi dignità e bellezza, nelle forme di espressione che fino ad allora, e forse ancora oggi, erano relegate a semplice libera espressione delle differenti forme di disagio.

Tutto ciò è stato possibile grazie alla realizzazione di contenitori culturali, che prendendo la forma di mostre, rassegne, ricerche e strutture capaci di porre in dialogo l'arte contemporanea *mainstream* e le diverse forme di irregolarità, in vista della creazione di percorsi di benessere che mettono al centro la libera espressione, il valore estetico, l'*empowerment* e il rafforzamento della resilienza individuale e sociale, attraverso la cultura e le arti.

Ha spesso parlato in conferenze, presentazioni di mostre, cataloghi e saggi, di una specificità anche teorica della ricerca su Arte e Salute portata avanti in questi anni a Torino, puoi spiegarci cosa

intende? Spesso ha usato il concetto di “nuovo campo estetico” per definire il campo, i risultati e lo spazio teorico e pratico istituito dalla relazione tra arte contemporanea, arte irregolare, *welfare* culturale, salute e assistenza. Cosa intende? Può raccontarci meglio del PARI. Polo delle Arti Relazionali e Irregolari che cita sempre come caso studio ed esempio di buone pratiche?

La relazione tra Cultura e Salute a Torino e in Piemonte si è sviluppata nel tempo con particolare attenzione al disagio psichico, fisico e sociale delle varie forme di marginalità, fino a coincidere con la messa in forma di spazi e azioni, che fanno dell’ “irregolarità” l’operatore semiotico ed estetico di opere “singolari” e “plurali” che vivono e vivono di una processualità, finalizzata all’emersione del nostro immaginario collettivo di pratiche simboliche e materiali sommerse nella marginalità, nell’ospedalizzazione, nella disabilità e nel disagio psicofisico, attraverso i linguaggi di una contemporaneità che rifugge la classificazione tra *insider* e *outsider*. Questa pratica specifica rappresenta in modo emblematico una torsione, forse non l’unica ma di certo la più feconda e interessante, operata negli anni dell’arte relazionale e partecipativa italiana, che è andata sempre più a caratterizzarsi, rispetto al contesto europeo, per un interesse per l’inclusione delle differenze e delle irregolarità sociali, fisiche, psichiche provenienti dei vari *mondi outsider*.

Questa è stata un’ articolata ricerca poetica e scientifica sul tema dell’inclusione, dell’espressione e della produzione estetica *outsider* e irregolare e sulla creazione di benessere, non semplicemente ascrivibile ai temi della malattia e della medicalizzazione, in relazione ai protagonisti e ai linguaggi dell’arte contemporanea ed è stata possibile solo grazie allo sviluppo di una virtuosa relazione tra pubblico, privato, corpi sociali intermedi, operatori e fruitori. Torino è infatti stata il centro di una serie di azioni, più o meno consapevoli, che hanno portato negli ultimi 20 anni all’emersione di contenuti e pratiche artistiche di “margine”, nate nel rapporto virtuoso tra artisti irregolari ed esponenti di primo piano del sistema dell’arte, che organizzandosi attorno al concetto organizzatore di “arte irregolare”² ha dato vita a processi di *welfare* culturale unici nel proprio genere.

Stiamo parlando di una relazione sistemica e sistematica tra partecipazione e produzione culturale e inclusione sociale, che a partire dalla salvaguardia e dalla valorizzazione di un patrimonio materiale e immateriale ha costruito una cultura comunitaria della dignità e dell’accesso dei singoli alla sfera pubblica e alle forme di bellezza e partecipazione che garantiscono il libero sviluppo della persona umana.

Proprio ora che questo processo si dirige, in modo si spera inarrestabile, verso un’istituzionalizzazione e una valorizzazione di tipo comunitario coagulandosi attorno al **PARI-Polo delle Arti Relazionali e Irregolari, nato dalla sinergia tra l’Assessorato alle Politiche Sociali della Città di Torino, Opera Barolo e singoli operatori, artisti e associazioni del Terzo Settore, la pandemia ha messo in luce alcune fragilità strutturali che meritano di essere colmate, pena l’indebolimento dello stesso percorso.** Tutta questa storia è stata resa possibile, infatti, dalla volontà di singoli e associazioni, che in questi ultimi decenni hanno investito tempo, risorse e capacità nel costruire un sistema virtuoso che vive di attività volontaria, finanziamento da parte di enti filantropici e sponsorizzazioni tecniche ed economiche da parte di privati, e che è realizzata grazie alla copertura istituzionale di Città di Torino, Musei, ospedali, servizi assistenziali. Non sfugge **la fragilità di un progetto, che nonostante abbia raggiunto importanti obiettivi, si regga su un impianto economico esiguo** e che soprattutto in questa fase di stabilizzazione ed emersione viene messo in crisi dalla pandemia e dalle sue ricadute economiche.

² L’intervistato preferisce usare il termine “arte irregolare”, così come è stato teorizzato dalla critica d’arte Bianca Tosatti, a quello di “arte outsider”, in quanto a suo avviso è più includente e rispettoso della dimensione antropologica ed esistenziale degli autori che riescono a utilizzare linguaggi, metodi e tecniche del contemporaneo, facendo di questo un “concetto operativo utile alla ricerca scientifica, alla pratica curatoriale e ai possibili interventi di *welfare* culturale realizzati e realizzabili in una dimensione di sussidiarietà orizzontale da istituzioni, singoli e associati. Cfr. B. Tosatti (a c. di), *Outsider Art in Italia. Arte irregolare nei luoghi della cura*, Skira, 2003; Id., *Oltre la ragione. Le figure, I maestri, le storie dell’arte irregolare*, Skira, 2006.

Come ho scritto già da molte parti, insieme ad altri amici e colleghi con finalità di documentazione e proposta teorica³, l'operato degli ultimi decenni ha infatti messo in campo pratiche, che sono state capaci di fare emergere un insieme di conoscenze e teorie che hanno generato un articolato sistema di *welfare* culturale che vive di sussidiarietà orizzontale e che nello stesso tempo hanno generato un "nuovo campo estetico", capace di mettere assieme libera espressione, percorsi terapeutici e qualità artistica. In questa doppia polarità (cultura/salute e libera espressione/arte) si è potuto rintracciare un terreno fecondo in cui nuove pratiche, sperimentazioni e teorie prendono forma generando diffuso benessere sociale e materiale, attraverso processi di inclusione dal profondo valore terapeutico.

³ Cfr. Parte della documentazione di questi percorsi può essere rintracciata in due pubblicazioni: AAVV, (a c. D. Rosi, T. Taramino), Fuori Serie, Prinp editore, 2017; AAVV, (a c. R. Mastroianni, A. Panfili, T. Taramino), Transizioni, Prinp editore, 2020. Questi due volumi, metà libri scientifici e metà cataloghi d'arte, svolgono funzione di documentazione di questo percorso, attraverso saggi di filosofi, storici dell'arte, sociologi, antropologi, curatori, artisti, a partire da alcune grandi mostre realizzate negli ultimi anni dai protagonisti di questa avventura al PARI-Polo delle Arti Relazionali e Irregolari di Torino in collaborazione con la Fondazione Sandretto Re Rebaudengo, il Museo di Antropologia di Torino, e alcuni altri centri pubblici e privati di arte contemporanea. In essi si possono trovare approfondimenti teorici, testi critici e documentazioni utili a ricostruire specificità e storia dell'esperienza torinese.

4. Paolo Naldini

Agosto 2020. Conversazione tra Catterina Seia, Sedy Ghirardi, Carla Di Grazia e **Paolo Naldini** direttore della Fondazione Pistoletto - Cittadellarte di Biella

Oggi pare configurarsi uno scenario figlio dell'impegno sociale del Maestro Michelangelo Pistoletto e della sua utopia, Cittadellarte nata oltre venti anni fa. Le arti sono asse trasversale alle diverse politiche. Oggi questa possibile interazione virtuosa di sostenibilità, sociale e ambientale, rappresentata dal segno del **Terzo Paradiso**, che tiene insieme natura e artificio che pare nato per mobilitare, tradurre nelle comunità e sui tavoli dei decisori gli Sgds, l'Agenda 2030 ONU che è una linea guida di futuro.

Questa è la stagione dell'**economia della cura**. A gennaio 2020, il tema è stato centrale al meeting di Davos, nel dibattito rifondativo dell'economia. Uno dei grandi apripista è stato Papa Bergoglio. La sua seconda enciclica "*Laudato si'*", che festeggia i cinque anni e ha portato al Manifesto d'Assisi. Icona dell'economia circolare, fuori dallo scarto, soprattutto delle persone, per colmare la faglia delle disuguaglianze.

Abbiamo di fronte un dramma che rappresenta un'opportunità forse storica. Parlo di una nuova rivoluzione industriale, di una riprogettazione di tutti i sistemi, produttivi, educativi, di welfare. È un dramma che ci risveglia da un sonno profondo. È un Moloch, un mostro che si aggira togliendo le certezze rimaste delle quali ci nutriamo. L'unica certezza è che nulla va bene così come è, dalla finanza, all'agricoltura, le filiere agroalimentari, il rapporto con la natura e il clima. Invece di lasciarci nell'angoscia, questo stato delle cose è il motore di uno straordinario impulso alla riprogettazione di ogni sistema. Soltanto venticinque anni fa si insegnava che tutto andasse bene, che sarebbero occorsi solo piccoli miglioramenti incrementali e la prosperità si sarebbe estesa a tutti e dappertutto come la rete informatica di internet rappresentava mirabilmente. **Oggi universalmente affermiamo che abbiamo bisogno di pensiero e di pratiche per un intervento sistemico, una nuova ecologia della conoscenza e della vita.** Non più macchine estrattive di profitti, nemmeno però utopie di una decrescita che non è solo felice, ma occorre passare per percorsi di responsabilità, di creazione e di cura delle persone e dell'ambiente, con tutti i suoi abitanti animati e non.

Nel paradigma della cura, per la Cultura si aprono scenari immensi, un terreno di connessione, di ibridazione del sapere con nuovi soggetti, prima apparentemente molto lontani, ma in questa nuova prospettiva vicinissimi. Partiamo dalle imprese, le intraprese dell'agire umano. Lo vediamo con il **Gruppo Zegna** con il quale abbiamo una storica collaborazione tra famiglie. Storie italiane ricche di aneddoti. Il bisnonno dei miei figli, padre di Michelangelo Pistoletto era pittore e lavorò per gli Zegna negli anni Trenta, all'apertura della Panoramica, il progetto di strada che collegava valli, paesi e frazioni sulle montagne con un'opera di riforestazione gigantesca, costruendo quella che negli anni Ottanta e Novanta sarebbe diventata l'Oasi Zegna. Questa che sarebbe una storia da film, apre un mondo oggi sul tema della cura del Pianeta, cura delle Comunità, cura delle relazioni.

Pensiamo alla nostra partnership con Croce Rossa Italiana che abbiamo costruito due anni fa (il tuo ponte con il Terzo Paradiso di Exilles che hai realizzato, il concerto di Ezio Bosso è stato galeotto nell'incontro con Pierumberto Ferrero che oggi lavora per Croce Rossa Italiana). Il mondo della Croce Rossa è prevalentemente un universo di volontari che, con i medici, si prendono cura della persona, sul campo di guerra, durante le catastrofi, sulle strade delle città per gli incidenti che ci attendono nella vita quotidiana. Gli artisti che formiamo, studiamo e con cui collaboriamo, con le loro pratiche relazionali di intervento diretto sulla realtà, si prendono cura non tanto delle persone, quanto del Pianeta e dei rapporti tra le persone. Quindi c'è **una perfetta convergenza sinergica con Croce Rossa: persone e pianeta. Abbiamo condiviso workshop tra artisti della cura e operatori della cura, in una esperienza formativa reciproca. Uno slancio che pareva complesso, per mondi diversi che parlano linguaggi diversi e invece si è rivelato straordinariamente fecondo, anche nella sfida pandemica.**

Con la Croce Rossa, Cittadellarte ha realizzato inediti *workshop* tra artisti e operatori della Salute?

Abbiamo iniziato con dieci volontari per un pilota. La Croce Rossa è costituita di comitati territoriali, ha un potenziale di impatto enorme: è una rete diffusa capillarmente nei territori, fortemente interconnessa, amata e riconosciuta. Quindi per Cittadellarte che ha un programma di intervento interlocale, ma globale, è stato naturale proporre a Croce Rossa una collaborazione fondata su pratiche artistiche che si inseriscono negli ecosistemi locali; attraverso i *workshop* i volontari condividono le loro esperienze e accolgono le ispirazioni e le lezioni apprese dagli artisti, quando rientrano alla propria sede territoriale si portano a casa un patrimonio che potranno riversare nei territori in cui operano. Questo è il nostro *modus operandi* con l'Università delle Idee, che è attiva dal '99. Non è una residenza, perché è temporanea, dura da una settimana a sei mesi normalmente, in ogni caso è dunque un passaggio. Quindi non è a Biella che si limita l'area di atterraggio o di impatto di quanto si raccoglie durante l'esperienza di formazione. Il vero punto è che quando tornano a casa gli artisti (che sono diventati *artivatori*) negoziano con le loro ecologie locali il loro esserci, il loro ruolo, il loro connettersi. È proprio questo che i volontari hanno avuto l'occasione di condividere: un percorso di esperienze fondato sulla creazione, co-progettazione, insieme con artisti, curatori, esperti di campi anche assai diversi. Possiamo quindi dire, con un pizzico del sale utopistico che condisce di sapore e spezie la vita, che il *workshop UNIDEE* non sia la vera residenza perché essa è quella che si svolge al rientro nei comitati territoriali locali. Questa collaborazione ci ha portati a Solferino, il paese in cui è nata la Croce Rossa nella famosa Battaglia di Solferino nel 1859, da Jean Henry Dunant, un commesso di banca svizzero, che richiese il diritto di assistere i malati, i caduti, i feriti a prescindere dalla loro appartenenza, quindi anche il nemico, sulla base di valori universali di umanità, fratellanza, eccetera... Una invenzione straordinaria. Dunant come Yunus, Gandhi... personaggi che creano realtà e immaginari, anche se non dipingono, creatori che forse mai furono chiamati artisti. A Solferino ogni anno arrivano giovani volontari da tutto il mondo, fino a 40mila persone in una settimana. A giugno dello scorso anno abbiamo realizzato *workshop* per i giovani dei comitati locali di quasi 60 Stati diversi. Un atlante di soggetti dall'alto potenziale trasformativo (o impatto) riuniti in un confronto guidato verso la produzione di proposte concrete; e poi il percorso che ne consegue ciascuno nel proprio contesto territoriale ma interconnessi in una rete che opera un processo di *design* sociale, politico e civico. Una "comunità di pratica", per dirla alla Wenger, che a noi piace chiamare "ecologia di pratiche".

Un lavoro per un vero cambiamento di paradigma.

Attraverso la comunità di pratica. Partendo dalle infrastrutture sociali. Una delle più potenti delle quali è l'ospedale, vero alveare di decine di comunità di pratica interconnesse, appunto, in un'ecologia. Cito l'inizio del nostro rapporto con questa ecologia. Nel 2000 l'ospedale oncologico di Marsiglia Paoli-Calmettes stava ristrutturando la cappella di raccoglimento, cattolica come il 98% dell'utenza al tempo della nascita dell'ospedale: la direzione con il personale si è interrogata sulla crescita di altre confessioni e visioni della vita e della morte appartenenti alle componenti sociali che costituiscono il bacino di utenza dell'ospedale oggi. Con il bellissimo programma *Nouveau Commanditaire* di François Hers, importato in Italia dalla Fondazione Olivetti a fine anni Novanta, ci chiamano per interpretare il bisogno che l'ospedale aveva percepito nella propria comunità. Pistoletto nel suo lavoro porta l'arte ad assumere la religione, sulla base di una spiritualità laica che non esclude le confessioni, ma mette l'arte stessa al centro di ogni orientamento confessionale o laico. Sulla base dell'indicazione dell'ospedale, **l'Artista con Cittadellarte progetta un luogo di raccoglimento multiconfessionale e laico**, nella forma di un fiore i cui petali sono separati e uniti da griglie che lasciano passare la luce, la vista, l'aria, i rumori, i profumi del raccogliersi umanamente nei momenti in cui la sofferenza ci viene a trovare e in cui la nostra umanità è maggiormente indifesa, quando trovarsi e vedersi, rispecchiarsi gli uni negli altri aiuta moltissimo. **Una permeabilità tra confessioni diverse nella sofferenza e nella comunione umana è il grande messaggio.**

Questo è il primo progetto che porta Cittadellarte a interagire con il mondo della salute, come comunità di pratica che ha un potere effettivo di impatto sulla vita di migliaia di persone. È un'operazione spirituale che svela un potenziale politico cioè di organizzazione della vita civile pazzesco.

Da questo momento iniziammo un percorso di collaborazione con il mondo della cura. Nei primi anni del 2000, come sa bene Catterina perché fu tra le prime con cui mi confrontai, fummo invitati a partecipare a un programma che avrebbe portato la città di **Turku in Finlandia a vincere il titolo di Capitale Culturale Europea nel 2011**, focalizzato sulla cultura per il benessere delle persone. Organizzammo a Turku la seconda tappa (la prima fu a Biella) dell'Università Nomade di Arte, Filosofia e Management (*NUROPE, Nomadic University for Europe*). Conoscemmo **l'esperienza potente di cultura on prescription**, un programma che portava i medici a prescrivere ai propri mutuatati consumi culturali. Da quella esperienza ne derivò **Il programma Taiku, una ricerca di 5 anni, che ha coinvolto 5 Ministeri** per valutare gli impatti anche economici dell'investimento in cultura per la salute. Ricordo che per esempio presentavano la situazione di due tossicodipendenti: quanto costa al sistema curare vita natural durante il loro recupero? Quanto costa invece sostenere un luogo di cultura che attraverso le arti sappia includere due giovani e prevenire l'ingresso alla tossicodipendenza includendoli in un percorso di espressione di sé, di comunità, di lavoro? L'esito fu che costava molto di più assisterli che integrarli in percorsi virtuosi con centri dedicati alla creatività e alle imprese creative. Per noi fu un'esperienza illuminante, un approccio pragmatico, tipicamente nordeuropeo che diede un'impronta alla nostra strategia.

Quali gli altri vostri *partner* nel mondo della Salute?

Iniziammo quindi a lavorare con il **Fondo Edo Tempia di Biella** con cui istituimmo borse di studio, per un periodo di una decina d'anni, per allievi dell'Accademia UNIDEE di Cittadellarte che lavoravano con la complessa realtà dell'ospedale di Biella. Cito tra gli altri il progetto condotto da Natalia Medina, un'artista colombiana che lavorò sul tema della elaborazione del lutto e del dolore per le donne in cura chemioterapica pesante: in particolare si concentrarono sul tema del velo. Il velo che copre la nudità della testa in occasione di cure antitumorali chemioterapiche. Si aprì un percorso di coprogettazione con una dozzina di donne che seguivano queste terapie. Innanzitutto questo le portò in Cittadellarte, in uno spazio di creazione e condivisione delle sensazioni e le visioni di questo percorso di cura e di vita. Crearono un velo che venne realizzato dall'industria tessile biellese, di grande finezza, vennero disegnati dalle stesse partecipanti ai *workshop*, guidate da Natalia. Rappresentarono dunque il **prendersi cura di sé attraverso la creazione di bellezza con la quale coprire ma pure accogliere le nostre umane debolezze o fragilità**. Questa operazione molto circoscritta rappresenta uno dei tanti percorsi di collaborazione attiva, fattiva, diretta, viva con il mondo della cura, **un percorso di riconciliazione con grandi dissidi interiori**, compreso il male, la morte, la sofferenza, l'ingiustizia. Attraverso il Fondo Edo Tempia abbiamo avviato una collaborazione con l'**Ospedale di Biella**, ricco di persone ispirate che stavano portando la visione dell'umanizzazione della cura con un **approccio biopsicosociale**, oltre all'approccio biomedicale dominante. Si sono aperte moltissime collaborazioni. **Le imprese sono una grande risorsa**. Lo dimostra la risposta che abbiamo ricevuto dall'**Associazione Tessile e Salute per la moda sostenibile. Il 7% delle malattie dermatologiche gravi che ci colpiscono deriva, secondo i loro gli studi, dai tessuti** dei nostri vestiti. Anche grazie a queste evidenze - sapete che Biella è il cuore dell'industria laniera italiana di alta qualità, con aziende come Zegna, Piacenza, Loro Piana, Cerruti, eccetera - l'industria si sta ripensando. Promuovere una narrazione che sostenga il tessile di qualità a favore della salute è nell'interesse di un territorio come Biella. Insieme vogliamo costruire consapevolezza e meccanismi di tutela per la salute dei consumatori. L'Associazione è nata da una rete di imprenditori, è riconosciuta dal Ministero della Salute ed è in corso il processo per essere riconosciuti come Agenzia Nazionale per la Salute nel Tessile. **Il visionario Presidente, Franco Puntì, ha costruito tutto questo e i ponti con il mondo dell'arte**. Uno dei quali è l'installazione artistica nell'Ospedale realizzata con panchine installate nel grande spazio sul tetto della stecca che unisce le due torri dell'Ospedale di Biella. Sono state disposte secondo la forma del simbolo del Terzo Paradiso. Le panchine sono state disegnate dagli studenti del Liceo Artistico Sella di Biella, guidati dai docenti Denise de Rocco (Ambasciatrice del Terzo Paradiso), Nadia Landrino e Leonardo Pierro, aiutati dall'Ufficio Arte di Cittadellarte coordinati da Armona Pistoletto, mia moglie, che è una designer. Questo simbolo è diventato parte viva della cultura dell'Ospedale, è il luogo di sosta dei pazienti, delle loro famiglie, dei dipendenti, che lo hanno anche tradotto in una grande performance realizzando un terzo paradiso di persone. È un percorso che ci ha portato a **una funzione dell'arte** che mi preme

moltissimo sottolineare, **di public utility**. “Organizzazione di utilità sociale” è una delle qualifiche più belle che si possa avere, vero? Essere utili alla società.

Una sostenibilità di senso che è anche sostenibilità economica per la cultura?

Tra i miei compiti e benedizioni c'è anche quello di far funzionare Cittadellarte: 30 mila metri quadri in gran parte ristrutturati, 50 persone. Un'impresa non facile.

La consapevolezza del *Taiku* ci ha fatto fare un salto concettuale e strategico. Le persone sentono il bisogno di rigenerarsi, sta nascendo una economia del benessere, perché non le invitiamo a fare immersione di cultura come consapevole e strutturato programma di cura di sé, di prevenzione e benessere, di *welfare*? Abbiamo così avviato il percorso delle **Terme Culturali**, per prendersi cura dello spirito e della mente. Corpo sano in mente sana, è il nostro motto, che ribalta l'adagio classico. Achille **Bonito Oliva, personaggio di grande intelligenza e arguzia, disse che considerava l'arte come il massaggio al muscolo atrofizzato della società**. Abbiamo realizzato le *Terme Culturali* anche sull'onda di questa ironica interpretazione della funzione sociale dell'arte.

Le Terme rappresentano in realtà una vocazione territoriale importante. Il biellese è stato all'inizio del Novecento uno dei luoghi più rilevanti per gli stabilimenti termali idroterapici freddi e puri. Sono trattamenti peculiari perché normalmente le terme sono calde e sulfuree. Nel biellese la borghesia e l'aristocrazia russa, inglese, francese negli anni di fine Ottocento e inizio Novecento veniva a fare delle terme con l'acqua gelata e purissima. Facevano camminate nei boschi in montagna a piedi nudi. Venivano a curare attraverso l'esercizio fisico, anche dirompente, l'eccessivo comfort, il male moderno del quale l'*élite* della *belle époque* prese per prima consapevolezza. I mali della modernità che porta a una vita sedentaria, che penalizza il corpo, la deambulazione. Un problema culturale, ancora una volta, alla base di disagi fisici che impattano enormemente sulla vita sociale e sui costi che una comunità deve sostenere.

Nel salotto di ingresso di Cittadellarte, ottocentesco, abbiamo creato una *gallery* che racconta questa storia. Lo chiamo lo spogliatoio, per abbandonare le vesti e le abitudini della vita di ogni giorno. Il musicista Max Casacci insieme a Hatisuara ha creato un'opera per raccontare i mille incontri che l'acqua fa con gli elementi naturali e artificiali del paesaggio biellese diventando suono, voce, esperienza, ricordo. Questo è il primo trattamento delle Terme, un'immersione asciutta nell'acqua e nell'oceano della sua e nostra memoria. Avviene in uno spazio intimo, ma collettivo, per quindici persone, abitato da installazioni e ambienti ideati da Michelangelo, l'educatore Ruggero Poi e Juan Sandoval, che dirige l'Ufficio Arte di Cittadellarte in cui si è accompagnati da un mediatore/massaggiatore che invita a riconnetterci con la nostra dimensione acquatica, idrica. Veniamo dall'acqua, siamo fatti al 75% d'acqua, non potendo portare il mondo nell'acqua, milioni di anni fa, la vita scelse di portare l'acqua nel mondo. Max Casacci ha raccolto con un processo di *soundscape* sul territorio la voce delle sorgenti, delle acque vicine a santuari molto noti come Oropa, delle rogge e canali per gli stabilimenti idroterapici, o per le imprese del tessile che all'acqua devono la loro fortuna, fino alle coltivazioni agricole con le risaie di pianura. Poi il percorso delle Terme Culturali prosegue con il trattamento dedicato alla nostra seconda pelle, il vestito Cittadellarte si impegna nel mondo della moda fondando nel 2010 la prima piattaforma europea dedicata interamente alla moda sostenibile: riunisce imprese manifatturiere e *fashion designer* sostenibili, *BEST- Better Ethical Sustainable Think Tank*. La terma porta all'incontro con la prospettiva etico-sostenibile attraverso un'installazione coideata con Flavia La Rocca, *fashion designer* della piattaforma B.E.S.T. lanciata che ha vinto l'anno scorso il *Green Carpet*, il più ambito premio di moda sostenibile (i *designer* B.E.S.T. su tre edizioni hanno vinto tre volte). Flavia realizza con tessuti riciclati o pienamente sostenibili fin dalla radice, collezioni di abiti modulari con i quali costruire un guardaroba completo, attraverso diversi assemblaggi.

Queste progettualità sono scalabili anche in altri contesti o riflettono la specificità di questo percorso? Il bacino degli Ambasciatori del Terzo Paradiso, attivi in tutto il mondo, può essere un'area di diffusione? Quali sono gli ostacoli e quali pensa possano essere le azioni di supporto utili?

Dai laboratori, con la nostra visione di Demopraxia - espressione con cui indico una forma di organizzazione politica e civica dove il demos esercita sovranità attraverso le pratiche che attua e la

loro interconnessione in reti di intelligenza collettiva - vogliamo **passare dalla manifestazione all'azione manifesta**. La manifestazione è necessaria, è il momento di critica e di carica della tensione. La critica è indispensabile, ma non è abbastanza. Nella manifestazione manifesto, scrivo anche la mia (ri)mostranza, ma questa energia deve diventare tavolo di lavoro e azione, aggregando una comunità di pratica intorno a sé ed assumere decisioni che affrontano la sfida indicata dal manifesto e dalla manifestazione. È un passaggio indispensabile per esempio al movimento *Fridays for Future*. Anche le *Terme Culturali* rispondono a questa logica: fai esperienza di **trattamenti che attivano la tua capacità di visione, generano ispirazione, e cogli strumenti ed elementi da riportare nella tua ecologia di pratica, qualunque essa sia: nella famiglia, nelle imprese, nelle associazioni**. L'esperienza termale in Cittadellarte culmina nella creazione di un manifesto personale da portarsi con sé e usare come simbolo e chiave per avviare iniziative (fosse anche solo una conversazione) fondate su di esso. **Siamo impegnati a scalare questi processi, partiti da Cuba, poi approdati a Roma, Melbourne, Bali, Budapest, Quito, Sao Paulo... e ora finalmente nel territorio di Biella.**

La vostra proposta per Biella è un territorio per il benessere?

Il progetto della Demopraxia a Biella incontra una vocazione territoriale specifica (ciò che parte del metodo stesso): l'avvio si realizza grazie alla congiunzione con la Fondazione Bellezza che nasce con l'obiettivo di aumentare l'attrattività turistica e i pernottamenti nel biellese: oggi sono 250 mila all'anno; l'obiettivo è 500 mila. Si muovono le famiglie Zegna e Sella con la Fondazione Cassa di Risparmio di Biella e invitano noi come co-fondatori onorari. L'investimento di capitale è rilevante: cinque progetti, uno dei quali è il nostro. Lavoriamo sull'estensione del concetto di Terme culturali attraverso il metodo di *social design* costituito dall'arte della demopraxia, la cui prima fase è la mappatura dei soggetti che sono vocati all'accoglienza, ovvero agriturismi, aziende agricole, castelli... e nello stesso tempo sono impegnati secondo i principi della sostenibilità, come definita in particolare dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. Un esempio potrebbe essere una Spa che utilizza l'acqua a circolo chiuso, o una tintoria che ricicla gli stracci e intende aprire un'attività di accoglienza. La sfida è far comprendere che l'accoglienza turistica è un processo culturale, e che oggi è inevitabile ma premiante coniugarla con la sostenibilità. Nell'immaginario più immediato associamo al turismo una gita nel bosco o fare esperienza di *bungee jumping*, l'enogastronomia, eventualmente vedere una mostra, anche se sappiamo che sono pochissime le persone che vanno anche alle mostre rispetto a coloro che vanno solo in bicicletta. La sfida del biellese come la proponiamo noi è invece fondata sulla constatazione che **per essere rilevante per gli altri è importante che gli altri siano rilevanti per te**. Quindi se per noi sono rilevanti "gli altri" cioè il Pianeta, le diseguaglianze sociali, gli stili di vita sostenibili, noi lo saremo per gli altri. Questi temi valoriali sono centrali a Vancouver, a Varese, a Torino. Dunque, se Biella diventerà un luogo campione in cui si sperimentano pratiche di qualità della vita e sostenibilità come base culturale, allora potrà essere attrattiva per chi condivide questi valori. Per un *weekend*, per la passeggiata del sabato pomeriggio scelgo un territorio per il benessere, basato sulla sostenibilità. Unico.

Se unisco patrimonio storico, naturalistico, produzione creativa, bellissimi borghi, straordinarie montagne, e il racconto dell'industria tessile fino alla possibilità di comprare moda davvero sostenibile, allora il messaggio è potente.

Avete fatto delle valutazioni scientifiche? Avete pensato dei KPI, anche con i referenti dell'Ospedale, per convincere anche i più scettici?

Non ancora. **Stiamo lavorando** esattamente a questo con **gli allievi del nostro master *Creatività e Pratiche Sociali***, in collaborazione con *Polidesign* Milano, grazie a docenti come Laura Orestano di *Social Fare*, Mark Vanderbeeken di *Experientia* e Pierluigi Sacco, che non hanno bisogno di presentazioni.

La nuova Academy va nella direzione della valutazione degli impatti?

Sì. Appunto questi *partner* ci accompagnano in questa direzione.

Quattro anni fa abbiamo capito che era arrivato il momento, perché i tempi erano maturi, per trasformare i nostri programmi di alta formazione informale, come era stata fino ad allora, aprendo

anche un canale di formazione formale. Corsi universitari riconosciuti dal Ministero. L'Università di Pollenzo ci ha ispirati vista la sua vocazione teorica e di ricerca, la sua vocazione universale. Però il mondo dell'Università è molto complesso e presidiato. Abbiamo deciso di passare dal percorso dell'Accademia, dell'Alta Formazione Artistico Musicale, AFAM comprende le Accademie, i Conservatori e le scuole coreutiche, una bellissima storia tra l'altro italiana, che nasce in Italia nel Settecento. È un patrimonio incredibile. Avremo, quando il Ministero approverà finalmente la nostra istanza per il rilascio dei crediti con titoli di diploma legalmente validi, **l'Accademia di Belle Arti della Cittadellarte, l'Accademia Unidee del Terzo Paradiso**, che nasce dalla storia di formazione informale Unidee, che in ogni caso proseguirà i suoi corsi. A settembre siamo partiti con un programma fantastico, come sempre fondato sulle *social engaged practices*, ma questo anno l'approfondimento è dedicato al mondo *under and after Covid*. **Come ingaggiare nel mondo in- e post-pandemia**. 60 allievi che, a gruppi di 5 alla volta, saranno per una settimana a Cittadellarte e 10 settimane *online*, un'idea di *blending*, per una gestione più adatta al tempo del Covid. Ogni due anni Unidee in Residence Program nomina con un bando internazionale un *visiting curator*, il cui progetto pedagogico bi/triennale risponde alle linee di ricerca di Cittadellarte proponendo personali e inedite variazioni. Il programma prevede l'invito di mentori che portino la loro ricerca e/o le loro pratiche di trasformazione della sfera sociale attraverso processi artistici condivisi. I mentori saranno quest'anno presenti sia fisicamente, sia in connessione digitale. Lungo le 11 settimane del corso, nella grande aula laboratorio di Cittadellarte si sedimentano le tracce in *progress* dei processi di ricerca. Lo spazio fisico condiviso virtualmente, si trasforma in una riedizione - di per sé oggetto di indagine - del dispositivo del *panopticon*: tutti assistono e tutti contribuiscono; è una specie di *open space* e anche di *open studio* che alla fine diventa la mostra di un processo.

La pandemia è stata un boost per nuove soluzioni? La difficoltà è stata uno stimolo? Anche nella trasformazione delle relazioni sociali.

Esattamente. La negoziazione dello spazio e la sua condivisione è elemento centrale dei nostri percorsi di formazione: viviamo forme ibride di convivialità profonda che attingono a Ivan Illich come a Rirkrit Tiravanija ma soprattutto alle tradizioni culturali di chi viene a convivere nella casa di Cittadellarte. Per noi il Covid ha causato lo shock di rinunciare ai patrimoni di esperienza, di conoscenza e di apprendimento insiti nella negoziazione del corpo e dello spazio. Cosa avviene a Cittadellarte durante il Covid? Cose meravigliose, esperienze di ricerca e formazione continue, ma non solo, Cittadellarte è aperta, i suoi confini sono permeabili, così il virus fin da marzo ha trovato accoglienza pure lui; e noi ci siamo ammalati. Michelangelo è stato ricoverato in ospedale, salvato per il rotto della cuffia, grazie anche al saturimetro, che consiglio caldamente a tutti, senza il quale il sistema sanitario avrebbe protratto ancora la decisione di ricoverarlo mentre l'infezione si aggravava. Durante il *lockdown* ovviamente il lavoro si svolge in *smart working*.

Nei mesi di marzo e aprile, chiuso in una Cittadellarte assordantemente vuota, poiché io vi abito con la mia famiglia, ho lanciato **un appello per costituire un corpus di conoscenze e di pratiche concrete** da impiegare per un *new normal* che non sia uguale al *normal*, ma che rappresenti una svolta rispetto alle grandi necessità di cambiamento che sentivamo da sempre e per cui Cittadellarte esiste, ma che il Covid rende visibili e urgenti agli occhi di tutti, o quasi tutti. Il mio appello invita a diffondere le pratiche della demopraxia in una pandemia benefica e - ormai possiamo dirlo senza timori - pure salvifica. Sono **le pratiche che già stanno apportando soluzioni concrete alle sfide che urgono: l'energia, l'acqua, il cambiamento climatico, le filiere produttive del cibo, della moda, dell'edilizia, le iniquità insopportabili e il carico che tutto ciò comporta sulle dinamiche demografiche e migratorie**. Ho chiamato questo appello "**Pandemopraxia, quasi un manifesto ai tempi del Covid19**".

Non solo io, naturalmente, continuavo a lavorare e riflettere e operare durante il *lockdown*; una delle esperienze entusiasmanti di quei mesi è stata la creazione, da parte del nostro Ufficio dedicato alla moda sostenibile, guidato da Olga Pirazzi, che coordina decine di imprese e *designer* orientati alla responsabilità, di una filiera sostenibile per produrre le mascherine, messa in piedi a distanza durante il *lockdown*. Una filiera tutta locale, articolata perché ci sono filati, tessuti, tintura, e poi gli elastici, la confezione, il *packaging* e il trasporto insomma abbiamo messo insieme un'operazione che ci ha portati a produrre **100 mila mascherine donate alla Croce Rossa Italiana**. **L'Arte della Cura** è il progetto, che

non si sarebbe potuto realizzare senza l'incredibile contributo dello storico Lanificio F.lli Cerruti, della Consulta per le Persone in Difficoltà e l'Associazione Inchiostro.

Moda sostenibile, cambiamento della cultura di impresa, messaggio della cura del Pianeta, quindi il cambiamento radicale del quale ci ha parlato all'inizio.

Sì, che non può essere che collettivo, condiviso, appropriato nell'intimo e coordinato in reti di scambio e crescita aperte. Anche con la produzione delle mascherine abbiamo ingaggiato diverse comunità di pratica in una pratica di comunità, in risposta concreta a una esigenza di emergenza. Anche questo percorso diventa formazione per i nostri studenti dell'Accademia Unidee, i corsi triennali e il Master con il POLI.design.

Il futuro non ci aspetta, né noi dobbiamo restare fermi ad aspettarlo. **Il futuro lo costruiamo insieme attuando ogni giorno pratiche che danno forma alla realtà in cui viviamo, il mondo non è altro che una immensa opera collettiva, di cui tutti siamo autori, ma come avrebbe detto Orwell, alcuni sono più autori degli altri. A Cittadellarte lavoriamo per raccogliere e diffondere i modi e i metodi per diventare più autori, e meno automi.**

5. Gabriele Vacis

Agosto 2020. Conversazione tra Catterina Seia, Carla Di Grazia e Sandy Ghirardi e **Gabriele Vacis**, regista teatrale, ideatore e direttore dell'Istituto di pratiche teatrali per la cura della persona.

Desideriamo nutrirci della sua visione in merito alla genesi e allo stato dell'arte dell'Istituto di pratiche teatrali per la Cura della Persona che, come lei ha affermato nel corso di interviste è un punto di convergenza di un lungo **percorso di empowerment delle persone attraverso il teatro, soprattutto quelle che un tempo avremmo definito vulnerabili. Oggi mettiamo al centro le loro potenzialità più che il loro disagio.**

L'Istituto di pratiche teatrali per la cura della persona è nato tre anni fa come settore del Teatro Stabile di Torino, sostenuto da un finanziamento della Regione Piemonte e della Compagnia di S. Paolo, ma dall'inizio del 2020 non fa più parte del Teatro Stabile ed è un'entità autonoma. Il Teatro Stabile ha preferito indirizzare i finanziamenti che erano destinati all'Istituto verso il "*public development*".

L'idea dell'Istituto nasce dalla considerazione che **c'è più gente che fa teatro di quanta vada a teatro. Il teatro nasce dalle pratiche catartiche e di cura. Da sempre impiega le proprie tecniche oltre lo spettacolo: lo psicodramma, la musicoterapia, la danza come antidoto alla nostra vita statica, l'animazione nelle periferie più degradate, sono consuetudini diffuse, ormai. Da tempo si impiega la narrazione in campo medico e il gioco teatrale nella gestione delle disabilità. Tutte queste azioni si fondano sulla consapevolezza di sé, degli altri, del tempo e dello spazio, che è alla base del teatro di ogni tempo.**

Grandi registi e grandi attori hanno ispirato queste strade del teatro da più di un secolo. E **oggi accade che il coinvolgimento del cittadino, della persona, nel lavoro artistico siano la poetica di molti attori, drammaturghi, registi.**

Poi bisogna considerare gli studi dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui tra vent'anni la prima causa di morte non saranno più le malattie cardiovascolari, il cancro e gli incidenti stradali, ma la depressione.** Per le principali cause di morte attuali abbiamo messo a punto strumenti efficaci di contrasto, per la depressione intendiamo affidarci esclusivamente agli psicofarmaci? Spero proprio di no. Allora quali alternative abbiamo? **La Cultura, lo Sport e tutte le discipline che coltivano la consapevolezza di sé, degli altri, del tempo e dello spazio. Il teatro può giocare un ruolo molto importante in questa partita contro la depressione, perché i maestri del Novecento, a partire da Konstantin Stanislavskij per arrivare a Jerzy Grotowski, da Copeau al *Living Theatre*, hanno lavorato prevalentemente sul teatro oltre lo spettacolo, hanno approfondito quelle tecniche che aiutano ad essere presenti a sé stessi. E a cosa serve essere presenti a sé stessi? Alla relazione con l'altro. I maestri del Novecento hanno lavorato all'abbattimento della quarta parete che separa l'attore dallo spettatore, intuendo che l'interazione ha un ruolo primario nella cura della persona. E anche nella produzione di bellezza.**

L'Istituto di Pratiche Teatrali per la Cura della Persona raccoglie l'eredità dei maestri del Novecento. Per questo **vorrei che le grandi istituzioni culturali prendessero atto di questa necessità: sostenere e incentivare le pratiche teatrali per la cura della persona. Perché sono il passato e il futuro del teatro. Se continueranno a fare solo intrattenimento, se continueranno a pensare di difendere la tradizione esclusivamente producendo spettacoli, temo che tra venti o trent'anni, quando la depressione sarà la prima causa di morte al mondo, luoghi come il Teatro Regio o il Carignano saranno supermercati o qualche nuova forma di commercio che oggi intravediamo in Amazon. Ma guardate che il fenomeno è già in atto: lo storico Teatro Italia a Venezia è già stato trasformato in un supermercato, come lo Smeraldo, che era uno dei più grandi teatri di Milano è da tempo un supermercato *Eataly*. Non ho nulla contro *Eataly*, ma mi spiace che si riduca il numero dei teatri, che queste grandi sedi storiche, questi posti meravigliosi, si trasformino in un modo così radicale. Il teatro è sempre più vicino alla cura della persona, alla pedagogia. Con questo non voglio dire che si debba smettere di fare spettacoli teatrali tradizionali. È proprio perché voglio salvaguardare anche il ruolo tradizionale di spettacolo del teatro che credo si debbano comprenderne le molteplici funzioni. Lo**

stesso discorso vale per l'opera. I giovani non torneranno all'opera. E la ragione è strutturale. L'emissione del canto lirico aveva una funzione ben precisa: superare la potenza dell'orchestra. Era necessaria perché non esistevano i microfoni. Le tecnologie oggi offrono possibilità espressive impensabili da Verdi, inimmaginabili da Puccini. Eppure la musica di Verdi e Puccini è un patrimonio inestimabile che dobbiamo salvaguardare. Come? Attribuendole il ruolo museale che merita. Facendone oggetto di studio com'è oggetto di studio storico il Risorgimento e non oggetto d'intrattenimento. Dall'altra parte l'opera come il teatro si portano in salvo attraverso l'inclusione: mettendoli in relazione con le persone. Non sto dicendo niente di nuovo, sto difendendo **la tradizione che da sempre va nella direzione della cura della persona: il Teatro di Epidauro, uno dei più grandi teatri classici, era "un reparto" di uno dei primi ospedali dell'antichità, il Tempio di Asclepio. Nel teatro di Epidauro si facevano riti catartici. Era luogo di meditazione sociale, di costruzione della comunità, di gestazione della democrazia. Il teatro è il luogo in cui chi parla può ascoltare chi ascolta.** Oggi tutti dicono che l'ascolto è fondamentale, che bisogna recuperare l'ascolto, a partire dai politici che non perdono occasione per dire che bisogna ascoltare la società, i territori. Ma come si fa? Basta guardare un qualsiasi *talk show* per vedere come nessuno ascolta nessuno. Il teatro ha molto da dire sull'argomento perché **l'attore vero, sulla scorta di una tradizione millenaria, per stare in scena si allena per tutta la vita ad ascoltare chi lo ascolta. Per ascoltare bisogna essere presenti a sé stessi, consapevoli della presenza dell'altro, ma consapevoli con il corpo, non solo con il cervello,** allora si potrà aprire lo sguardo e l'ascolto: di questo ci occupiamo all'Istituto di pratiche teatrali per la cura della persona. Di *empowerment* delle persone.

Come avete dimostrato in tre anni la rilevanza del tema? Cosa avete realizzato?

Nei primi tre anni di attività l'Istituto ha incontrato **duemila partecipanti ai Laboratori d'inclusione e ai video colloqui, più di millecinquecento allievi delle scuole superiori e delle Università di Torino e del Piemonte, di Napoli, di Venezia, di Padova, di Reggio Emilia, di Genova, quattromila cittadini coinvolti in conferenze, seminari ed eventi, cinquemila spettatori per l'opera "Serse" di Handel nei teatri di Piacenza, Modena, Reggio Emilia e Ravenna.** Ma vorrei portare ad esempio **lo spettacolo "Cuore / Tenebra",** replicato per tre settimane al Teatro Carignano di Torino due anni fa, esito del lavoro svolto dall'Istituto nelle scuole superiori di Torino. Lo spettacolo era **nel cartellone in abbonamento del Teatro Stabile. In scena c'erano centocinquanta studenti:** un percorso di quel tipo, il cui esito non era il saggio scolastico presentato ai parenti, ma uno spettacolo in cui confluivano l'esperienza di attori come Jurij Ferrini, le storie di immigrati e pazienti psichiatrici con, appunto la forza di centocinquanta adolescenti. Tutto quanto presentato ad un pubblico vero. Quella è stata un'esperienza che ha lasciato nei partecipanti un segno profondo. Poi bisogna considerare il coinvolgimento delle famiglie e delle scuole. Insomma: se si vuole veramente fare del "*public development*" bisogna **fidelizzare gli spettatori,** e quando dico fidelizzare intendo **creare relazioni profonde, creare memoria condivisa di esperienze,** niente di strumentale alla conquista di nuovi abbonati alla stagione teatrale. Intendo **garantire loro un percorso d'inclusione che Netflix non può fare.** Per questo mi spiace che grandi istituzioni abbiano scelto di tagliare un lavoro non comprendendone la portata. Comunque, con i miei collaboratori, non ci perdiamo d'animo: stiamo proseguendo a livello volontario alcune collaborazioni che riteniamo irrinunciabili. Per esempio con l'ospedale pediatrico Regina Margherita abbiamo iniziato un percorso con gli adolescenti e con gli operatori: nel dicembre 2019 abbiamo realizzato quello che chiamiamo **Awareness Time a cui, oltre a medici, psicologi, educatori, hanno partecipato persino alcuni infermieri.** Da tempo lavoriamo con il **Centro di Salute Mentale di Settimo Torinese** e non potevamo interrompere. Certo che abbandonare il progetto scolastico con i licei torinesi storici, Alfieri e D'Azeglio, con l'istituto tecnico Russell-Moro delle Vallette e il Boselli, istituto per operatori turistici, troncò la bellissima commistione tra centro e periferia che si stava realizzando, mi ha ferito e deluso. Mi ha deluso un ambiente culturale che non riesce a riconoscere i fenomeni. Faccio teatro da cinquant'anni, ho cominciato che ne avevo quattordici. Ho visto il teatro torinese trasformarsi da spazio aperto all'innovazione a fortino che si sente assediato dal mutamento culturale in atto. Quand'ero ragazzo il Teatro Stabile di Torino andava nei quartieri e nelle periferie, dove io vivevo a portare l'animazione. Adesso cerca di fare intrattenimento. Papa Francesco dice che *non stiamo vivendo in un'epoca di cambiamenti, stiamo vivendo*

il cambiamento di un'epoca. Ecco, il Papa è un uomo che non ha paura, che non si chiude nel suo fortino, ma apre lo sguardo su mondo che muta nel segno dell'inclusione. Non a caso è un gesuita, ordine che da sempre considera il teatro un mezzo di grande efficacia per la cura della persona. E non a caso si chiama Francesco, santo luminoso di grande teatralità, ma non quella teatralità che produce forme, quella **teatralità che produce relazioni tra le persone.**

Siamo in un grande momento di trasformazione culturale, molto appassionante. La decisione, anche se indotta, dell'autonomia, vi consentirà di agire in libertà nella trasformazione di senso. Può aiutarci a comprendere come agite nei programmi di costruzione di competenze per gli operatori sanitari e socio-sanitario-assistenziale; avete lavorato sulla prevenzione del rischio di *burn out*? Come avviene l'ibridazione? Su quali sfide, oltre alla depressione siete impegnati? Il *creative aging* è uno dei temi centrali anche perché la piramide demografica è invertita.

Lavoriamo principalmente con **due pratiche: la Schiera e i video colloqui.** Conduciamo la pratica della Schiera negli "**Awareness Time**". Di solito, in italiano, si traduce *awareness* con la parola *consapevolezza*. Ma la *consapevolezza*, per noi italiani, è una macchina del pensare. È qualcosa che riguarda la mente, mentre **per gli inglesi *awareness* ricongiunge la mente con il corpo.** Spesso le pratiche di cura si fondano sul pensiero discorsivo, sulla parola. Nel nostro lavoro partiamo dall'azione più semplice, camminare: **reimpariamo a camminare. Nei nostri laboratori studenti ed insegnanti lavorano insieme, pazienti ed operatori fanno la Schiera nello stesso modo. L'obiettivo è il respiro comune per camminare insieme. L'obiettivo è l'ascolto reale, profondo, reciproco.** Ma non l'ascolto delle parole, quello viene dopo, con i video colloqui. Solo ripartendo dall'inizio possiamo recuperare il *burn out* in cui ci gettano le contraddizioni quotidiane. E quali sono queste contraddizioni? Principalmente **lo scarto sempre maggiore tra necessità di cura e restringimento del sistema del *welfare*.** Gli operatori sono sempre più impegnati nella soluzione di pratiche burocratiche che sopperiscano la restrizione dei fondi, il restringersi degli spazi, la paura delle conseguenze delle loro azioni... *E chi si prende la responsabilità?* È la frase che ricorre sempre più spesso nella bocca dei funzionari. Anche dei giovani quadri che non conservano memoria di un'azione di cura fondata sui contenuti, ma esclusivamente su "bandi" e pagine Excel. Non è questo modo di affrontare la realtà che ci riduce in *burn out*? Ormai basta guardare la gente che cammina per strada per vedere come siamo un po' tutti in *burn out*. Come si previene questo rischio? Si ricomincia da capo. Invece di continuare a fornire ossigeno agli apparati, ricominciamo dal respiro, dall'ascoltare quello che sentiamo e dal vedere quello che guardiamo. **Camminare è il gesto più elementare. Significa postura, struttura ossea e muscolare.** Avere *consapevolezza* di dove finisce il mio corpo e inizia il pavimento, dove finisco io ed inizia la persona che mi sta accanto. Ultimamente lavoriamo molto sull'impiego di energia. Cerchiamo di ridurla. È una questione di *ecocompatibilità*: impiegare solo i muscoli che sono strettamente necessari all'azione che stiamo compiendo per ridurre lo spreco. Pensate a quanta energia sprechiamo in tensioni inutili. Ecco, se vogliamo stare meglio abbiamo proprio bisogno di ricominciare da capo. Poi vengono i **video colloqui con cui entriamo in profondità nelle storie delle persone.** E questo fonda una realtà che non è più fatta di opinioni ma di vita reale. Poi usiamo la rete per mettere in circolo questa realtà e condividerla. Tutto questo e molto altro è alla base del benessere. Però io preferirei dire dell'essere. Il nostro obiettivo non è il benessere. Non possiamo sempre stare bene. Qualche volta abbiamo ragioni serie per stare male. Quello che **ci interessa è poter stare anche con il dolore.** È questo che ci aiuta a **superarlo.** Specialmente in una società in cui la piramide demografica è invertita, in una società in cui noi vecchi *baby boomer* siamo la maggioranza. **È sempre più questione di stare, nel bene e nel male. Stare.**

Intervenite di concerto con i fisiatri?

Per l'Istituto è importantissima **l'amalgama delle conoscenze, delle tradizioni culturali, dei campi. Da sempre operiamo in stretta collaborazione con fisiatri e fisioterapisti, ma anche con neurologi, psichiatri.** Abbiamo condiviso molto lavoro per esempio con **Stefano Masotti, psicologo clinico che applica protocolli scientifici all'analisi delle pratiche teatrali.**

Verificate l'impatto con KPI di carattere medico? Con protocolli?

Sì, Masotti verifica come certe **esperienze teatrali** possano essere addirittura **più efficaci degli psicofarmaci**, come possano aiutare a ridurli. E in effetti **abbiamo osservato percorsi sorprendenti in questo senso**. Alberto R. nello spettacolo *"Cuore/Tenebra"* esordiva sul palcoscenico del Carignano dichiarando il proprio nome e cognome, poi aggiungeva: *"sono orgogliosamente paziente del Centro di Salute Mentale di Settimo Torinese"*. Alberto racconta ormai con grande disinvoltura lo scalare degli psicofarmaci in corrispondenza dell'esperienza teatrale che ha condotto con l'Istituto. Oggi Alberto è una delle nostre guide. È molto efficace quando fa la Schiera con i ragazzi delle scuole. Un'altra psicologa con cui lavoriamo è **Anna Maria Accetta, dirigente del CSM di Settimo**, sempre presente agli *"Awareness time"*. L'*Awareness Campus* del 2019 era rivolto agli adolescenti, c'erano ragazzi che venivano dalle scuole con cui agivamo durante l'anno scolastico o dall'Ospedale Regina Margherita. Non c'erano differenze. **Ogni giorno medici, operatori sociali, educatori lavoravano insieme**. C'erano attori che stanno riformulando coraggiosamente il loro ruolo. Questa commistione credo sia un indicatore valido del grado di efficacia del lavoro. Anche perché quello che facciamo è molto impegnativo, richiede una qualità di attenzione molto alta e costante. Sul sito dell'Istituto ci sono molti video in cui si vedono lavorare insieme medici e pazienti. Un'esperienza che mi sta molto a cuore è quella che seguo da diversi anni con un signore tetraplegico adesso quarantacinquenne. Sul sito trovate un video di lui che *"vola"* tra le braccia dei partecipanti all' *"Awareness Time"*. In quel video è chiaro come lui, gli operatori, gli attori, i medici sono un organismo che respira insieme, che si muove come uno stormo di storni. Un'altra pratica che facciamo è il *"Mandala"*. Costruiamo questa composizione con diverse migliaia di lattine vuote. La costruzione richiede grande attenzione, poi la *"abitiamo"*, ci facciamo dentro la Schiera e infine, come si fa con i mandala rituali, la distruggiamo. Questa composizione colorata, enorme è molto affascinante. E deve essere geometricamente perfetta. Ma non è l'oggetto che si costruisce l'opera d'arte. **La bellezza non viene dalla forma. L'azione delle persone che la costruiscono, ecco, quella è bellissima. La loro presenza e i loro sguardi sono l'opera d'arte. Chiaro che a quel punto non conta più chi è il medico e chi è l'attore, chi è il sano e chi è il malato.**

È il processo di partecipazione.

Certo. La studiosa americana Wendy Steiner afferma che *«per secoli l'arte e la bellezza sono state ostaggio della forma, adesso il futuro della bellezza e dell'arte è nell'interazione, nella relazione tra le persone»*. Nella famosa performance di Marina Abramovic *"The artist is present"*, lei sta immobile al MOMA, con un sontuoso abito nero o rosso, seduta a un tavolino. Ma l'opera d'arte non è quell'immagine, l'opera d'arte è l'incontro del suo sguardo con la persona che le si siede di fronte e le offre il proprio di sguardo.

Il neologismo *"welfare culturale"* che abbiamo contribuito a coniare a metà degli anni 2000 sta iniziando ad essere abusato, inserito in ogni documento di politica pubblica. Abbiamo fatto un esercizio stilistico inserendo la voce in Treccani, cercando di darne una definizione, non per blindarne i confini, ma per avere una base dialettica porosa per una co-costruzione. Cosa significa per lei, per le organizzazioni culturali, questa relazione potenzialmente virtuosa? Come possiamo passare dalle pratiche alle politiche, abbandonando gli slogan, incorporandolo nelle missioni, fuori da una visione ancillare, decorativa che può essere abbandonata alla prima difficoltà? Siamo in una *"terra di mezzo"*, di instabilità, complessa anche in termini di sostenibilità. Quale strada immagina per il l'Istituto essendo chiamato oggi a ricostruirlo?

Credo che siamo pronti per aprire uno spazio fisico. **Abbiamo bisogno di ripensare i luoghi della convivenza** proprio nella direzione di quel *welfare culturale* che, come molte altre parole, si è già un po' consumata ma proprio perché non è praticata. Penso a un luogo sempre aperto, a una sorta di palestra dell'anima dove si possa praticare l'*awareness*. Quando siamo partiti con l'Istituto avevo bisogno di nomadismo: uno spazio come il **Circolo dei Lettori**, per esempio, può essere interessante perché non è rigido, ci trovi proposte ma puoi anche semplicemente *stare*. Il Circolo è uno spazio che abbiamo *"agito"* in tanti modi diversi. Abbiamo tenuto molti *"Awareness Campus"* alle **Fonderie Limone**, che è un altro spazio che potrebbe essere utilizzato per concretizzare idee di *welfare culturale*, ma anche **le scuole sono spazi che andrebbero ripensati nell'uso**, poi un luogo dove abbiamo lavorato ma che avrei voluto

usare di più è il **Centro Fenoglio a Settimo Torinese: un centro d'accoglienza tra i più grandi del Nord Italia**, che ha ospitato, in certi periodi, più di 1000 rifugiati. Quello è un luogo che avrebbe molto bisogno di lavoro culturale. Se ne fa già tanto. Per questo, credo, in dieci anni di attività non ha mai procurato tensioni sociali. Uno dei giovani che abbiamo incontrato al Centro Fenoglio ha lavorato con l'Istituto stabilmente finché abbiamo avuto finanziamenti. I suoi interventi nelle scuole erano estremamente efficaci. Per gli studenti italiani incontrare lui era uno scarto straordinario di comprensione, anche perché è un narratore fantastico. Quindi: credo che la strada per l'Istituto sia confermare la costruzione di relazioni come quella che abbiamo costruito tra un immigrato incontrato al Fenoglio e gli studenti, ma anche, a questo punto, la creazione di un luogo specifico. Forse la strada per l'Istituto potrebbe essere la coniugazione della stabilità con il nomadismo.

Quali sono secondo lei le azioni che ritiene necessarie per sviluppare un'integrazione più sistematica tra i servizi culturali, servizi sanitari e servizi sociali?

Bisognerebbe creare luoghi della consapevolezza. "Awareness Time" in cui artisti, operatori sociali e sanitari potessero lavorare insieme concretamente. Luoghi e tempi in cui si parla soltanto dopo pratiche fisiche. Ho maturato quest'idea avendo dovuto frequentare per un lungo periodo i reparti oncologici degli ospedali. Sono luoghi ad alta densità umana. Dove ognuno fa quello che deve fare, nel modo più "economico" possibile. Lì ho cominciato a vedere come la mia esperienza teatrale poteva essere utile. Come, del resto, a me era utilissimo osservare come si muovevano medici, infermieri, assistenti sociali... Ultimamente va molto di moda la medicina narrativa. Credo che **il teatro di narrazione** possa dare il proprio contributo a queste pratiche: abbiamo bisogno di **luoghi in cui far incontrare le competenze**. Ma non sto parlando di convegni in cui si espongono teorie. Sto parlando di **palestre dove praticarle**. Quand'ero ragazzo arrivò a Settimo uno psichiatra che fondò uno dei primi CSM italiani: **Enrico Pascal, era amico e collaboratore di Franco Basaglia**. Quello che fece fu creare **uno spazio aperto, frequentato da pazienti psichiatrici, ma anche da cittadini. Fu un'esperienza fondante che andrebbe recuperata**. Fu possibile perché c'era un sindaco, Tommaso Cravero, che sapeva ascoltare i tecnici ma anche i pazienti. Misero insieme **un ambiente culturale straordinario, il brodo di coltura di molte sperimentazioni che poi sono diventate realtà concrete**. Adesso quello che ci serve è convincere politici e manager a rinunciare alla fabbricazione di realtà fittizie per ascoltare le voci che sentono e guardare i volti che vedono. Ma lo stesso devono fare medici, educatori, artisti... In particolare gli artisti credo che dovrebbero rinunciare alla vanità, alla supponenza di categoria. E come si fa? Praticando l'interazione. Superando il Narciso che si specchia in una immagine illusoria di sé, in una realtà fittizia prodotta a proprio uso e consumo, per specchiarsi nel volto dell'altro. Non si tratta di un mero passaggio concettuale, ma di un cambiamento culturale che va praticato. Per questo il nostro Istituto si richiama alle *pratiche* del teatro e solo in seconda battuta alle teorie.

Come passare dal rapporto personale entusiasmante con una Direttrice di un CSM di Settimo alla replicabilità dell'esperienza? Come fare il salto di scala alle politiche? Come troviamo le competenze per dialogare e costruire in modo consapevole?

Bisogna fare società. **Costruire una rete di relazioni fitte fondate sulla condivisione di realtà**. E come si fa? Faccio un esempio: i "Colloqui d'amore". I video colloqui di cui ho già parlato hanno una caratteristica: le domande che faccio non richiedono come risposta un'opinione ma una storia. Non chiedo, per esempio: pensi che gli italiani abbiano paura? Chiedo: quando hai avuto veramente paura? La prima domanda induce una risposta generica, va a costruire realtà fittizie. La seconda domanda richiede come risposta una storia. Allora cambia la prospettiva. Abbiamo raccolto molte video interviste che sono pubblicate sul sito dell'Istituto: www.istituto.it A quel punto abbiamo organizzato incontri in sedi di quartiere o bocciofile, luoghi di ritrovo delle persone fino al Teatro Carignano. Quelli erano i "Colloqui d'amore". Io partivo dal racconto di una tragedia di Eschilo, "*Le supplici*", poi entravano in scena immigrati che raccontavano le loro storie. Oppure guardavamo insieme i video colloqui. Facevano in qualche modo la parte del coro nella tragedia classica. In questi incontri non c'era qualcuno che parlava degli immigrati, c'erano gli immigrati che parlavano in prima persona. Poi c'erano operatori, c'erano educatori ma anche politici e cittadini. Ecco: questi colloqui superavano il dibattito, forma che mi ispira sempre meno fiducia. Perché il confronto di opinioni ormai è quasi sempre scontro di

pregiudizi. Mentre la creazione di ambienti dove raccontarsi storie fonda memoria e condivisione. Questo è un esempio concreto di messa in gioco di competenze che dialogano per costruire realtà condivise. Con pratiche di questo tipo si fa il salto di scala. È un salto di scala qualitativo ma alla fine anche quantitativo. All'inizio facevo l'elenco numerico delle attività dell'Istituto. Mi sembrano numeri che cominciano a diventare interessanti.

Come l'emergenza Covid ha inciso e come pensa che continuerà ad incidere proprio sulle vostre linee di intervento? Tenendo conto del binomio Cultura e Salute.

Il Covid non ha interrotto i processi avviati. Naturalmente quello che abbiamo fatto è cambiato parecchio, come per tutti. Però abbiamo cercato di fare di necessità virtù. Se andate sul sito dell'Istituto e guardate un po' di video, vi renderete conto immediatamente che gli "Awareness Campus", gli "Awareness Time" sono un lavoro fisico diretto, di contatto. Tutto questo ovviamente è stato interrotto dalla fine di febbraio e abbiamo iniziato a riprenderlo solo ora. Nel contempo, **durante il lockdown** i miei giovani collaboratori hanno inventato "giochi" in rete che aprono strade molto interessanti. Per esempio un lavoro che si chiama *WhatsExploration*, che utilizza *Whatsapp*. Abbiamo così **mantenuto il legame** con alcune classi e insegnanti volenterosi, continuando a tessere reti di relazioni. Poi c'è stato **ZoomSafari**. Ovviamente si faceva su Zoom. **I ragazzi esploravano e condividevano la loro casa, che spesso non conoscevano.** Facevamo domande in chat, ma tutto si svolgeva nel silenzio. I ragazzi **esploravano i loro "spazi di reclusione"** e solo alla fine mandavano messaggi vocali che raccontavano quegli stessi spazi. Poi abbiamo creato un grande gioco online: "**La bellezza ai tempi del Coronavirus**", in cui chiedevamo di trovare bellezza nei giorni più difficili del *lockdown*. Io per esempio ho scoperto che da casa mia vedevo le montagne, perché il fermo totale aveva ridotto le polveri sottili. Allora, con lo smartphone ho girato un piccolo video in cui mostravo le montagne e commentavo: «*La bellezza ai tempi del Coronavirus è poter vedere le Alpi da casa mia perché non ci sono più le polveri sottili*», abbiamo invitato tutti a **condividere bellezza. A chi non riusciva a trovarla lanciavamo una provocazione: inventala! Se ti capita una cosa brutta tu la trasformi in una cosa bella. È il principio della narrazione.** Questi **esercizi di salute mentale** sono stati la nostra cifra durante il *lockdown*. Sono piccole pratiche "esemplari" che però sarebbe bello far diventare pratica comune.

6. Fabio Viola

Settembre 2020. Riflessione di **Fabio Viola**, *Game Designer*: "Giocare concorre al benessere individuale e collettivo"

Giocare è un atto che connota l'esistenza dell'essere umano sin dalle sue origini, parte integrante del corredo biologico rinforzatosi e modificatosi nel corso di milioni di anni. Un gesto libero, volontario, che nasce scevro da ideologie utilitaristiche e che non ha quindi fini se non quello di generare intrinsecamente piacere ed emozioni in coloro i quali lo intraprendono. Eppure, il lessico quotidiano ha relegato questo comportamento alla dimensione del puro divertimento ed intrattenimento. La società del XXI secolo considera spesso il gioco una perdita di tempo, se non addirittura controproducente e apertamente da osteggiare. Frasi ricorrenti come "smettila di giocare" o "questo non è un gioco" tradiscono l'idea diffusa di un atto da relegare tutt'al più ai primissimi anni di vita. Tra gli obiettivi di questo articolo vi è l'accendere un faro sulle evidenze scientifiche che testimoniano gli impatti positivi che giocare porta a livello cognitivo, emotivo, fisico e sociale concorrendo al benessere individuale e collettivo.

Le nuove generazioni, nate a ridosso della rivoluzione post-industriale di cui Internet è l'emblema, hanno subito una profonda diminuzione quali-quantitativa del gioco libero, non strutturato ed all'aria aperta solo parzialmente mitigata dal crescente impiego di giochi mediante schermo (videogioco). Nel paper "*The Decline of Play and the Rise of Psychopathology in Children and Adolescents*"⁴, si sottolinea l'associazione tra la diminuzione dell'atto di giocare e l'aumento di psicopatologie tra cui ansietà e depressione. Come già studiato in altri contesti correlati alla mancanza, alterazione o, finanche, deprivazione di gioco, i ragazzi tendono a fallire l'acquisizione delle competenze sociali ed emotive essenziali per un salutare sviluppo psicologico. Il gioco con la sua capacità di stimolare la libera immaginazione, resilienza, rispetto delle regole, cooperazione/competizione, l'imparare costantemente dagli errori ed il migliorarsi è un momento essenziale lungo tutto l'arco di vita per aggiornare le mappe mentali, oggi fondamentali per orientarsi in una società sempre più complessa, veloce ed inter-connessa come quella attuale. Per uno sviluppo sostenibile della società occidentale, spesso caratterizzata da una età media avanzata, il gioco diventa una base collettiva e connettiva di *welfare* pubblico. L'idea di una cartella ludica dell'individuo, e non solo clinica, dove registrare l'esposizione al gioco e suggerire percorsi personalizzati di terapia ludica volta alla prevenzione dovrebbe diventare parte integrata delle strategie pubbliche.

Con oltre due miliardi di videogiocatori al mondo e piattaforme mobile, console e PC connesse costantemente alla rete internet si aprono prospettive precedentemente inimmaginabili per la "*gamification*" applicata a diversi ambiti del quotidiano. Il gioco diventa pratica trasformativa basata su processi di partecipazione e coinvolgimento attivo dei pubblici. In questa cornice, negli ultimi anni abbiamo assistito a significative esperienze di intersezione tra gioco e cultura⁵ in una duplice accezione. Da una parte il gioco ha superato gli steccati che dagli anni '80 lo avevano relegato a pratica di *edu-tainment* museale rivolta ad un target in età scolare, per diventare uno strumento complesso di progettazione volto al raggiungimento di una pluralità di obiettivi: dialogare con nuovi pubblici, raccontare il patrimonio attraverso linguaggi attuali, coinvolgere i pubblici già in situ, favorire il trasferimento di informazioni complesse, fidelizzare post visita, garantire l'accessibilità attraverso forme di realtà virtuale o ancora mettere in rete luoghi e patrimoni. Dall'altro il videogioco in quanto tale inizia a essere percepito, e tutelato, come espressione artistica e culturale della contemporaneità al pari di una statua o un quadro. Progetti come *Father and Son* del Museo Archeologico Nazionale di Napoli, *Nubla* del Thyssen Bornemisza di Madrid o il recentissimo *Prisme7* del Centre Pompidou di Parigi testimoniano una nuova stagione di relazione tra Cultura ed industria creativa volta alla generazione di nuovi immaginari culturali e turistici. Il gioco diventa tratto distintivo delle relazioni umane in esperienze volte a immaginare la città del futuro come in "*Playable City*" o in "*Playable Museum*

⁴ Peter Grey, 2011, *American Journal of Play*, vol.3 num. 4 2011

⁵ L. Solima, F. Viola, 2018, *Economia della Cultura*

Award” del Museo Marino Marini di Firenze, dove creativi e *maker* riscrivono le interazioni tra essere umani, cultura e spazi fisici a partire dalla matrice emotiva ed empatica. In continuità con questa visione, Fondazione Alghero ha avviato un lavoro per posizionarsi come “**Città che Gioca**”, una infrastrutturazione ludica che prenderà vita nel prossimo biennio per valorizzare gli attrattori culturali della città e creare nuove forme di benessere fisico e cognitivo tanto tra i cittadini stanziali (residenti) quanto tra i cittadini temporanei (turisti).

Come può estrinsecarsi l'intersezione tra Gioco e Salute? L'apparente ossimoro in termini rappresenta uno dei *trend* più interessanti in ambito medico e farmaceutico attirando negli ultimi anni notevoli investimenti legati alla *gamification* applicata alla sensibilizzazione, prevenzione, monitoraggio e persino al trattamento di patologie.

Lo scorso Giugno 2020, la **Food and Drug Administration** (equivalente dell'Aifa – Agenzia del Farmaco in Italia) ha **approvato ufficialmente** il primo videogioco al mondo prescrivibile come cura medica ai bambini, tra gli otto ed i dodici anni, affetti da deficit dell'attenzione (ADHD). *Endeavor RX*, prodotto da **Akili Interactive**, ha superato sette lunghi anni di sperimentazione con 600 pazienti, stringenti verifiche degli organi preposti secondo un iter del tutto identico a quello di un farmaco “tradizionale”. Un notevole balzo in avanti verso quella che viene definita “medicina digitale” che, nel caso suddetto, ha ridotto o cancellato i sintomi del deficit in un terzo dei pazienti dopo un mese di trattamento. Per sintomi ci si riferisce in particolare a frustrazione, mal di testa da stress e aggressività.

Prescrivere l'utilizzo di un gioco così come una visita culturale è oggi una strada percorribile per concorrere al benessere fisico e psicologico della popolazione. Il report 2019 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità intitolato “*What is the evidence of the role of the arts in improving health and well-being?*” oltre a forme consolidate di esperienze culturali, dal leggere al visitare un museo, introduce tra i potenziali portatori di benefici anche quelle definite arti digitali in cui rientrano i videogiochi. Come si evince nelle conclusioni della **versione italiana** del report a cura del *Cultural Welfare Center*: “...potenziale contributo delle arti nell'influenzare i determinanti della salute, nell'avere un ruolo rilevante nella promozione della salute, nel prevenire l'insorgenza di malattie mentali e il decadimento fisico legato all'invecchiamento; nel sostenere il trattamento o la gestione di malattie mentali, malattie croniche degenerative e disturbi neurologici e infine nel supportare l'assistenza di pazienti affetti da malattie acute o terminali. Sebbene alcuni Paesi abbiano compiuto dei progressi nell'attuare politiche che promuovono l'uso delle arti nell'ambito della salute e del benessere, molti ancora non hanno esplorato le opportunità offerte dalla relazione tra Arte e Salute, mentre altri ancora hanno attuato delle politiche solo per periodi limitati di tempo”. Rispetto alle forme più tradizionali di intrapresa artistica, il digitale nella sua più ampia accezione di videogiochi, realtà virtuale, online necessita di una nuova generazione di studi per meglio valutare non solo gli impatti positivi, fin qui brevemente descritti, ma anche le potenziali contro-indicazioni. Queste ultime sono state il focus principale di numerose pubblicazioni di inizio secolo che hanno, giustamente, messo in guardia rispetto a potenziali criticità derivanti da quelle che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente definito “**gaming disorder**”. Un insieme di comportamenti persistenti o ricorrenti legati al gioco, sia digitale che fisico, caratterizzati da: una sempre maggiore priorità data al gioco, al punto che questo diventa più importante delle attività quotidiane e sugli interessi della vita; una continua *escalation* del *gaming* nonostante conseguenze negative personali, familiari, sociali, educazionali, occupazionali o in altre aree importanti. In caso di co-esistenza di tutti questi sintomi o persistenza lungo l'arco di un anno anche il videogiochi può rientrare tra i disturbi del comportamento. Come già accennato non sono mancati studi che hanno soffermato la loro attenzione sugli effetti negativi legati a particolari forme di esposizione al medium: dallo sviluppo di dipendenze in una minima percentuale di giocatori, a contro-indicazioni psicologiche⁶, a possibili problematiche collegate al massiccio utilizzo di videogiochi violenti⁷. Quello che è fondamentale è evitare polarizzazioni bene

⁶ Lemmens, J., Valkenburg, P., and Peter, J. (2011). Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Comput. Human Behav.* 27, 144–152. doi: 10.1016/j.chb.2010.07.015

⁷ Anderson, C. A., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E. L., Bushman, B. J., Sakamoto, A., et al. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.* 136, 151–173. doi: 10.1037/a0018251

contro male, ed accompagnare l'evoluzione del linguaggio del videogioco (ancora nella sua fase embrionale a 50 anni dalla sua nascita) con nuovi e più approfonditi set di studi volti a comprendere gli impatti crescenti che stanno avendo nella società contemporanea.

La capacità condivisa da videogiochi ed arte di immergere l'individuo in uno stato di *flow*⁸, quel flusso ottimale in cui siamo immersi e pienamente coinvolti nell'attività che stiamo svolgendo al punto di dimenticarci il resto del mondo, aiuta a comprendere le possibilità che la *gamification* offre anche in ambito di pura ricerca e prevenzione medica.

Nel 2008 l'Università di Washington, in collaborazione con il *Center for Game Science*, lancia ***Fold It***, apparentemente un banale 3D *puzzle game* gratuito come tanti altri già presenti sul mercato *online*. Le intelligenze connettive di milioni di persone da tutto il mondo, da allora stanno contribuendo a scoprire nuovi modelli di ripiegamento proteico ed a fornire soluzioni reali a numerose malattie. Ruotando e combinando le catene proteiche a schermo, risolvendo i *puzzle* del gioco in realtà i giocatori creano modelli e dati che finiscono, almeno quelli che ottengono i migliori punteggi nel gioco, in tempo reale nei *computer* dei ricercatori di Washington. I nostri cervelli infatti sono molto più bravi di quelli elettronici in quello che è definito *pattern recognition*, il riconoscimento di forme particolari che, nel caso delle proteine, potrebbero essere ottimali e molto simili a quelle naturali.

Sono già migliaia i progetti basati sul gioco che concorrono alla prevenzione, monitoraggio o sensibilizzazione dei pazienti, da ***Mirrorable*** di *Fight the Stroke* per la tele-terapia riabilitativa a domicilio dei bambini con danni cerebrali precoci ad ***Ashma Action Hero*** di *Cohero Health* per monitoraggio dei malati di asma fino al recente videogioco *Fragments of Life* (di cui l'autore dell'articolo è anche ideatore ndr) del consorzio europeo ***Restore***, formato da ospedali, aziende e centri di ricerca riunitisi per accelerare la disponibilità di terapie mediche avanzate, con il coordinamento del dott. Pier Maria Fornasari.

Con un mercato globale della *gamification* applicata alla salute che differenti istituti di ricerca collocano intorno ai 20 miliardi di dollari – è lecito attendersi una crescente attenzione di investitori ed aziende già attive nel settore “tradizionale” dei trattamenti medici. Al pari gli impatti, già lungamente studiati e pubblicati su riviste come ***Games For Health Journal***, stimoleranno ministeri della salute, aziende ospedaliere e facoltà di medicina verso nuove linee di ricerca. La salute del XXI secolo passerà, anche, attraverso l'atto di giocare.

⁸ Mihaly Csikszentmihalyi (1975), *Flow*.

La parola all'Università

7 testimonianze

1. **Antonio Camurri**

Ordinario di Informatica, Sistemistica e Telematica-
Università di Genova

2. **Giuseppe Costa**

Ordinario di Igiene dell'Università di Torino e Direttore del
Servizio Sovrazonale di Epidemiologia e di DoRS Regione
Piemonte Centro di Documentazione Regione per la
Promozione della Salute – ASL T03

3. **Norma De Piccoli**

Ordinario di Psicologia sociale –Università di Torino

4. **Valerio Dimonte**

Preside Facoltà di Infermieristica, Università di Torino

5. **Nerina Dirindin**

Già professore dell'Università di Torino, docente di Scienza
delle Finanze e di Economia e Organizzazione dei Sistemi di
Welfare

6. **Alessandro Pontremoli**

Professore ordinario di Teatro Educativo e Sociale
all'Università di Torino, già Presidente della Commissione
Danza del MiBact

7. **Chiara Saraceno**

Filosofa e sociologa, Dip. Scienze Sociali, Università di
Torino

1. Antonio Camurri

Luglio 2020. Conversazione tra Sendy Ghirardi, Carla Di Grazia e **Antonio Camurri**, Professore UniGe

Può descriverci brevemente l'ente **Casa Paganini-InfoMus** di cui Lei fa parte, e come la relazione tra Cultura e Salute rientra negli obiettivi e nei programmi della vostra istituzione? Quali sono le sfide a cui rispondete con questa alleanza?

Casa Paganini è il risultato della confluenza, nel 2005, di un laboratorio nato più di 20 anni fa in una convenzione quadro tra Regione Liguria, Comune e Ateneo genovese, che ha dato vita a un centro di ricerca afferente al DIBRIS (Dipartimento della Scuola Politecnica dell'Università) ma a cui partecipano anche docenti, ricercatori di altri dipartimenti e professionisti esterni. La sede è in un luogo molto speciale: il **palazzo monumentale di Santa Maria delle Grazie la Nuova**, ricco di affreschi di Giovanni Andrea Carlone e Valerio Castello, di reperti archeologici, aperto al pubblico per visite. Nelle fondamenta dell'edificio si trovano i primi resti abitati di Genova, di epoca preromana. Questo edificio ha una storia ricca e tormentata: da villa romana a convento, a teatro fino a diverse altre destinazioni d'uso nel secolo scorso. Restaurato tra il 2000 e il 2004 da Regione Liguria, accoglie il nostro centro dal 2005. La sala principale (la chiesa del convento) è oggi **laboratorio di ricerca**, con una struttura simile a un auditorium con palcoscenico (l'altare) e una platea con 230 posti: è utilizzata **per la realizzazione di esperimenti scientifici, di validazione di nuove tecnologie** sviluppate nel centro. Le altre sale, simili a sale museali, vengono utilizzate e allestite in funzione delle esigenze dei progetti di ricerca, per predisporre **ambienti "naturali" dove poter svolgere esperimenti** in cui valutare e validare risultati della ricerca.

Una delle principali finalità della ricerca scientifica di Casa Paganini consiste nella sfida di leggere e interpretare, attraverso l'elaborazione di nuove tecnologie, le qualità affettive, emozionali e sociali del movimento. Riuscire a vedere con gli strumenti tecnologici il segreto paesaggio di passioni che il gesto rivela è un obiettivo ambizioso che apre una ampia gamma di sviluppi applicativi. Ad esempio, le ricerche condotte insieme all'ospedale Gaslini nel campo della riabilitazione fisica e cognitiva si impegnano a trasformare la qualità del gesto in suono (*interactive sonification*), il suono in gioco e il gioco in cura.

I sistemi multimediali interattivi per l'analisi del movimento, individuale e in gruppo, sono progettati per supportare la realizzazione di esperienze per terapia e riabilitazione, per anziani o bambini, oppure per progettare nuove interfacce e sistemi per la fruizione attiva di contenuti culturali in musei e centri della scienza, per sperimentazione e validazione della ricerca in progetti artistici. In passato abbiamo ad esempio collaborato con il compositore Luciano Berio per la realizzazione delle interfacce e dei sistemi interattivi per due sue opere: *Outis* (Teatro alla Scala, Milano) e *Cronaca del Luogo* (Festival di Salisburgo). La possibilità di partecipare a progetti artistici consente di ripensare e rivedere con occhi diversi i risultati della nostra ricerca scientifica.

Pur essendo **parte di una scuola politecnica**, collaboriamo e abbiamo da molti anni uno *staff* arricchito dalla presenza di competenze solitamente percepite come molto lontane. Io sono un **ingegnere informatico** così come il collega **Gualtiero Volpe**, altri colleghi provengono dalle scienze cognitive e dalla psicologia sperimentale, dal mondo delle arti performative (danza, musica), del *sonic design*, da altre discipline scientifiche come la ricerca operativa e le reti neurali. Nicola Ferrari è docente in letterature comparate e diplomato in composizione, così come il collega **Corrado Canepa**, compositore ed esperto di sistemi interattivi. **Paolo Coletta** e **Simone Ghisio**, ingegneri informatici e *software architects*, sono responsabili dello sviluppo della nostra piattaforma *software EyesWeb*, utilizzata nei nostri progetti di ricerca e sviluppo e nelle applicazioni.

La comunicazione tra esseri umani, oltre che verbale, è costituita per oltre l'80% da segnali non verbali: parlando, utilizziamo la prosodia, i gesti, i movimenti delle braccia e del corpo, attitudini posturali, espressioni del viso: la componente linguistica nel parlato è solo una delle componenti. Il nostro lavoro si concentra sulla analisi e predizione automatica di indizi relativi al comportamento non verbale, all'espressività e alle emozioni, a segnali sociali non verbali espressi attraverso i movimenti del

corpo: queste sono le parole chiave della nostra ricerca. Il nostro obiettivo è sviluppare tecnologie per indagare la natura di questi complessi fenomeni. Ad esempio, come misurare la *leadership* in un gruppo e il suo impatto sulla produttività; **nell'ambito della Salute, come rilevare e analizzare segnali non verbali in anziani fragili o in bambini con problemi cognitivi e motori, allo scopo di supportare le capacità residue nello stabilire una relazione con altre persone, o per supportare attività di riabilitazione.**

Il Centro è parte di un laboratorio congiunto con l'ospedale pediatrico Giannina Gaslini di Genova, *Ariel (Augmented Rehabilitation Interactive Environment/Ecological Lab)*. In *Ariel*, con l'Unità 1 dell'Ospedale Gaslini diretta dal dottor Paolo Moretti lavoriamo con i fisioterapisti e con i bambini, sviluppando applicazioni interattive: attraverso tecniche di *interaction design*, di *gamification* e di *sonificazione interattiva* sviluppiamo sistemi interattivi utilizzati dai fisioterapisti in percorsi di riabilitazione cognitivo-motoria, con bambini oncologici o con paralisi cerebrale o allettati per lungo tempo, che hanno ad esempio la necessità di fare esercizio fisico per riprendere il tono muscolare.

Il nostro approccio si basa sulla trans-disciplinarietà, unendo aspetti scientifici che discendono dalle Scienze Umane, dalle Arti, dall'Ingegneria, dalle Scienze Cognitive, attraverso un approccio scientifico rigoroso, e puntando a risultati concreti. Ne sono esempio *i serious game* citati in precedenza, realizzati per supportare i fisioterapisti in attività con bambini con paralisi cerebrale su sedia a rotelle, per favorire il raddrizzamento posturale ed evitare ulteriori danni alla colonna vertebrale, al collo, alla struttura scheletrica. Attraverso una "premiabilità" data dalla sonificazione controllata dal movimento, le musiche preferite dal bambino sono modificate in tempo reale in modo da stimolare il bimbo a raggiungere e rimanere col busto e la testa eretti. Il bambino impara a percepire la relazione tra la elaborazione del suono e il suo sforzo nello stare dritto. Alcuni giochi, come questo appena descritto - *HTCT - Head Trunk Control Trainer* - è stato approvato dal comitato etico ed è usato in reparto.

Tra il 2002 e il 2003 abbiamo lavorato al **Progetto Europeo Care Here sullo sviluppo di tecnologie multimediali interattive per autismo: ad esempio, installazioni interattive basate sul gioco successivamente utilizzate in due centri di terapia sull'autismo a Barcellona e a Londra, basate sul gioco. Più recentemente, nel progetto europeo ICT ASC Inclusion, abbiamo sviluppato alcuni serious game per insegnare a bambini con autismo a riconoscere e ad esprimere emozioni attraverso il linguaggio del corpo** (video demo disponibili su:

<https://www.youtube.com/watch?v=42sByh2zkL8&list=PLEVgkiAQI8zJvou8mM8aILpATH9ZL793x>).

Siete stati antesignani nel connubio tra Arte e Salute. Nel 2002 il tema era veramente poco conosciuto.

Come Centro abbiamo avuto difficoltà all'inizio a condividere queste visioni, a parlare in ambito scientifico e tecnologico di emozioni, espressività, qualità del movimento e al rapporto con suono e musica. Il nostro interesse verso il movimento umano non è il gesto in sé, ma è rivolto verso la sua espressività: quindi non ci interessa "quale gesto" viene compiuto, ma "come": con "leggerezza", "esitazione", "fluidità", "aggressività". Posso eseguire in tanti modi diversi lo stesso gesto.

Più in generale, studiamo tecniche per misurare in modo automatico i movimenti del corpo per rilevare indizi su espressività, su emozioni e su segnali sociali non verbali come ad esempio *leadership* e segnali correlati a empatia e relazione, partecipazione.

Quindici anni fa abbiamo collaborato a **un progetto sul Parkinson per l'ospedale La Colletta di Arenzano**. In una sala totalmente bianca e vuota, videoproiettori a soffitto proiettavano immagini sulle pareti. La persona con il Parkinson veniva analizzata da una telecamera. Il sistema reagiva solo a movimenti fluidi; se la persona si muoveva "a scatti", la stanza non rispondeva. Con movimenti fluidi il corpo dipingeva come un pennello, colorando la parete con la silhouette del corpo. La qualità del movimento viene tradotta anche in suoni, con un processo di **sonificazione**. L'analogia è con la traduzione di una poesia in un'altra lingua: occorrono compromessi per mantenere la sonorità e il significato. Così affrontiamo la traduzione della espressività dagli occhi all'udito. Studi su *cross-modalità* indicano fondamenti scientifici sulla corrispondenza tra diversi canali sensoriali: ad esempio, come uno stimolo visivo può essere "tradotto" in un equivalente (dal punto di vista percettivo) stimolo uditivo. Su questo fronte abbiamo coordinato recentemente un progetto europeo *Horizon 2020 ICT*

triennale (*Dance*, <http://dance.dibris.unige.it/>): una delle attività ha coinvolto la compagnia di danza di **Virgilio Sieni**, con cui abbiamo studiato tecnologie per “**far vedere la danza a un non vedente**”, e più in generale per aumentare la consapevolezza del proprio movimento a una persona non esperta di danza. La collaborazione con Sieni è stata particolarmente preziosa, in quanto Sieni ha maturato un vocabolario espressivo ricco e affascinante: parla di “incrinature”, di “cedimenti”, di “fragilità”, ecc. e presenta notevoli affinità e risonanze con il nostro lavoro. In sintesi, abbiamo cercato di arricchire il nostro vocabolario di tecniche di misura di qualità del movimento attraverso questa collaborazione, cercando di migliorare la nostra sensibilità nell'osservazione del movimento, per ottenere sistemi *software* in grado di misurarne indizi (si veda la pagina *Facebook* del progetto in collaborazione: <https://www.facebook.com/atlantedelgestoGenova/>)

Ci parlava di esperienze con i musei.

Lavoriamo su progetti caratterizzati dallo sviluppo di tecnologie e approcci scientifici dell'informatica alimentati da teorie estetiche, artistiche, umanistiche nell'ambito della esperienza attiva di contenuti culturali, della fruizione museale. Nell'ambito del progetto con Sieni “**Atlante del Gesto - Genova**” a Palazzo Reale di Genova abbiamo collaborato con **Serena Bertolucci**, all'epoca Sovrintendente del Polo Museale della Liguria. In precedenza abbiamo lavorato al progetto di installazioni interattive per il Museo Enrico Caruso in Toscana e in diversi musei e centri della scienza in Italia e all'estero. Un obiettivo importante è la progettazione di installazioni con l'obiettivo di catturare l'attenzione dei visitatori. Una sfida è provare ad ampliare il numero di visitatori e rendere l'esperienza di visita attiva, partecipata. In sintesi, il nostro obiettivo principale è **usare tecnologia sempre più veloce per rallentare l'esperienza**: questo nostro approccio lo abbiamo definito “**Slow Mood**”. Se rallentiamo l'esperienza, è possibile ritornare a ritmi che consentano di approfondire, stimolare comportamenti individuali e collettivi più consapevoli e coinvolgenti. Le luci, la sonorità e l'acustica, la reazione dell'ambiente in generale, nel museo in questo caso, sono parte di questo paradigma. Non si tratta di audio guide che forniscono informazioni, ma di un ambiente sensibile che favorisce una relazione di tipo immersivo, ma senza la presenza ingombrante e intrusiva di tecnologie di realtà virtuale. È un processo di *interaction design* in cui giocano un ruolo fondamentale l'interazione, il suono, la multimodalità: intervenire sulla sonificazione e l'acustica dell'ambiente, oppure nascondere l'opera e renderla visibile gradualmente partendo dai dettagli. Stiamo sperimentando nuove tecniche e riteniamo che questo percorso possa avere un impatto importante anche per nuovi percorsi per coinvolgere anziani fragili, per facilitare e stimolare ad esempio attività fisica e riabilitativa sia individuale che di gruppo facilitata da contenuti culturali.

Con il Prof. **Alberto Pilotto**, **primario del reparto di Geriatria dell'Ospedale Galliera di Genova**, abbiamo iniziato un percorso per supportare gli interventi su anziani fragili attraverso tecnologie interattive e contenuti culturali. In un lavoro con l'ospedale UCL di Londra abbiamo nel 2016 collaborato sulla progettazione di sistemi interattivi per la cura del dolore cronico che spesso permane anche dopo l'eliminazione della causa. Abbiamo creato esercizi per far muovere le persone e distrarle rispetto al dolore, attraverso una sonificazione in tempo reale di qualità del movimento. Immaginate una esplorazione del paesaggio sonoro di un bosco, attraverso una narrazione creata dalla esecuzione di un esercizio, ad esempio di *stretching*, in cui inizio a sentire le foglie, il vento, gli insetti, gli uccelli fino a una situazione finale (corrispondente alla esecuzione corretta del movimento e della postura) di sonificazione ricca e ariosa. Oppure, lo stesso paesaggio sonoro che si deforma nel caso di movimenti rigidi o fragili. Lo scopo qui è distrarre dal dolore e stimolare la curiosità, la creatività, l'esercizio fisico.

Stiamo pensando a un progetto simile con anziani fragili con il prof. Pilotto, con strumenti di intelligenza artificiale che integrano gli aspetti multisensoriali multimodali, interattivi, ispirati alle arti visive e al suono rivolti ad anziani a rischio di perdita della indipendenza e di demenza.

La nostra idea è lavorare sul potenziale dell'arte come strumento per affrontare la fragilità, che è crescente nell'anziano, sia fisica che cognitiva, sia in ambito riabilitativo che di prevenzione. L'obiettivo è coinvolgere anziani fragili nell'utilizzo di ambienti interattivi *risonanti esteticamente*, capaci di supportare e incentivare cambiamenti nello stile di vita, ad esempio stimolando l'attività motoria.

Nell'ambito di un progetto nazionale sudcoreano, siamo stati invitati a collaborare con un consorzio di Università e imprese per misurare i livelli di stress negli adolescenti a scuola, per contribuire a contrastare l'alto tasso di suicidi dei *teenager* in Corea. Abbiamo misurato l'atteggiamento posturale, il movimento, le espressioni corporee.

In tutti questi anni quali sono stati i maggiori ostacoli che avete riscontrato nell'attuazione di questo tipo di progettualità?

In generale, quando si inizia un percorso che esplora direzioni nuove, le difficoltà sono notevoli. Le nostre attività di ricerca hanno in qualche modo anticipato tendenze e filoni che per fortuna si sono consolidati negli anni: la multimedialità, le interfacce multimodali, le tecnologie delle emozioni (*affective computing*, interfacce espressive), il ruolo di suono, musica e delle arti nel progetto di tecnologie per la Salute.

Siamo un piccolo gruppo, autofinanziato quasi esclusivamente attraverso progetti europei e contratti con imprese soprattutto nel settore creativo e culturale. Non disponiamo, come invece spesso accade all'estero, di un ufficio di valorizzazione per la disseminazione, la connessione con il mondo imprenditoriale. La possibilità di partecipare a bandi europei (ICT, FET, Cultura, trasferimento tecnologico) ci ha consentito di crescere e di fare rete con alcuni dei principali centri internazionali e imprese nel settore in cui operiamo.

È stato spesso molto difficile perché ci siamo occupati di temi di ricerca e sviluppo in cui avevamo una visione e grande convinzione e determinazione, anche se non (o non ancora) diffusa, quindi non trovando riscontri, soprattutto in ambito accademico. Negli ultimi anni, grazie soprattutto ai programmi quadro europei della ricerca, la situazione sta cambiando.

Negli ultimi vent'anni abbiamo partecipato come partner a oltre 20 progetti europei e abbiamo coordinato 6 progetti europei (ICT e FET). Inoltre, abbiamo partecipato a progetti industriali e di ricerca con progetti nazionali in UK, in Canada, oltre al progetto sudcoreano appena citato. In Canada abbiamo partecipato al progetto nazionale "Living Architecture" coordinato dell'artista e architetto Philip Beesley (un suo lavoro sarà presente alla prossima Biennale di Venezia): "architetture vive", interattive, che dialogano con le persone che le abitano, attraverso tecnologie interattivi e materiali innovativi, una sorta di ambiente-robot non antropomorfo.

Un'altra componente che caratterizza il nostro lavoro è la peculiarità di partecipare a tutte le fasi del processo di ricerca e sviluppo di un progetto, fino alla posa in opera e validazione (ad esempio di un *exhibit* museale, di un sistema per riabilitazione): lavoriamo con imprese e istituzioni con l'intenzione di sviluppare e ingegnerizzare il *software* e i prototipi che realizziamo. Quello che sviluppiamo nasce con la finalità di trovare applicazioni concrete. I motivi sono diversi: poter vedere e partecipare alla realizzazione di una applicazione dei risultati della ricerca aiuta a vedere con altri occhi la ricerca, contribuisce ad aumentare la sensibilità e a crescere ulteriormente. Questo inoltre consente di essere maggiormente competitivi nel reperire risorse, grazie alla familiarità con attività di sviluppo e ingegnerizzazione.

Quali pensa possano essere le azioni di supporto a una maggiore integrazione tra servizi sanitari, culturali, i servizi sociali e il mondo della ricerca?

La selezione e la valutazione dei progetti è fondamentale. Progetti finanziati da enti pubblici, regionali o nazionali, dovrebbero sempre avere valutazioni effettuate da esperti dal mondo scientifico e delle imprese di comprovato livello internazionale, privi di conflitti di interesse. Occorre evitare casi in cui chi valuta sia in qualche modo coinvolto anche come beneficiario. Sembra banale, ma non è sempre facile, soprattutto in settori altamente specialistici in cui la politica ha obiettive difficoltà nel reperire le competenze necessarie. Ovviamente si tratta di processi complicati, in cui le difficoltà della selezione e della valutazione delle proposte di progetti si intrecciano con le difficoltà del mondo delle imprese e della occupazione.

Auspicio per lo scenario italiano una maturazione verso standard e modelli internazionali. La valutazione e la competenza nelle scelte strategiche è una grande priorità, per selezionare progetti di cui è possibile misurare l'impatto sulla vita dei cittadini. Un modo per mantenere virtuoso un processo di valutazioni è avere rotazioni e cambiamenti, evitando *lobby* di potere che si consolidano nel tempo.

Il miglioramento del sistema universitario, sia per quanto riguarda la didattica che la ricerca, è anch'esso un aspetto fondamentale che meriterebbe approfondimenti.

Nel vostro centro di ricerca avete risorse deputate alla valutazione degli impatti dei progetti o se ne occupa il cliente finale? Come funziona il processo di monitoraggio?

Nei progetti che si occupano di tecnologie per la Salute, occorre poter dare risposte concrete a domande strategiche: ad esempio, **il progetto ha raggiunto l'interesse e la soddisfazione del personale clinico? Ha superato la valutazione del Comitato Etico? Come viene utilizzato in reparto? Come è inserito nei protocolli di cura?**

Il modello dei progetti europei è quello delle revisioni con un *panel* di esperti esterni e da un *Project Officer* della Commissione. **Attualmente sto coordinando un progetto FET PROACTIVE (entiment.dibris.unige.it) della durata di 4 anni con circa 5 milioni di budget, su nuove tecnologie per il motion capture. Un nostro video introduttivo sul progetto (disponibile su <http://www.fetfx.eu/news/entiment-new-video-timesregained/>) è stato selezionato dalla UE per la recente FET Innovation Week, una settimana di rassegna delle principali direzioni della ricerca in Europa. Questo progetto si pone come obiettivo di costruire nuovi modelli per analizzare e prevedere qualità espressive nel comportamento, la leadership, l'empatia all'interno di un gruppo: lo sviluppo di un nuovo paradigma di motion capture è la sfida principale che stiamo affrontando in questo progetto EnTimeMent.** Le valutazioni in questo tipo di progetti sono capillari e severe e per questo molto utili per il consorzio di imprese, università e istituzioni che compongono il consorzio. I progetti europei nei diversi programmi quadro degli ultimi vent'anni sono stati per noi fondamentali occasioni di crescita e di consolidamento delle attività.

Come l'emergenza Covid ha cambiato le vostre modalità o come ha influenzato il vostro lavoro?

È stato ed è tuttora un periodo molto difficile, come per chiunque. Per il progetto europeo le attività di sperimentazione sul campo sono state sospese per quattro mesi circa: non abbiamo potuto accedere ai laboratori, condurre esperimenti scientifici, che di solito coinvolgono persone esterne. Abbiamo dovuto rivedere le attività dei nostri progetti di ricerca, incluse quelle del progetto EnTimeMent, grazie anche alla disponibilità e collaborazione della Commissione Europea. **Il Covid è stato ed è tuttora un momento difficile sia per la ricerca che per la didattica.** Dal mese di luglio abbiamo ripreso le attività in laboratorio, anche se con tutte le difficoltà dovute alle necessarie procedure per la pandemia. Le attività in presenza sono ancora limitate al massimo, compensate solo parzialmente da riunioni periodiche via Internet.

2. Giuseppe Costa

Settembre 2020 - Conversazione tra Alessandra Rossi Ghiglione e **Giuseppe Costa**, Ordinario di Igiene dell'Università di Torino e Direttore del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia e di DoRS Regione Piemonte Centro di Documentazione Regione per la Promozione della Salute - ASL TO3

Un dialogo per costruire un quadro di riferimento sul tema della promozione della Salute, del contrasto alle disuguaglianze di Salute, sul possibile ponte e lavoro comune con chi si occupa di Cultura e di Arte.

Qual è in questo momento storico il valore della promozione della Salute, della costruzione della Salute delle comunità?

C'è un **valore implicito altissimo**. Se esaminiamo gli sviluppi negli ultimi due decenni degli indicatori di salute, sia quelli più impliciti come la salute fisica, sia quelli più soggettivi, come la salute mentale, dobbiamo concludere che **gran parte dei progressi sono legati a trasformazioni dei comportamenti delle persone che hanno a che far col loro grado di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*), con le loro scelte di stili di vita, di miglioramento dell'ambiente di lavoro e di vita. Tutto ciò non è mai stato messo esplicitamente come *target* prioritario delle politiche di nessun *policy maker*, se non per il mondo dell'educazione che negli ultimi 10 anni ha iniziato a investire sulla promozione della Salute, anche se con un approccio poco innovativo, con risultati non particolarmente brillanti. Le aree di investimento sono state le *life skills*, la capacità delle persone di stare sulla scena della vita valorizzando le proprie potenzialità e senza farsi troppo male. Oggi anche diverse imprese hanno dato un indirizzo intenzionale in questo senso, riconoscendo l'importanza di una forza lavoro capace di proteggere e di promuovere la Salute, in relazione a specifici comportamenti o stili di vita e più in generale sulla qualità e la bellezza dei luoghi di lavoro, dei processi di lavoro, dei meccanismi psicosociali legati all'organizzazione del lavoro, dell'organizzazione della vita nei luoghi di lavoro. Elementi che tutelano da comportamenti a rischio, consentono di individuare target intenzionali di investimento sulla promozione della salute. **Tendenzialmente la promozione della Salute, in questi anni, dal punto di vista delle *policy* è stata molto retorica con poco esigibilità.****

Sono trascorsi quasi quarant'anni dalla carta di Ottawa di promozione della Salute promossa da OMS. Purtroppo nelle nostre organizzazioni, nelle nostre società, l'esigibilità passa attraverso la creazione di un erogatore. Non dovrebbe essere così, ma nel contesto italiano, in presenza di un erogatore si ha esigibilità del diritto: qualche esempio, se è presente un servizio di medicina del lavoro si può chiedere la prevenzione nei luoghi di lavoro, ma se non c'è, nessuno interpreta il problema.

Quindi, a suo avviso, manca l'elemento organizzativo sanitario definito dalle politiche? Manca anche la figura professionale deputata?

È così. E non dovrebbe esserlo. **La promozione della Salute dovrebbe essere una responsabilità condivisa**, trasversale e probabilmente dovrebbe avere una leadership adatta alle caratteristiche del contesto; ad esempio in Val di Lanzo il riferimento potrebbe essere quel farmacista che genera fiducia, in un altro luogo potrebbe essere il sacerdote, in un altro l'infermiere di comunità o un referente per l'educazione/promozione della Salute. La leadership -chi mette in moto e guida i processi- è molto legata alle condizioni che si creano in una comunità. **Non ci si identifica in un cappello con su scritto "Promozione della Salute", benedetto dall'amministrazione, un regolamento, una delibera. Raramente si ha coincidenza della persona e della funzione e la funzione non è garanzia.**

La promozione della Salute è una grande aspirazione, che ha prodotto tanta carta, qualche interessante esperienza, ma la parte più rilevante è avvenuta in modo implicito, non intenzionale.

Qual è lo scenario ideale?

La valutazione indipendente che abbiamo fatto delle **micro aree di Trieste**, quello è uno scenario ideale. La stiamo pubblicando. Trieste è la città di Basaglia, con una storia. Nel 2005, Il Comune, l'azienda sanitaria locale, le autorità e l'agenzia per l'edilizia residenziale privata, le case popolari,

hanno fatto un accordo per fare un intervento speciale per le aree più critiche della città. Quindici rioni, micro aree mediamente di 1000 abitanti l'uno, tendenzialmente di case popolari. Sono rioni particolarmente svantaggiati della città, che nel complesso raccolgono circa 20.000 persone residenti. Attraverso un accordo uniscono gli sforzi per far vivere meglio le comunità in termini sociali e sanitari. Da un lato le case popolari hanno messo a disposizione un portierato sociale, attraverso una cooperativa, che teneva aperte stanze, cortile, giardino, eccetera. L'ASL ha messo a disposizione un operatore con un impegno di proattività; un infermiere, un fisioterapista, a cui è stata assegnata una micro area nella quale identificare, girando casa per casa, problemi e risorse, gli *asset* disponibili, presenti e per cercare di organizzare le risorse dell'ASL, del Comune, dei servizi sociali, del volontariato e del privato sociale, eccetera per risolvere i problemi. **Si è generata una *community* di operatori dentro questi luoghi, che in 5 anni ha stabilizzato un'esperienza, diventata molto strutturata. Un'esperienza che era capace effettivamente di prendere in carico i problemi e di risolverli, attraverso la generazione di risorse, di capacità, di relazioni. 10 anni dopo hanno chiesto a noi dell'Università di Torino di fare una valutazione indipendente**, in quanto questo impianto costa 100.000 euro l'anno per ogni micro-area e a seguito dell'austerità generate dalle crisi ci si chiedeva se e quanto fosse sostenibile. Il *paper* è davvero illuminante. Con una metodologia qualitativa di ascolto di 40 operatori, sono stati riletti i processi sociali che si sono stabilizzati, i problemi più comuni affrontati. È stato costruito un *framework*, un modello che abbiamo usato per costruire la parte quantitativa con una indagine sul campo impegnativa, che durava due ore e mezzo per ogni utente. Abbiamo esaminato più di 200 utenti trattati e di 200 fuori dalle aree-campione di controllo. I risultati sono molto incoraggianti: questo genere di interventi è stato contemporaneamente in grado di generare capacità di soluzione dei 24 problemi più frequenti, di generare capitale sociale capace, di creare fiducia e in diversi sensi propagarla anche a quelli che stavano vicino, senza essere per questo identificabile con gli indicatori tradizionali di capitale sociale. **L'intervento è stato molto efficace nel creare le condizioni che facevano sì che quelle persone vulnerabili avessero più capacità di star bene, di sviluppare le proprie potenzialità, di promuovere la loro salute. Al tempo stesso questa pratica ha creato nei servizi che hanno partecipato una capacità di miglioramento, di ricerca-azione, di miglioramento delle loro competenze organizzative e delle loro pratiche, tutte centrate sulla creazione di valore nei confronti dei loro interlocutori, dei loro assistiti, con una forte valenza simbolica, legata al luogo, al ruolo che questi luoghi cominciano ad avere. C'è proprio una creazione di identità e senso. Questo è il tipo di promozione della Salute ideale, dove c'è da un lato un *commitment* intenzionale, specifico di un'istituzione che sa che in quel modo apprende e crea anche motivazione, identità professionale, dentro questa missione. La visione che sta intorno crea anche capacità di protagonismo. Ma al tempo stesso, sul versante della comunità, c'è effettivamente quello che noi ci aspettiamo, cioè un *empowerment* da un lato, ma non è solo un *empowerment* quello che ci aspettiamo perché, come ci insegna Amartya Sen, sempre più **le *capabilities* hanno a che fare sia con l'*empowerment*, ma anche con l'esigibilità di certe soluzioni**. Se l'ambiente non ti crea le condizioni per poter esigere, per poter fare diventare pratica una cosa, puoi essere *empowerizzato*, aver rinforzato competenze e abilità, però se non ti è permesso, se non è nell'orizzonte delle tue possibilità, non riesci. Certo è un'operazione molto impegnativa, analoga a quanto stiamo cercando di fare **nel quartiere Vallette a Torino**, cioè creare con queste comunità di pratica -e anche con gli investimenti sul ASL, sul Comune- da un lato una committenza, con processi molto simili a Trieste.**

Secondo Lei la pandemia e quello che ha significato in termini di impatto sulle vite personali e di comunità, anche sul ruolo della Sanità, nella vita delle persone non solo nel lockdown ma anche ora, potrà rendere il ruolo della Promozione della Salute più strutturale? La situazione ha cambiato o potrebbe cambiare qualche cosa in questa direzione, o piuttosto invece distoglierà l'attenzione dal tema della promozione della Salute e riporterà invece attenzione e investimenti politici ed economici su un tema terapeutico più stretto. Come si immagina che questo nuovo scenario Covid incida sull'esperienza della promozione della Salute, che appunto è già di per sé come la descriveva, non facile da sviluppare in modo sistematico e organico.

È ancora piuttosto controverso. Non saprei dare una risposta univoca perché da un lato c'è molta incertezza sulla pandemia, sulla sua severità, sulla sua durata, sulla sua risolvibilità da un lato e

dall'altro sulla capacità di risposta che le nostre istituzioni, le nostre società, sanno dare. **È complesso tracciare scenari.**

Ci sono risposte ambivalenti al quesito: la pandemia è di sicuro un'ottima finestra di opportunità per generare cambiamento. Ha aumentato molto la consapevolezza che l'attuale tipo di risposta da parte delle strutture sanitarie non era adeguata. Non solo da parte della struttura sanitaria, ma anche della scuola, della società, delle organizzazioni di servizi. Ci sono margini di miglioramento e, come in tutte le situazioni di emergenza, sono ben sfruttabili solo se si lavora insieme, si condividono, se ci sono risorse in più. Oggi ci sono risorse aggiuntive, ma si cambia solo con una *joint commission* su queste risorse, sia finanziarie sia di risorse umane e di struttura. Dentro questa necessità di cambiamento la parte di promozione della Salute, di protagonismo delle comunità locali potrebbe avere degli spazi notevoli. Pensi a ciò che è accaduto nelle capacità di aiuto reciproco che si sono sviluppate non solo nelle comunità professionali, ma anche nelle comunità locali durante il *lockdown*. A Torino in via XX settembre, dove abita mia figlia grafica, ci sono molti creativi che hanno organizzato attività sulle scale condominiali sulle quale non ci si salutava prima.

Va considerato però che la mente provata dalla pandemia desidera tornare alla normalità, in modo intenso e irresistibile. Il rischio di riduzionismo delle risposte è davvero in agguato praticamente dappertutto.

Nella Sanità vedo molti colleghi e molti pezzi dell'organizzazione che hanno approfittato del momento per razionalizzare protocolli, percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. Si tratta però di operazioni di *lifting*, anche meritevole, di procedure operative o tecniche, ma **c'è una modesta capacità di riconoscimento delle potenzialità che le comunità locali hanno di diventare soggetti protagonisti dei cambiamenti**, come quelli che vedevamo a Trieste. Il riduzionismo è ovunque. Alle Vallette la Cgil pensionati può essere protagonista, ma sparisce perché se l'idea non arriva dai "vecchietti" non si ingaggiano nella proposta, la circoscrizione va in una direzione, il tavolo aperto in un'altra. Costruire e prendere i fili di queste relazioni sociali, legarli era più facile nei mesi della pandemia; oggi ognuno ritorna alle sue pratiche, al proprio silos.

Un elemento che è molto interessante evidenziare per chi non è competente dell'ambito specifico della Salute pubblica e della promozione della Salute sono i **soggetti coinvolti nella costruzione di Salute**. Parlando di Salute si pensa di solito essenzialmente a due soggetti: il paziente e il curante. Al massimo al *caregiver*. Invece nel discorso di promozione della Salute lei hai nominato molte volte la comunità, la comunità locale. Mi sembra che questo aspetto sia molto rilevante rispetto alle pratiche di Cultura e Salute. Nel senso che le pratiche artistiche e culturali hanno le caratteristiche di intercettare questo soggetto collettivo – la comunità- e si pongono in stretta sinergia con l'ottica di promozione della Salute.

A Trieste si vede benissimo che i risultati generati, hanno molto a che fare con la fiducia che le persone hanno nel fatto che nella comunità si troverà una soluzione, che è diventata protagonista.

La nostra ricerca indaga anche come la Cultura possa in qualche modo contribuire a un contrasto alle disuguaglianze. La crescita delle disuguaglianze di salute è un dato su cui magari ci puoi dare qualche elemento e quello che ti chiederei è come vedi la Cultura come risorsa in questa sfida?

Tutti i modi con cui si riesce a influenzare, a ricostruire la scena in cui si vive in un modo che sia più capace di sostenere le capacità della persona di stare bene, sono investimenti formidabili.

Ti faccio un esempio. Stamattina siamo stati chiamati a partecipare a un gruppo del cammino a Vallette dove gli abitanti ci hanno orgogliosamente portato nel parco, di quello che è ritenuto uno dei quartieri più deprivati della nostra città. In verità girando in mezzo al parco e avendo la catena delle Alpi dietro, si poteva comprendere come questo sia un gioiellino di quel luogo e di quella comunità, che veniva riconosciuto come un pezzo del loro star bene.

C'è dell'altro. Ho appena pagato la mia quota d'iscrizione di "Ri-abitare l'Italia" dove il senso della bellezza è interpretato in chiave molto interdisciplinare e multidimensionale, ha a che fare con le scelte urbanistiche, ma anche con quelle sociali di investimento sulle comunità locali, con la capacità di produrre cultura e di seminare cultura e di far star bene le persone.

Inoltre la Cultura può far crescere le competenze delle persone, pensiamo a quelle genitoriali. Quest'ultimo è il principale determinante delle successive capacità di star bene di una persona, di stare sulla scena della vita, che vuol dire fare le scelte giuste, saper vedere lontano, decidere. E a quel punto ha come *side effect*, anche la Salute. Lo stare bene sulla scena della vita lo costruisci nei tuoi primi anni di vita in termini di capacità emotive, di capacità fisiche, di competenze cognitive, di competenze emozionali, di competenze sentimentali, eccetera. È un momento essenziale e determinante per il resto della vita.

Tutto l'insieme dei contributi che la Cultura può dare in questo senso e in quella fase lì sono davvero egualitari. Quando si entra nella scuola è tardi perché si arriva già con una quantità di svantaggi che la nostra scuola universalistica non recupera, non sana. Il divario con cui si entra in una scuola elementare si porta dietro per tutta la vita. Quindi bisogna immaginare che occorre investire in Cultura in quella fase.

C'è una terza dimensione culturale che è quella di **aiutare a migliorare la ricerca**. A Trieste abbiamo verificato la centralità dei percorsi di ricerca-azione nel favorire la costruzione di relazioni creative, ovvero quelle relazioni che sanno imparare da se stesse, dalla propria storia, dai propri processi, soprattutto nei processi sociali. Però per realizzare questi meccanismi di ricerca-azione occorrono contributi culturali che vengono da mondi differenti. Non basta solo il metodo epidemiologico, il metodo statistico, il metodo biologico o il metodo sociologico. Occorre qualcosa di più per aprire la mente, per farsi investire da un'intuizione. Non a caso nella parte qualitativa di Trieste abbiamo riassunto il *framework* concettuale in un libro di storie e un film che le racconta, con i luoghi attraverso i quali rappresentiamo le trasformazioni, i problemi e le loro soluzioni, il ruolo delle persone che può essere espresso solo con la parola, l'ascolto, l'immagine, ovvero con i linguaggi tipici della cultura. Sono sostanze che illuminano e fanno emergere le condizioni che hanno maggiore importanza, che possono avere delle importanti ricadute sui ricercatori che usano i loro strumenti concettuali. Fanno intuire qualcosa impossibile da costruire solo sulla base della plausibilità.

Sono processi cognitivi, anch'essi, ma su un altro piano.

Sono processi cognitivi che vengono quasi sempre scompaginati nella loro priorità, nei loro meccanismi, da suggerimenti diversi, come in una specie di innamoramento. Come un *framework* concettuale che cambia perché sei innamorata. Pensiamo all'illuminazione generata da un'immagine, o da un racconto sull'osservazione di una comunità, di un portierato sociale. **La Cultura dà ai ricercatori nuove chiavi di lettura. E non solo i ricercatori. Tutti coloro che hanno partecipato, attraverso un prodotto culturale hanno scoperto la bellezza che avevano prodotto. Lo sapevano prima in modo intuitivo che stavano facendo qualcosa di interessante. Si sono emozionati. E noi con loro.**

3. Norma De Piccoli

Settembre 2020. Conversazione tra Alessandra Ghiglione e **Norma De Piccoli**, ordinario di Psicologia sociale - UNITO

Il tema **Salute e Qualità della Vita** si sta sempre più sviluppando anche nell'ambito dell'epidemiologia *mainstream* perché sia sociologi, sia medici hanno dimostrato e stanno dimostrando che **dove si sviluppa qualità della vita e benessere, principi fondamentali da un punto di vista etico, si modificano aspettative di vita e i tassi di morbilità, ovvero aspetti che sono oggettivamente dimostrati e dimostrabili**. La percezione di benessere, derivata dal vivere in un quartiere stimolante, è suffragata da dati oggettivamente rilevabili: in questi contesti diminuiscono infatti le patologie legate allo stress, che a sua volta genera disagio psicologico e disturbi somatici. Pensiamo alle patologie di ordine cardio-circolatorio, la prima causa di morte nel mondo occidentale; riducendo la loro incidenza si riducono quindi anche i tassi di mortalità. Ma cosa significa sviluppare benessere e qualità della vita? La letteratura è molto ampia. **Significa sviluppare equità, per il cui raggiungimento è necessario mettere in pratica politiche che vanno a ridurre le ineguaglianze di Salute**. A questo proposito il ruolo della Cultura è qui sottovalutato; oggi, nostro malgrado, **la pandemia ha permesso di mettere in luce l'importanza di alcuni aspetti che diamo per scontati, la cui rilevanza viene percepita quando questi vengono a mancare**. Nessuno di noi avrebbe immaginato di **non poter fare una serie di azioni quotidiane e, appunto, date per assodate, come: uscire, andare al cinema, a teatro, partecipare a manifestazioni in quartiere o in altri luoghi pubblici; pensiamo inoltre anche alla necessità di limitare, se non azzerare, l'incontro con gli altri**. Nel momento in cui tutto ciò ci è stato impedito, abbiamo compreso quanto questi **aspetti concorrono a comporre la nostra identità di cittadini**, quella che in psicologia sociale può essere definita come **identità sociale**. Si tratta di un aspetto molto "sottile", che non pare così fondamentale per la nostra esistenza; ne percepiamo la sua rilevanza quando nella nostra vita quotidiana, nei nostri quartieri, nelle nostre città e nei nostri paesi arriva una minaccia, o un ostacolo, che si frappone tra noi e il "normale" scorrere della vita quotidiana. Abbiamo condotto un'indagine per descrivere come gli studenti universitari hanno vissuto il periodo del *lockdown*; tra gli aspetti emersi i soggetti **hanno sottolineato di aver riconsiderato e rivalutato esperienze considerate ludiche e marginali, perché scontate, come la possibilità di fruire di uno spettacolo cinematografico, di uscire con gli amici, ecc. dichiarando di aver percepito la loro importanza proprio nel momento in cui sono venute a mancare**. Sono cioè venute a mancare quelle occasioni di incontro e di condivisione di cui i diversi prodotti culturali sono canale di sviluppo. Senza ignorare che un prodotto culturale (cinema, teatro, danza, mostre, ecc.) stimola l'immaginazione, genera emozioni ed educa a uno sguardo universale sui processi umani. È in sostanza un generatore di benessere.

"Esco di casa e condivido emozioni". Ci insegni bene che all'interno dei contesti territoriali, in ogni area e non solo nelle zone più svantaggiate, il tema dell'isolamento è centrale perché si traduce in malessere psichico con impatti di salute fisica. La condivisione socializzata di emozioni è balsamo.

Questo si ricollega al tema dell'equità. Noi tendiamo a pensare ai prodotti culturali che vengono fruiti da persone già sensibili. Molte esperienze nei nostri territori ne dimostrano il valore come strumento per sviluppare relazioni, soprattutto verso cittadini che per educazione, abitudine, reddito non le cercano. Il processo trasformativo può accadere quando non è il cittadino "già sensibile" che va a teatro, in un museo, ma quando è il "prodotto artistico" che va nei luoghi dove vivono le persone. Questo incontro può generare inizialmente resistenze, ma anche sorpresa ed è un importante strumento relazionale, relazione che, a sua volta, costituisce base per lo sviluppo del benessere. Partendo dal linguaggio delle persone, dalle loro storie, sviluppando quindi narrazioni, il prodotto artistico può essere davvero strumento di sviluppo di relazioni, **di benessere e di capitale sociale**. Pensiamo infatti ad esempio alle **azioni che uniscono le persone attorno a un progetto comune, come le esperienze teatrali, di danza o musicali che prevedono un collettivo, sviluppando quindi partecipazione attiva**.

Nelle esperienze che ho avuto modo di osservare nei quartieri cosiddetti periferici, il primo passo è stata la **creazione di legami fiduciari**. Dopo i primi indugi verso l'inedito, come salire su un palcoscenico, la richiesta di partecipazione incrementava via via che si sviluppava fiducia, negli altri partecipanti e nei professionisti, creando nuove relazioni. Gli studi internazionali considerano la relazione sociale base di benessere. L'Università di Harvard ha condotto uno studio longitudinale che dura da ottant'anni, rilevando che sono più longeve e accusano un minor numero di patologie le persone che hanno costruito, nel corso della loro vita, buone relazioni sociali e interpersonali. La relazione può anche essere elemento di conflitto, di situazioni difficili, ma anche di solidarietà e di condivisione reciproca.

Gli investitori, sociali e politici, richiedono misurazioni, valutazioni, approcci descrivibili in modo accurato. Comprendendo l'esigenza va rilevata la complessità della valutazione. Puoi indicarci cosa si può misurare e quanto è rilevante?

È un punto centrale e una grande sfida. **Valutare, come diceva un maestro degli anni '20 del secolo scorso, Kurt Lewin, vuol dire dare valore**. Quindi come si fa a dare valore a un'iniziativa, a un progetto? Dimostrando, anche oggettivamente, ciò che ha prodotto e mettendone in luce le criticità, per superarle. Un primo passo è **formare gli operatori anche alla valutazione, affinché essa sia percepita non come giudizio, perché ciò creerebbe una resistenza, ma come uno strumento di lavoro che permette di far evolvere sia il progetto, sia i professionisti coinvolti**. Un secondo passo dovrebbe essere quello di prevedere un investimento economico e di risorse umane dedicato alla realizzazione del processo di valutazione.

Secondo alcuni metodologici si può valutare tutto, ma io ritengo che non sia così. Le dinamiche psicosociali e contestuali sono molto complesse. Ciononostante, si possono però rilevare processi, dimensioni e indicatori, sia quantitativi sia qualitativi, intrecciando il dato oggettivo con quello soggettivo. La sfida è quella di mettere a punto un sistema di valutazione che possa essere seguito a livello longitudinale. Una valutazione di processo e di risultato, considerando che la valutazione di processo costituisce un **fattore chiave per comprendere le ragioni per cui abbiamo raggiunto o fallito l'obiettivo**.

A suo avviso quali sono le possibili priorità che in questo scenario possiamo leggere sul rapporto tra Cultura e Salute per il benessere delle persone e delle comunità?

Ragionerei in termini di sfide. A livello teorico la priorità potrebbe essere quella di **cercare di costruire delle comunità locali aperte, cioè costruire dei legami, di tipo *bonding* e *bridging***, cioè dei legami che da un lato soddisfano la necessità di ogni soggetto che è quello di appartenenza, e quindi costruire dei legami con le persone e tra le persone basate sulla condivisione e sulla fiducia. Dall'altro lato è necessario costruire dei "ponti" tra gruppi e comunità, per evitare l'autoreferenzialità. Il raggiungimento della coesione di gruppo e di un elevato senso di comunità non deve andare a scapito della possibilità di integrazione e condivisione delle diversità.

Sappiamo, anche dalle esperienze di teatro di comunità passate, che se l'obiettivo è quello di costruire un gruppo coeso, il rischio è quello della chiusura. **Quindi la sfida è creare coesione perché è sinonimo di gratificazione, che soddisfa il sentimento di appartenenza delle persone**, che quindi hanno voglia di continuare a stare in quel gruppo, a continuare a fare quelle cose con quelle persone. **Nel contempo vanno creati gruppi *bridging*, in grado di costruire dei ponti con altri gruppi e altre comunità; significa cercare di costruire comunità che siano aperte all'accoglienza dell'altro**. L'altro può essere una persona che ha un'età diversa dalla mia, o qualcuno che proviene da un paese diverso dal mio. Ci sono esperienze molto interessanti che dimostrano come questi obiettivi siano stati raggiunti. L'altra sfida, messaggio che può essere dato agli investitori sociali, è che tutto questo implica **un tempo lungo, almeno un triennio di lavoro. I processi sociali sono lunghi. Un'annualità progettuale non permette di verificare fino a che punto abbiamo costruito benessere**. Un progetto di un anno permette di costruire un intervento interessante e positivo per le persone, ma non interviene in profondità sulle dinamiche psico-sociali di un quartiere.

Un'altra sfida consiste nell'osservare e monitorare i cambiamenti che possono arrivare dall'esterno. Le comunità locali non sono entità statiche, ma hanno dinamica propria ed è pertanto necessario

osservare **come l'intervento sia in grado di accogliere o resistere ai cambiamenti esterni**. Ciò significa avere un respiro temporale ampio.

Rispetto alla Cultura, in queste sfide quale pensi che sia la risorsa che la Cultura può mettere a disposizione nel favorire il *bonding*, il *bridging* nel poter lavorare anche su percorsi lunghi, nell'essere uno strumento adatto ai possibili cambiamenti che arrivano dall'esterno, se lo è.

Concordo con alcuni psicologi di comunità, non solo italiani, secondo cui **la Cultura favorisce lo sviluppo delle narrazioni e l'espressione, l'evoluzione dei linguaggi**. Nella musica attraverso i diversi stili, nel teatro con la parola, il movimento, la comunicazione non verbale, la mimica. **L'espressione artistica è portatrice di diversi stili comunicativi e questo consente di coinvolgere anche coloro che provengono da culture differenti. Il linguaggio artistico è, come dicevo all'inizio, portatore di emozioni e ci sono emozioni trasversali alle varie culture**. Le narrazioni sono diverse in relazione alla storia individuale e alla cultura di provenienza, ma se raccontiamo le difficoltà che abbiamo avuto, ad esempio ad abbandonare il nostro paese d'origine, che io sia senegalese o di Bagnara Calabra, si potranno riconoscere delle assonanze, delle affinità esperienziali ed emotive, che il linguaggio artistico può contribuire a condividere e a mettere insieme. E quindi la narrazione individuale diventa una narrazione collettiva, una narrazione di comunità. Questo è un esempio, ripreso appunto, da esperienze di teatro e comunità precedenti. Quindi **credo che il prodotto artistico sia in grado di produrre benessere anche perché è in grado di intercettare un universale, oltre al particolare dell'esperienza soggettiva**.

La durata delle progettualità è una questione strutturale, per uscire dall'episodicità e generare cambiamenti profondi, non perdere l'intelligenza delle cose.

È una perdita di intelligenza collettiva. **Ibridare le visioni di operatori di diversa formazione professionale è un grande investimento su nuove competenze**. Lo abbiamo visto in progetti di promozione della salute con DoRS. Con la mia collega Silvia Gattino e Claudio Tortone, abbiamo scritto un articolo che uscirà a breve su *Psicologia di Comunità*: **nel valutare un progetto dobbiamo comprendere anche la ricaduta che il processo, e la riflessione su di esso, ha generato, sviluppando competenze professionali. Questo elemento non viene sufficientemente valorizzato**.

Vi suggerisco il film nelle sale in questi giorni, "Crescendo", con sottotitolo "make music not war". Il focus è la creazione di un'orchestra sinfonica con giovani palestinesi e israeliani, con i conflitti che ne emergono e che le musiche di Mozart e Vivaldi contribuiscono a smussare. Il film evidenzia la complessità e le contraddizioni, ma anche la potenza della musica. Il film illustra anche i conflitti, che non sempre si riescono a dipanare. Un'altra sfida è proprio questa: essere consapevoli che generare relazioni vuol dire generare anche situazioni conflitti; la sfida è quella di accogliere il conflitto e trasformarlo in opportunità creativa. Difficile? Sì, ma non impossibile.

4. Valerio Dimonte

Ottobre 2020. Conversazione tra Alessandra Rossi Ghiglione e **Valerio Dimonte**, già Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica e ora Presidente del Corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Università di Torino, uno dei soggetti che a livello nazionale ha portato maggiormente le pratiche performative nella formazione del futuro personale sanitario.

Perché formare i futuri professionisti del sistema sanitario attraverso l'Arte?

Da molto tempo mi pongo questa domanda. **Le arti performative possono dare un contributo alla risposta.**

Siamo consapevoli dell'importanza di formare i professionisti della cura alla relazione e alla comunicazione, tra di loro e con i pazienti e le famiglie, attraverso un percorso cognitivo ed emozionale. Sono abilità che non si esauriscono con la parola, sono difficilmente visibili e afferrabili, vengono chiamate *soft skill* (dalla capacità di ascolto alla vicinanza al paziente, dall'atteggiamento empatico rispetto alla persona di cui ci si prende cura al far sentire la propria presenza nella relazione). Vanno costruite attraverso esperienze personali e non solo attraverso conoscenze ed elaborazioni cognitive. Per questo dal 2006 abbiamo introdotto percorsi formativi esperienziali, attraverso il teatro.

Un felice incontro tra diverse competenze, sia quelle formative sia quelle artistiche appunto, legate alle arti performative.

È partito un progetto aperto agli studenti che volevano fare questo tipo di esperienza, una popolazione selezionata e sensibile a questo tipo di percorso, per dare una possibilità. Possibilità di conoscersi attraverso l'esperienza del teatro, facendo esperienza del corpo proprio e altrui, esplorando aspetti etici e deontologici.

Anche la **danzaterapia**, che abbiamo iniziato cinque anni fa, ci dà molto, nello sviluppo della creatività, fondamentale nelle pratiche di cura che sempre affrontano l'imprevisto, soprattutto negli infermieri. Quest'anno ricorre il bicentenario della nascita di un personaggio, **Florence Nightingale**, riconosciuta come la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna. Il suo modello di *nursing*, di assistenza, unisce Arte e Scienza, sottolineando l'importanza dell'approccio creativo rispetto ai problemi, una pratica creativa che non si avvale soltanto di conoscenze, ma dà la possibilità di creare relazione col malato, in un rapporto di bellezza. Secondo Nightingale la più bella delle arti, era la pratica assistenziale, un'arte che si applica alla relazione con le persone.

La pratica di teatro sociale è stata così trasformativa che, seppur scelta da pochi studenti all'inizio, ha generato un nucleo importante e continuativo nel tempo.

La sfida vera oggi è rendere obbligatorio per gli studenti questo tipo di percorso che si avvale delle arti performative, in quanto obbligatoria è la formazione alle competenze relazionali ed etiche.

Dobbiamo fare un passaggio culturale nel sistema che vede questi temi come superflui e bizzarri. Con tenacia abbiamo costruito realtà che oggi possono cambiare la cultura, si sta comprendendo l'importanza delle competenze relazionali ed etiche da costruire in modo nuovo.

Abbiamo iniziato a sperimentare la danzaterapia, obbligatoria, per studenti del primo anno di infermieristica e abbiamo compreso che l'obbligatorietà richiede attenzioni molto forti, far vivere delle esperienze "protette" agli studenti. Se pensiamo all'utilizzo su vasta scala di queste esperienze, cioè portarle a sistema, è fondamentale farlo bene e con conduttori capaci e attenti affinché siano efficaci e non autoassolutorie, effimere o addirittura dannose. Ho visto in altre esperienze partecipanti crollare di fronte all'immersione non controllata nell'esperienza e quindi vanno accompagnati, in modo molto graduale. L'esposizione di sé durante le pratiche di laboratorio può essere traumatica e produrre effetti opposti al desiderato se l'esperienza è malamente condotta, ma utilizzando un approccio attento e rispettoso di ogni singolo partecipante e del gruppo i risultati possono essere, al contrario, straordinariamente positivi. Quelle dei laboratori che utilizzano le arti performative sono esperienze che "allenan" e sviluppano quelle *soft skill* a cui prima si è accennato. Anche chi non ha caratteristiche

particolarmente “predisponenti” può avere l’occasione di sviluppare questa sensibilità, purché l’esperienza avvenga in maniera guidata e graduale.

Quante persone avete coinvolto?

Nel teatro circa 15 studenti ogni anno, quindi in 15 anni più di 200 studenti. Nella danzamentoterapia (laboratorio obbligatorio) in cinque anni sono stati coinvolti quasi mille studenti.

Fin dall'inizio avete posto attenzione a monitorare l'impatto, con attenzione sul benessere degli studenti, con esperienze significative e positive, create da *team* interdisciplinari, tra Scuola di Medicina e Dipartimento di Scienze Umanistiche, allargandovi a seguire anche al Dipartimento di Culture e Società.

La valutazione è un aspetto complesso, dal punto di vista metodologico e operativo. Sicuramente ci ha aiutato il fatto che per quanto riguarda l'esperienza teatrale si sia nel tempo formato un gruppo interdisciplinare che si alimenta di punti di vista differenziati.

È difficile una valutazione di efficacia, **misurare la ricaduta, capire se realmente l'intervento formativo è anche trasformativo, ha ricaduta nell'assistenza.** Valutare le sensazioni e il percepito da parte degli studenti è più semplice con osservazione partecipata, questionari e diari dei partecipanti. Da partecipanti che hanno scelto il percorso ci aspettiamo un valore aggiunto, in quanto sono già sensibili a migliorare le loro capacità.

Il percorso obbligatorio è più interessante, variegato nella ricaduta, ma **siamo riusciti a fare solo una valutazione del percepito, anche con le narrazioni degli studenti, ma non di efficacia.** La valutazione del percepito **attraverso le narrazioni, svolta in maniera interdisciplinare,** ha comunque un suo valore, molte narrazioni sono ricche di vissuto esperienziale, ma possiamo pensare a sviluppare un metodo anche a livello quantitativo ora che abbiamo centinaia di studenti coinvolti.

Un altro passaggio è **coltivare le esperienze di formazione interprofessionale che abbiamo sperimentato, con studenti di infermieristica, medicina, ostetricia, educatori professionali, logopedisti.**

Le pratiche performative per facilitare un dialogo tra future professioni che si incontrano effettivamente solo nell'agito all'interno del sistema.

In realtà è un valore aggiunto eccezionale. Quando abbiamo avuto la possibilità, sia col teatro sia con la danzaterapia di mettere insieme più studenti o professionisti o *tutor* che si occupano di formazione, il **valore aggiunto è stato tangibile. I partecipanti imparano a stare con gli altri, imparano a conoscersi e riconoscersi e anche a costruire insieme. Creare insieme dà la possibilità di riconoscere nell'altro la potenzialità e il contributo che ognuno può dare all'interno del gruppo, con le proprie specificità.** Nel laboratorio performativo si sperimenta la dinamica che potrebbe verificarsi nell'attività lavorativa, con lo sviluppo di quella capacità creativa che deriva dall'attività artistica anche nel fare assistenza. Molto potente.

Siamo partiti con sviluppo di competenze relazionali verso il malato, poi abbiamo aggiunto la capacità di lavorare insieme agli altri, poi anche l'aspetto etico, ma oggi osserviamo anche il grande valore aggiunto relativo alla componente del benessere individuale e collettivo che si produce in queste esperienze. Se i curanti provano malessere non possono generare benessere. **La finalità è quella di farli stare bene e sviluppare *resilienza* nella pratica delle professioni usuranti, notoriamente a rischio di *burn out*.**

Siete in dialogo con altre sedi del corso di laurea?

Le sedi della Città di Torino (Corso Svizzera) e quella di Città della Scienza e della Salute (Rosmini) hanno fatto esperienze da molti anni sul versante teatrale. L'esperienza di danzaterapia si è anche sviluppata dapprima nelle sedi di Città di Torino e Ivrea, dato il numero più contenuto di studenti (150 in tutto), dallo scorso anno si è poi allargata alla sede di Città della Salute e della Scienza, col coinvolgimento di altri 225 studenti. Altre sedi dell'Università di Torino hanno chiesto di essere

coinvolte, ma al momento non ci sono risorse umane sufficienti per reggere un ulteriore sviluppo del progetto.

Siete entrati in contatto con altre scuole?

Sì. Ci sono esperienze molto variegata che abbiamo incontrato in convegni, ma sono tutte molto *spot*. Occorre un grande salto nelle *medical humanities* affinché diventino sistema, ci sono resistenze culturali che a Torino stiamo superando, risorse e competenze che non è facile trovare. Il punto più critico per l'espansione dell'esperienza non è tanto di tipo finanziario, ma perché questo percorso formativo possa essere fatto in "sicurezza" emotiva per gli studenti e sia in grado di far raggiungere gli obiettivi stabiliti richiede l'integrazione di competenze formative nell'ambito delle cure sanitarie e di competenze nell'ambito delle arti performative non facilmente disponibili. Sono attività che si svolgono a piccoli gruppi e, come si è detto, la scelta di rendere obbligatori questi percorsi formativi porta alla formazione di numero di gruppi da condurre, quest'anno una ventina, ciascuno con 18-20 partecipanti.

Ovvero per lei una delle sfide è far entrare nell'organizzazione accademica tutor competenti?

È fondamentale per fare un salto di scala. Proprio l'era Covid ci ha fatto comprendere che le competenze emozionali e relazionali sono fondamentali per gli studenti nel corso della formazione e per i professionisti della cura. Anche nella situazione di distanziamento dettata dalla pandemia, nella Sanità la pratica assistenziale è fatta di contatto, di tocco, vicinanza, elementi che influenzano la sfera professionale e quella personale.

La popolazione e gli operatori sanitari usciranno segnati dalla pandemia e dovremo recuperare benessere anche attraverso questi approcci. Gli studenti che arrivano a danzaterapia affermano di essere stati bene, anche se all'arrivo sono quasi tutti impauriti, dubbiosi, imbarazzati. Bene nel corpo e bene nell'anima.

Questa fase storica può consentire il cambiamento per il quale abbiamo molto lavorato.

5. Nerina Dirindin

Agosto 2020. Conversazione tra Claudio Tortone e **Nerina Dirindin**, già professore dell'Università di Torino, docente di Scienza delle Finanze e di Economia e Organizzazione dei Sistemi di *Welfare*, già amministratore pubblico (ndr è stata Direttrice della Programmazione Sanitaria presso il Ministero della Salute, Assessore alla Salute in Sardegna, Senatrice della Repubblica).

Nella sua vita professionale ha coniugato molte dimensioni, con una grande attenzione ai valori fondativi del Servizio Sanitario Nazionale che scricchiolano un po' in questo momento di epidemia, ma anche di tagli alla Sanità.

Il mio percorso professionale è stato segnato da grandi maestri, elemento che oggi spesso si trascura. **Non solo mi hanno trasmesso le basi dell'economia, ma anche i valori su cui poggia la disciplina economica, disciplina che è sociale volta alla massimizzazione del benessere della collettività, contrariamente a ciò che è andato affermandosi negli anni con la diffusione dell'economia aziendale attenta alla massimizzazione dei profitti delle imprese.** La seconda fortuna è stata essere invitata a partecipare a esperienze che, pur non cercate e accolte con dubbi, **mi hanno fatto crescere, comprendere le complessità del ruolo dei decisori, valutare tutte le opzioni e trovare delle soluzioni non di compromesso – termine al quale attribuiamo un'accezione negativa -, ma che tengano conto di tutte le diverse aree e di tutte le diverse esigenze.** Non si può imporre la propria idea, anche se si è convinti di essere nel giusto. Quando difendo la Sanità Pubblica sono convintissima di essere nel giusto, però sugli aspetti operativi bisogna tener conto dei contesti in cui si opera, della fattibilità.

Grazie per questo impegno come cittadina e come professionista, come operatore della Sanità Pubblica. **Nella sua storia professionale ha rintracciato il binomio Cultura e Benessere? Può essere contributivo in un momento come questo in cui, anche a causa dell'epidemia, occorre ridefinire le politiche con strade nuove rispetto al Servizio Sanitario Nazionale?**

Le tracce sono numerose, risalenti anche a decenni fa, quando parlare di questi temi sembrava occuparsi del superfluo. Ma occorre una premessa: **è prioritario, da tempo purtroppo, ed è indifferibile, recuperare il valore della tutela della Salute come obiettivo complessivo delle politiche pubbliche, riconducendo la pratica degli operatori della Sanità alle finalità originarie della medicina, ovvero quella di occuparsi delle persone, del benessere delle persone, persone viste nella loro interezza.**

Cosa intendiamo come Cultura? Occorre che si riprenda a parlare di diritti delle persone. Forse può sembrare provocatorio, ma è fondamentale che le persone sappiano rivendicare i loro diritti. Non si tratta di favorire la contrapposizione tra operatori e pazienti, ma di attenzione alle disegualianze, partendo dagli "ultimi", da coloro che hanno ricevuto purtroppo meno attenzione dalle istituzioni, che hanno talmente introiettato una rassegnazione che, se da un lato si manifesta come rinuncia a far valere i propri diritti dall'altro può diventare aggressiva, violenta, polemica o rivendicativa. Occorre ricreare la consapevolezza nelle persone e anche nei professionisti del rispetto della dignità delle persone e dei loro diritti. È una alleanza. **Dobbiamo ripartire dalla Cultura del benessere delle persone come uno degli obiettivi prioritari delle politiche pubbliche:** deve essere considerata fondamentale per chi disegna e dà attuazione alle politiche pubbliche. **Necessita un lavoro enorme di formazione degli operatori e dei cittadini, delle associazioni dei professionisti e delle associazioni dei cittadini.** La ricerca su Cultura e Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità indica come la Cultura rischia di essere interpretata come piccole ciliegine, elementi estetici, *amenities* o di ornamento, assolutamente accessoria. Possono dare momentanea soddisfazione rispetto alla nostra incapacità di affrontare in modo complessivo, integrato i bisogni delle persone, non limitandoci ad erogare prestazioni sanitarie.

È la cultura della Sanità prestazionale che va superata. E le Arti possono essere risorse che la scardinano, purché non siano azioni singole ed estemporanee, piccoli elementi di un *puzzle* che non

si ricompone. Non basta un singolo elemento. Abbiamo bisogno di una forte integrazione di tutte le discipline, per programmare congiuntamente la promozione del benessere delle persone e nel rivendicare che il loro benessere, inteso in senso ampio, sia una priorità. Per troppi anni abbiamo considerato prioritario erogare prestazioni. Il Covid ci ha spiegato che siamo arrivati al limite più negativo di questo approccio. Speriamo di avere imparato una lezione e di non ritornare alle vecchie ricette.

La Cultura oltre l'evento, con attenzione alle competenze degli operatori, con un approccio integrato, partendo dalla promozione della Salute. Una ricetta per ripartire, un volano di trasformazione e di ripensamento del Servizio Sanitario Nazionale che ha mostrato le corde, cioè dare segni di stanchezza, di usura, essere logoro... durante l'emergenza dell'epidemia...

Non uso il termine "ripartire" perché significa "riprendere da dove mi sono fermato e andare avanti" e quindi ha intrinsecamente meno capacità di promuovere il rinnovamento. **Uso "ricominciare", perché bisogna proprio fare qualcosa di diverso. La Cultura e le Arti possono avere un potenziale enorme purché, dal mio punto di vista, chi li propone, chi li stimola, chi li attua ricerchi un impatto e non un maquillage, un abbellimento, altrimenti offriamo solo scuse a chi non vuole rinnovare veramente il modo di affrontare il problema della Salute delle persone ma continuare come prima.** Come ha detto Benedetto Saraceno, una persona di grandissimo livello che si è occupata a lungo per l'OMS di salute mentale, insegnare a fare delle belle fotografie, bei posaceneri a persone con sofferenza mentale è utile solo se sta dentro a un progetto terapeutico personalizzato, riabilitativo e di vita, integrato con l'autonomia, con l'abitare, l'attività lavorativa, la socialità, il recupero dei rapporti con la famiglia e la comunità. Altrimenti è inutile, o quasi. **I progetti culturali debbono nascere con i percorsi di cura, essere integrati. Coloro che promuovono cultura e arte debbono essere coinvolti nell'ambizioso percorso della "Salute in tutte le politiche", per un risultato in termini di benessere, ma cambiando visione e modalità di intervento.**

Da questo punto di vista, vuole segnalarci esperienze e ricerche a livello internazionale che ha intercettato?

In vista di questa conversazione ho trovato molti contributi nel rapporto OMS sulle arti, che ho letto con molta attenzione. Mi sembra che il quadro di riferimento sia dato da una serie di innovazioni in corso nel settore della Sanità, dalla formazione delle *medical humanities* per i professionisti della Salute, *public health literacy*, filoni nuovi...

Questi sviluppi sono in parte orientati per potenziare l'efficacia delle prestazioni sanitarie, ma è solo una parte marginale. In parte sono volti a favorire la Cultura della prevenzione e del cambiamento delle relazioni medico-paziente, ma purtroppo quest'ultimo richiede un cambiamento dei rapporti di potere fra medici e pazienti. E sulla democratizzazione della medicina abbiamo ancora molti passi da fare, anche se rispetto agli anni Sessanta o Settanta siamo in un altro mondo. Un nodo da affrontare è quello dei soggetti che soffrono di cronicità. **Siamo bravi nel trattare le acuzie, con cure abbastanza accessibili, potremo farlo meglio grazie anche alla Cultura e alle Arti. Ma il problema è la cronicità, ambito in cui siamo carenti; le disuguaglianze sono ampie, c'è una scarsa attenzione da parte dei professionisti. Le Arti potrebbero avere una grande importanza purché all'interno di un progetto complessivo, che spinge a interrogarsi, generi una discontinuità negli operatori della Sanità nell'affrontare diversamente i bisogni delle persone, di quelli che stanno soffrendo di più:** la salute mentale, la tossicodipendenza, le persone in carcere, i giovani con problemi di ritardi cognitivi sono tutti temi vecchi e nuovi sui quali si potrebbe fare molto.

Penso che **la cura dei luoghi di cura** avvenga principalmente nelle strutture che già sanno fare bene il proprio mestiere. Chiediamo che i luoghi della salute mentale non siano degradati e che non siano sempre posti nei sottoscala, solo perché quelle persone possono accettarlo. **Fino a quando non abbiamo cambiato la qualità dei luoghi in cui si curano le persone più diseredate, non abbiamo cambiato la Cultura con cui affrontiamo il tema. E allora facciamo solo un po' di abbellimento. Non disconosco il grande lavoro che è stato fatto, ma intendo sottolineare i rischi.**

Mettiamoci nella condizione di programmazione, ruolo del nostro Centro di Documentazione sulla promozione della Salute, oggi chiamato dall'Assessorato a dare sostegno al piano della prevenzione e

c'è il tentativo di collegarlo con il piano della cronicità. Se siamo in grado di costruire dei piani organici, sistematici, inclusivi per questi nostri concittadini, di fatto stiamo ripensando alla Sanità in toto. Avere attenzione alla soglia "bassa" con cui si accede alle cure, significa lavorare su un sistema universalistico e meno diseguale. Quali sono i dispositivi che possono far camminare questa programmazione?

Sono stata direttore generale della programmazione al Ministero della Salute e questo tema è per me centrale. **La mancanza di capacità di programmazione è una delle carenze del nostro sistema. Programmare non vuol dire scrivere semplicemente dei piani.** Scrivere, individuare obiettivi è già importante, ma poi occorre darne attuazione. Siamo bravissimi a scrivere documenti. Difficile vedere un documento di programmazione che non abbia principi condivisibili. Anche perché per farlo approvare nei consigli regionali, in Parlamento, ovunque sia, bisogna scrivere principi condivisibili. **Ovunque c'è scritto che bisogna rispettare la dignità delle persone in cura e purtroppo non è così, non è così molto spesso. Per l'attuazione dei documenti di programmazione occorrono persone che credano a ciò che hanno scritto, sentano la necessità di realizzarlo, di monitorare e rimuovere gli ostacoli che impediscono il raggiungimento dei risultati.**

Ante Covid questi documenti erano sempre adottati a parità di risorse, a risorse invariate. **Da economista sono la prima a essere attenta a non utilizzare male le risorse, ma per i cambiamenti occorrono investimenti, magari anche scarsi, occorrono anche per non demotivare coloro che sono coinvolti nell'attuazione. E servono tempi adeguati. Il continuo ricambio delle amministrazioni regionali e dei governi nazionali, fa sì che finito il periodo della legislatura, ogni progetto, ogni piano rischi di arenarsi. Ed è indispensabile la vigilanza di quella che adesso si chiama società civile, della cittadinanza, delle associazioni di pazienti, anche di chi nella politica è impegnato ora all'opposizione e magari prima alla maggioranza. Dobbiamo richiamare alla responsabilità coloro che hanno approvato un provvedimento per poi dargli attuazione. È estremamente difficile.**

In Sardegna abbiamo fatto un grande lavoro sulla salute mentale. Con formazione e accrescimento culturale degli operatori, delle associazioni dei pazienti e dei familiari, qualità dei luoghi che accolgono le persone con sofferenza mentale, colore, apertura per molte ore al giorno... Un percorso che auspico potesse essere replicato ovunque. Con proposte culturali per gli assistiti, iniziative artistiche, letterarie.... Ma non basta. **Se non si accompagna davvero un progetto di cambio di paradigma, resta soltanto un piccolo elemento in più rispetto al resto.**

Quali sono gli insegnamenti che Lei ha colto dalla pandemia utili a ripensare la Sanità pubblica, con uno sguardo al welfare culturale?

La prima: **bisogna ricostituire la Cultura della promozione del benessere e della Salute delle persone sul territorio in prossimità dei luoghi in cui le persone vivono e lavorano. La Cultura dell'assistenza territoriale.** Non penso sia lontano da ciò che si intende come Cultura. In passato, abbiamo spesso pensato soprattutto agli ospedali, all'alta specializzazione e siamo entrati in crisi, specie in alcune regioni. Abbiamo lasciato che l'assistenza territoriale, la prevenzione, la promozione della Salute, il ruolo dei medici di medicina generale diventassero elementi secondari rispetto alla tutela della Salute. **Il Covid ci ha insegnato che in primo luogo dobbiamo occuparci dell'assistenza territoriale.** L'attività sul territorio non si fa nei ritagli di tempo, non è marginale. Anche i professionisti non accolgono sempre volentieri l'idea di andare a lavorare sul territorio. Dobbiamo fare uno sforzo enorme, culturale affinché sia per i professionisti sia per le persone, lavorare sul territorio possa essere ritenuto pagante.

Il modo in cui abbiamo accettato che la soluzione per trattare le persone anziane non autosufficienti fosse la residenza assistenziale è un fatto culturale. Oggi si sta recuperando nelle persone, nelle famiglie, nelle comunità, l'importanza del rispetto che dobbiamo alle generazioni anziane e dell'impegno che dobbiamo avere nei loro confronti; gli anziani non possono essere considerati un peso economico, lo dico da economista, ma un patrimonio di conoscenze, esperienze e soprattutto una generazione a cui dobbiamo molta riconoscenza. **La generazione che abbiamo perso con il Covid è quella che ha lottato per il Servizio Sanitario Nazionale, un Servizio Sanitario Nazionale che sottolineava in primo luogo il ruolo della prevenzione e dell'assistenza territoriale e poi certo anche**

dell'ospedale. Si è invece ritrovata a morire chiusa in un ospedale o in una RSA. Tutto ciò è lontano dai valori fondanti del sistema universale della legge 883.

Questo è un fatto culturale. La Cultura è non soltanto la letteratura, l'arte, la danza... è il sentimento prevalente fra i cittadini, fra la popolazione, fra gli operatori, nei confronti di ciò a cui diamo priorità. E questo tempo richiede un grande impegno culturale. Non è un'utopia. Gli operatori della Sanità hanno molte qualità non solo professionali, ma umane, che spesso sono soffocate dal dover lavorare "a cottimo".

Durante l'emergenza abbiamo sentito riemergere l'importanza degli operatori sanitari e la parte da leone l'ha fatta l'ospedale...

Va fatto in modo che non sia dimenticata, che non resti in superficie, perché altrimenti la stanchezza delle persone e le difficoltà che affronteremo nei prossimi mesi li piegherà. Ora avremo la stagione degli avvoltoi che vorranno accedere ai vari finanziamenti che arriveranno soprattutto dall'Europa. **Se non ri-motiviamo gli operatori sanitari, gli avvoltoi avranno vita facile.**

Quali possono essere i criteri di valutazione in eventuali bandi al fine di contribuire a realizzare un sistema organico?

Ritengo che le risorse siano sufficientemente ampie da garantire lo sviluppo del progetto. Abbiamo visto troppe volte progetti bellissimi che restano delle nicchie. Invece debbono essere capaci di contaminare. Per essere capace di contaminare serve il risultato. Dobbiamo aiutare in primo luogo le realtà che anche solo in embrione hanno la capacità di produrre risultati. Per poterli replicare servono istituzioni pubbliche responsabili della salute che siano disponibili a mandare a regime i risultati. E poi bisogna osare. Chiedere molto impegno e fare molta formazione inizialmente a chi partirà con i progetti. Perché spesso non c'è abbastanza consapevolezza del cambiamento necessario.

Anche noi ricercatori dobbiamo cambiare la nostra cultura, perché accade che i nostri obiettivi siano diversi da ciò che serve alla società: pubblicare, confrontarsi con altri, partecipare a convegni internazionali e nazionali. Purtroppo questa è una deriva che i ricercatori giovani e meno giovani ormai hanno acquisito perché si misurano sulle pubblicazioni e non sull'impatto che il loro progetto di ricerca ha sui sistemi sociali.

6. Alessandro Pontremoli

Novembre 2020. Conversazione tra Catterina Seia e **Alessandro Pontremoli**, professore ordinario di teatro Educativo e Sociale all'Università di Torino, già Presidente della Commissione Danza del MiBACT, uno dei soggetti che a livello nazionale ha sviluppato maggiormente la ricerca sulle pratiche performative in rapporto alla Salute.

Qual è stato il percorso di ricerca che l'Università di Torino e in particolare la cattedra di Teatro Educativo e Sociale hanno condotto sul tema Cultura e Salute negli anni?

Il Teatro Sociale e di Comunità rappresenta un filone di ricerca che si aggancia alla cosiddetta morte dell'animazione teatrale, che viene dichiarata di fatto negli anni Ottanta. Io provengo dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, dove ho studiato con Sisto Dalla Palma e con il suo gruppo di ricerca, la tematica di una possibilità di vivere l'esperienza teatrale anche al di fuori dei contesti della scena tradizionale del professionismo. Questo tipo di lavoro e di studio non partiva da un'ipotesi di tipo teorico, ma si poneva già negli anni Novanta nei termini di una ricerca-azione: già in quegli anni si cercava di comprendere qual era l'esigenza della comunità di spettatori, dei partecipanti all'esperienza teatrale, in un momento storico in cui il teatro sembrava essere particolarmente in crisi e le forme teatrali davano segni di stanchezza sul versante della messa in scena tradizionale. Cercare di comprendere le esigenze di comunità, territorio, realtà locali e comprendere come il teatro potesse rappresentare per queste realtà una solida possibilità di consapevolezza, cambiamento, trasformazione e di *empowerment* – per usare un termine onnicomprensivo – per poter affrontare le relazioni, l'esistenza e la propria modalità di essere al mondo sembravano essere delle questioni significative. Quindi, la mia ricerca si è orientata allo studio di questi fenomeni anche quando, nel 1996, sono arrivato a Torino per l'insegnamento al DAMS. Qui, da subito, all'interno della Facoltà di Scienze della Formazione, dove sono stato chiamato a occuparmi di questo filone di ricerca e a impartire un insegnamento che abbiamo chiamato Teoria e Tecnica del Teatro Educativo e Sociale, per gli educatori generici – insegnamento che, con il nome abbreviato di Teatro Educativo e Sociale, continua oggi ininterrottamente presso la Laurea in Educatore Professionale. Questo insegnamento ha generato nel tempo, grazie all'incontro con Alessandra Rossi Ghiglione – un incontro nuovo sul territorio piemontese, sul quale entrambi eravamo finiti per ragioni personali e professionali – un costante processo di studio, ricerca e azione sul territorio, a partire proprio dalle esperienze, anche artistiche, che Rossi Ghiglione stava elaborando in rapporto a questioni di natura scientifica. Così, per una serie di coincidenze, da un lato, ma anche grazie al lavoro con le istituzioni, che è uno degli elementi teorici fondamentali del TSC, si è formata una rete locale che ha generato una serie di ricerca-azioni positive sia a livello internazionale sia a livello nazionale e locale.

Qual è il valore dell'incontro tra il teatro sociale, che ha le sue radici a Milano, e il mondo della rigenerazione urbana torinese e la psicologia di comunità, rappresentata da Norma De Piccoli?

È molto importante, perché è l'esperienza generativa e insieme genetica sia dello sviluppo della metodologia del Teatro Sociale e di Comunità originale, che oggi fa capo al Centro di Teatro Sociale e di Comunità di Torino, sia perché si tratta di un intervento che ha messo in moto una serie di processi particolarmente significativi sul territorio della città di Torino e, poi, quando è arrivata la questione delle residenze multidisciplinari, anche nell'intera regione. È una storia in diretta continuità con quella dell'Animazione Teatrale torinese. Nei primi anni Duemila, e ancora oggi in alcuni casi, nell'amministrazione comunale torinese erano presenti, a diversi livelli, degli operatori, dei dirigenti e dei funzionari che avevano alle spalle l'esperienza dell'Animazione Teatrale, perché molti di quegli operatori furono assunti in anni in cui il Comune di Torino intendeva rendere sistematico l'intervento teatrale nella città, nelle scuole, nelle situazioni di disagio sociale. Quando si interruppe quella tradizione non si interrupperò, credo, l'interesse e la passione di queste persone per questo tipo di approccio. Fummo quindi chiamati, Alessandra sul versante culturale artistico-drammaturgico ed io dal momento che a Torino esisteva un filone di ricerca su queste problematiche, all'interno di un

progetto, *Teatro e Periferie*, nato a ridosso del processo che portò anche alle Olimpiadi Invernali di Torino 2006, un processo di rigenerazione della città che aveva in parte quella finalità, in parte veniva da esigenze sociali e culturali più profonde. **Tutto il fenomeno della rigenerazione urbana, della rivalorizzazione delle periferie, portò con sé l'esigenza di utilizzare il teatro come esperienza trasformativa di cambiamento, di generazione di comunità.** Inizialmente, si trattò di portare il teatro nelle periferie, ma questo non bastò, e fummo chiamati a far parte di un gruppo di ricerca-azione che faceva capo al Settore Periferie del Comune di Torino, per immaginare come valorizzare tutta la ricchissima esperienza teatrale radicata nel territorio torinese. Infatti, proprio in quegli anni, il termine "comunità" si aggiunge, insieme all'aggettivo "sociale", accanto alla parola "teatro": il teatro sociale e di comunità. Questa opportunità ha dato vita a una riflessione, dal punto di vista scientifico e metodologico, che ha coinvolto in quegli anni anche **Norma De Piccoli**, forse la massima esponente attuale della Psicologia di Comunità. L'incontro, dato interessante da sottolineare, avviene sempre a partire da un'esperienza personale dei soggetti coinvolti in questo gruppo di lavoro di quegli anni, che ha a che fare con esperienze pregresse nel teatro e nella danza, esperienze personali di Alessandro Pontremoli, di Alessandra Rossi Ghiglione, ma anche di Norma De Piccoli, che viene dalla scuola coreografica di Anna Sagna, quindi da un lavoro espressivo sul corpo, sulla danza, e sull'applicazione della danza a situazioni completamente diverse dalla messinscena teatrale tradizionale, dalla creazione dello spettacolo.

Credo che aver incoraggiato e selezionato compagnie sul territorio, aver stabilito con loro una relazione che comportava un continuo lavoro di progettazione e riprogettazione, un continuo intervento nelle comunità territoriali, sia stata un po' la palestra della proposta di una nuova metodologia di lavoro che oggi, nel tempo, grazie anche a una serie di lavori di osservazione e valutazione, può essere considerata una metodologia sperimentata, sperimentabile e considerabile come buona pratica da divulgare e applicare in contesti diversi. **In quell'epoca, infatti, cominciarono a emergere esigenze di osservazione e valutazione, introdotte certamente da un'urgenza scientifica della Psicologia di Comunità, ma poi percepita anche dagli operatori di teatro** – per quanto digerita a fatica – come strumento per poter comprendere in termini rigorosamente scientifici che tipo di impatto poteva avere il loro lavoro sui processi di trasformazione, benessere e terapeutici che avremmo sperimentato in seguito.

È stato il tema della valutazione a sollecitare il percorso di ricerca universitario sulle *performing arts* e la comunità verso altre dimensioni disciplinari. In questa storia che rilievo ha avuto l'incontro con il mondo accademico della Salute?

L'incontro con Patrizia Lemma, una delle massime esperte delle problematiche di promozione della salute sui territori -nell'ambito di quella che allora era la Facoltà di Scienze della Formazione che includeva anche la laurea in Educatore Professionale (oggi profilo sanitario)- ha dato vita a un reciproco ascolto sulle problematiche del rapporto che si poteva stabilire, inizialmente, tra teatro e formazione, ma poi, a partire da teatro e formazione delle professioni sanitarie, si poteva cercare di comprendere se l'impatto del teatro all'interno della questione delle terapie in senso più ampio poteva avere un senso come ricerca dal punto di vista scientifico. Ovviamente, **Patrizia Lemma**, a partire dalla sua posizione di epidemiologa, propose subito, nel rapporto con noi, di studiare in modo analitico la metodologia di TSC nei processi educativi e, in particolare, con le professioni sanitarie. Qui scattano altri incontri importanti: con **Valerio Dimonte**, che insegna presso il Corso di Laurea in Infermieristica, lo ha diretto e presiede; e quello con figure ponte come Raffaella Nicotera, che si è laureata con me nella facoltà di Scienze della Formazione ed è poi andata a lavorare all'interno del Corso di Laurea in Infermieristica. **Grazie a questi incontri, si è pensato di sottoporre alla valutazione un processo educativo che attraverso il teatro veniva fornito in origine alle figure degli educatori professionali, poi degli infermieri e infine abbiamo cercato di estendere questo approccio educativo attraverso il teatro anche alla professione medica.** L'incontro con questi colleghi ha generato dunque una serie di laboratori che oggi sono ancora stabili e vengono proposti all'interno della formazione degli infermieri e, quando possibile, dei medici, per formare questi professionisti a una serie di skills nella relazione coi pazienti, col corpo – proprio e del paziente – nella relazione all'interno della struttura sanitaria ecc. Bisognava, però, che questa forma di pedagogia medica potesse essere validata nei

termini scientifici che la pedagogia medica, appunto, riconosce. Ci abbiamo lavorato analizzando esercizi che il TSC propone all'interno dei processi laboratoriali e di formazione, li abbiamo osservati e valutati anche con gli strumenti statistici, e abbiamo cominciato da quell'esperienza a introdurre sistematicamente questo tipo di valutazione in ogni nostro progetto. Inoltre, **nel progetto Co-Health, finanziato dalla Fondazione CRT, oltre all'osservazione e valutazione statistica di esercizi e processi laboratoriali è stato introdotto un elemento di osservazione proprio della dimensione etnoantropologica.** Questo è avvenuto grazie alla collaborazione con il prof. **Mario Cardano**, collega che si è occupato nel suo percorso di osservazione etnologica. Cardano ha proposto di introdurre degli osservatori diretti "in situazione", per esempio nel lavoro degli infermieri coinvolti nel progetto di Teatro Sociale e di Comunità di cui ho parlato. Così, **abbiamo appreso che non basta un laboratorio, per questo tipo di formazione, ma è necessario un percorso più lungo che, per esempio, coinvolga anche le azioni che l'infermiere deve svolgere nella sua professione. Nel tempo, queste esperienze hanno portato ad avere una metodologia che è stata vagliata, validata da questi processi di osservazione e valutazione.**

L'Università di Torino ha portato questa ricerca a livello nazionale?

Tra i diversi contesti, il più significativo è il **progetto *Performare Sociale*, che è stato presentato all'interno del piano delle ricerche d'interesse nazionale** di una delle ultime tornate del PRIN. È stato proposto dal capofila Claudio Bernardi, collega dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, cui si sono aggregate altre quattro unità universitarie: l'Università di Torino, che in questo progetto di ricerca di TSC ha avuto il ruolo di studiare e validare il metodo di approccio al tema della salute, le università di Genova, Pavia e di Roma La Sapienza. **Queste cinque università hanno lavorato su diversi campi di applicazione del TSC. Torino ha lavorato sul tema specifico del rapporto tra teatro e salute.** Ne sono emerse questioni particolarmente interessanti: per esempio, un esperimento neuro-scientifico sviluppato in collaborazione con la neuro-scienziata **Consuelo Valentini alle Molinette** ha messo in evidenza come **anche solo la visione del teatro e della danza ha delle attivazioni neurali legate al circuito della dipendenza e del piacere, dimostrando ciò che il teatro storico, teorico e delle prassi ha sempre saputo: che l'esperienza teatrale, cioè, è strettamente legata allo statuto corporeo della persona, quindi alla sua capacità di stabilire relazioni, creare benessere in queste relazioni e auto-costruire un processo di aiuto alla terapia.** Possiamo quindi parlare di **un processo di autocura ingenerato proprio dall'esperienza teatrale non necessariamente vissuta, anche solo partecipata dall'esterno.** Questi esperimenti mettono in evidenza quanto sia necessario l'approccio artistico a ogni tipo di cura e terapia: necessario, ripeto, stando a quanto è stato dimostrato in questi anni di ricerca.

L'Università di Torino ha realizzato a partire dal 2011 importanti esperienze internazionali sulle performing arts orientate all'audience engagement, alla capacitazione e al benessere delle comunità. Che cosa è emerso nelle esperienze internazionali di cui l'Università è stata partner in alcuni progetti sul tema?

La cosa interessante da osservare è come questo processo iniziato a livello locale è, nel tempo, a tal punto cresciuto come ricerca complessiva, rete di soggetti e risultati della ricerca, da portare alla creazione di progetti anche a livello internazionale. Alcuni ne abbiamo vinti, ma molti ne abbiamo preparati, e anche questi progetti non finanziati, come quello su teatro, salute e invecchiamento – un progetto Horizon 2020 con il quale insieme ad altri 13 progetti avevamo superato il primo step di selezione, senza passare poi l'ultimo – hanno dato vita a una rete di relazioni con studiosi, altre realtà dello spettacolo e del TSC che ci hanno permesso comunque di **proseguire negli studi con un confronto anche sul piano internazionale.**

Altri bandi, invece, sono stati vinti: in particolare **due Creative Europe consecutivi, realizzati con l'Università di Torino come partner scientifico di osservazione e valutazione dell'esperienza dei processi e delle prassi.** Il primo di questi progetti Creative Europe è intervenuto nel quadro della grossa crisi economica internazionale, che aveva generato nuove povertà, crisi esistenziali e realtà di grande disagio a livello internazionale: in questo caso abbiamo avuto modo di sperimentare come **il TSC sia un'esperienza in grado di far superare problematiche di disagio e relazione, esistenziali, attraverso processi di comunità, non solo attraverso relazioni individuali, ma soprattutto creando**

occasioni di comunità all'interno delle quali la trasformazione avviene molto più rapidamente. Il secondo progetto, *Caravan Next*, ha continuato a sviluppare i processi avviati nelle comunità col primo Creative Europe, attraverso un approccio più diretto alle pratiche performative. Infatti, **con *Caravan Next* abbiamo avuto un'osservazione e valutazione dei processi con dati statistici decisamente più rilevanti, perché il progetto ha coinvolto un numero di persone così elevato da permetterci di avere dei dati che possono essere letti a livello statistico in modo scientifico e coerente.** Il progetto ha dimostrato come **l'approccio ampiamente performativo sia quello più indicato per aiutare le persone a raggiungere una condizione di benessere**, che è il concetto intorno al quale abbiamo lavorato.

Le due esperienze extraeuropee, invece, come i due progetti che abbiamo portato avanti in Etiopia, hanno dimostrato che in situazioni umane complesse, come quelle di alcuni paesi dell'Africa in cui rileviamo condizioni di disagio molto più estremo rispetto a quello che si può vivere in paesi dell'Europa, lo stesso tipo di approccio performativo di TSC diventa un motore di cambiamento, trasformazione e sensibilizzazione rispetto ai temi più svariati. Per esempio, abbiamo lavorato sulla sensibilizzazione alla raccolta differenziata, in particolare della plastica, attraverso un processo di comunità che aveva il teatro come elemento fondante, ottenendo risultati veramente sorprendenti.

È importante sottolineare che **l'approccio del TSC è un approccio talmente adattivo, liquido, che anche in contesti culturalmente molto distanti dal teatro occidentale è una metodologia in grado di adattarsi, rispettare le tradizioni, le culture, gli approcci relazionali umani dei più svariati contesti. Questo è una sorta di salvaguardia dalla deriva colonialistica che invece il teatro tradizionale ha, generalmente.** Non parlo dei paesi extraeuropei, dove sappiamo che ha attecchito e preteso di instaurare forme anche di tipo economico tradizionale, ma parlo del fatto storico che l'approccio del teatro all'italiana ha generato in tutti i paesi. **Il TSC invece lavora contro questo processo di colonizzazione, nel rispetto totale dell'altro e nella dimensione maieutica del far emergere nei soggetti, nelle comunità, le risorse positive per la soluzione di problemi esistenziali o per la soluzione di problemi sociali: magari con risultati microsociologici, ma che nella lunga durata portano a trasformazioni più importanti.**

Quali sono le indicazioni, le necessità perché quest'esperienza di teatro e salute diventi ancora più trasformativa, anche in considerazione di questo particolare momento storico segnato dal Covid?

Quello che il Covid ha messo sicuramente in evidenza è l'obsolescenza di un modello teatrale, che non è più in grado di rispondere alle esigenze profonde delle persone e tiene a distanza lo spettatore, non lo coinvolge neppure più in termini emotivi, perché la messinscena tradizionale non può competere con tutta una serie di eventi dello spettacolo ben più immersivi e mistificanti, dal punto di vista del coinvolgimento emotivo. Un teatro così, che propone un approccio soltanto intellettuale, non viene fruito dalla maggior parte del pubblico. Quindi, credo importante che chi ha a cuore il benessere delle persone e il superamento delle crisi, -causate da situazioni come questa della pandemia che non lascia possibilità di fuga -, chi, attraverso la messa a disposizione di risorse, ha la possibilità di valorizzare le esperienze del teatro sociale e di comunità si renda conto che **ci deve essere uno slittamento dall'idea di estetica com'è stata concepita fino ad oggi, quindi un'estetica dell'inutilità, verso l'estetica di una nuova inutilità, perché comunque il TSC non ha la pretesa di essere unicamente uno strumento, ma ha la pretesa di rivendicare il diritto alla dimensione della bellezza per tutte le persone. Sappiamo, dalle ricerche scientifiche messe in atto, che le persone vivono l'esperienza della bellezza in termini di salute. **L'esperienza scientifica epidemiologica ha messo in grande evidenza come l'arte, l'esperienza performativa, l'approccio alla dimensione estetica e alla bellezza sono profondamente trasformativi e in grado di aiutare i processi terapeutici.** E forse anche il teatro tradizionale ritroverà una sua dimensione più legata all'attenzione allo spettatore, piuttosto che a un narcisismo estetico, generico e che non appaga più, se non un pubblico molto legato a forme borghesi di coinvolgimento, dentro piccole nicchie, salotti e realtà che non sono più rappresentative delle istanze delle persone.**

7. Chiara Saraceno

Ottobre 2020. Conversazione tra Claudio Tortone e **Chiara Saraceno**, Filosofa e sociologa, Dipartimento di Scienze Sociali, Università di Torino

Sono una **sociologa delle famiglie** e ho insegnato per molti anni prima all'Università di Trento e poi all'Università di Torino, con un ultimo periodo di ricerca in un istituto di ricerca di Berlino. Mi occupo inoltre di **rapporti tra i generi, tra le generazioni, di welfare e di povertà**. Sono stata per un breve periodo **Presidente della Commissione Povertà in Italia**. Ultimamente sono molto coinvolta in due iniziative civiche: la **Rete italiana di Cultura Popolare, una associazione nata a Torino e in Piemonte**, che ha incrociato Tullio De Mauro che ne divenne presidente onorario e contribuì a darle la fisionomia attuale di una associazione cui interessa non solo preservare e conservare le tradizioni popolari del passato, ma anche osservare e sostenere le culture popolari nel loro costruirsi quotidiano nel presente, nei vari meticcianti delle comunità locali. L'altra è l'**Alleanza per l'infanzia, una rete di associazioni** che ho contribuito a creare un anno fa e che comprende al momento una trentina di associazioni, grandi e piccole e che adesso **si è unita in una rete più ampia con altre 8 reti che si riconoscono in un documento che si chiama EducAzioni**. Cinque passi per contrastare la povertà educativa e promuovere i diritti delle bambine, dei bambini, delle e degli adolescenti, sulla base del quale abbiamo avuto anche incontri con il presidente Conte e le ministre Azzolina e Bonetti. Abbiamo infatti compreso che occorre unire le forze e trovare punti comuni condivisi perché i diritti dei bambini e adolescenti non rimangano sempre marginali nell'agenda pubblica. Ciò è diventato urgente con la pandemia. Se, infatti, bambine/i e adolescenti sono stati più protetti degli adulti e soprattutto degli anziani dal rischio del contagio, hanno subito costi e derivazioni pesanti a causa delle decisioni prese per contrastare la pandemia, a partire dalla chiusura dei servizi educativi per la prima infanzia e delle scuole, solo in parte compensata dalla didattica a distanza e solo per quanto riguarda l'apprendimento, non la socialità, il confronto e relazione tra pari, la mobilità che sono dimensioni importanti della crescita e dello sviluppo. **Soprattutto, la pandemia ha fatto esplodere le disuguaglianze di risorse e opportunità e la grave ingiustizia della povertà, materiale ed educativa, minorile. Nascere e crescere in condizioni di svantaggio, rappresenta una forte riduzione delle proprie chance di vita, letteralmente, dal punto di vista della salute, dello sviluppo delle proprie capacità cognitive, relazionali ed emotive, con effetti sul lungo periodo.** Non dimentichiamo che l'abbandono scolastico è concentrato nelle fasce più svantaggiate dal punto di vista materiale e culturale. **Quindi queste bambine/i e adolescenti avrebbero bisogno di maggiori risorse e investimenti per compensare gli svantaggi di partenza. La povertà per i bambini è molto più grave della povertà per gli adulti. Nelle condizioni di emergenza e di riduzione delle risorse, i bambini e adolescenti in condizioni familiari modeste, quando non deprivate o difficili, sono stati privati di risorse essenziali per la loro crescita. Non occuparsi di questo è una delle più grandi ingiustizie, ma anche una follia perché significa perdere un pezzo del futuro.**

Le disuguaglianze sono la prima grande sfida. Grazie per ciò che sta facendo per mettere tutti sulla stessa linea. Lo Stato, le istituzioni, la comunità locale devono saper cogliere e avere attenzione a questi differenziali, dare a tutti la possibilità di esprimere le proprie doti, le proprie ricchezze e i propri talenti perché poi sono ricchezze per la comunità locale, per la società e per il futuro. I prossimi fondi europei, *Next Generation EU*, possono costituire una opportunità. Dal suo punto di vista, lei che si occupa di famiglia, bambini e di *welfare*, c'è uno spazio per coniugare Cultura, Salute e Benessere e quali impatti concreti potrebbe concretizzarsi? Ricordo studi di economisti statunitensi che indicano che per ogni dollaro investito per la crescita e lo sviluppo dei bambini ne ritornano dieci alla società.

La prima dimensione quasi ovvia è la scuola, cioè l'educazione formale. La scuola dovrebbe essere compresa come luogo non solo di trasmissione, ma di elaborazione culturale. Proprio nella scuola si dovrebbe imparare a essere un soggetto culturale, prima ancora che a fruire della cultura, essere un soggetto capace di dare senso, di riconoscere i modi in cui altri attribuiscono significati alle cose e agli eventi, costruire relazioni, costruire e immaginare mondi. La scuola dovrebbe essere tutto questo. Ma prima della scuola, sono importantissimi anche i servizi educativi per la prima infanzia.

L'investimento nei primi 1000 giorni di vita, incluso il periodo della gravidanza è relevantissimo, anche se nell'opinione comune si ritiene che in questo periodo ci siano solo i bisogni primari del mangiare, dormire, essere accudito nella fisicità. Invece sono altrettanto primari i bisogni affettivi, di "attaccamento" e quelli cognitivi, legati all'uso del linguaggio. È fondamentale che i genitori lo comprendano. Il progetto **Nati per Leggere** va in questa direzione. La lettura in famiglia ad alta voce nel periodo perinatale e ai neonati aiuta il linguaggio, le interazioni, anche quelle minime, insegna loro a parlare, a interagire. Accanto all'educazione dei genitori, i servizi educativi della primissima infanzia sono appunto importantissimi. Purtroppo nel nostro paese sono troppo scarsi, coprono solo una frazione minima dei bambini, il 23%, con grandi differenze territoriali e carenze soprattutto là dove sarebbero più necessarie perché c'è più povertà materiale e culturale. Nei nidi di buona qualità, con educatrici ed educatori ben formati, i bambini piccolissimi possono ricevere stimoli e fare esperienze che difficilmente possono fare in famiglia anche con i genitori più preparati e dedicati. Inoltre imparano a vivere e confrontarsi con un mondo non esclusivamente fatto di familiari, rafforzando il processo di raggiungimento dell'autonomia. Un' insegnante mi ha raccontato che il suo bambino, non potendo più andare al nido durante il *lockdown* era regredito nel linguaggio. Non è stato un fenomeno inconsueto. Quindi **l'educazione formale è importantissima e deve essere intesa come costruzione di Cultura, di soggetti capaci di Cultura. Accanto alla scuola e all'istruzione formale, tuttavia, occorre anche creare un ambiente ricco di stimoli e possibilità di fare esperienze che favoriscano lo sviluppo delle capacità.** Gli studi mostrano come a parità di condizioni materiali, vivere in un posto piuttosto che in un altro, aver avuto la possibilità di aver frequentato un nido buono da piccolo, fruito di attività sportive e culturali come sentire la musica o impararla, andare a teatro, ai musei, al cinema, leggere libri ecc. fa la differenza sullo sviluppo cognitivo. Si può discutere sui test PISA piuttosto che sugli INVALSI, ma sono abbastanza sistematici nel mostrare queste differenze. I bambini che vivono in famiglie con genitori con una buona istruzione e un buon reddito hanno meno bisogno che ci siano luoghi istituzionali e programmati per questo, perché vivono già queste attività ed opportunità con i loro genitori. **Per i bambini che vivono nelle periferie dove non hanno nelle loro scuole iniziative di musica e danza, o frequentare spazi e partecipare ad attività pure dedicate alle bambine/i e adolescenti, come i teatri per ragazzi o le attività dedicate dei musei, non è così agevole, occorre provvedere.** Altrimenti rischiano di avere un *curricula* della crescita più ridotto e quindi avere meno possibilità di sviluppare le proprie capacità e questo è ingiusto. **Questo è il senso della "comunità educante"** di cui oggi si è iniziato a parlare in modo sistematico e il cui sviluppo è uno dei cinque punti del documento *EducAzioni: la costruzione di reti locali collaborative di soggetti pubblici e privati, di terzo settore e associazionismo civico, che costruiscano attorno alla scuola occasioni educative e culturali accessibili e accoglienti, per i bambini e adolescenti, ma anche per gli adulti.*

La fruizione ed elaborazione culturale non è un lusso, o un di più, per nessuno, tanto meno per i bambini e ragazzi/e.

Durante il *lockdown* la Rete italiana di Cultura Popolare stava lavorando a un progetto di **contrasto alla povertà educativa**, che riguardava gli **adolescenti**. Avevamo appena iniziato la collaborazione con le scuole, quando è avvenuta la chiusura delle stesse, impedendo le attività che avevamo programmato, costringendoci a modificare il nostro progetto. Appreso dalle scuole che, dopo poche settimane di didattica a distanza oltre un centinaio di studenti era "scomparso", nonostante fossero stati distribuiti *computer* e chiavette con i giga a chi ne aveva bisogno, superando difficoltà burocratiche (evocazione impropria della protezione della *privacy*), con l'appoggio di alcuni presidi e insegnanti e la resistenza di altri siamo riusciti a rintracciare e riagganciarne una buona parte, anche se non tutti e non prioritariamente tramite e in funzione della didattica. Il primo tramite con cui siamo riusciti a stabilire un contatto, a suscitare interesse, e a iniziare un rapporto fiduciario è stato l'invito a **fare con noi la radio**, un'attività culturale e creativa che li interessava, in cui potevano dire la loro, esprimersi, essere attivi. Solo dopo molti di loro poi hanno anche deciso che potevano ritornare alle lezioni che avevano abbandonato. **L'aggancio è stato culturale, con uno strumento per loro riconoscibile, che ha consentito di sviluppare le loro capacità intellettuali e creative. Molti giovani si perdono dal percorso istituzionale e formale e si demotivano. Trovare nella scuola, ma anche fuori, spazi e relazioni che restituiscano fiducia, riconoscano capacità anche non formali/curricolari, è importante in sé e può fare da ponte anche per le attività educative e culturali formali/curricolari.**

Altri esempi di attivazione culturale dal basso nell'esperienza della Rete italiana di cultura popolare sono le varie iniziative di attivazione di comunità nei quartieri, ad esempio con il progetto *"diario intimo partecipato"*, ove, attraverso la reazione di dispositivi di raccolta di storia orale e azioni performative di restituzione di queste storie aiuta lo sviluppo di capacità di cura e di cambiamento di cui necessitano le comunità di prossimità. O con il progetto *"spaccio di cultura"*, che prima si è sviluppato nel quartiere attorno al Polo del Novecento, attivando relazioni e scambi tra i diversi soggetti – commercianti, artigiani, abitanti – ed ora ha il suo fuoco principale nella Portineria di comunità a Porta Palazzo, luogo non solo di offerta e scambio di servizi, ma dove questa estate si sono ospitati in piazza dibattiti, *performance* artistiche anche di soggetti locali, e dove sono stati seguiti i ragazzini/e che non frequentavano nessuna scuola estiva nei compiti delle vacanze, stabilendo con loro e le loro famiglie un legame che continua tutt'ora.

In tutti questi progetti, come in tutti quelli che caratterizzano una comunità educante, è difficile, e probabilmente sbagliato, distinguere tra attività culturali e attività di *welfare*. Non c'è vero accompagnamento sociale che non sia anche una azione culturale. E viceversa le azioni culturali non possono prescindere dall'attenzione al contesto.

Lei parla di co-creare Cultura in una comunità per determinare cambiamenti. Come coinvolgere gli amministratori locali? Nelle politiche di *welfare*, nelle politiche di promozione alla Salute e della Sanità più avveduta e moderna si parla di coinvolgere il paziente, non soltanto nella cura per la *compliance* lo dicono le raccomandazioni *New Haven* (HPH&HS Network), il secondo livello è coinvolgere il paziente nell'organizzazione del servizio e della prestazione, il terzo livello è coinvolgere le associazioni di pazienti e i pazienti singoli nell'organizzazione e programmazione complessiva della Sanità, ospedale e servizi territoriali. Sono tre livelli da ritrovare e attivare nelle nuove politiche di *welfare*, nelle quali essere artefici di Cultura e non solo fruirne... può essere una leva questa possibilità?

Nelle politiche di *welfare* in Italia l'idea è quasi sempre "questo è il modello e questa è la struttura, il servizio, il beneficio". Occorre imparare a essere un bravo utente. Ma non è quello che abbiamo in mente quando parliamo di sviluppo delle capacità.

Questo è particolarmente importante nelle politiche rivolte a chi si trova in povertà, che sono troppo spesso informate, nella pratica, ma anche nel discorso pubblico che le accompagna, da una immagine negativa dei poveri, vuoi perché incapaci di decidere e fare ciò che è meglio per loro, vuoi perché tendenzialmente imbroglioni. Lo stesso concetto "attivazione" implica l'idea che lasciati a se stessi i poveri non farebbero nulla (la terribile immagine degli "sdraiati sul divano"). **Come possiamo aspettarci che le persone, a cui pure diamo dei benefici, divengano resilienti, vivano con dignità, rafforzino le proprie capacità, se l'immagine che diamo di loro è oscillante tra l'imbroglione nullafacente e l'incapace di prendere iniziative e di valutare ciò che è meglio?** Questa è una costruzione culturale del povero che va smantellata.

Aggiungo che anche nel migliore dei casi, quando non c'è una immagine negativa dei poveri, i dispositivi esistenti e gli atteggiamenti degli operatori non tengono conto che tra i bisogni e i diritti da riconoscere e le azioni da sostenere ci sono anche quelli culturali. Sarebbe invece bello, oltre che opportuno, che la possibilità di fruizione di attività culturali venisse presa in considerazione tra i bisogni essenziali e incentivata con l'offerta di biglietti per visite a musei, a teatri, concerti, abbonamenti alla biblioteca per adulti e non, e che **nella valutazione del saper fare venissero valorizzate (e restituite come valore, competenze) anche attività performative.**

Pensiamo che i poveri abbiano bisogno di poche cose, solo dell'essenziale, invece i poveri hanno bisogno di più dell'essenziale, proprio perché sono poveri.

Penso al progetto *"Nati con la Cultura"* ideato da Catterina Seia nella Fondazione Medicina a Misura Donna al S. Anna, con il Passaporto Culturale che invita la famiglia ad andare al museo con il neonato per vivere un momento di piacere, del bello in spazi che rispondono ai bisogni della mamma che deve allattare ad esempio. Ci sono altri esempi di progettualità che possono diventare politiche che lei ha incontrato?

Oltre alle esperienze cui ho già accennato, sicuramente *Nati per Leggere* fa parte di una visione più ampia del Centro per la Salute del Bambino di Trieste, che lavora con le madri svantaggiate, prima e

dopo il parto ed è ormai diffuso in molte città. A Torino alcuni consultori utilizzano il periodo di preparazione alla nascita, non solo per insegnare a respirare al momento del parto o a nutrire il bambino/a ma, anche per insegnare ai genitori che cosa è utile e opportuno fare per stimolarlo/a cognitivamente ed emozionalmente.

Le iniziative del Teatro Regio per i bambini e le famiglie, in cui gli spettatori sono coinvolti nell'azione mi sembrano molto belle e interessanti, ma sono di nicchia, innanzitutto perché costose. Bisognerebbe renderle accessibili ad un pubblico più ampio.

Il Museo Egizio fa delle iniziative splendide con i bambini, coinvolgendoli in percorsi tematici molto affascinanti. Così come trovo interessante l'invito fatto alla comunità Egiziana perché andasse a ritrovarvi un pezzo della propria storia e cultura. Sono iniziative molto diffuse all'estero: i musei come luoghi in cui diversi passati sedimentati in opere diventano luoghi non solo di riappropriazione critica, ma anche di incroci e incontri tra presenti e passati diversi. Su un altro piano, quando le mie figlie erano piccole una estate hanno frequentato una **scuola estiva al Metropolitan Museum di New York**. Ogni giorno visitavano una sala, spesso fermandosi su un solo quadro. Poi ciascuno era incoraggiato a scegliere il quadro che l'aveva più colpito/a e a provare a rifarlo a proprio modo. Lo scopo non era l'imitazione, ma la sollecitazione insieme delle emozioni, dell'intelligenza e della creatività.

Mi ha molto colpito in un museo a San Paolo in Brasile, che accanto alle sale dedicate alla pittura europea, vi fossero sale dedicate alla storia e ai manufatti della schiavitù e delle popolazioni indigene. I visitatori e le numerose scolaresche portate in visita, spesso composte da ragazzini del meticcio più vario che io abbia mai visto vengono così confrontate dalla complessità culturale, ma anche di rapporti di potere, del loro paese.

L'Emilia Romagna Teatro Fondazione ha una tradizione di lavoro con le scuole, medie e superiori in particolare, con l'organizzazione di laboratori di vario tipo. Ciò ha consentito una collaborazione anche durante il lockdown, quando gli insegnanti hanno chiesto attori, al teatro, di aiutarli nella didattica a distanza, ad esempio facendo delle letture di testi. Da lì si è messo in moto un processo per cui sono stati gli stessi registi a proporre percorsi didattici originali, pur a partire dai programmi disciplinari.

Mi sembra interessante il progetto Urrah, a Torino, finanziato dalla Compagnia, se non sbaglio, che vede quattro artisti lavorare in/con gli abitanti di 4 quartieri periferici.

Il Teatro delle Forme di Torino fa delle performance in giro per l'Italia su temi di attualità, per esempio la immaginifica storia di *Espérer sulle migrazioni*, che stimolano l'immaginazione attraverso la narrazione e l'affabulazione, su temi complessi. Intrigante. Non è questione di distinguere tra Cultura alta e Cultura bassa. C'è Cultura quando fa riflettere, fa interagire, coinvolge anche emotivamente.

Il mio ultimo esempio è il **Teatro del carcere di Volterra**, dove i carcerati, spesso ergastolani, mettono in scena *pièce* spesso difficili (quella che ho visto io era ispirata a Borges), senza trama tradizionale - lo spettacolo è costruito insieme tra regista e attori, sulla base delle sollecitazioni del testo - ma altamente simboliche e con performance anche emotivamente molto coinvolgenti, per loro e gli spettatori. E dopo, *performer*, secondini, spettatori mangiano tutti assieme sulla terrazza-giardino della torre del carcere.

Con quali dispositivi potremmo lavorare in modo più sistemico? Tavoli di coordinamento inter-assessorile, i progetti speciali da accompagnare per creare integrazione tra Sanità, Sociale, Cultura?

Anche a prescindere dalla pandemia, se le amministrazioni, dal centro alla periferia, lavorassero meno in modello *silos* e più in rete farebbe la differenza. Gli uffici non si parlano tra di loro, non solo tra Sanità e *welfare*, ma neanche tra edilizia pubblica e assistenza. Quando vengo consultata da una amministrazione locale, uno dei miei primi consigli è di imparare a comunicare tra settori, **piattaforme, anche informatiche, comuni e intercomunicanti, affinché tutti possano avere tutti i dati degli interventi su una persona o su una famiglia, un bilancio alla persona. Sembra ovvio e banale, ma purtroppo non sempre è così.** A Torino, che invece ha una lunga tradizione di integrazione informativa, quando venne introdotto il REI (l'antecedente del reddito di cittadinanza, si era fatto un passo ulteriore: l'istituzione di sportelli unici multi-servizio, dove il cittadino possa trovare tutte le informazioni che gli servono senza dover girare da uno sportello all'altro (e sapere quali sono gli sportelli giusti). Non è banale. L'amministrazione deve pensare ed essere organizzata in modo olistico

e non frammentato. Ma il settore Cultura non fa parte di questa riorganizzazione. La difficoltà di fare rete, per altro, è anche un problema del terzo settore in generale non solo degli operatori pubblici, anche se negli ultimi tempi stiamo assistendo al fenomeno di messa in rete di associazioni che tradizionalmente operavano separate (e talvolta in competizione). La crisi pandemica ha accelerato questa tendenza.

Cosa può fare il sistema culturale?

L'apparato museale del Piemonte potrebbe sollecitare strategicamente la partecipazione di un pubblico non spontaneo, che va aiutato. Non colpevolizzato perché non va al museo, ma "intrigato". Come dicevo prima, alcune attività culturali rivolte ai bambini, ragazzi e alle famiglie andrebbero pensate in modo organizzato dal punto di vista della accessibilità economica. Molto stanno facendo già le scuole (o facevano, in epoca pre-Covid), ma molto di più si può fare. **Le istituzioni culturali dovrebbero entrare attivamente nella "comunità educante", senza darsi per scontate.**

Abbiamo fatto da poco una riunione con la Regione settore Sanità rispetto al nuovo piano della prevenzione e abbiamo discusso di processi di *peer education* proprio su questo a partire da alcune piccole esperienze che sono realizzate in collaborazione tra i servizi di promozione della salute delle ASL e le scuole del territorio. È un'esperienza progettuale che abbiamo fatto vent'anni fa ai tempi dell'AIDS... penso al progetto nella zona di Verbania...

UNICEF ha prodotto materiale già a marzo/aprile con e per i ragazzi. Ne avevo discusso con la Ministra Azzolina, per utilizzare l'estate per iniziative di recupero e ricostruzione della fiducia, per attrezzare i ragazzi per essere pronti. **Ma si è pensato solo ai banchi, al distanziamento, alle mascherine, ma nessuno ha pensato ai ragazzi come soggetti attivi, non solo come portatori di rischi, di farne gli ambasciatori della prevenzione: responsabilizzandoli, non solo con ordini, trattandoli come soggetti pensanti, anche entrando nei loro linguaggi e modi di comunicare. Oggi il responsabile della Protezione Civile dentro il CTS invitava a coinvolgere gli *influencer* per parlare ai ragazzi della pandemia e della prevenzione. Aveva ragione, anche se, da vecchia signora, rimango sempre esterrefatta del fenomeno degli *influencer*. Ma ho il sospetto che, con il necessario grado di informazione, alcuni *influencer* avrebbero maggiore impatto dei virologi/ immunologi/ epidemiologi che litigano tra di loro producendo confusione. Lo dico con il massimo rispetto per la scienza e senza sottovalutare l'importanza di una comunicazione scientificamente informata. A questo proposito, sarebbe bello e utile se lo studio della pandemia, in tutti i suoi aspetti, entrasse a far parte delle varie discipline che si insegnano a scuola. Anche questo sarebbe un buon modo di fare Cultura.**

Forse mancano le competenze. Come fare *capacity building*? Ha qualche suggerimento?

Sicuramente la capacità di coinvolgimento delle comunità, coinvolgere i genitori dei ragazzi, ricostruire il mondo delle relazioni. Costruire reti. Abbiamo scoperto che a Porta Palazzo ci sono tantissime iniziative che non si parlano le une con le altre; ora abbiamo iniziato a incontrarci periodicamente. È speculare a ciò che succede nell'assistenza sociale; sulla stessa famiglia c'è l'assistente sociale che interviene sul bambino, quello che interviene sulla mamma e quello sul papà e i vari assistenti non si parlano tra di loro e questo avviene anche a livello di comunità, soprattutto nelle comunità disagiate può succedere che si investano molte risorse che però non fanno rete tra di loro. Vanno ripensati i finanziamenti, anche quelli degli investitori sociali. I bandi inducono a produrre nuovi progetti e non a continuare, consolidare l'esistente e le organizzazioni con processi di innovazione, ricerca e messa in rete.

La parola al *policy maker*

testimonianza

Marco Giusta

Assessore Città di Torino, con delega alle Politiche giovanili,
Multicultura e Politiche della Famiglia.

1. Marco Giusta

Settembre 2020. Conversazione tra Alessandra Ghiglione e **Marco Giusta**, Assessore Città di Torino, con delega alle Politiche Giovanili, Multicultura e Politiche della Famiglia.

La prima considerazione parte anche da uno stimolo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel suo ultimo report del Novembre 2019 dà ai *policy makers*: promuovere un dialogo tra settori Sociale, Cultura e Salute e avviare politiche che possano farlo. Come accoglie questa suggestione, soprattutto nel quadro che si è creato a causa Covid?

La Cultura è aggregazione, socialità, confronto. Lo abbiamo vissuto e compreso durante il *lockdown*. Le maggiori risorse di coesione sociale sono arrivate proprio dai momenti culturali, anche dai più semplici come l'inno d'Italia dai balconi, dagli applausi, dalla bandiera dell'"Andrà tutto bene". Sentimenti profondi che cercavano di recuperare quella socialità che si era persa.

Questa riflessione ci ha guidato nel momento in cui abbiamo riaperto le azioni culturali della città e abbiamo scelto e deciso di far sì che i punti cosiddetti estivi venissero incrementati, fossero distribuiti più capillarmente in città, con tutte le regole necessarie per la sicurezza. Ci siamo resi conto che le persone avevano un bisogno disperato di rincontrarsi, di riprendere i legami sociali. La Cultura è stata l'elemento aggregante, un filo conduttore che ha permesso di recuperare comunità, fondamentale. Anche i cortili ad arte, con gli artisti che si sono esibiti nei cortili ricreando rapporti tra le varie famiglie di uno stesso palazzo, questo è benessere.

La Cultura nello spazio pubblico è rottura del quotidiano, una lettura differente, che aumenta la capacità di immaginare, l'empatia, la capacità di capire le difficoltà degli altri.

La Cultura fa riflettere su questioni collettive rilevanti, veicola messaggi. Oggi, ad esempio, **la città di Torino ha firmato la "Carta di Parigi" che impegna la città nel contrasto alla diffusione dell'HIV, virus che dimentichiamo, ma che abbiamo riconsiderato durante la pandemia, anche per la difficoltà ad accedere ai servizi da parte delle persone sieropositive, sia per lo stigma verso i sieropositivi, che può avere parallelismi con Covid. Una delle prime azioni proposte nel programma è uno spettacolo teatrale dedicato alle scuole per raccontare alle nuove generazioni, la storia e le riflessioni individuali che un gruppo di giovani sieropositivi che vogliono parlare da pari a pari della propria esperienza per ridurre le discriminazioni e aumentare la consapevolezza. La Cultura come veicolo di conoscenza e di informazione.**

Ragionando sul *welfare*, la Cultura è espressione, racconto di sé, auto-narrazione. Penso ad esempio alle persone afasiche che a seguito di uno *stroke*, un infarto, un *ictus* perdono temporaneamente o per periodi lunghi l'utilizzo della parola. Ho seguito direttamente percorsi di enti che si occupano di queste persone: il disegno, le immagini, il teatro, sono veicolo espressivo. **La Bottega Ingegno del comune di Torino consente alle persone con disabilità, anche psichica, di produrre bellezza, oggetti di design che venduti nella bottega a fianco della Mole danno reddito e inclusione sociale, dignità. Al MUFANT la cooperativa Altramente, che si occupa di persone con disabilità psichica, includendo attraverso un laboratorio di sartoria legato al tema del fantastico e al tema del *cosplay*. Sempre collegato al tema del benessere, l'Università di Torino e il Progetto *Vela*, su percorsi di vita autonoma, che ci restituisce un'idea di comunità che costruisce relazioni sociali positive, immaginando di superare la logica dei centri diurni per lavorare sull'autonomia delle persone coinvolgendo le reti di comunità, costruendo una responsabilità collettiva. La Cultura tocca tutti questi aspetti, crea aggregazione e confronto tra le varie persone, auto narrazione necessarie a ognuno di noi e ancor più quando abbiamo difficoltà di salute. È una responsabilità politica e istituzionale immaginare le costruzioni comunitarie che riescono a farsi carico anche delle persone più fragili più deboli, integrando le risposte delle ASL. Penso anche all'arte negli ospedali, le attività teatrali nei luoghi di cura. Sono grandi possibilità. Sono anche Assessore ai cimiteri. Penso alla riflessione di Baumann sulla modernità liquida, sulla paura liquida, sulla paura della morte. Ho insistito molto in questi anni per avere eventi culturali negli spazi cimiteriali per aprire un dialogo tra la città dei vivi e la città di morti, tema che non ci tocca solo per un lutto, ma per riflettere sulla qualità della vita. Abbiamo lavorato con il Salone del Libro, Mito, con gli studenti, dall'antologia di *Spoon River* curata da Culicchia con la musica di Li Calzi, alle visite guidate.**

Come accompagnate, anche in termini di monitoraggio e valutazione, questa ricchezza di esperienze per poter misurarne l'impatto e renderle trasferibili?

La valutazione di impatto non accompagna spesso le politiche pubbliche. E poco ciò che riusciamo a mettere in campo. Abbiamo un ritorno sul numero di visitatori, ma non ne osserviamo il cambiamento, che è l'aspetto fondamentale, anche in termini di impatto sul livello di benessere delle persone che partecipano. Credo che questo elemento debba essere rilevante nella costruzione di politiche e nella valutazione. Dovremmo ragionare in filiera, partendo dalla prevenzione. Potremo avere risparmi da un punto di vista sanitario. Pensiamo all'impatto dello stress psicologico sulla salute biologica. Rifletto sulle minoranze. Immaginiamo le persone LGBTQI, ancora discriminate. Quanto può fare la Cultura. Non sto parlando dell'aspetto rivendicativo, dei *pride*, seppur necessari. La Cultura e l'aggregazione possono consentire di affrontare più facilmente un percorso di accettazione e autoderminazione riducendo il *minority stress* e l'eventuale necessità di supporto psicologico che ne può conseguire. Pensiamo alle persone con disabilità, che non sono disabili in relazione alle altre persone, sono disabili in relazione a un ambiente ostile che non consente loro di esprimere pienamente le proprie potenzialità. Riducendo le barriere fisiche le persone che girano in carrozzina possono acquisire autonomia. In analogia con le barriere culturali. Mi ha fatto molto riflettere la serie televisiva **The Good Doctor** in cui un giovane medico autistico, restituisce un'immagine della possibilità di carriera per persone che stanno spesso nell'ombra. Un film può contribuire al cambiamento di una società che a quel punto riconosce nell'altro anche la possibilità diventare medico.

Quali opportunità legge in politiche di *welfare* culturale che abbiano un impatto sulla dimensione sociale di Salute, nate in termini di dialogo tra diversi assessorati?

Queste visioni richiedono investimenti iniziali e possono generare effetti, anche di risparmi, nel lungo periodo. Tempi che generano ritrosie con cicli politici che durano cinque anni, senza tener conto delle alternanze. Non abbiamo poi una quantificazione ex ante degli impatti che supportino il disegno di politiche. Molti ritengono che la Cultura debba trovare una propria sostenibilità economica. Non lo credo. Occorre investire nell'avanguardia, nelle sperimentazioni. **Queste tipologie di interventi hanno una sostenibilità prevalentemente legata a bandi e difficilmente diventano azioni strutturali, politiche strutturali.** Ci sono numerose azioni di enti del terzo settore che ogni anno sono appese alla speranza di poter vincere lo stesso bando. Anche se i bandi richiedono una co-progettazione, esiste una grande competizione sulle risorse scarse. La ricchezza delle proposte del terzo settore quando costruisce dialogo con l'amministrazione, fa la differenza. Si stanno aprendo **esperienze sul capitalismo in comunità, in ottica di partenariato pubblico/privato per realizzare servizi di comunità, di welfare generativo, anche acquistabili dalla pubblica amministrazione.** Questo è un coraggioso salto in avanti. Credo che in campo sociale, ci siano ampi margini per creare capitale, posti di lavoro, dare la possibilità anche ai soggetti più svantaggiati di inserirsi in un sistema produttivo, uscendo da logiche assistenzialistiche.

Come pensa possa essere utile per la città la ricerca che stiamo svolgendo? Mappare soggetti, descrivere fenomeni, raccogliere sfide, i bisogni e i fattori abilitanti e alcuni dei quali citava anche lei. Come possiamo metterli a disposizione della città?

Penso sia molto importante condividere i risultati per assumere un'ottica sfidante, di innovazione sociale, per muovere alcune politiche, alcune linee di finanziamento, alcune linee di visione strategica per il futuro. Dobbiamo comprendere quali sono gli effetti dell'investimento della Cultura sulle politiche sociali e sanitarie, anche di risparmio. Questa logica non deve essere la sola. Consentire agli individui di realizzare la propria autonomia ha un impatto di benessere individuale e sociale leggibile nel tempo. Spero che questa ricerca faccia anche capire, a dei livelli superiori al nostro, l'importanza di investire su queste progettualità per affrontare le grandi sfide della contemporaneità.